



**CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLOGICOS**

**PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS DE LA MUJER**

**¡Y entonces fue así como me convertí en madre! La experiencia del parto de diez mujeres mexicanas desde una mirada de género**

**Tesis que presenta**

**Ana Teresa Peña Hernández**

**Para obtener el título de**

**Maestra en Estudios de Género**

**Director/a**

**Dra. Ana María Tepichín Valle**

**México D.F.**

**2016**

## **Pariendo una tesis. Expresiones de gratitud**

*Pariendo una tesis: “El parto es una experiencia dolorosa, complicada, que acarrea llantos y frustraciones. Es un momento vulnerable en donde el esfuerzo físico llega al límite y transforma a la mujer que pare. El resultado casi siempre es gratificante. El dolor se convierte en experiencia y se resignifica” (Ana Peña).*

A la Dra. Ana María Tepichín, por su entrega, rigurosidad y paciencia. Y por darme la confianza necesaria para recorrer este camino desde el principio.

A la Dra. Cristina Herrera por ser una fuente inspiradora de excelencia académica y un apoyo fundamental en este proceso.

Al Dr. Roberto Castro porque su magnífica obra es guía y muestra fehaciente de cómo se construye el conocimiento en el campo de las ciencias sociales y la salud. Su valiosa lectura ha sido imprescindible en esta investigación.

A mis profesoras del PIEM. Porque cada una de ellas fueron parte de mi formación profesional en estos últimos dos años.

A la Dra. Dalia Barrera Bassols y a la Dra. Silvia Gómez Tagle por ser guías académicas y ejemplos en mi vida.

A las diez mujeres que me regalaron su experiencia por más de dos horas. Gracias por reír, por llorar y por confiar en mí. Sofía, Xochi, Brenda, Mafalda, Paloma, Laus, Crisel, María, Samantha y Karen.

A mi familia. A mi madre, mis hermanas, mi sobrina, a “mis dos papás”, a mis tíos, y en especial a mi tío Modesto que ahora se encuentra más vivo que nunca en mí.

A mis amigos y amigas, pilares fundamentales para culminar este proceso. En especial a María Hernández Bolaños por ser una mujer que me inspira día a día.

A mi novio, Eric, por su presencia fortuita, su gran amor y su ayuda incondicional.

A “las mujeres de mi vida”, a las mujeres de todas las latitudes, a las feministas y a las que no lo son. Con el deseo de que los lazos de sororidad y cariño entre nosotras crezcan cada vez más.

A Dios, así como yo lo concibo, como una fuerza de amor que me empuja a seguir y que me ha permitido construirme y reconstruirme a cada momento. Por saberme afortunada y feliz. Gracias.

*A dos ángeles: Emiliano y Manuel*

## Índice

<b>Género y experiencia de parto: Una investigación acerca de diez mujeres.</b>	
<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1. Experiencia del parto en voz de las mujeres. El estado de la cuestión.....</b>	<b>7</b>
1.1 Experiencia del parto: Emociones y vivencias corporales.....	7
1.1.1 <i>Pautas culturales en la experiencia del parto</i> .....	8
1.1.2 <i>El dolor en la experiencia del parto</i> .....	13
1.1.3 <i>El cuerpo en la experiencia del parto</i> .....	15
1.2 Experiencia del parto y atención en los servicios de salud.....	18
1.2.1 <i>Percepciones de las mujeres acerca del trabajo recibido durante el parto</i> .....	19
1.2.2 <i>Interacción entre mujeres y personal de salud durante el parto</i> .....	22
<b>Capítulo 2. Género y experiencia. Aproximación teórica a la experiencia del parto desde las voces de las mujeres.....</b>	<b>27</b>
2.1 Reflexiones teóricas en torno al concepto de género.....	35
2.2 Experiencia y vida cotidiana: Berger y Luckman.....	36
2.3 Antropología y experiencia: Víctor Turner.....	39
<b>Capítulo 3. Gestando una investigación: Del planteamiento del problema al análisis de los datos.....</b>	<b>43</b>
1.1 Enfoque metodológico ¿Cómo observamos la experiencia del parto?.....	43
1.2 Investigación cualitativa y teoría fundamentada en un análisis de género de la experiencia de parto.....	44
1.3 Recolección de información.....	45
1.4 El trabajo de campo.....	46
1.5 Clasificación y selección de las informantes.....	47
1.6 Quiénes son las diez mujeres.....	49
1.7 La teoría fundamentada como herramienta en el análisis de género.....	53

1.8 Analizando los datos con anteojos de género.....	54
<b>Capítulo 4. Vivir el parto: análisis de diez experiencias desde la perspectiva de género.....</b>	<b>59</b>
4.1 Desde la investigadora.....	59
4.2 Estructura del capítulo analítico.....	60
4.3 ¡Y es que sientes que te mueres! Emociones y sensaciones corporales en la experiencia del parto.....	61
4.4 ¡No me gusta me cuerpo porque me abrieron como puerco! Percepciones del cuerpo que pare.....	81
4.5 ¡Pues te sientes con la libido muy alta, yo quería tener relaciones todo el tiempo! Sexualidad y experiencia de parto.....	92
4.6 ¡Cálmese, no llore, porque si se pone mal sus bebés se van a morir por su culpa! Percepción de la atención en la experiencia de parto.....	101
4.7 ¡Me hubiera gustado casi casi como en un particular! Una mirada retrospectiva de la experiencia de parto.....	122
<b>¡Yo quería escribir mi historia porque soy mamá de tres bebés, dos están muertos y uno vivo! Reflexiones finales.....</b>	<b>131</b>
Aparato crítico.....	143
Anexos.....	151
1. Acuerdo de confidencialidad.....	152
2. Relación de informantes.....	153

## **Género y experiencia del parto: Una investigación acerca de diez mujeres: Introducción**

Me gustan los textos que aun siendo rigurosos comienzan con reflexiones, en este caso con una reflexión personal. En mis tiempos de ceceachera un querido profesor de antropología, en el Colegio de Ciencias y Humanidades alguna vez me dijo: *Los temas de investigación siempre reflejan lo que uno es, inconsciente o conscientemente, pero así sucede*. Sus palabras han resonado en mí desde ese momento. En efecto, considero que no es casual el que me dedique a los estudios de género, en específico con mujeres. Tampoco lo es el que en esta etapa profesional me haya centrado en la experiencia del parto. Lo relaciono con el hecho de provenir de una familia conformada por cuatro mujeres, en donde la figura de autoridad siempre fue la madre, y en donde las relaciones con los varones eran prácticamente inexistentes. Desde pequeña esto me hizo preguntarme cuál era el papel de hombres y mujeres en nuestra sociedad y por qué.

El antecedente que me permitió centrarme en la experiencia de parto fue mi tesis de licenciatura, intitulada *La experiencia de la maternidad de jóvenes madres solteras del municipio de Ecatepec, Estado de México*, ya que uno de los hallazgos fue que las mujeres entrevistadas describían con detenimiento el momento de su parto, y además tenían percepciones distintas al respecto. Es por ello que la presente investigación me ha permitido darle continuidad a un tema que resultó importante para las propias mujeres y que “quedó pendiente” en dicho trabajo.

La experiencia del parto y del nacimiento ha sido objeto de estudio de las ciencias sociales desde hace mucho tiempo. Desde la antropología y la sociología por ejemplo, se ha abordado a través de los testimonios de matronas y de personal de salud, y desde una perspectiva sociocultural. Esto implica considerar, en primera instancia, que la experiencia del parto si bien es vivida de forma individual, es construida socialmente. Es decir, requiere partir del hecho de que existen formas diferenciadas de vivir, pensar y representar la experiencia de parir, y que éstas son producidas en condiciones socioculturales diversas.

El objetivo de esta investigación es analizar desde un enfoque de género la experiencia del parto de diez mujeres mexicanas que viven en el Distrito Federal, para indagar sobre la manera en que el género se expresa en la forma en que las mujeres construyen la narrativa sobre sus emociones y vivencias corporales y la atención que recibieron en los servicios de salud durante el parto.

El género es una categoría relacional que permite comprender cuáles son las características que socialmente se les atribuyen a hombres y mujeres, además de que existe una forma hegemónica de socializar a las mujeres y a los hombres que está cultural e históricamente construida, y en la cual, es común que las mujeres se encuentren en una posición social subordinada con respecto a los varones.

Analizar desde una perspectiva de género la experiencia del parto permite develar pautas culturales atravesadas o codificadas mediante significados de género, abriendo la oportunidad de entender que existen nociones introyectadas por las mujeres en torno a su sexualidad, su rol social, su cuerpo, y su forma de percibir el dolor que influyen en la forma en que ellas construyen socialmente la narrativa de su propia experiencia de parto.

Un estudio así proporciona material empírico desde los testimonios de las propias mujeres, permitiendo rescatar la experiencia del parto desde su punto de vista, mismo que suele difuminarse en los discursos dominantes como el médico, en donde la descripción y el análisis de la experiencia del parto se limita a su carácter fisiológico, sin tomar en cuenta las emociones, sensaciones y demandas que tienen las mujeres durante este proceso.

El Distrito Federal (D.F) es una de las áreas urbanas más grandes del mundo. Tiene una población de 8, 851,080 millones de personas, de las cuales el 91.7% son mujeres y el 95.4% hombres. Es una entidad en donde diversos organismos gubernamentales y no gubernamentales han promovido tanto la salud de las mujeres (sobre todo la salud reproductiva) como los derechos sexuales y reproductivos.

Es una entidad con acceso a servicios de salud, con avances en torno a la inclusión en materia de género y con canales abiertos a la difusión de derechos sociales, sexuales y

reproductivos, así como al fomento de acciones en pro de la igualdad de género. Según el INEGI (2016) el 63.7% de la población es derechohabiente de algún servicio de salud. Asimismo en 2011 se contabilizaron 699 unidades médicas, 98 unidades médicas de hospitalización, y 441 de consulta externa.

El gobierno del D.F ha mostrado voluntad política para preservar y garantizar el derecho de la protección de la salud, considerando las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las desigualdades sociales sobre todo en la salud reproductiva. Esto se refleja en sus planes de acción y programas de política pública impulsados por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, vigentes para 2016 en el Marco de acción del Sistema Nacional de Igualdad entre Mujeres y Hombres. Entre ellos se encuentra el Programa de Acción Específico Igualdad de Género en Salud, el Programa Integral del Cáncer cervicouterino, el Programa Internacional de Cáncer de mama y el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de género.

La Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, y los hospitales públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) han llevado a cabo campañas en las que se buscan concientizar a las pacientes acerca de sus derechos y obligaciones durante el parto. Asimismo el D.F ha sido sede de congresos regionales a favor de las mujeres en donde se debaten temas relacionados a la salud reproductiva, a los derechos reproductivos y algunos otros como las leyes de no violencia hacia las mujeres, el acceso a la representación, así como la participación económica de las mujeres, solamente por mencionar algunos.

De igual forma se tiene acceso a programas de televisión abierta y de paga que se encargan de difundir los derechos sexuales de los jóvenes, medidas para erradicar la violencia de género, para prevenir la discriminación de las mujeres, entre otros.

En el Distrito Federal, así como en otras entidades se debate cada vez más sobre diversas formas de violencia contra las mujeres, incluida la violencia obstétrica. El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2015) define a la violencia obstétrica

como “una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud-públicos y privado-, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género”. Grupo de Información en Reproducción Elegida. A. C (GIRE) (2015) “Violencia obstétrica”, página electrónica de acceso, en URL: <http://www.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica>, fecha de consulta, mayo de 2015.

Estos debates han sido impulsados principalmente por las organizaciones sociales no gubernamentales quienes discuten las cuestiones que tienen que ver con la violencia obstétrica pero también con otros temas como el parto y los derechos sexuales y reproductivos.

Esta tesis está dividida en cuatro capítulos. El primero, *Experiencia del parto en voz de las mujeres* es una revisión bibliográfica de estudios cualitativos que abordan la experiencia del parto desde la voz de las propias mujeres. Seleccioné estudios que se centraran en dos dimensiones analíticas, en las emociones y vivencias corporales durante el parto y en las narrativas de las mujeres acerca de la atención recibida por parte de los servicios de salud.

El segundo capítulo, *Género y experiencia. Aproximación teórica a la experiencia del parto desde las voces de las mujeres*, es un marco conceptual en donde presento una discusión teórica en torno a los dos conceptos principales desde los cuales miro la experiencia del parto: el concepto de género y el concepto de experiencia.

El concepto de género lo abordo a partir del uso y conceptualización que hacen algunas investigadoras como Lamas, Rubin, De Barbieri, Fassin y Scott, y desde su relación con el análisis de los procesos reproductivos. El concepto de experiencia lo abordo desde la sociología fenomenológica (Berger, Peter y Thomas Luckman) y desde la antropología cultural (Víctor Turner).

Por su parte en el tercer capítulo, *Gestando una investigación: Del planteamiento del problema al análisis de los datos*, doy una descripción detallada del procedimiento metodológico que llevé a cabo en esta investigación.

En el capítulo cuatro, *Vivir el parto: análisis de diez experiencias desde la perspectiva de género*, desarrollo el análisis de mis datos desde una perspectiva de género y en relación a mis dos ejes de análisis: emociones y vivencias corporales y atención de los servicios de salud. Por último, presento las reflexiones finales en donde hago una discusión más conceptual a la luz de los hallazgos.

La esperanza es que esta investigación avance en el conocimiento de la experiencia de parto desde una mirada de género. Lo anterior no solo para enriquecer el conocimiento en torno a esta temática sino también para que sea semillero de futuras investigaciones en donde las voces de las mujeres sobre su experiencia del parto sean escuchadas.



## **Capítulo 1. Experiencia del parto en voz de las mujeres. El estado de la cuestión**

En este capítulo presentamos un estado de la cuestión de investigación que se ha realizado en torno a la experiencia de parir. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de literatura internacional publicada sobre el tema a partir de la década de los noventa, lo anterior debido a que buscamos tener un panorama reciente.

La bibliografía que incluimos se centró en aquellos trabajos que abordaron la experiencia del parto desde una mirada sociocultural (apartándose de estudios que abordan el parto desde una mirada médico biológica). Además seleccionamos los que utilizaron como material empírico los testimonios de las mujeres que parieron (mujeres asiáticas, brasileñas, europeas y latinoamericanas, de origen rural y urbano, y con adscripciones étnicas diversas). Ello implicó dejar de lado interesantes trabajos acerca de la experiencia del parto desde la perspectiva de los varones, las matronas y los prestadores de servicios de salud.

La revisión incluye investigaciones llevadas a cabo utilizando metodología cualitativa, cuyas herramientas de recolección fueron entrevistas, grupos focales y etnografías virtuales y no virtuales. Para la presentación del estado del arte hemos distinguido la bibliografía según nuestras dimensiones de análisis. Así, primero damos cuenta de las investigaciones relacionadas con las emociones y vivencias corporales de las mujeres en su experiencia del parto. Posteriormente presentamos aquéllas relacionadas con la atención recibida en los servicios de salud.

### **1.1 Experiencia del parto: Emociones y vivencias corporales.**

La revisión bibliográfica ha mostrado que las investigaciones realizadas sobre la experiencia de parir en las cuales se aborda la cuestión de las emociones y vivencias corporales se han centrado en tres cuestiones principales:

a) Las pautas culturales de las mujeres que paren, con el fin de indagar sobre los componentes culturales que modelan las emociones y vivencias corporales en la experiencia del parto. En estos estudios la forma en la que se vive, se siente y se representa el parto se relaciona con las pautas culturales y de género que las mujeres poseen.

b) En una de las emociones presentes durante la experiencia del parto, el dolor, apuntando que éste si bien es la respuesta a un estímulo, la forma de expresarlo varía culturalmente.

c) En la manera en la que las mujeres se relacionan con su cuerpo durante el embarazo, parto y puerperio.

### **1.1.1 Pautas culturales en la experiencia del parto.**

Entre las investigaciones que han abordado las pautas culturales de las mujeres para indagar en cómo éstas se relacionan con la forma de vivir, sentir y representar el parto destacan trabajos que se han basado en propuestas como el diálogo y la comunicación intercultural, (Luque, Miguel y Oliver María, 2005), los estudios de cosmovisión, (De Morales, Juárez y Aníbal, 2012), la antropología de la reproducción y el cuidado (Drake, 2014; Moya, María y Paloma Moral, 2014; Alarcón, Ana y Yolanda Nahuelcheo, 2008) y el interaccionismo simbólico (Castro, Bronfman y Loya, 1991). Asimismo se hace evidente la utilización de conceptos como el de memoria migratoria, (Baeza, 2013), etnia y género (Earth, 2001; Alvesson *et al.*, 2013), estos trabajos vinculan además el parto con condiciones sociales, culturales, económicas y ambientales (Kelsey, E. Otis y John A. Brett, 2008), y analizan la experiencia de parir en relación a los significados de salud y enfermedad, (Fleischer, 2006).

En estas investigaciones resalta la existencia de dos sistemas de atención del embarazo, parto y puerperio. Por un lado un sistema medicalizado moderno y, por otro, un sistema tradicional al que pertenecen mujeres indígenas y migrantes, además muestran que la forma de vivir, sentir y representar la experiencia del parto varía culturalmente, así como las expresiones de cuidado, los rituales y las prácticas culturales durante el embarazo, parto y puerperio.

Con el fin de mostrar cómo la experiencia del parto varía según la cultura, las investigaciones consultadas analizaron sistemas de cuidado durante el embarazo y el parto de comunidades diversas, algunas investigaciones, por ejemplo, (Alarcón, Ana y Yolanda Nahuelcheo, 2008; Drake, 2014) se ocuparon de abordar el sistema de cuidados de la comunidad mapuche<sup>1</sup>, y de dar cuenta que en ésta existe un sistema de cuidados riguroso, ya que se considera que el parto y el posparto son periodos de riesgo donde se compromete la salud física de las mujeres y esto decanta en restricciones que tienen que ver con pautas de alimentación, con la prohibición de participar en eventos sociales, y otras como prevenir el encuentro con cierto tipo de espíritus.

En esta comunidad, la forma de salvaguardar la salud reproductiva combina elementos físicos como naturales, medioambientales y espirituales, que obedecen tanto a la medicina popular, como a la medicina mapuche. Asimismo, el concepto de bienestar es visto de forma holística como bienestar social, cultural, político, ambiental, territorial, religioso y cósmico.

Muestran además que existe una idea generalizada con respecto a qué hacer con los residuos y fluidos corporales durante el parto, así, por ejemplo, la sangre y la placenta deben tener cuidados especiales, ya que depende de éstos el bienestar en el futuro de la madre y del hijo, en estas investigaciones se rescatan también las emociones que las mujeres expresan cuando están embarazadas y cuando nacen sus hijos, las cuales son positivas porque se relacionan con el deseo de que se perdure la identidad mapuche y con el hecho de que la maternidad sea un componente de género clave del “ser mujer” en esta comunidad.

Otro ejemplo no los dan trabajos que se ocupan de analizar los sistemas de cuidado entre los q'eqchi, pueblo maya de Guatemala, las investigaciones al respecto nos dicen que los procesos de gestación y reproducción en esta comunidad están basados en un modelo de conocimiento empírico, mágico, dinámico y evolutivo, la confianza que ellos otorgan a sus

---

<sup>1</sup> Los mapuches son un pueblo originario del sur de Chile que actualmente convive con el Estado chileno en una relación de resistencia cultural y conflictos por el ejercicio de derechos políticos y sociales, y por el reconocimiento y auto determinación.

procesos de atención de la salud radica en sus creencias y vivencias, asimismo señalan que la cosmovisión de la mujer q'eqchi', tiene una fuerte vinculación con el ser supremo, el cosmos y la naturaleza, que se refleja en las peticiones y ceremonias, así como en el embarazo, se da cuenta además del hecho de que la atención del embarazo de la mujer q'eqchi' se inicia con el diagnóstico de la comadrona y el servicio de salud público, sin embargo, los cuidados en su desarrollo se ven regidos por estas creencias que combinan tanto elementos naturales como sobrenaturales.

Se ha señalado que el parto es un evento que reúne a familiares, y constituye una alegría para toda la comunidad, el esposo, la suegra y la comadrona son los personajes que toman las decisiones en torno a lo que se hará durante el embarazo, el parto y el posparto, esto tiene que ver con un sistema presente al interior de las familias, de organización de tipo patriarcal, es por ello que en la investigación se ha identificado que durante el parto, la compañía y apoyo del esposo y la comadrona es trascendental. (De Morales, Juárez y Aníbal, 2012).

En México, en una comunidad rural del Estado de Morelos, Ocuituco, también se han analizado los sistemas de cuidado durante el embarazo y el parto, dando cuenta del hecho de que las parteras juegan un rol importante en la atención y el sistema de salud en la etapa del embarazo, parto y puerperio. El embarazo en esta comunidad es atribuido a variables externas y muchas veces se utiliza como estrategia para evitar consecuencias negativas que puedan acarrear el uso de métodos anticonceptivos. Las investigaciones además, han dado cuenta de que existen creencias populares en torno a los cuidados durante el embarazo que tienen que ver con restricciones sociales (no asistir a ciertos lugares), y alimenticias (satisfacer los antojos de las mujeres). Asimismo, señalan que la noción de cuidados del embarazo (secular), y la atención prenatal (moderna) difiere en sus definiciones.

Con respecto al parto se señala que la figura del médico se utiliza para definir las funciones de la partera, y a su vez ellas se legitiman con el discurso moderno de la

medicina e integran prácticas “modernas” a la atención, como el uso de inyecciones o la utilización de instrumentos quirúrgicos (Castro, Bronfman y Loya, 1991).

Las investigaciones consultadas muestran tres direcciones en las que se resuelve la existencia de concepciones de salud distintas. Una primera dirección es la que encuentran (Drake, 2014; Alarcón, Ana y Yolanda Nahuelcheo, 2008; Castro, Bronfman y Loya, 1991), cuando muestran un sincretismo entre los discurso modernos y los tradicionales respecto al parto; éstos coexisten y se da un proceso de negociación.

La segunda dirección es la que siguen (Luque, Miguel y Oliver María, 2005; Moya, María y Paloma Moral, 2014; Baeza, 2013; Kelsey, E. Otis y John A. Brett, 2008), en donde esta convivencia provoca choques interculturales, cuyas consecuencia es la existencia de una atención no intercultural y prejuiciosa por parte de los detentores de la salud, en estas investigaciones se rescata que este tipo de atención hace de la experiencia de parto algo negativo para las mujeres, ya que ellas se sienten forzadas a asistir a los servicios de salud (lo cual muchas veces, nos dicen, no está a su alcance y está limitado por las condiciones materiales que poseen), y con ello a modificar sus prácticas culturales durante el parto, las cuales, muestran, no siempre se empatan con la atención médica que ofrece el parto medicalizado.

El hecho de que los prestadores del servicio de salud compartan un contexto en donde se naturalizan las desigualdades para las mujeres que basan su salud reproductiva en sistemas tradicionales, y que existan estereotipos en torno a las mujeres y a las concepciones de salud tradicionales en donde la mujer es representada siempre como sumisa y poco maternal se hace evidente en estas investigaciones.

Estas representaciones sobre cómo son, cómo piensan y cómo sienten las mujeres, remarcan, generan un “clima hostil” que en el contexto del parto medicalizado influye en el modo en que son tratadas por los profesionales de salud, y que autores como (Baeza, 2013) identifican que se convierten en desigualdades de género que tienen implícito en ocasiones componentes raciales.

Se ha señalado además cuáles son las motivaciones para que las mujeres busquen atenderse en un sistema médico tradicional (partera) o dentro del sistema de parto medicalizado, y de qué depende esa elección, por ejemplo, algunos trabajos dan cuenta de cómo entre las mujeres katang, etnia perteneciente a la República popular de Lao, hay una falta de consenso en las razones para atenderse con una partera o con un médico. Sin embargo sus investigaciones muestran algunos argumentos como el hecho de que las mujeres se atienden con partera principalmente por temor a la cesárea, por rechazo a los procedimientos como el rasurado de zona púbica y la revisión del canal vaginal, porque demandan posturas distintas durante el proceso de expulsión, porque los costos son elevados y porque no existe un momento de privacidad en el parto medicalizado, además de que no hay cuidados con la sangre y la placenta; la comida es en exceso liviana y el baño se exige inmediatamente después del parto. De igual forma describen la atención en el hospital como brutal, por lo cual prefieren la atención brindada por una partera.

La tercera dirección es la que se muestra en los trabajos de (Fleischer, 2006; De Morales, Juárez y Aníbal, 2012; Earth, 2001) y que apuntala que la convivencia entre el sistema de salud moderno y tradicional está propiciando nuevos modelos de parto (como el parto humanizado), de los cuales las mujeres se están apropiando, transformando así la experiencia de parir en un hecho en donde ellas tienen una mayor participación y en donde tienen la posibilidad de elegir qué toman y qué dejan de cada uno de los modelos de atención.

Estos trabajos dan cuenta del hecho de que las mujeres, lejos de asimilar un nuevo sistema de atención en el parto, cuestionan y desarrollan estrategias de resistencia como el mantener vivas prácticas culturales durante el parto, a pesar de que contradigan los protocolos médicos del parto medicalizado.

En la bibliografía revisada están presentes propuestas que giran en torno a la necesidad de implementar una atención sanitaria durante el parto sensible a las necesidades de cada mujer, demandar que los trabajadores de la salud estén educados en la interculturalidad, con el fin de fomentar la "sensibilidad cultural" y el respeto mutuo,

dejando así de tomar el modelo de parto moderno o medicalizado como hegemónico y el mejor, sin hacer siquiera una reflexión sobre los sesgos culturales del propio sistema. Los autores de estos trabajos invitan a la reflexión y a los diálogos interinstitucionales que permitan la apertura del conocimiento e intercambio entre las concepciones de salud moderna y tradicional, permitiendo que la experiencia del parto sea más gratificante y más segura para las mujeres.

### **1.1.2 El dolor en la experiencia del parto.**

El dolor es otra de las cuestiones que ha interesado sobre la experiencia del parto. Desde una mirada sociocultural, y más allá de la experiencia físicamente dolorosa que conlleva el parto, las investigaciones realizadas al respecto lo han abordado desde la antropología crítica de la reproducción y de la salud (Cardus, 2015; Argudo, 2014), la teoría de las representaciones sociales (Da Rocha, Franco y Baldin, 2011) y han retomado conceptos importantes como lo es el concepto de sufrimiento (Núñez, 2014). Asimismo han dado cuenta del hecho de que el dolor es una expresión cultural que se significa de diferentes formas, es decir que los seres humanos interpretan y reaccionan frente a estímulos y sensaciones similares de formas muy diversas, y que estas diferentes reacciones dependen y están modeladas por el entorno socio cultural en el que se encuentran.

Dentro de la bibliografía seleccionada en donde se analiza la experiencia del parto con énfasis en la sensación del dolor destacan varias discusiones, la primera es el uso de la anestesia durante el parto, desde una posición crítica que va en dos direcciones, la primera es que la anestesia ha sido vista como un elemento que se puede asociar con una mayor agencia de las mujeres durante el parto, y la segunda que también puede resultar un impedimento que merme la capacidad de protagonismo de las mujeres.

Otra discusión gira en torno al miedo al dolor durante el parto, el cual destacan, se trata de un miedo normalizado, cuya forma de normarlo varía a través del tiempo, dando cuenta del hecho de que los discursos transmitidos en torno al dolor y el parto han modelado la forma en la que las mujeres perciben el dolor, y que estos discursos han sido reforzados por el sistema médico y por los medios de comunicación. La investigación de

experiencia de parto y dolor muestra cómo el dolor se ha convertido en una representación femenina sobre el parto, y esta representación ha influido en cómo se comporta la mujer embarazada y en los sentimientos que surgen alrededor del parto.

En estas investigaciones se hace evidente la preocupación por conocer cuáles son los factores que provocan que la mujer sienta dolor durante el parto, al respecto se ha analizado que son las intervenciones dolorosas y los rituales obstétricos como los tactos, el ambiente hostil que se genera en el hospital, la falta de acompañamiento, la falta de control de la situación, la sensación de alienación y de invasión a sus cuerpos, y el hecho de que el hospital no sea un lugar que provee un entorno íntimo, los factores que las hace sentirse más vulnerables y proclives al dolor.

Otra de las discusiones presentes es cómo influye el miedo durante el parto, al respecto se ha señalado que el miedo repercute sobre el protagonismo de la mujer en el parto, quienes basadas en este miedo pueden llegar a solicitar cesáreas o a pedir anestesia sin analizar riesgos y beneficios para ellas y para sus hijos.

En estos trabajos se plasman una serie de propuestas que van en el sentido de que se amplíe la información prenatal, se cuestione al modelo de asistencia medicalizado y a las condiciones que lo rodean (que le otorgan al médico el control y poder sobre el parto, dándose así un fenómeno de transferencia de control de la embarazada al médico, quien se vale también de la representación social del miedo y del dolor, para persuadir a la mujer que acepte pasivamente procedimientos como las cesáreas), y que el dolor y sus reflejos sean suficientemente problematizados para que se generen al respecto otras interpretaciones que no obstaculicen el protagonismo y no influyan en la toma de la decisión de las mujeres en el proceso del parto.

La reflexión es generar nuevos discursos en torno al dolor en la experiencia del parto que fomenten el empoderamiento de las mujeres y en donde el dolor no necesariamente se transforme en sufrimiento. Asimismo, hacen un llamado a que la atención y el manejo del sufrimiento se conciba de forma holística, es decir que pueda comprender las vivencias de las propias mujeres y sus decisiones, además de que exista un

acompañamiento emocional del personal y de sus redes de apoyo en el parto, en donde no solo se logre mitigar el dolor, sino se dé un acompañamiento del sufrimiento que haga del parto una experiencia menos sufrida para las mujeres.

### **1.1.3 El cuerpo en la experiencia del parto.**

La manera en la que las mujeres se relacionan con su cuerpo durante el embarazo, parto y puerperio es otro de los intereses presentes en la bibliografía en torno a la experiencia del parto, desde los conceptos de género, sexualidad, ciudadanía y cuerpo social y desde las nociones de agencia, protagonismo, edad, tipo de parto y expectativas de las mujeres. (Gayeski, Michele y Maria Bruggemann 2009; Pinho, Pamplona y García de Lima, 2010; Centenaro, Marin y Da Silva, 2015; Basso, Joelí y Marisa Monticelli, 2010; Rejane, Matos y Gualda, 2010).

Estos trabajos han delimitado sus objetos de estudio a los tipos de parto y formas de parir, a la condición etaria y de salud de las mujeres que paren y su relación con el cuerpo, y a la sexualidad vivida desde el cuerpo. Las investigaciones que rescatamos en este apartado para mostrar la forma en que se ha investigado sobre cómo se relacionan las mujeres su cuerpo durante el embarazo, parto y puerperio son aquellas que lo hacen desde significados culturales y de género que les dan o les restan valor como seres que poseen cuerpos sociales, estas investigaciones identifican que existen mujeres que se apropian de su cuerpo desde nociones relacionadas con la agencia y otras que son más ajenas a sus procesos corporales durante el parto.

Uno de los intereses presentes en estos trabajos es analizar cómo perciben las mujeres su cuerpo pariendo desde una posición ginecológica (recostada), en este sentido destacan los estudios que buscan comparar experiencias corporales de mujeres que parieron de forma recostada con experiencias de mujeres que lo hicieron en otras formas (como lo son el parto vertical). Al respecto han encontrado que las mujeres han señalado aspectos positivos en torno a parir en posición vertical, que tienen que ver con que es más cómoda, reduce el esfuerzo de la expulsión, la parturienta aparece como protagonista, disminuye el dolor en la expulsión (comparado con el parto horizontal), y les permite observar el

nacimiento. Sin embargo también refieren aspectos negativos que tienen que ver con que puede resultar una posición incómoda, y debido a que no hay intervención obstétrica que facilite el parto (episiotomía,) las posibilidades de rasgarse son amplias.

Con respecto a parir de forma horizontal han señalado también aspectos positivos que se relacionan con el hecho de que las mujeres perciben que el parto es más rápido y provoca una sensación de ayuda y seguridad, los aspectos negativos tienen que ver con el hecho de sentirse incómodas y no participar durante el proceso. Asimismo han dado cuenta de que las razones para elegir una u otra forma de parir tiene que ver tanto con conductas instintivas como con procesos influenciados por normas culturales, y pocas veces con elecciones de las mujeres con respecto a la posibilidad de decidir de qué forma parir y con ello relacionarse con su cuerpo durante el parto desde la agencia. (Gayeski, Michele y Maria Bruggemann, 2009).

Otro de los intereses presentes en estas investigaciones ha sido analizar la relación que las mujeres que tienen la posibilidad de parir no solo desde una posición vertical, sino desde un parto distinto al medicalizado, es decir un parto humanizado, tienen con su cuerpo, al respecto la bibliografía ha señalado que éstas mujeres se relacionan con su cuerpo en el embarazo y el parto, desde una noción de agencia que se hace evidente en las siguientes acciones: cuando ellas escogen el parto vaginal como primera opción para dar a luz, la segunda es cuando ellas seleccionan el tipo de atención obstétrica tanto para la conducción del prenatal como para la realización del parto. La tercera forma de apropiarse de su cuerpo es cuando ellas dicen y actúan reconociéndose como sujetos reflexivos y críticos delante de la realidad. Asimismo se apropian de su cuerpo durante el parto cuando se negocia y se dialoga con los profesionales de salud sobre las preferencias relacionadas a los procedimientos obstétricos, y por último cuando se construye un conocimiento propio acerca del proceso del parto.

Otro objeto de estudio presente en la bibliografía ha sido la forma en la que las mujeres con un embarazo y parto de alto riesgo se relacionan con su cuerpo, al respecto se ha dado cuenta de que éstas mujeres enfrentan un embarazo con miedo debido a su

condición de salud, empero, también representa para ellas la posibilidad de vencer dificultades, echando mano de soportes simbólicos como la religión.

El embarazo, el parto y el nacimiento de los hijos en esta condición, según la literatura al respecto, se vuelve una experiencia que desgasta y que desafía a las mujeres y a sus familiares, sobre todo porque en ocasiones los hijos nacen enfermos y prematuros; los autores dan cuenta de que las mujeres tienen que hacer frente a su condición de salud apropiándose de su cuerpo a través del cuidado durante todo el embarazo, el parto y el puerperio, buscando salvaguardar así su salud y la de sus hijos. (Pinho, Pamplona y García de Lima, 2010).

La bibliografía ha retratado además que cuando se vive el embarazo y el parto desde un cuerpo adolescente las mujeres también sienten y se relacionan con su cuerpo de forma particular, ya que para la mayoría de ellas se trata de un hecho desconocido, esta forma específica se relaciona con los sentimientos presentes como el miedo, la ansiedad, la curiosidad, y la calma y la tranquilidad, y con las pocas expectativas que poseen las adolescentes acerca de los procesos corporales durante el parto, así como con las imágenes negativas del parto, modeladas por el miedo (Centenaro, Marin y Da Silva, 2015).

Un último objeto de estudio presente en la literatura que abona sobre la experiencia del parto y la relación con el cuerpo es la manera en la que las mujeres se relacionan con la sexualidad y los cambios corporales durante el puerperio, en estos trabajos se destaca que el puerperio es un periodo poco analizado en donde ocurren cambios físicos pero también socioculturales y psicológicos, además de que es un evento importante pero tratado con negligencia, en donde las atenciones se dirigen mucho más hacia los bebés y en donde la expectativa es que la mujer asuma el papel de madre de inmediato y sin dificultades.

Resalta en la bibliografía consultada el hecho de que el puerperio sea una etapa que provoca ansiedad y en donde existen sentimientos negativos con respecto al cuerpo, que influyen negativamente en la vida sexual de las mujeres, se da cuenta de que las mujeres se incorporan de a poco a la actividad sexual, sin embargo esta experiencia es negativa porque

está rodeada de miedos, tales como el miedo a no estar cicatrizadas, a quedar embarazadas y preocupación, dolor e incomodidad por no tener un cuerpo que ellas consideran atractivo.

Se evidencia además que existen estereotipos de género en torno a la sexualidad entre las mujeres, que justifican el hecho de que sus parejas busquen iniciar su vida sexual, aun cuando ellas no estén preparadas. Estas investigaciones dejan abiertas las puertas para llevar a cabo más análisis sobre la sexualidad de la mujer en el puerperio para que se pueda conocer profundamente como las mujeres experimentan ese período. (Rejane, Matos y Gualda, 2010).

Dentro de las investigaciones que abordan la relación que las mujeres tienen con su cuerpo durante la experiencia del parto se observan propuestas que van en la dirección de hacer un llamado a la concientización para que la mujer sea digna protagonista de algo que le pertenece, parir, para lo cual consideran necesario: llevar a cabo más estudios acerca de las vivencias corporales de las mujeres durante la experiencia del parto, tomando en cuenta sus emociones; ampliar la información durante el embarazo y el parto, propiciando el acercamiento de las mujeres con su cuerpo, y dando cuenta de que la relación entre profesionales y clientes (mujeres que paren) es una relación compleja y que envuelve cuestiones de poder, por lo cual la asistencia obstétrica debería tener una perspectiva más amplia sobre la sexualidad y el cuerpo en donde las dificultades y vivencias de las mujeres sean escuchadas.

## **1.2 Experiencia del parto y atención en los servicios de salud.**

Dentro de la bibliografía que aborda la experiencia del parto, uno de los intereses presentes es el análisis de la percepción que tienen las mujeres acerca de la atención recibida por parte del personal de salud durante el trabajo de parto y el parto; a través de enfoques de género y feministas (Bravo, Uribe y Contreras, 2008; Cabrera, 2006; Álvarez, 2013; García, Díaz y Acosta, 2013; Goberna *et al.*, 2008; Campero, Díaz y Ortiz, 2000), y mediante perspectivas sociológicas que combinan la noción de derechos reproductivos con conceptos como género, habitus profesional y campo médico, así como con nociones de ciudadanía reproductiva. (Castro, Roberto y Erviti Joaquina, 2014; Castro, Roberto y Erviti

Joaquina 2015; Castro, 2010a; Castro 2010b; Castro, 2013; Castro, 2014; Erviti 2010a; Erviti, 2013; Herrera, 2010).

La descripción y evaluación de los elementos que las mujeres identifican con respecto al trato recibido durante el parto, así como el análisis de la interacción de mujeres y prestadores de servicios de salud son los objetos de estudio presentes en esta bibliografía.

### **1.2.1 Percepciones de las mujeres acerca del trato recibido durante el parto.**

La bibliografía que analiza la experiencia del parto, desde la percepción de las mujeres, con respecto al trato recibido por el personal de salud, ha identificado por un lado, que la forma de percibir la atención por parte de las mujeres está modelada por una estructura de género que se expresa en presupuestos acerca de la maternidad y la sexualidad, y por el otro, que el personal de salud trata a las mujeres en base a esta misma estructura de género patriarcal, en la cual las mujeres y sus cuerpos están subordinados al poder médico y a la dominación masculina, han identificado además, que el cuerpo es un cuerpo sujetado al que se le imprime una elaboración cultural del dolor.

Destaca el hecho de que consideren que el trato que se le da a las mujeres y a sus familias durante el parto, se inserta en los mecanismos de violencia que operan en la atención al parto, de tipo físicos, ya que la evidencia científica no justifica su uso sistemático, pero también en los mecanismos de violencia simbólicos, porque consolidan ideas de sacrificio, dolor y sufrimiento asociados a la maternidad, por lo que además poseen una connotación de género.

En la investigación de parto y atención se evidencia que las enfermeras y los enfermeros son los personajes en los que las mujeres se centran para describir el trato recibido, esto tiene que ver según los autores, con que son precisamente ellos los que tienen un mayor contacto con las mujeres durante el parto.

Los intereses de estudio que guían estas investigaciones son los elementos que las mujeres señalan como satisfactorios en relación con el cuidado recibido por el personal de salud durante la experiencia del parto, y las experiencias de mujeres que reciben diferentes

tipos de trato durante el parto, abordados a través de los conceptos de cuidado relacional y técnico, cuidado emocional, violencia obstétrica, sexualización del cuerpo femenino, patriarcado y agencia.

Con respecto a la satisfacción durante el parto se ha identificado que las mujeres describen la satisfacción en relación a dos componentes; uno técnico, menos fuerte, pero no por esto menos importante, y otro componente puramente relacional, el técnico se refiere a los cuidados básicos médicos que las mujeres perciben que tienen los enfermeros para con ellas; sin embargo la bibliografía sostiene que la satisfacción está valorada por las mujeres a través del componente relacional que implica una atención humanizada; los elementos que las investigaciones han identificado como buen cuidado o atención humanizada incluyen apoyo emocional profesional, un trato profesional suave y femenino, el hecho de facilitar la presencia de un familiar, y el aporte de información efectiva, que las respalden en sus decisiones durante el parto, además de un profesional cuidado técnico. (Bravo, Uribe y Contreras, 2008).

Entre la bibliografía destaca el hecho de que existan elementos que las mujeres identifican como negativos durante el parto, uno en los cuales se han centrado es en la sexualización del parto bajo una mirada masculina, que la literatura explica como una objetivación y sexualización del cuerpo mediante acciones concretas (cuando los médicos durante el parto hacen algún tipo de reproche sexual a las mujeres, evidenciando una especie de culpa relacionada con el ejercicio de su sexualidad, cuando son exhibidas pariendo en una posición ginecológica específica sin posibilidad de parir en otras posiciones, y cuando son violentadas durante los exámenes vaginales, llevados a cabo por varias personas y uno tras otro, utilizando a las mujeres como elemento de enseñanza para los médicos). (Bradby, 1998).

Otros elementos no satisfactorios identificados por las mujeres son el hecho de que se experimente con los cuerpos de las mujeres, el que no se les explique los tratamientos durante el parto y que se lleven a cabo prácticas dolorosas como la episiotomía. (Cabrera, 2006), así como la incomodidad que brindan las infraestructuras de los hospitales.

En las investigaciones está presente también el análisis de aspectos positivos durante el parto tales como el uso de tecnologías durante el parto como las ecografías, las anestias y las monitorizaciones fetales, las cuales suele proporcionar a las mujeres sensaciones de seguridad y tranquilidad, aunque destacan, al respecto que si bien existen mujeres que prefieren mitigar el dolor con anestesia, existen otras a las que les parece gratificante el sentir el dolor. (Goberna *et al.*, 2008).

Otra discusión presente son las respuestas de las mujeres ante las acciones violentas recibidas por parte del personal de salud, las cuales refieren son distintas, se señala al respecto que algunas mujeres a pesar de describirse como torturadas y heridas durante el parto, justifican este dolor con el nacimiento del hijo, esto lo asocian a una lógica teñida por el catolicismo y a una política del sufrimiento.

Al respecto se señala que existen además prácticas que refuerzan la enajenación de las mujeres en el parto, la primera es que las mujeres den por hecho “que las cosas siempre han sido así”, es decir que se naturalice el cuerpo como educado para parir, así como la capacidad procreativa, además del hecho de que el amor maternal continúe siendo una justificación del dolor y forme parte del “ser mujer”. Otro dispositivo es callar, que no se hable de la sexualidad ni del parto con otras mujeres y que muchas de sus redes de apoyo más bien funjan como vigilantes del poder patriarcal. Sin embargo en la literatura se menciona que también hay mujeres que construyen resistencias y comienzan a cuestionar las prácticas violentas durante la experiencia del parto, este es el caso, por ejemplo, de las mujeres que reciben un trato no violento durante la experiencia del parto. (Cabrera, 2006).

En la bibliografía se da cuenta de cómo se modifican las percepciones de las mujeres cuando ellas cuentan con un sistema de acompañamiento emocional durante el parto, al respecto han señalado que las mujeres que viven el parto con este sistema de acompañamiento, pueden manifestar más sus inconformidades, tienen mayores canales de información acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo durante el parto, llevan el proceso de dolor de forma controlada y manifiestan una relación estrecha entre el tiempo, el dolor y la dilatación, así como un buen reconocimiento de los espacios durante el trabajo de

parto y parto, además presentan una actitud positiva de su papel durante el parto, todo ello comparado con mujeres que no poseen sistemas de acompañamiento. (Campero, Díaz y Ortiz, 2000)

Las propuestas presentes en la literatura consultada versan en torno a que existan elementos como las doulas (acompañantes emocionales) que funjan como puentes entre el médico y las mujeres y que brinden apoyos emocionales y cercanos durante el parto. Asimismo consideran que los objetivos profesionales desde el sistema de salud deben considerar los dos aspectos de cuidado, el técnico y el relacional, a la par de que se les dote a las mujeres de herramientas para poder discutir con los obstetras durante el parto, cuestionando prácticas que las haga sentirse violentadas. Por último destacan la necesidad de reconstruir el miedo en el parto y reivindicar las nociones que tengan que ver con el placer, y no con la dominación que se le ha acuñado al estereotipo de las mujeres y las mujeres madres.

### **1.2.2 Interacción entre mujeres y personal de salud durante el parto**

Otro de los intereses presentes en la investigación de la experiencia del parto con énfasis en las percepciones que las mujeres tienen con respecto al trato recibido por parte del personal de salud son las prácticas médicas autoritarias en el ámbito de la salud reproductiva; en la literatura se destaca el interés por rastrear el origen social de éstas en la estructura del campo médico y en el habitus del personal de salud, mediante análisis que involucran no solo a las mujeres, sino a las mujeres y a los médicos en interacción durante el parto y durante la atención ginecológica y obstétrica.

En la literatura consultada se hacen presentes diversos objetos de análisis, tales como el discurso médico, las prácticas médicas, las condiciones de agencia de las mujeres en las prácticas médico reproductivas, el maltrato hacia las mujeres y el conocimiento y desconocimiento de los derechos reproductivos, haciendo énfasis en la relación desigual entre médicos y pacientes que colocan a los primeros en una posición de jerarquía con respecto a los otros, que son percibidos y se auto perciben como vulnerables.

Destaca en la discusión el hecho de que para dar cuenta de la calidad de los servicios de salud es necesario ir más allá del análisis de la normatividad y de los aspectos biológicos y se debe incluir una variable sociocultural en el análisis, tanto del personal de salud como de los usuarios. Para (Castro, 2015, 2014, 2010a y 2010b), por ejemplo, la calidad de los servicios de salud se ha abordado desde metodologías que han buscado evaluarla y garantizarla, sin embargo en la investigación de este autor se propone ir más allá de mirar la salud como un problema de calidad en los servicios, construyendo este objeto de investigación en clave sociológica, conjuntando un análisis que retome la experiencia desde un enfoque de género y de derechos reproductivos.

La revisión bibliográfica ha mostrado que el sistema de salud en México se caracteriza por ser normativo, excluyente, masculino y paternalista. En el caso de la atención a las mujeres, sobre todo en la salud reproductiva, este sistema refuerza una visión de mujeres como pacientes y sujetas tuteladas, y no como ciudadanas con derechos y obligaciones. A pesar de que no se centra en la experiencia del parto, autores como (Herrera, 2010) han dado cuenta de cómo la atención que brindan los médicos a las mujeres (y a los hombres) muchas veces está atravesada por prejuicios sociales relacionados con estereotipos sociales en torno al género, la etnia y la clase, los cuales condicionan su práctica profesional y la vuelven autoritaria, violenta y poco eficaz para las mujeres.

Propiamente en la experiencia del parto y en el ámbito de la salud reproductiva, la literatura muestra que un problema presente en la actualidad es la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres en los servicios de salud, así como la violencia obstétrica, estos maltratos hacia las mujeres en el ámbito de la salud reproductiva han sido leídos por estas investigaciones como epifenómenos que involucra una estructura de poder de un campo específico, el campo médico.

De la misma manera se ha vinculado a los valores presentes y a las actitudes de algunos miembros del personal de salud a ideologías de género y a un habitus autoritario que según las investigaciones, se adquiere en la formación universitaria y que se pone en práctica en la atención reproductiva de las mujeres, traduciéndose en descalificaciones,

acoso moral, desacreditación de las mujeres, de sus saberes y de la identificación de sensaciones como el dolor, en amenazas y castigos, en omisión de información, en disciplinamiento de los cuerpos, en la obtención de consentimientos bajo presión y en el hecho de obligar a las mujeres al uso de métodos anticonceptivos. El habitus médico autoritario en México se forma en las escuelas de medicina, así como en la residencia y la especialización y descansa en elementos como las jerarquías de la profesión, la desigualdad de género y los castigos como recurso didáctico.

En estas investigaciones se observan propuestas en torno a la idea de reestructurar el campo médico, dando origen a otros habitus, menos autoritarios, y a fomentar el desarrollo de una ciudadanía reproductiva de las usuarias, que se refiere a la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Asimismo está presente un llamado para llevar a cabo investigaciones sociológicas, que partan desde un enfoque de género, y en donde se aborde el maltrato de las mujeres en los servicios de salud reproductivos como un problema que implica más allá de un análisis sobre la calidad de la atención. (Castro, Roberto y Erviti Joaquina, 2014 y 2015).

Antes de concluir con nuestro estado de la cuestión nos gustaría hacer relevantes dos cuestiones. La primera es que en nuestra búsqueda bibliográfica hallamos muchas investigaciones generadas desde la academia brasileña donde el tema de la experiencia del parto, y del parto, desde una mirada socio cultural y sobre todo antropológica, está muy vigente en Brasil. En contraste, encontramos poca bibliografía llevada a cabo por investigadores mexicanos, o aún más desarrollada en México, debido a lo anterior consideramos que son necesarias muchas más investigaciones en torno a la experiencia del parto, en particular desde una mirada de género. Con ello reafirmamos el hecho de que nuestra investigación puede resultar una contribución importante a la temática de estudio.

La segunda cuestión tiene que ver con el hecho de que si bien solamente seleccionamos aquellos trabajos que abordan la experiencia del parto desde una mirada socio cultural, y además que tienen como base empírica los testimonios de las mujeres, encontramos una vasta bibliografía que se encarga de analizar el parto desde perspectivas

médicas, biológicas y demográficas, así como investigaciones que abordan el mismo fenómeno desde la experiencia de matronas, servidores de salud y varones padres de familia. Nos resultó interesante al respecto que muchos de los trabajos que retomamos, a pesar de responder al enfoque antes mencionado fueron elaborados sobre todo desde equipos multidisciplinarios en donde los y las investigadores son en gran parte enfermeros y enfermeras obstetras y por eso se trata de trabajos muy superficiales desde una perspectiva de ciencias sociales.

Presentar este estado de la cuestión nos resultó totalmente útil porque nos permitió ceñirnos a un marco teórico conceptual del cual partiremos en nuestra propia investigación, el cual será desarrollado en nuestro siguiente capítulo.



## **Capítulo 2. Género y experiencia. Aproximación teórica a la experiencia del parto desde las voces de las mujeres**

*“No creo que sea posible para un hombre de ciencia, hacer observaciones puras; sus intereses y su experiencia le obligan a teorizar, le obligan a agregar un concomitante científico activo a la mera percepción de los fenómenos.” Arturo Rosenblueth. Investigador mexicano*

En el capítulo uno, el estado de la cuestión, observamos que la literatura que se encarga de analizar la experiencia de parto, pone énfasis en las emociones y vivencias corporales de las mujeres y en la atención recibida en los servicios de salud.

La revisión bibliográfica ha mostrado que las investigaciones realizadas sobre la experiencia de parir en las cuales se aborda la cuestión de las emociones y vivencias corporales, se han centrado en tres cuestiones principales: en las pautas culturales que influyen en la forma de vivir y sentir el parto; a través del diálogo y la comunicación intercultural, (Luque, Miguel y Oliver María, 2005), los estudios de cosmovisión, (De Morales, Juárez y Aníbal, 2012), la antropología de la reproducción y el cuidado, (Drake, 2014; Moya, María y Paloma Moral, 2014; Alarcón, Ana y Yolanda Nahuelcheo, 2008) el interaccionismo simbólico, (Castro, Bronfman y Loya, 1991), utilizando los conceptos de memoria migratoria, (Baeza, 2013) y de etnia y género (Earth, 2001; Alvesson *et al.*, 2013), considerando además que la experiencia del parto se puede vincular a las condiciones sociales, culturales, económicas y ambientales (Kelsey, E. Otis y John A. Brett, 2008), y que se debe analizar en relación a los significados de salud y enfermedad, (Fleischer, 2006).

La segunda cuestión es en la construcción cultural del dolor durante el parto, a través de teorías feministas y basándose en algunos enfoques como la antropología crítica de la reproducción y de la salud (Cardus, 2015; Argudo, 2014), la teoría de las representaciones sociales (Da Rocha, Franco y Baldin, 2011) y retomando conceptos como la categoría de sufrimiento (Núñez, 2014).

El tercer aspecto es en la forma en la que las mujeres se relacionan con su cuerpo durante el embarazo, parto y puerperio, desde la teoría del sujeto colectivo (Gayeski, Michele y Maria Bruggemann 2009; Pinho, Pamplona y García de Lima, 2010), la pedagogía de la liberación (Basso, Joelí y Marisa Monticelli, 2015) y desde los estudios de género y cuerpo (Rejane, Matos y Gualda, 2010; Centenaro, Marin y Da Silva, 2015).

Los trabajos en los que se aborda la atención recibida por parte del personal de salud durante el trabajo de parto y el parto lo hacen desde enfoques de género y feministas (Bravo, Uribe y Contreras, 2008; Cabrera, 2006; Álvarez, 2013; García, Díaz y Acosta, 2013; Goberna *et al.*, 2008; Campero, Díaz y Ortiz, 2000), y a través de perspectivas sociológicas que combinan la noción de derechos reproductivos con conceptos como género, habitus profesional y campo médico, así como con nociones de ciudadanía reproductiva. (Castro, Roberto y Erviti Joaquina, 2014; Castro, Roberto y Erviti Joaquina 2015; Castro, 2010a; Castro, 2010b; Castro, 2013; Castro, 2014; Erviti 2010b; Erviti, 2013; Herrera, 2010).

La literatura consultada nos mostró que la experiencia del parto está determinada por pautas culturales atravesadas o codificadas mediante significados de género que cada mujer adquiere a lo largo de su vida en procesos de socialización, las nociones que las mujeres poseen de sí mismas en torno a su sexualidad, su rol social, su cuerpo y su forma de percibir el dolor influyen en la forma en la que ellas construyen socialmente su experiencia de parto.

Asimismo apuntó que el personal de salud tiende a tratar a las mujeres en base a una estructura de género patriarcal en donde las mujeres y sus cuerpos están subordinados al poder médico y a la dominación masculina; el cuerpo durante el parto es un cuerpo sujetado al que se le imprime una elaboración cultural del dolor. Estas concepciones se vierten o hacen evidentes en intervenciones médicas violentas.

Por todo lo anterior, el concepto de género y experiencia cobran relevancia para un estudio que pretende analizar el parto desde las experiencias de las mujeres. En este capítulo presentamos una reflexión teórica en torno a estos dos conceptos.

## 2.1 Reflexiones teóricas en torno al concepto de género

¿Cómo surge y cómo se le ha definido?

Comenzamos este capítulo recapitulando brevemente cómo surge el concepto de género y cómo ha sido definido por algunas autoras. La categoría de género se la debemos en gran parte a los estudios antropológicos tradicionales (Malinowski 1927; Mead 1928), quienes dieron cuenta de que existen diversos procesos culturales mediante los cuales nos convertimos en hombres y mujeres. Esto a través de la descripción de los ritos de iniciación de las llamadas “sociedades tradicionales”, cuyo principal objetivo era reafirmar el género asignado a cada uno de los habitantes.

Sin embargo el concepto de género como tal surgió décadas después y ha tenido diferentes usos y acepciones, definiéndose por diversos autores y autoras tales como - Lamas (1996), Rubin (1996) De Barbieri (1992) Fassin (2009), Scott (2008), Butler (2002) -.

El concepto de género tuvo sus antecedentes en las formulaciones teóricas de autoras como Margaret Mead, Simone de Beauvoir y Betty Friedan.

Sus antecedentes se encuentran en Simone de Beauvoir, quien en *El segundo sexo* desarrolla una aguda formulación sobre el género en donde plantea que las características humanas consideradas como “femeninas” son adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse naturalmente de su sexo. Así, al afirmar en 1949: “Una no nace, sino que se hace mujer”, De Beauvoir hizo la primera declaración célebre sobre el género (Lamas, 1996: 9).

Tal como afirma Fassin (2009) el concepto de género- así denominado- nace en los años cincuenta a la luz de los debates en torno a la intersexualidad y transexualidad. En los años setentas el género se presenta como una nueva posición teórica- ante los estudios de las mujeres y los feminismos- sirviendo como un concepto crítico, que retoma e intenta resolver el dilema de la naturaleza y la cultura, preguntándose: “¿Cómo construir teóricamente una diferencia del orden de la naturaleza y objeto de estudio de las disciplinas biológicas en un fenómeno social, objeto de estudio de las ciencias sociales y humanidades?” (De Barbieri, 1992: 146), por lo cual en sus inicios conceptuales, el género

se entendió como el “sinónimo de las diferencias entre los sexos, ya sean éstas atribuidas o naturales” (Scott, 2008: 13).

Más tarde autoras como Scott o Lamas discutieron que fue a partir de los años noventa cuando el concepto género ya no contenía en sí mismo un significado disruptivo y transformador; denunciando sus límites, usos, dificultades, y la pérdida de su capacidad crítica. Según Lamas el género se convirtió en un “caballito de batalla” con “grandes poderes”; capaz de definir un sinfín de situaciones: era sinónimo de sexo, de mujeres, de acciones políticas para las mujeres, etc.

Sin embargo a pesar de ello existen definiciones “clásicas e ineludibles” que continúan siendo un fundamento sólido que sirve como enclave para los investigadores que llevan a cabo estudios de género. Para Scott:

El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos... Es una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder. Los cambios en la organización de las relaciones sociales siempre corresponden a cambios en las representaciones de poder, pero la dirección de cambio no es necesariamente única (Scott, 2008: 65).

Gayle Rubin define al género como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el que se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (De Barbieri, 1992: 149).

Por su parte De Barbieri define la categoría de género desde una visión crítica y contextual como: “El conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatomofisiológica y que dan sentido general a las relaciones entre personas sexuadas”. (De Barbieri, 1992).

Butler, por su parte “lleva hasta sus últimas consecuencias la argumentación beauvoriana de que existimos como cuerpo pero que llegamos a ser género, y visualiza el género como un estilo de vivir el cuerpo en el mundo”. (Lamas, 1996: 17).

En esta investigación, para analizar la experiencia de parto desde las voces de las mujeres, nos apropiamos del concepto de género, entendiéndolo como una categoría

relacional, tal como lo señala De Barbieri, y como “Una especie de filtro cultural con el que interpretamos el mundo y una especie de armadura con la que constreñimos nuestra vida”, como dice Lamas (1996: 18), quien a su vez se inspira en Bourdieu.

Bourdieu, sin mencionar la palabra género abona al tema de la construcción social de los sexos en su libro “La dominación masculina”, analiza cómo están construidas dos sociedades- Cabileña y Parisina- (pero su reflexión se puede trasladar a otros contextos), envueltas en un orden dual y simbólico entre los sexos, que organiza el resto de la vida y que está atravesada por relaciones de poder y dominación. Nos dice el autor que en estas sociedades los cuerpos están organizados en una oposición básica, masculina y femenina, cuyas diferencias se justifican en el cuerpo mismo, en la biología. Arbitrariamente, nos dice Bourdieu, se le han atribuido características a lo femenino y lo masculino, que son antagónicas y excluyentes entre sí. Estos esquemas de pensamiento se llevan a la vida social y se asumen como naturales, empero, para Bourdieu esto no tiene nada de natural, por el contrario hay una construcción social y un orden en donde la fuerza del orden masculino es mayor al del femenino y en donde la dominación es asimilada y vista por el propio dominado como natural.

El orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya: es la división sexual del trabajo, distribución muy estricta de las actividades asignadas a cada uno de los dos sexos, de su espacio, su momento, sus instrumentos; es la estructura del espacio, con la oposición entre el lugar de reunión o el mercado, reservados a los hombres, y la casa, reservada a las mujeres, o, en el interior de ésta, entre la parte masculina, como del hogar, y la parte femenina, como el establo, el agua y los vegetales; es la estructura del tiempo, jornada, año agrario, o ciclo de vida, con los momentos de ruptura, masculinos, y los largos períodos de gestación, femeninos (Bourdieu, 2007: 12).

Este orden aparentemente natural de las cosas según el autor se justifica como el principio básico del funcionamiento de la sociedad en el cual, en todas las esferas humanas - reproducción, sexualidad, división social y sexual del trabajo-, las mujeres aparecerán como dominadas, inferiores a los hombres, en el principio de la primacía de la masculinidad.

¿Por qué analizar la experiencia del parto desde las voces de las mujeres desde una perspectiva de género?

La experiencia del parto es un momento en el que se desarticulan o consolidan aspectos relacionados con la construcción social de los géneros, la forma en la que las sociedades significan el parto en torno a la maternidad, los comportamientos, emociones y vivencias corporales de las mujeres que paren, la manera en la que conviven con su cuerpo y su sexualidad durante el embarazo, parto y puerperio, y la forma en la que ellas conceptualizan la atención recibida durante el parto, son elementos moldeados por el género.

El acto de parir es un acto al que socialmente se la ha ligado a las mujeres, no solo por el hecho de que ellas son quienes paren, sino porque el sistema de género ha establecido que ellas son las que deben desempeñar el papel de la maternidad, al respecto Lamas señala que:

El papel (rol) de género se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el estrato generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto, los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino, que se identifica con lo público. La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes establece estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género. (Lamas, 2002: 33).

Existe una socialización de género en donde las mujeres, por lo menos en la sociedad mexicana, introyectan la idea de que la maternidad es un componente clave del “ser mujer”, (a pesar de que en las últimas décadas se han introducido modificaciones en la construcción cultural de la maternidad y su idealización). La sociedad mexicana actualmente sigue considerando al hecho de ser madre uno de los roles sociales más importantes que puede y debe desempeñar una mujer, la maternidad, entonces, continúa fungiendo como un parámetro que establece, prescribe, y, asigna el lugar social a las mujeres, quiénes a su vez consideran el ser madre como un aspecto fundamental en su realización como seres humanos.

Culturalmente, la maternidad es la especificidad de la condición femenina. A pesar del deseo de las mujeres de poder regular su fecundidad, su identidad y valoraciones sociales radican en la posibilidad de ser madres. Más allá de una verdad elección individual, las mujeres buscan ser madres por cuestiones psíquicas y cuestiones sociales (Lamas, 2001: 35).

La maternidad constituye entonces una gran parte de las subjetividades femeninas, en donde los deseos, necesidades, fantasías e intereses de las mujeres, se definen por las expectativas que depositan en el hecho de ser madres. Así, la maternidad está valorada como algo sublime, asociada además a la idea de sacrificio. Simone De Beauvoir, por ejemplo, en su obra *El Segundo Sexo (1949)* menciona que la maternidad vuelve a la mujer un ente en una posición de servidumbre, para esta autora, la maternidad es un obstáculo en la realización plena de las mujeres. Sin embargo también existen postulados desde el feminismo que reivindican la maternidad como un acto político que puede permitir a las mujeres el control y re significación de su propio cuerpo, devolviéndoles así un terreno que ellas denuncian ha sido controlado por el Estado, por la medicina y el patriarcado a través de las políticas del cuerpo, dentro de un sistema sexo-género.

Durante el parto estos postulados de género acerca de la maternidad se hacen evidentes en cómo sienten y viven el parto las mujeres, quienes lo significan como un proceso que vale la pena experimentar, así sea doloroso y conlleve grandes reorganizaciones en su vida y costos sociales. El convertirse en madre, desde una idea que enaltece la maternidad, dota de sentido la experiencia del parto para las mujeres.

En congruencia con estos estereotipos de género en torno a la maternidad, se espera y se da por hecho que las mujeres se comporten de ciertas formas durante el parto, relacionadas con la sumisión, el sufrimiento en silencio, la idea de sacrificio en torno a la maternidad y el constreñimiento del cuerpo; cualquier comportamiento que no sea el de una mujer subordinada tiende a ser un parteaguas o rompimiento de las relaciones de subordinación presentes en el sistema de género, en este punto, las propias mujeres también buscan modelar su comportamiento de acuerdo a lo establecido por las normas sociales. Esta cadena de significantes en la actuación hace, entonces, que la mujer experimente el parto de cierta manera, es decir generizada.

Al respecto Lamas reafirma que: “el sistema social de género asigna a las mujeres características tales como la debilidad, la sumisión, la fragilidad, entre otras. “Todas las sociedades clasifican qué es “lo propio” de las mujeres y “lo propio” de los hombres, y desde esas ideas culturales se establecen las obligaciones sociales de cada sexo, con una serie de prohibiciones simbólicas”. (Lamas, 2007: 35).

Por otro lado, el género también se encarna en el cuerpo de las mujeres, particularmente en la forma en la que ellas viven sus procesos corporales durante el parto. Dentro de este orden de género de tipo patriarcal, las mujeres y sus cuerpos suelen estar oprimidos, sus cuerpos son subvalorados, menospreciados, objetivados y estigmatizados. Aunado a ello, a las mujeres se les enseña durante procesos complejos de socialización a cohibir y constreñir su propio cuerpo y a relacionarse con él desde la distancia, el desconocimiento y la vergüenza. Esta “desvalorización universal de las mujeres” como lo diría Ortner (1979) y nosotros agregaríamos de sus cuerpos y sus funciones reproductivas. Coadyuva a que durante el parto el cuerpo de las mujeres sea violentado, es precisamente éste el contexto en el cual surgen violencias de género en distintos ámbitos, entre ellos el ámbito de la salud.<sup>2</sup>

En la atención reproductiva, en específico en el parto, se suele ver a las mujeres como objetos de intervención y medicalización, no como sujetas de derecho de algo que les pertenece, parir, esto ayuda a que se reduzca la posibilidad de que las mujeres tengan actitudes proactivas durante el parto y que se obstaculice la toma de decisiones informadas relativas al embarazo y el parto, en respuesta a ello han surgido iniciativas que identificando precisamente esta problemática luchan por que existan derechos de tipo sexual y reproductivo que garanticen no solo la salud, sino el respeto por el cuerpo de las mujeres y sus procesos reproductivos, colocándolas como únicas protagonistas.

Esta apropiación del cuerpo de las mujeres no solamente se expresa en el control del mismo, su sexualidad y sus funciones, existen otras formas muy presentes en sociedades

---

<sup>2</sup> Según Lagarde (1996) el poder patriarcal no solo oprime a las mujeres, sino también hacia otros sujetos como los niños, los jóvenes y grupos minoritarios por clase social, origen étnico, preferencia religiosa o política.

occidentales urbanas, en la cual las mujeres son despojadas de sus cuerpos a través de un discurso que se relaciona con los estereotipos de belleza, los cuales han patentado un modelo de belleza difícilmente alcanzable por la mayoría de las mujeres. Esto además de poner en riesgo la salud de quienes en el afán de cumplir con este modelo arriesgan la vida, influye en la manera en la que las mujeres valoran su propio cuerpo, el cual vale en tanto sea bello para otros; esto por supuesto que influye en la experiencia de parto, sobre todo al inicio del puerperio, ya que el cuerpo de las mujeres cambia y se modifica, pudiendo estar valorado al margen de los estereotipos de belleza impuestos por la sociedad y el mercado.

Por último el género se hace presente en las nociones y significados que las mujeres tienen en torno a su sexualidad a la cual también se le imprimen normas sociales cargadas por pautas de género que disciplinan la sexualidad de las mujeres, normándola como una sexualidad pasiva, en contraste con la sexualidad de los varones, la mujer ha sido preparada históricamente para una mayor apertura afectiva, sensibilidad, contacto corporal, pero no sexual lo que hace que esté ajena no solo a la toma de decisiones con respecto a su sexualidad, sino al manejo de su propio cuerpo durante el parto.

Podemos ver como el género, entendido como un filtro cultural que constriñe la experiencia de parto de las mujeres, es un elemento necesario para el análisis. Dando cuenta de los componentes atravesados por el género en la experiencia del parto, se develan además de las inequidades del sistema de género presentes en nuestra sociedad (que soportan la permanencia de dicho sistema), las disrupciones y modificaciones que durante la experiencia del parto, ponen a “tambalearse” un sistema de dominación con supremacía masculina.

## **2.2 Reflexiones teóricas a partir del concepto de experiencia**

La experiencia entendida como un suceso vivido o como el cúmulo de conocimientos adquiridos por una persona o grupo social ha sido objeto de estudio de la teoría y la crítica del conocimiento desde la epistemología, la filosofía, la psicología, la sociología y la antropología.

En esta investigación abordaremos la experiencia del parto desde las percepciones de las mujeres. Partiendo del hecho de que esta experiencia es un suceso que se vive de forma individual pero que está anclado a una raíz social con componentes de género. Es decir que las formas diferenciadas de vivir, pensar y representar la experiencia de parir son interpretación producto del universo simbólico de las mujeres que paren.

## **2.2. Experiencia y vida cotidiana: Berger y Luckman.**

En este apartado nos interesa discutir teóricamente la noción de experiencia para analizar desde dónde construyen las mujeres su experiencia del parto. Para ello retomamos primeramente a dos autores a quienes se les ha denominado sociólogos de la vida cotidiana, junto con otros como Heller y Garfinkel, debido a que gran parte de su obra se ha ocupado de dar cuenta del total de las relaciones que constituyen la vida cotidiana. Ritzer (1997) nos dice que podemos ubicarlos también dentro de la sociología fenomenológica, ya que la sociología de la vida cotidiana parte de los postulados generales de Alfred Shutz.

Peter Berger <sup>3</sup> y Thomas Luckman <sup>4</sup> escriben *La construcción social de la realidad*, obra que retomamos para entender la noción de experiencia desde sus postulados.

Comenzaremos diciendo que las experiencias forman parte de la vida cotidiana. Este mundo cotidiano se nos presenta como una realidad previamente estructurada e interpretada. Esto quiere decir que antes de que nosotros “aparezcamos en escena”, el mundo ya está estructurado de acuerdo a un orden y a un universo simbólico. A lo largo de nuestra vida entonces aprendemos a vivir en este mundo mediante un complejo proceso de socialización que nos permite adquirir los significados comunes presentes en nuestra sociedad y que se volverán nuestros propios significados. Esta socialización ocupa como medio principal el lenguaje, al cual estos autores definen como un sistema de signos vocales.

La forma en la que experimentamos el mundo sucede a través de la interacción. Hay distintos tipos de interacción pero la que implica una mayor proximidad es la que posibilita

---

<sup>3</sup> Sociólogo austriaco nacido en 1929

<sup>4</sup> Sociólogo alemán nacido en 1927

los encuentros cara a cara con otras personas. Estas personas a su vez han sido socializadas bajo el mismo orden social que nosotros, por lo cual el diálogo es posible.

Estas interacciones son una especie de rutina ya que nosotros tenemos claro nuestro papel o rol social e interactuamos en base a éste, y los demás hacen lo mismo. Así, convivimos y aprendemos al otro por medio de esquemas tipificadores – lo miramos como médico, abogado, barrendero, madre, europeo, jefe, negro, etc.-.

La realidad de la vida cotidiana es una construcción intersubjetiva, un mundo compartido, lo que presupone procesos de interacción y comunicación mediante los cuales comparto con los otros y experimento a los otros. Es una realidad que se expresa como mundo dado, naturalizado, por referirse a un mundo que es "común a muchos hombres. (Berger, Peter y Thomas Luckman, 1966 [2000]: 39)

Asimismo, la manera en la que nosotros experimentamos el mundo está delimitada por el conocimiento que hayamos adquirido a lo largo de nuestra vida. Vale la pena recordar que para estos autores el conocimiento está distribuido socialmente.

Por otro lado los autores mencionan que toda actividad humana está sujeta a la habituación. “Es decir que todo acto que se repite con frecuencia crea una pauta que luego puede reproducirse con economía de esfuerzos y que ipso facto es aprehendida como pauta por el que la ejecuta” (Berger, Peter y Thomas Luckman, 1966 [2000]: 74).

Cuando esto sucede aparece la institucionalización de los comportamientos colectivos. Nos dicen que estas instituciones no son fijas, pueden surgir alternativas que con el paso del tiempo se vuelvan también instituciones. “El trabajo, la sexualidad y la territorialidad son otros focos probables de tipificación y habituación” (Berger, Peter y Thomas Luckman, 1966 [2000]: 80).

Al respecto de la experiencia apuntalan que cuando un individuo experimenta y más aún cuando a través del lenguaje significa sus experiencias a los otros, tiende a hacerlo encajando sus significados dentro del mundo al que pertenece. Cabe mencionar también que los autores identifican que el individuo tiende a insertar hechos dentro de sus experiencias para armonizar el pasado. Es decir reinterpreta constantemente.

Para analizar la experiencia del parto desde el género, tomando el punto de vista de las mujeres y siguiendo a Berger y Luckman, consideramos que el género es una estructura social y una institución que ha permanecido a lo largo del tiempo. “Las versiones masculina y femenina de la realidad se reconocen socialmente y este reconocimiento también se transmite en la socialización primaria (Berger, Peter y Thomas Luckman, 1966 [2000]: 209)”. Así, las mujeres experimentan el mundo a través de un universo simbólico de estructuras previamente establecidas que han sido transmitidas a través de los agentes socializadores. En el caso de nuestras entrevistadas ellas experimentan su mundo siendo mujeres jóvenes, mexicanas, de diferentes clases sociales, con diferentes conocimientos adquiridos a lo largo de su vida, y además desempeñando diferentes roles de tipo social.

La forma en la que ellas experimentan el parto y construyen socialmente su experiencia de parto se encuentra también determinada por condiciones objetivas de su mundo cotidiano. Se enclava en universos simbólicos donde ellas comparten significados en torno a los roles sociales de género, al cuerpo, a la sexualidad y a la maternidad, que se reflejan en la experiencia de parir. Además se espera que las mujeres desempeñen durante el parto ciertos roles sociales que tienen que ver con una construcción social del cuerpo femenino, desde una codificación de género.

Desde Berger y Luckman decimos también que los encuentros cara a cara durante la experiencia del parto entre las mujeres y personal de salud son rápidos y despersonalizados, ya que la dinámica hospitalaria no brinda condiciones necesarias para que éstos se desarrollen de forma personalizada.

Miraremos la experiencia del parto como un proceso que se ha significado socialmente y es precisamente este carácter social lo que le da la posibilidad de adquirir nuevos significados, es decir nuevas construcciones sociales en torno a la experiencia del parto.

### 2.3 Antropología y experiencia: Víctor Turner

Víctor Turner <sup>5</sup> desde la antropología cultural es otro autor que nos sirve para discutir la noción de experiencia. Turner toma sus bases filosóficas de Wilhelm Dilthey. Si bien gran parte de su obra se centra en el análisis de los procesos rituales, y nosotros no consideraremos la experiencia del parto como un ritual propiamente como sí lo hacen autores como Fleischer (2006), nos pareció importante retomarlo porque hace un puente con las obras de Berger y Luckman, añadiendo dos componentes importantes: las emociones y la noción de drama social y antiestructura. Al igual que los autores anteriores, Turner analiza las experiencias en la interacción en la vida cotidiana, y coincide con ellos en el hecho de que existen estructuras sociales cargadas de significados bajo las cuales experimentamos el mundo.

Cada uno de nosotros ha tenido experiencias formativas y transformativas, esto es, secuencias de eventos externos que se distinguen y se aíslan, y respuestas internas a éstas, tales como el inicio de nuevos modos de vida (ir a la escuela, el primer trabajo, unirse al ejército, entrar en el estado marital) y las relaciones amorosas. Algunas son altamente personales y otras compartidas con grupos a los cuales pertenecemos por nacimiento o elección. (Turner, 2008: 92).

Sin embargo para Turner debemos distinguir entre “meras experiencias” y experiencias, que adquieren su carácter cuando “la experiencia irrumpe la conducta rutinaria y repetitiva, comenzando con evocativas sacudidas de dolor o placer, convirtiendo la “mera experiencia” en “una experiencia” (Turner, 2008: 92). Otro elemento que este autor le añade a las experiencias es la emoción es decir el plano del sentir y el querer. En este sentido podemos considerar a la experiencia del parto como una experiencia vivida cargada de sentido.

Para Turner la experiencia vivida es “Un sistema multifacético dependiente de interacción e interpretación entre cognición, afecto y volición, se construye con nuestras percepciones, reacciones y sabiduría acumulada y se teje mediante pensamiento, sentimiento y voluntad” (Turner, 2008: 121)

---

<sup>5</sup> Antropólogo escocés. Nacido en 1920.

Por otro lado reconoce que existen comportamientos sociales que se vuelven hábitos (otra coincidencia con Berger, Luckman), estos hábitos dependen de las estructuras sociales. El propio ritual es un hábito que depende de la estructura, cuya función es normar la conducta subjetiva de los seres sociales.

Turner dice que esta estructura no es fija, por el contrario es dinámica y coexiste con una estructura paralela o anti estructura que es un estado social en donde los lazos formales y lógicos que caracterizan a la estructura se desaparecen. Estos lazos se hacen más evidentes en fases liminales. A este tipo de relación informal Turner le llamará *comunitas*. Los lazos de *comunitas* entonces son anti estructurales, en el sentido de que son indiferenciados, igualitarios, directos, no racionales y clavados en el plano de las emociones.

Entre el *comunitas* y la estructura se desarrolla el drama social. Es decir la diferencia entre lo que la estructura marca como el deber ser y el actor como sujeto espontáneo. Nos parece que la noción de *comunitas* nos sirve para analizar la experiencia del parto, porque si bien hemos dicho, a través de Berger y Luckman que las mujeres viven la experiencia del parto desde universos simbólicos o estructuras, ahora tomamos en cuenta también que las mujeres dentro de esta experiencia vivida sienten, quieren y pueden entrar en un drama social, es decir tomar actitudes y sentires que no se correspondan propiamente con las estructuras formales de las cuales forman parte.

Para cerrar esta aproximación teórica nos gustaría hacer una breve recapitulación. Decimos que analizaremos la experiencia del parto desde el género, ya que esta es vivida de forma generizada y refleja los universos simbólicos, condiciones objetivadas y significados que las mujeres adquieren a lo largo de su vida en procesos de socialización.

Apuntalamos también que el género puede ser visto como una estructura de opresión que en nuestra sociedad se caracteriza por “representar un papel subordinado” dentro del propio sistema de género

La experiencia del parto hospitalario se encuentra cargada de emociones en donde los encuentros con el otro son distantes. La forma en la que es narrada la experiencia del parto responde también a una objetivación apegada al orden social o estructura social. Sin embargo reconocemos que a pesar de tratarse de una experiencia objetivada por la estructura de género, también se torna como una experiencia que se puede resignificar y en la cual se dan dramas sociales que evidencian los yo espontáneos de las mujeres que paren. A través de estos anteojos es como nos aproximamos a la experiencia de parto desde las percepciones de las propias mujeres.

Para cerrar esta aproximación teórica señalaremos que en esta investigación entendemos al parto como un proceso en el cual las mujeres paren hijos e hijas, el parto se vive de forma individual, pero está anclado a una raíz social modelada por pautas culturales y de género. Se trata de un proceso en donde la mujer vive, siente, significa y resignifica su experiencia a partir de los componentes culturales y de género que haya adquirido en procesos de socialización. Señalamos además que en esta investigación usaremos el término de parto vaginal para poderlo diferenciar del procedimiento de cesárea.



## **Capítulo 3. Gestando una investigación: Del planteamiento del problema al análisis de los datos**

### **3.1 Enfoque metodológico ¿Cómo observamos la experiencia del parto?**

Género y perspectiva sociocultural en la experiencia del parto

En este capítulo presentamos una descripción detallada del procedimiento metodológico que llevamos a cabo en esta investigación. Comenzaremos diciendo que en esta tesis se analiza la manera en que el género se expresa en las narrativas que las mujeres construyen de su experiencia de parto en relación a la atención que recibieron en los servicios de salud y a sus emociones y vivencias corporales.

Con relación al enfoque de género, analizamos la experiencia del parto desde el género como categoría relacional que nos permite comprender las características que socialmente se atribuyen a hombres y mujeres. Desde una perspectiva de género consideramos que existe una forma hegemónica de socializar a las mujeres (y a los hombres), que está cultural e históricamente construida, y en la cual, es común que las mujeres se encuentren en una posición social subordinada con respecto a los varones.

A través de la perspectiva de género analizamos la narración que las mujeres hacen de la experiencia del parto y en las cuales se revela el papel que se atribuyen en la sociedad, las concepciones sobre la maternidad y la sexualidad así como de su propio cuerpo.

De igual manera nos interesa analizar el punto de vista de las mujeres acerca de su propia experiencia del parto para conocer su punto de vista, lo que sienten, lo que viven y las demandas que tienen durante este proceso.

### **3.2 Investigación cualitativa y teoría fundamentada en un análisis de género de la experiencia del parto**

Para esta investigación hemos seguido una metodología cualitativa ya que nos centramos en el conocimiento interpretativo de la realidad social, privilegiando la interpretación y la comprensión frente a la explicación y la posibilidad de generalización de resultados. Partimos de un esquema inductivo que utilizamos para descubrir y afinar nuestras preguntas de investigación. Asimismo, consideramos importante durante el trabajo de campo, generar rapport con nuestras informantes. Estas últimas características de nuestro trabajo han sido señaladas como elementos propios de las investigaciones cualitativas, por Sampieri, Fernández y Baptista (2003).

Asimismo, es importante mencionar que seguimos algunos pasos y recomendaciones de la teoría fundamentada:

1) A diferencia de otros diseños de investigación, en principio no buscamos variables dependientes e independientes y nos apegamos más bien a una visión flexible que nos permitiera modificar nuestras preocupaciones iniciales a medida que recogíamos los datos. Inicialmente establecimos que nuestro objeto de estudio era la violencia obstétrica, sin embargo al llevar a cabo el trabajo de campo nos dimos cuenta que el material empírico apuntaba hacia otras direcciones. Éstas tenían que ver no solo con la atención recibida en los servicios de salud sino también con los sentimientos y emociones de las mujeres durante el parto, con la percepción de sí mismas y de sus cuerpos estando embarazadas, durante el propio parto y el puerperio, con la significación que ellas hacían del dolor durante el parto, con las expectativas que tenían de un parto y cómo lo contrastaban con su experiencia real. Es por ello que tomamos la decisión de trabajar la experiencia del parto desde un enfoque de género, poniendo énfasis en dos dimensiones analíticas, en las emociones y vivencias corporales y en la percepción de la atención recibida.

¿Cómo se expresa el género en la forma en que las mujeres construyen la narrativa sobre la atención que recibieron en los servicios de salud y sobre sus emociones y vivencias corporales durante el parto? Es nuestra pregunta de investigación.

2) Nos apegamos a una tarea de codificación y en la interpretación nos preocupamos por tener una percepción dinámica de los datos, así como por desarrollar una capacidad creativa para interpretarlos y un análisis detallado de la experiencia del parto.

3) En la medida de lo posible, eliminamos los juicios de valor - prejuicios- que teníamos con respecto a la experiencia del parto.

Al respecto de la teoría fundamentada, Glaser, B y A. Strauss (1967) señalan que ésta puede ofrecernos una certeza ética en cuanto a la manipulación de los datos, si bien nos dicen que las decisiones de los y las investigadores están siempre presentes. Propiciar un proceso de construcción a la par que el de recolección y recodificación de los datos nos brinda una oportunidad amplia para generar conocimiento que busque ser, no mejor o más verdadero, sino más parcial. Asimismo, con ello ayuda interpretar cualquier fenómeno social que nos interese, sin adecuar las teorías a la realidad y por el contrario, leyendo los datos y generando conocimiento científico. De allí su importancia en nuestra investigación.

### **3.2 Recolección de información.**

Para llevar a cabo un estudio cualitativo acerca de la experiencia del parto la herramienta metodológica que consideramos más útil fue la entrevista a profundidad. El objetivo de este tipo de entrevistas es retratar un cuadro específico de la vida o el entorno del informante; en este caso, el momento del parto.

La entrevista a profundidad nos permitió conocer la experiencia subjetiva, es decir los significados presentes en las narraciones de las mujeres con respecto a la construcción de su experiencia de parto. Todo esto bajo la premisa de que el lenguaje es un vehículo poderoso por el cual se transmiten significados. Tal como lo dice Castro quien, basándose en Alfred Shutz enfatiza que: “El lenguaje que usan los individuos en la vida cotidiana es el medio por excelencia para transmitir “significados”. El lenguaje es el medio a través del cual la actividad interpretativa de un grupo puede ser observada”. (Castro: 2000: 149).

### 3.4 Trabajo de campo

El trabajo de campo para esta investigación comenzó con una serie de visitas a hospitales públicos de la Ciudad de México. Consideramos que esto resultaba una buena estrategia para conocer a mujeres que hubieran parido recientemente. Sin embargo nos encontramos con el hecho de que los protocolos de seguridad de los hospitales dificultaban crear un espacio de confianza en los que las mujeres pudieran hablar con libertad sobre su experiencia de parto.<sup>6</sup>

Debido a esta situación decidimos que la forma más sencilla de acercarnos a las mujeres sería abordarlas en otros lugares y empleando la técnica de bola de nieve. Es decir preguntando por diversos medios (reclutando en las calles, a través de las redes sociales, preguntándoles a mujeres y hombres) si conocían a mujeres que hubieran parido recientemente. Así fue como logramos llevar a cabo nuestro trabajo de campo del mes de julio al mes de septiembre del 2015. Se trató de un periodo corto en el cual realizamos diez entrevistas<sup>7</sup> logradas con un rango de duración de entre 56 minutos a dos horas y media, material empírico que consideramos suficiente para rescatar la experiencia del parto de un grupo de mujeres. Grabamos las entrevistas con la autorización de las entrevistadas y las transcribimos en su totalidad.

Localizamos a nuestras informantes dentro de la Zona Metropolitana del Valle de México. La selección fue aleatoria y tomamos en cuenta únicamente un criterio de selección: que fueran mujeres que hubieran parido ocho meses atrás, con respecto al momento de la entrevista.

Lo anterior nos permitió recuperar la experiencia reciente del parto de las mujeres ya que pensamos que quienes hubiesen parido recientemente podrían recordar de forma

---

<sup>6</sup> Para lidiar con la situación mencionada decidimos presentar de manera formal nuestro proyecto ante las autoridades de los hospitales, quienes nos abrieron las puertas siempre y cuando sometiéramos nuestro proyecto a evaluaciones y permisos de los Comités de Ética de cada institución. Sin embargo este proceso nos demandaba esperar dos o tres meses, los cuales entorpecían el desarrollo de nuestra investigación.

<sup>7</sup> Diez entrevistas nos proporcionaron material suficiente para llegar, sino a la saturación teórica, sí a la recolección de un cúmulo vasto de material empírico útil para hacer un análisis acerca de la experiencia del parto de un grupo de mujeres.

más fresca los detalles en torno a la experiencia del parto. Este criterio resultó útil porque nuestro objeto de estudio demandaba una descripción detallada de su experiencia en el momento del parto.

### 3.5 Clasificación y selección de las informantes

En base al criterio anterior localizamos a las informantes, quienes eligieron un seudónimo. El proceso de localización estuvo dividido en dos etapas. En la primera encontramos siete informantes con las siguientes características:

Tabla 1. Características principales del primer grupo de informantes

SEUDÓNIMO	EDAD	SITIO DONDE RADICA	Nº HIJOS	FECHA ÚLTIMO PARTO	SITUACIÓN CIVIL	TIPO DE PARTO	ESCOLARIDAD	INGRESOS MENSUALES	LUGAR DE PARTO	DURACIÓN DE ENTREVISTA	LUGAR DE ENTREVISTA
SOFÍA	22	D.F.	UNO	HACE SEIS MESES	CASADA	VAGINAL	LIC. EN CURSO	32 MIL PESOS	IMSS	UNA HORA 20	PARQUE
XOCHITECÁTL	25	EDO MEX	UNO	HACE CUATRO MESES	UNIÓN LIBRE	CÉSAREA	LIC. TERMINADA	5 MIL PESOS	CLÍNICA PARTICULAR	DOS HORAS 3	CASA ENTREVISTADA
BRENDA	27	D.F.	UNO	TRES MESES	CASADA	CÉSAREA	LIC. EN CURSO	4 MIL PESOS	IMSS LOS VENADOS	UNA HORA 40	PARQUE
MAFALDA	27	D.F.	UNO	HACE SEIS MESES	CASADA	CÉSAREA	LIC. TERMINADA	11 MIL PESOS	CLÍNICA PARTICULAR	UNA HORA 55	CASA SUEGROS
PALOMA	30	EDO MEX	TRES / DOS FALLECEN	HACE SIETE MESES	CASADA	CÉSAREA	LIC. TERMINADA	9 MIL PESOS	CLÍNICA PARTICULAR	TRES HORAS	RESTAURANTE
LAUS	24	D.F.	UNO	TRES MESES	SOLTERA	CÉSAREA	LIC. TERMINADA	12 MIL PESOS	IMSS LOS VENADOS	UNA HORA	CASA PRIMA
CRISEL	18	D.F.	UNO	TRES MESES	CON NOVIO	CÉSAREA	PREPA TERMINADA	2 500 PESOS	CLÍNICA PARTICULAR	UNA HORA	CASA ENTREVISTADA

Fuente: Elaboración propia

Al analizar las características del conjunto de informantes identificamos que cuatro de ellas estaban cursando la universidad o ya la habían acabado. Ante ello, tomamos la decisión de buscar una mayor diversidad e incluimos tres mujeres con una escolaridad menor.

Pensamos que las mujeres con menos escolaridad añadirían nuevos elementos en la narración de su experiencia de parto de diferente manera en virtud de que la literatura consultada nos mostró que la escolaridad influyó en las construcciones sociales que las mujeres hicieron en torno a su experiencia del parto, en varios sentidos:

Es esperable que las mujeres con mayor escolaridad tengan mayor información en cuanto a temas relacionados con la sexualidad y con ello un panorama más amplio acerca de lo que sucede con su cuerpo en el parto, así como una noción mayor con respecto a derechos sexuales y reproductivos. Esta condición ha evidenciado así cuando las mujeres con mayor escolaridad identifican de forma más clara el maltrato por parte del personal de salud, con respecto a las mujeres con menos escolaridad. (Basso, Joelí y Marisa Monticelli, 2010). Los hallazgos de esta investigación caminarían en esta dirección como se verá más adelante.

Asimismo la literatura nos mostró que las mujeres con mayor escolaridad poseían construcciones sociales “más libres” con respecto a su cuerpo y sexualidad, y podían hablar de forma más abierta acerca de sus sentimientos, molestias y angustias en el parto y en el puerperio (Cabrera 2006).

El segundo grupo de informantes quedó conformado con las siguientes características:

Tabla 2. Características principales del segundo grupo de informantes

SEUDÓNIMO	EDAD	SITIO DONDE RADICA	Nº HIJOS	FECHA ÚLTIMO PARTO	SITUACIÓN CIVIL	TIPO DE PARTO	ESCOLARIDAD	INGRESOS MENSUALES	LUGAR DE PARTO	DURACIÓN DE ENTREVISTA	LUGAR DE ENTREVISTA
MARÍA	29	D.F.	DOS	HACE TRES MESES	CASADA	CESÁREA	SECUNDARIA/CARRERA TÉCNICA	NO SABE	CLÍNICA PARTICULAR	UNA HORA 50	CASA ENTREVISTADA
SAMANTHA	21	D.F.	DOS	HACE TRES MESES	UNIÓN LIBRE	VAGINAL	SECUNDARIA TERMINADA	6 MIL PESOS	IMSS	UNA HORA	CASA SUEGROS
KAREN	27	D.F.	DOS	OCHO MESES	UNIÓN LIBRE	VAGINAL	PREPA TRUNCA	6 MIL PESOS	PÚBLICO. AJUSCO MEDIO	UNA HORA 50	PARQUE

Fuente: Elaboración propia

### 3.4 ¿Quiénes son estas diez mujeres? <sup>8</sup>

Primer grupo de informantes

#### *Sofía*

Sofía es estudiante universitaria de la Licenciatura en pedagogía en una escuela pública del Distrito Federal. Tiene 22 años y es madre de un hijo. Está casada con el padre de su hijo y vive en el Distrito Federal. Su hijo nació hace seis meses mediante un parto vaginal en un hospital del IMSS. Se trató de un parto vaginal debido a que así se lo indicaron los médicos que atendieron su parto. Es una mujer de complexión media, de tez muy clara y cabello castaño. A Sofía la localicé gracias a la recomendación de una de mis amigas. La contacte vía telefónica y acordamos una cita para llevar a cabo la entrevista, en un parque del Distrito Federal.

#### *Xochitécatl*

Xochitécatl es una mujer que se refiere a sí misma como ama de casa a pesar de que tiene un negocio de venta de productos para el cuidado e higiene. Tiene 25 años y un hijo. Vive en unión libre con el padre de su hijo en el Estado de México. Su último parto fue hace cuatro meses, y se trató de una cesárea que se llevó a cabo en una clínica particular del Estado de México. La cesárea fue indicada por los médicos que la atendieron, debido a que su hijo no estaba en una posición factible para llevar a cabo un parto vaginal. Es una mujer delgada, de tez morena y de cabello lacio. Es pasante de la Licenciatura en sociología en una universidad pública del Distrito Federal. Xochitécatl es amiga mía desde hace tiempo. La entrevista se llevó a cabo en su domicilio

#### *Brenda*

Brenda estudia la Licenciatura en sociología en una escuela pública del Distrito Federal. Tiene 27 años y es madre de una hija. Está casada con el padre de su hija y vive en el Distrito Federal. Su último parto fue hace seis meses, y se trató de una cesárea practicada

---

<sup>8</sup> En esta sección presentamos una breve descripción de cada una de nuestras informantes y de cómo fue que las reclutamos. El orden de presentación no sigue algún criterio específico.

en un hospital del IMSS. La cesárea se llevó a cabo debido a que su hija no tenía líquido amniótico suficiente para poder llevar a cabo un parto vaginal. Es una mujer de complexión media, de tez morena clara y de cabello rizado negro.

Localicé a Brenda gracias a un amigo cercano. Al igual que a Sofía, la llamé por teléfono y acordamos la entrevista en un parque del Distrito Federal.

### *Mafalda*

Mafalda es profesora de primaria en una escuela pública del Distrito Federal. Tiene 27 años y un hijo. Vive en unión libre con el padre de su hijo en el Distrito Federal. Su último parto fue una cesárea que se llevó a cabo hace seis meses en una clínica particular del Estado de México. La razón por la que fue una cesárea tuvo que ver con la justificación por parte de los médicos que la atendieron, de que su condición asmática podría complicar un parto vaginal. Es una mujer de constitución delgada, de tez morena clara y con ojos color verde. Mafalda es licenciada en pedagogía, egresada de una universidad privada religiosa del Distrito Federal.

Conocí a Mafalda debido a la recomendación de un amigo mío. La entrevista la llevé a cabo en el domicilio de su suegra, en una recámara cerrada y privada.

### *Paloma*

Paloma es una mujer que se denomina a sí misma como ama de casa. Tiene 30 años y es madre de tres hijos, un bebé varón de siete meses y dos gemelos que fallecieron poco tiempo después del parto, hace cuatro años, a causa de prácticas médicas negligentes. Está casada con el padre de sus hijos y vive con él en el Estado de México. Su último parto fue una cesárea que se llevó a cabo en una clínica particular del Distrito Federal. La cesárea fue elegida por ella en compañía del médico que la atendió debido a que le pareció la opción más segura para que su hijo naciera. Paloma es una mujer de constitución gruesa, piel morena y usa lentes. A través de su ropa pude admirar una serie de tatuajes, que según me cuenta su significado tiene que ver con la muerte de sus hijos. Paloma es pasante de la Licenciatura en antropología social en una universidad pública del Distrito Federal.

Localice a Paloma gracias a una red social, Facebook. Entablamos contacto por ese medio y luego acordamos una cita. Se llevó a cabo la entrevista en un restaurante del Estado de México.

### *Laus*

Laus trabaja como coordinadora de un *call center*. Tiene 24 años y tiene un hijo. Se refiere a sí misma como madre soltera y vive en el Distrito Federal. Su hijo nació a través de una cesárea hace tres meses, en un hospital del Distrito Federal, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La cesárea se llevó a cabo debido a que su hijo no contaba con líquido amniótico suficiente para poder realizarse un parto vaginal. Es una mujer de complexión robusta y de tez morena.

Laus actualmente está terminando la Licenciatura en psicología, en una universidad particular del Distrito Federal. Localicé a Laus gracias a una red social, Facebook, en la cual yo solicitaba conocer a mujeres que hubieran parido recientemente. Por medio de esa red entablamos contacto y le solicité una entrevista, que se llevó a cabo días después en su casa.

### *Crisel*

Crisel es una joven que se denomina a sí misma como ama de casa. Tiene 18 años y tiene una hija de tres meses. Vive en el Distrito Federal con sus padres y tiene una relación con el padre de su hija, quien vive en otro estado de la república. Su último parto fue hace tres meses y fue una cesárea que se llevó a cabo en una clínica particular del Distrito Federal. La cesárea estuvo indicada por los médicos que la atendieron, bajo la justificación de que su hija presentaba una condición médica específica (doble circular de cordón), lo cual le impedía el llevar a cabo un parto vaginal. Crisel es una mujer de complexión gruesa, de cabello largo negro y rizado, de tez blanca y de ojos grandes. Crisel estudió la preparatoria en una institución pública del Distrito Federal. Conocí a Crisel gracias a otra de las informantes, a Laus. Crisel es su prima y mantienen una relación muy estrecha. La entrevista de Crisel la llevé a cabo en su domicilio.

## Segundo grupo de informantes

### *María*

María es una mujer que se denomina a sí misma como ama de casa. Tiene 29 años y dos hijas, una de seis años y una de tres meses. Está casada con el padre de sus hijos y vive en el Distrito Federal. Su último parto fue hace tres meses, se trató de una cesárea practicada en una clínica particular del Distrito Federal. María tuvo una cesárea porque así lo decidió ella, y se lo hizo saber a su médico. Sus razones tuvieron que ver con el hecho de querer evitar complicaciones que ella asociaba a un parto de tipo vaginal. María es una mujer de tez blanca, complexión media y cabello negro rizado. María estudió la secundaria en una escuela pública del Distrito Federal.

Conocí a María gracias a que una compañera de la maestría me la presentó. Entablamos contacto por teléfono y llevamos a cabo la entrevista en su domicilio.

### *Samantha*

Samantha es una mujer que se refiere a sí misma como ama de casa, sin embargo también se dedica a la venta de cosméticos por catálogo. Tiene 21 años y es madre de dos hijos: una hija de cuatro años y un hijo de seis meses. Vive en unión libre con el padre de sus hijos en el Distrito Federal. Su último parto fue vaginal hace seis meses en un hospital del IMSS y se llevó a cabo de esa manera por indicación de los médicos. Es una mujer de complexión media, de tez morena y ojos grandes. Samantha concluyó su secundaria, en una institución pública de Cuautla, Morelos.

Conocí a Samantha de la misma forma que a Karen. Cuando me di a la tarea de buscar informantes en un parque del Distrito Federal. Después del primer encuentro concertamos una cita en su domicilio para llevar a cabo la entrevista.

### *Karen*

Karen se refiere a sí misma como ama de casa. Tiene 27 años y es madre de dos hijos. Vive en unión libre con el padre de sus hijos en el Distrito Federal. Su último parto

fue hace ocho meses, y fue un parto vaginal, referido por indicación de sus médicos y fue atendido en un hospital público del gobierno del Distrito Federal. Karen es una mujer de constitución delgada, de tez morena. Estudió la preparatoria (pero la dejó inconclusa), en una escuela pública del Distrito Federal. Localicé a Karen en un parque de la Ciudad de México. Yo me encontraba en ese sitio con la intención de buscar a mujeres que hubieran sido madres recientemente. Así la hallé, le hablé de la entrevista y acordamos una cita posterior, en el mismo lugar.

Una vez seleccionadas las informantes. Procedimos a llevar a cabo las entrevistas de acuerdo a una guía <sup>9</sup> que incluyó preguntas que nos fueron útiles para que las mujeres pudieran describir su experiencia del parto. Nuestra guía de entrevistas estuvo centrada en dos ejes: atención en los servicios de salud y emociones y vivencias corporales.

### **3.7 La teoría fundamentada como herramienta en el análisis de género**

Las diez entrevistas fueron analizadas desde una perspectiva de género y siguiendo la lógica analítica de la teoría fundamentada.

En el análisis del material, el primer paso de esta teoría es codificar, y la codificación obedece a varios momentos que no están separados entre sí, pero que sí requieren diferentes grados de abstracción. El primer paso es la codificación abierta, en donde se busca etiquetar y fragmentar los datos, asignándoles un código. Procedimos a hacer una etiquetación a mano en las entrevistas impresas, donde localizamos todos los códigos que pensábamos podían resultarnos útiles para el análisis de la experiencia del parto.

Posteriormente procedimos a llevar a cabo el segundo paso para el análisis, una codificación axial, es decir a organizar estos códigos en ejes temáticos. Reflejándolos en una matriz analítica que elaboramos con la ayuda del programa informático de Excel. <sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Ver anexo 3.

<sup>10</sup> Ver tabla 3.

Tabla 3. Ejes temáticos para el análisis de la experiencia del parto

Eje analítico	Aspectos que se desarrollan
Emociones y sensaciones en la experiencia del parto y vivencias corporales	Antes del parto Después del parto En relación con los rituales obstétricos Expectativas de parto y contraste con el parto vivido Cuerpo en el embarazo Cuerpo después del parto Cuerpo para otros Menstruación y referencias al cuerpo
Percepción de la atención en la experiencia del parto (y respuestas por parte de las mujeres)	Cuidado relacional y cuidado técnico Burocracia e infraestructura hospitalaria Negligencia médica Violencia obstétrica

*Fuente: Elaboración propia*

Una vez terminado esto estuvimos preparados para iniciar el análisis desde un enfoque de género.

### **3.8 Analizando los datos con anteojos de género**

Las dimensiones sobre las cuales indagamos observables empíricos que dieran cuenta de la construcción social de la experiencia del parto desde un enfoque de género fueron las siguientes:

#### **Emociones y vivencias corporales**

Representaciones del cuerpo sexuado

1) La manera en que las mujeres perciben y describen su cuerpo embarazado y su cuerpo después del parto. Esta dimensión nos permite relacionar lo dicho por las mujeres en la narración con estereotipos de belleza femenina impuestos socialmente, en donde el cuerpo de la mujer debe modelarse para “ser visto y aprobado por otros” y además está diseñado para la maternidad.

2) La manera en que las mujeres se refieren a sí mismas, a sus cuerpos, a las relaciones sexuales y a los cuerpos de los demás. Esto nos habla de un tipo de acercamiento con su cuerpo y su sexualidad. Si nombran los genitales como vagina o pene (por ejemplo), podríamos intuir que tienen una forma más abierta de referirse al cuerpo humano, en cambio sí lo llaman “mi parte o allí”, podríamos hablar de una forma más tímida de relacionarse con su cuerpo y su sexualidad.

3) La forma en la que las mujeres se relacionan con procesos fisiológicos como la menstruación. Si las mujeres hablan abiertamente de su menstruación podríamos considerar de igual manera que su acercamiento con sus procesos corporales es visto por ellas como algo natural. En cambio sí le es difícil hablar de su menstruación o consideran esto un tema tabú, identificaríamos una forma de relacionarse con el cuerpo en donde los procesos corporales como la menstruación se cohiben.

#### Apropiación del cuerpo y de la sexualidad

1) Las nociones y significados que las mujeres expresan en torno a su sexualidad. Esta dimensión nos permite relacionar si el discurso en torno al ejercicio de su sexualidad está apegado más hacia una lógica de derechos sexuales y reproductivos, o si se relaciona con un modelo de sexualidad enraizado en una división sexual tradicional, en donde la mujer se posiciona a sí misma como sujeta pasiva sexual, ante el hombre.

2) La información que poseen las mujeres con respecto a la sexualidad y al parto que haya sido transmitida por otras mujeres. Este elemento nos ayuda a dilucidar las pautas culturales de género con respecto a la sexualidad con las que las mujeres han sido

socializadas a lo largo de su vida, para poder entender si esta socialización sexual en torno al género responde a modelos libres o constreñidos en torno a la sexualidad.

#### Significados de la experiencia corporal y emocional del parto

1) Las razones con las que explican el hecho de haberse embarazado. Si las mujeres asocian su embarazo a la planificación o no, tendríamos indicios que se asumen como responsables y partes activas del proceso de embarazo. En cambio se refieren al embarazo como resultado de un destino o mandato podremos asociarlo con una ausencia de participación en las decisiones al respecto de los procesos reproductivos.

2) La forma en la que las mujeres describen su parto ideal. A través de esta dimensión observamos si en sus expectativas en torno a un parto ideal las mujeres incorporan o no elementos que reflejen conocimiento en torno a derechos sexuales y reproductivos durante el parto. Asimismo sabremos a través de qué medios tomaron esta información.

#### Agencia en la familia y fuera de ella

1) El tipo de ambiente en el cual las mujeres vivieron durante el embarazo y después del embarazo. A través de esta dimensión podemos indagar si sufrieron violencia durante el embarazo, parto y puerperio. Y en caso de haberla, cómo se posicionan ante esta violencia y que actitudes toman ante ella.

#### Modelos de género, familia y maternidad

1) Las descripciones que hacen las mujeres del papel que tuvo su pareja durante el embarazo, parto y puerperio. Y en caso de no existir una pareja, las descripciones que ellas hacen con respecto a vivir el embarazo, parto y puerperio sin el acompañamiento de un varón. Esta dimensión nos permite reflexionar acerca de la idea de familia que la mujer posee. Y así vincular esta idea a estereotipos de género en torno a la familia.

2) La forma en la que las mujeres describen su papel social tanto dentro de la familia como del espacio público. Esta dimensión nos permite saber la manera en la que

estas mujeres se relacionan con su entorno, y si esto tiene que ver con una división sexual tradicional del trabajo.

#### Relaciones de poder en la familia y con la pareja

1) La dinámica familiar de las mujeres durante el embarazo. Conocer cómo se organizaba el trabajo dentro de su familia en el periodo del embarazo nos permite dilucidar si la división sexual del trabajo tenía que ver con roles tradicionales de género o con organizaciones del trabajo más equitativas entre hombres y mujeres.

2) Saber si las mujeres vivían en una casa propia o rentada, si vivían en un hogar ampliado, si contaban con fuentes de ingreso y si participan de la toma de decisiones en torno a los recursos económicos de su hogar. Esta dimensión nos permite dar cuenta si las mujeres son independientes económicamente y si esta independencia se refleja de alguna manera en su experiencia de parto.

#### **Atención recibida en los servicios de salud**

##### Apropiación del proceso de parto

1) La toma de decisiones de las mujeres con respecto a algunos aspectos relacionados con el parto. Por ejemplo: la decisión de dónde parir, qué tipo de atención recibir, la elección entre parto vaginal y la cesárea, el tipo de cuidados pos parto que recibirán y el uso de métodos anticonceptivos después del parto. Esto nos permite darnos cuenta en qué aspectos relacionados con el parto las mujeres deciden sobre su propio cuerpo y si esto da indicios de autonomía femenina.

2) Las actitudes que las mujeres toman ante situaciones de violencia durante el parto. Esto nos permite saber cómo reaccionan las mujeres ante situaciones de violencia, por ejemplo, de forma sumisa (frente al poder médico), o activas, y denunciante frente a la violencia recibida.

3) La forma en la que las mujeres participan durante su parto. Esta dimensión nos permite analizar si, y qué tanto las mujeres ceden el control de su parto al personal de salud

y por qué. O si su preocupación es ser protagonistas y participar activamente en cada uno de los procesos que se llevan a cabo durante el parto.

#### Representaciones en torno a la maternidad

1) La manera en la que las mujeres significan y representan el dolor durante el parto. Esta dimensión nos permite relacionar las concepciones del dolor de las mujeres con algunos discursos en torno a la maternidad, cuya idea de sacrificio tiende a estar presente. Y cómo esta significación del dolor influye en la forma en la que las mujeres asumen que deben ser tratadas durante el parto.

#### Estereotipos de género en la percepción de la atención

1) La percepción de las mujeres en torno a actitudes violentas del personal de salud durante el parto. Ahondar en esta dimensión nos permite saber en primera instancia si las mujeres perciben haber sido violentadas durante el parto, segundo, por parte de quiénes, ellas dicen haber sido violentadas. Asimismo podemos relacionar si estas actitudes violentas que perciben las mujeres contienen algún elemento de discriminación por cuestiones de género.

2) La forma en la que las mujeres describen el comportamiento del personal de salud (hombres y mujeres). A partir de esta descripción podemos identificar si las mujeres asocian comportamientos específicos a hombres y mujeres. O por ejemplo, si ellas relacionan al personal femenino con funciones “típicamente femeninas como la maternidad y el cuidado”. Por ejemplo, si identifican que las mujeres (enfermeras, por ejemplo) las atendían más suavemente que los varones, durante el parto.

3) La forma en la que las mujeres perciben los rituales obstétricos. El analizar cómo las mujeres perciben haber sido tratadas, en particular a lo largo de los rituales obstétricos nos permite ver si dentro de esta percepción ellas se sintieron agredidas sexualmente o intimidadas. Asimismo nos podría hablar de cómo se entabla la relación con su cuerpo cuando otro está mirándolo.

## **Capítulo 4. Vivir el parto: análisis de diez experiencias desde la perspectiva de género.**

*“El sujeto que conoce, pues, no existe en un no –lugar desde donde construye su perspectiva objetiva, sino desde una o varias posiciones sociales. Al producir conocimiento incluso, se produce a sí mismo como sujeto que está socialmente posicionado como alguien capaz de producir conocimiento, sobre todo si forma parte de determinadas instituciones y disciplinas” ( Guillermo Núñez Noriega)*

### **4.1 Desde la investigadora**

Antes de comenzar propiamente con este capítulo analítico considero importante resaltar que en mi proceso de investigación no solamente los datos han cobrado forma, sino mis propias ideas, preconcepciones y por qué no decirlo, mis propios prejuicios. Efectivamente, como dice el epígrafe a este capítulo, en el proceso de investigación, sobre todo en el trabajo de campo, uno se reconstruye a sí mismo, se cuestiona permanentemente y se sitúa al final como un sujeto que produce conocimiento. En mi proceso de investigación he estado totalmente presente.

Redacté esta tesis siendo una mujer mexicana de veintiséis años que no vive con una pareja, que no ha tenido la experiencia de parir, que no tiene hijos y que además se cuestiona a sí misma constantemente la idea de ser madre.

Escribí desde una postura política clara, el feminismo, investigué además desde mi quehacer como etnóloga y como estudiante de una maestría en estudios de género. Aprendí desde el privilegio que me otorgó el ser una estudiante que recibió una beca, lo que me permitió estudiar y no trabajar.

Llevé a cabo esta tesis gozando el proceso pero también reconozco que ha sido sumamente difícil y ha puesto a prueba no solo mi formación académica, sino mi resistencia emocional y mis hábitos de disciplina.

En síntesis, escribí desde mi propia subjetividad y explicitarla es importante porque la forma en la que experimento el mundo, se refleja no solo en los temas que elijo estudiar, sino en el tipo de conocimiento que produzco. Además me permite mostrarme ante el otro que me lee como una mujer que también forma parte de un contexto social y que por ende transmite desde sus propias percepciones, sin embargo, al formarme como una profesional sistemática y rigurosa en el proceso de producción de conocimiento científico, me he acercado a la experiencia del parto desde una mirada, si no objetiva e imparcial, sí abierta e interesada por dar cuenta de un fenómeno que atraviesa el mundo cotidiano de miles de mujeres; la experiencia de parir.

#### **4.2 Estructura del capítulo analítico**

El análisis cualitativo nos permite acercarnos según Graham Gibbs al mundo de “ahí fuera” (no en entornos de investigación especializada como los laboratorios); y entender, describir y algunas veces explicar fenómenos sociales “desde el interior”, de varias maneras distintas. En este apartado les presentaré el análisis de la experiencia de parto bajo una mirada de género, de las diez entrevistas que llevé a cabo para esta investigación.

Mi capítulo analítico se divide en cinco apartados, en el primero, *¡Y es que sientes que te mueres! Emociones y sensaciones corporales en la experiencia del parto*, doy cuenta de las emociones y sensaciones que las mujeres experimentan durante su experiencia de parto. En este apartado destacó la relación entre el dolor y algunos procedimientos médicos como los tactos vaginales.

En el segundo apartado, *¡No me gusta mi cuerpo porque me abrieron como puerco! Percepciones del cuerpo que pare*, abordo las percepciones que tienen las entrevistadas con respecto a su cuerpo durante el embarazo y el puerperio.

En el tercero, intitulado *¡Pues te sientes con la libido muy alta, yo quería tener relaciones todo el tiempo! Sexualidad y experiencia del parto*, me centro en los significados que las mujeres hacen de su sexualidad durante el embarazo y después del parto. Asimismo

doy cuenta de algunas construcciones sociales con respecto a la sexualidad y su relación con la experiencia de parir.

En el cuarto apartado, *¡Cálmese, no llore, porque si se pone mal sus bebés se van a morir por su culpa! Percepción de la atención en la experiencia del parto*, analizo las percepciones que las mujeres tienen al respecto de cómo fueron tratadas por el personal de salud durante su parto. Me centro en la forma en la que ellas describen el trato, bajo dos componentes, cuidado relacional y cuidado técnico.

Por último en el apartado cinco, *¡Me hubiera gustado casi casi como en un particular! Una mirada retrospectiva de la experiencia del parto*, hago un comentario sintético acerca de la descripción general que hacen estas mujeres en torno a su experiencia de parto y de cómo ellas describen un parto ideal.

### **4.3 ¡Y es que sientes que te mueres! Emociones y sensaciones corporales en la experiencia del parto**

Cuando las entrevistadas narran su experiencia de parto hay un aspecto que describen con detenimiento y profundidad: las emociones y sensaciones corporales. Al ser el parto una experiencia que se vive intensamente, éstas están siempre presentes.

En este apartado me enfoco en dar cuenta de cuáles fueron las emociones y las sensaciones que las entrevistadas identificaron en diversos momentos: al saber que estaban embarazadas, durante su estancia en el hospital, cuando conocieron por primera vez a sus hijos y durante la etapa del puerperio.

Desde que las entrevistadas se enteran de su embarazo, comienzan a identificar ciertas emociones. Para Sofía el estar embarazada fue una sorpresa que no esperaba ya que estaba usando métodos anticonceptivos, sin embargo comenta que previamente había hablado con su esposo sobre tener hijos y vivir juntos, así que cuando se enteró de su embarazo decidió continuar con él.

Sofía reconoce que antes de estar embarazada solía burlarse de las personas que resultaban embarazadas sin así haberlo planeado, se mofaba aún más de las chicas que se casaban jóvenes, sin embargo reflexiona que cuando ella se encontró en esa posición, su perspectiva al respecto cambió, volviéndose la noticia del embarazo una grata sorpresa para ella y para los que la rodeaban.

Para Xochi también fue un momento de sorpresa porque no esperaba un embarazo, aunque enfatizó que no usaba ningún método anticonceptivo y que entonces tanto ella como su pareja sabían que el embarazo era una posibilidad. Al enterarse de su embarazo se sintió feliz porque sabía que tenía un lado maternal que había descubierto cuando dio clases en una escuela rural y convivió con niños y niñas.

Al momento de tener relaciones sexuales sintió que se embarazaría y la invadió una emoción “que puede resultar increíble para los demás” pero que para ella adquirió un gran significado. Otra emoción que identificó es sentirse muy afortunada porque su madre al saber que ella estaba embarazada “la trató como una florecilla en el campo”, dándole sumos cuidados.

María por su parte se sintió muy sorprendida de estar esperando a su segundo hijo porque, además de estar usando métodos anticonceptivos, no quería tener más hijos. Fue su esposo quien se dio cuenta que estaba embarazada, relata María, al notar en ella una mirada extraña. A raíz de ese comentario, María confirmó su embarazo, lo aceptó y describió como una noticia feliz.

Al enterarse que tendría un segundo hijo Samantha se sintió muy contenta porque había dejado de usar métodos anticonceptivos tiempo atrás ya que quería “darle un hermano a su hija”. Las razones de Samantha para querer tener otro hijo se relacionaban con el hecho de que ella percibía que su primera hija, al ser hija única, se estaba volviendo muy envidiosa y berrinchuda, un segundo bebé para ella representaba una compañía para su hija.

Karen también esperaba un embarazo ya que desde que nació su primer hijo no usaba ningún método anticonceptivo por lo cual ella deseaba estar embarazada, y al confirmarlo, se sintió muy feliz, sin embargo esta mujer apuntó que esta felicidad se nubló un poco porque su esposo no quería tener otro hijo. La reacción de su esposo desató en Karen otra emoción, tristeza, sin embargo ella estaba convencida de que con el apoyo de su esposo o sin éste, ella continuaría con su embarazo, y eso la hacía sentirse contenta.

Por su parte Mafalda había decidido junto con su pareja dejar de usar métodos anticonceptivos y quería tener un hijo, por lo cual al enterarse de que estaba embarazada se trató de una gran sorpresa donde ella se puso a llorar de felicidad. Sin embargo el hecho de que su familia no apoyara del todo su decisión de tener hijos, le causó un poco de tristeza, empero, su familia poco a poco aceptó su decisión, reafirmando aún más la sensación de felicidad que Mafalda ya sentía.

Para Brenda el hecho de saber que estaba embarazada se asoció a sentimientos negativos, ya que ella no planeaba un embarazo, y además, estaba atravesando una situación tensa con su pareja, debido a que éste le había sido infiel.

El saber que estaba embarazada fue una noticia triste que además le causó enojo, estos sentimientos la acompañaron durante todo su embarazo y el parto, sin embargo cuando, a través de un ultrasonido, supo que tendría una hija (mujer), se sintió muy feliz.

Para Laus el saber que iba a ser mamá fue una noticia que ella describe como fuerte y que la hizo sentir confundida debido a que no quería tener hijos, su plan de vida incluía ciertos elementos como trabajo, dinero, viajes, pero no un hijo, esto la hizo planear un legado, sin embargo no lo llevó a cabo. Laus mencionó que con el apoyo de su psicóloga reflexionó y tomó la decisión de llevar a término su embarazo, a partir de ello la sensación de felicidad estuvo presente durante todo su embarazo.

Laus decidió no decirle al padre de su hijo que estaba embarazada porque lo considera un hombre alcohólico e irresponsable, es por ello que desde el inicio ella se

asumió como madre soltera, señalando que esta condición la llenaba de orgullo porque “entonces no necesitaría a nadie para criar a su hijo”.

Por último, Crisel relacionó el enterarse que estaba embarazada con sentimientos de suma tristeza, ya que además de que no lo esperaba, la reacción de su padre fue muy violenta. Al enterarse que Crisel de diecisiete años estaba embarazada, su padre arremetió contra ella a golpes, mandándola en consecuencia al hospital. Crisel sentía mucho miedo porque pensaba que a raíz de esos golpes podría perder a su hija, además temía que al regresar del hospital su padre continuara comportándose de forma violenta, cuando Crisel estuvo fuera de peligro su padre se disculpó con ella y la apoyó durante el embarazo, este episodio Crisel lo narró entre llanto.

Por su parte Paloma describe el saberse embarazada por primera vez como un hecho que la hizo sentirse muy feliz porque llevaba mucho tiempo intentando embarazarse, y aunque las personas a su alrededor consideraban que su decisión no era la más correcta, porque ella aún se encontraba en la universidad, para ella y para su esposo se trató de una gran noticia. Ella además se sentía muy orgullosa de que estaba embarazada de gemelos idénticos, lo cual es un fenómeno fisiológico que es poco probable que suceda.

Cuando relató cómo se sintió cuando se embarazó por segunda vez, Paloma dijo que fue un sentimiento de gozo, ya que su primer embarazo gemelar no se resolvió de una manera positiva y tuvo como consecuencia la muerte de sus primeros dos hijos.

El segundo embarazo de esta informante fue sumamente planeado y esperado por ella y por sus familiares, menciona además que esperaba a un “bebé arcoíris” en alusión a sus bebés fallecidos, un bebé arcoíris explicó, es aquél que llega después de una pérdida y que desde el catolicismo se puede asociar con un sentimiento de paz después de un diluvio.

Pude observar como en el caso de Xochi, Sofía y María el hecho de enterarse de su embarazo las hizo sentirse sorprendidas, ya que no lo esperaban, sin embargo aunque su reacción inicial fue de sorpresa, posteriormente refieren haberse sentido muy contentas por estar esperando un hijo.

*Pues al principio fue como un shock emocional, porque yo la verdad es que me burlaba un poco de las chavas que salían embarazadas, porque decía ¿cómo es posible que actualmente se embaracen con tantos métodos anticonceptivos?, y luego me burlaba un poco más de las que se casaban tan chicas, entonces, digo, ya estando en esa situación muchas cosas te cambian, la perspectiva se vuelve completamente distinta, y bueno, como realmente mi esposo y yo siempre, bueno desde antes de embarazarnos platicábamos sobre tener hijos, sobre vivir juntos, entonces se dio y dijimos pues hagámoslo (Sofía).*

Samantha, Karen y Mafalda se sintieron felices por saberse embarazadas ya que no usaban métodos anticonceptivos y ellas mismas sabían que el embarazo era una posibilidad, la cual no descartaban, por otro lado Paloma planeó cuidadosamente sus dos embarazos, siendo ambos embarazos esperados y planeados.

*Ay pues de hecho los dos desde antes de que nos embarazaremos pues ya quería yo tener un bebé y pues él también. Él decía que no que más adelante y todo y pues ya después empezó a decirme comentarios así como de estaría bonito y bien y siempre ha sido muy juguetón con sus sobrinos y pues ya pegó (Mafalda).*

Sin embargo para Brenda, para Laus y para Crisel se trató de una noticia que las conmocionó porque aparte de que no lo esperaban, representaba para ellas un momento muy crítico en sus vidas.

*C: Y me dijo mi prima: Estás embarazada y me puse a llorar, dije, No no puede ser, qué voy a hacer. Y ya lo primero que se me llegó a la mente fue quitármela (llanto).*

*A: ¿y por qué querías abortar?*

*C: por miedo, a mi papá más que nada porque es de carácter duro más que nada. Y ya me vine, Sí, dije no, todavía pensé que sería lo correcto. Entonces dije no pues ya hice esto, tengo que salir adelante y buscar una solución pero no la más fácil.*

*...Y agresivamente (su padre) me pegó me empezó a gritar muchas cosas y me tiró y me empezó a dar puñetazos en la cara y me dio una patada en el estómago y en ese momento pensé que por la patada que él me había dado iba a perder a la bebé.*

*...Y yo como que no quería volver a regresar aquí por miedo y por proteger a mi bebé... y ya le dije que sí lo disculpaba. (Crisel y Ana).*

Otro momento en el cual las entrevistadas identificaron plenamente cuáles fueron sus emociones y sensaciones corporales fue durante su estancia en el hospital.

Las emociones que describió Sofía fueron el nerviosismo, el miedo, la soledad y el dolor. Sofía llegó al hospital porque estando en su casa la despertó una sensación de “calambritos” y observó un sangrado en su pantaleta, describió que estaba muy tranquila, sin embargo esa tranquilidad se iba convirtiendo en nerviosismo cuando al llegar al hospital escuchaba a otras mujeres gritar.

Mientras estaba en trabajo de parto (el cual duró doce horas) la sensación que describió Sofía fue el miedo y el hecho de sentir dolores tan fuertes “que la hicieron vomitar dos veces”. Ella también mencionó que sentía nervios porque los doctores le señalaron que iba a tener un parto vaginal, cuando todos sus estudios previos indicaban que debía ser una cesárea, ya que presentaba placenta previa, una condición médica que no le permitía dar a luz a través de un parto vaginal.

Por su parte Xochi hizo énfasis en los nervios, el miedo y el dolor. Ella sintió cólicos estando en su casa y su madre le dijo que “tenía cara de pambazo” y que los cólicos que estaba sintiendo eran dolores de parto. Xochi se describió emocionada en el trayecto rumbo al hospital, por el hecho de conocer a su bebé, sin embargo, cuando llegó al hospital no pudo localizar al médico que la atendió durante su embarazo y que se suponía tenía que estar presente en el parto, esto la hizo sentirse sumamente nerviosa porque todo lo que había platicado con él con respecto a cómo iba a ser su parto no estaba sucediendo porque él no se encontraba presente.

El médico le había dicho que le permitiría caminar, que su esposo podría cortar el cordón umbilical, que aunque Xochi era portadora del virus del papiloma humano iba a poder dar a luz a su hijo mediante un parto vaginal y que iba a ser una experiencia como ella la deseaba, sin embargo sin las indicaciones de él, nada de esto se llevó a cabo y a Xochi le practicaron una cesárea.

Asimismo ella hizo énfasis en la sensación de dolor que estuvo presente al grado de que “se le salían las lágrimas”, además, mencionó, que el hecho de ver tantos aparatos conectados en el quirófano la hicieron sentir miedo.

Brenda hizo énfasis en el enojo y el miedo, ella piensa que su parto se aceleró debido a una discusión con su esposo; se encontraba discutiendo con él cuando se comenzó a sentir mal y su madre la tuvo que llevar al hospital. Al llegar al hospital le dijeron que a su hija le hacía falta líquido amniótico y que se tendría que hacer una cesárea de emergencia, el sentimiento que ella describió es miedo por su salud y la de su hija, pero sobre todo enojo porque ella relacionaba su estancia prematura en el hospital con la pelea con su esposo.

Mafalda relató su experiencia en el hospital destacando el miedo y los nervios, ella ingresó al hospital para llevar a cabo una cesárea programada, sin embargo refirió que tenía muchos nervios, los cuales buscaba mitigar hablando todo el tiempo con los médicos.

Durante su cesárea Mafalda tuvo una crisis de asma lo cual la hizo sentir mucho miedo por el hecho de que no podía respirar y temía desmayarse y no poder conocer a su hijo.

La experiencia de Paloma (en su primer embarazo) estuvo rodeada por el miedo, la incertidumbre y la culpa, a los seis meses de embarazo, sintió un dolor y acudió al hospital, allí le señalaron que se encontraba en trabajo de parto y la vida de sus gemelos corría peligro. Desde un llanto muy profundo Paloma me describió los nervios y el miedo que vivió en el hospital durante su cesárea, ya que los médicos y las enfermeras todo el tiempo le hacían hincapié en que las posibilidades de que sus hijos sobrevivieran eran mínimas. Para Paloma este proceso se trató de lo que ella denomina “un infierno”, en donde el llanto, el dolor y la incertidumbre estaban presentes, me describió además la culpa que sentía porque los doctores le habían dicho que ella tendría que haberse dado cuenta desde días anteriores “que algo andaba mal” y que ya tenía contracciones, ella refiere que en ningún momento se percató de esto.

A Laus la invadieron sensaciones de nervios, enojo, dolor e intranquilidad, ella había ido a una revisión de rutina y al igual que a Brenda le dijeron que tenía que quedarse internada porque su hijo no tenía líquido amniótico, ella se sintió enojada porque su idea era parir en un hospital privado y solamente asistió al hospital público para cumplir con los requisitos establecidos por su trabajo y poder generar incapacidad laboral. Asimismo el hecho de que le dijeran que tendría que practicarse una cesárea la hacía sentirse muy intranquila porque refiere “es chillona para estar en hospitales grandes”. Laus hizo énfasis todo el tiempo en el dolor que sintió y que le provocaba que “se le salieran sus lagrimitas y no parara de llorar”.

Por su parte a Karen el sentimiento que más le invadió fue el dolor y la desesperación, ya que se dirigió al hospital cuando sintió muchos cólicos y al llegar tuvo que estar en la sala de espera por más de ocho horas porque no la podían ingresar “ya que no dilataba lo suficiente”, ella relata cómo durante este tiempo el dolor le parecía insoportable, y además se sentía desesperada porque nadie le brindaba ningún tipo de atención médica.

*Yo sabía que algo estaba mal y estaba muy asustada ,y llegamos a la clínica y yo no podía dejar de llorar y llegando a las ventanillas mi mamá le dijo que se me había roto la fuente, uno se movía y el otro se acomodaba y así como alíen y que eran por los movimientos de los bebés, pero que en si no eran contracciones porque no había dolor y me dijeron muchas cosas (entre llanto), no sé si las olvide o las quise olvidar, pero hay cosas que no recuerdo (Paloma).*

*Mi mamá me vio muy alterada y toda temblando y ya mi mamá se asustó y me dijo vámonos al doctor. Fuimos a urgencias en la clínica de los venados y me checaron y me dijeron que todo estaba bien.*

*Luego me checa otro doctor y me dice, no, sabes qué, te vas a quedar y pues me asusté, yo me sentía bien y me quedé toda la noche de ese domingo y al día siguiente me dijeron que ya no tenía tanto líquido y que la bebé con el cordón se había enredado y que tenían que hacerme cesárea inmediatamente, fue por pelearme con él y sí me dio coraje, en vez de*

*miedo fue más coraje, fue de ah qué fregón, aquí la que va a sufrir voy a ser yo y la bebé (Brenda).*

En otras informantes estuvieron más presentes emociones relacionadas con la tranquilidad y la impaciencia por el hecho de querer conocer a sus hijos e hijas, María me comentó que estuvo muy tranquila en su cesárea ya que su ginecóloga y su esposo le hablaban todo el tiempo y eso la hacía sentir muy bien. Samantha narró un trabajo de parto, si bien doloroso, donde ella más bien se sentía calmada y muy emocionada por conocer a su nuevo hijo. Por su parte Crisel relató que se sentía tranquila durante su cesárea porque todo el tiempo los doctores le estuvieron explicando los procedimientos que se llevarían a cabo en su cuerpo, y además fueron muy amables con ella.

Otra sensación que las entrevistadas describieron con detenimiento fue la soledad durante el trabajo de parto, esto en el caso de Sofía, Brenda, Laus, Samantha y Karen quienes parieron en un hospital público, y debido a los protocolos del hospital, no pudieron estar acompañadas por ningún familiar, Xochi, Mafalda, Paloma, Crisel y María, quienes parieron en un hospital privado y pudieron estar acompañados por sus parejas, no hicieron mucho énfasis en esta emoción.

*Cuando esperaba en la camilla me sentía sola, me sentía triste en ese aspecto, no había quien me estuviera apoyando, además no sabía si mi familia estaba enterada de que me iban a hacer la cesárea (Brenda).*

*Al principio me sentí como muy sola, tenía miedo, pero ya después fue fluyendo y relajándome, aunque pues sentías miedo (Karen).*

*En el momento en que estaba ingresado al quirófano y que Agus (su esposo) se estaba despidiendo de mí, me sentí sola porque no lo dejaron ingresar desde el primer momento, primero tenía que desinfectarse, el traje y ya hasta que a mí me anestesiaran y me abrieran. Entonces en ese momento me sentí sola e insegura y luego estuvo conmigo todo el tiempo y eso me ayudó (Xochi).*

*Él estaba conmigo (su esposo), dándome alientos a mí. Fue hacia allá, escuché que lloró y yo la quería ver ya...Eran muchos, dije cómo cabemos aquí. Estaba mi hija, y pues todos*

*viendo al bebé nuevo que es la última moda. Me sentía acalorada pero estaba cansada, tenía ganas de dormir. Después de allí todos se fueron yendo (María).*

La sensación corporal más recurrente durante la estancia en el hospital a la que hicieron referencia las entrevistadas fue el dolor, es por ello que busqué centrarme en el papel que jugó el dolor durante el parto. Al respecto las mujeres expresaron que los momentos más dolorosos que vivieron fueron los tactos vaginales, la canalización, la limpieza después de la cesárea, la episiotomía y la compresión del abdomen al momento del alumbramiento, destacando como más dolorosos los tactos vaginales.

Karen narró cómo durante su estancia en el hospital le hicieron diversos tactos vaginales que hacían que ella se quisiera “aventar de la cama”, además enfatizó en el hecho de que estos tactos eran más dolorosos que las contracciones durante el trabajo de parto. Sofía relató cómo al finalizar su parto vaginal le hicieron una limpieza sumamente dolorosa que ella describió mucho más dolorosa que el propio parto.

Paloma describió el proceso de canalización como doloroso porque “tenía todas las venas ponchadas y traía todas las manos moradas”. Laus describió los tactos como algo muy doloroso y enfatizó en el hecho de que los médicos llegaban “y le metían la mano sin mucho cuidado”, para ella esto resultaba además de doloroso sumamente incómodo.

María narró cómo durante su cesárea sintió que le apretaban el estómago y su ginecóloga le dijo que tendría que comprimirlo porque su hija “estaba muy pegada”, aun anestesiada María describió sintió “el jalón y como todos sus intestinos se movieron”.

*Es muy doloroso, porque no te dicen te va a doler, nada, el doctor como que tiene cuidado en hacerlo, pero ellas (las enfermeras), así como de jalón, te meten los dedos y es así como de sí duele, y yo así de ¡ay! Hasta se me salen las lagrimitas, y me dicen no, no estás dilatando (Laus).*

*Lo peor que te puede pasar son los tactos, yo le decía a las doctoras que ya no me hicieran más, que me dolían, gritaba y gritaba y me quería aventar de la cama, de pronto sentí ganas de pujar y me dijeron que no pujara y me llevaron a otro lado, ahora sí que para*

*tener a mi hijo, allí ya pujé y pudo salir mi hijo, pero sentí claro también como me rasgaron mi parte y luego la agujota (Karen).*

*Después del parto me hicieron un tacto y me rasgaron un punto de la episiotomía, y me dolió muchísimo, casi lloro, le dije que me había lastimado. Me limpiaron, que duele horrible, o sea, con todo y la epidural, yo creo que es el peor dolor del mundo, incluso más que las contracciones, o sea, cuando me empezaron a limpiar, después de que me limpiaron fue cuando empecé a desangrar. Y entonces recuerdo como decirles que ya no lo hicieran, que ya por favor y así. Me vomité dos veces del dolor (Sofía).*

Sin embargo hay mujeres que percibieron menos dolorosos estos procedimientos médicos, es el caso de Crisel, Samantha y Brenda, además la forma en la que estas mujeres narraron el dolor expresó como poco a poco ellas se fueron acoplando a éste.

Crisel dijo que durante su cesárea no sintió dolor porque todo el tiempo los doctores le anticipaban que iba a sentir presión, ardor y que era algo normal. Samantha dijo que sí le dolieron las contracciones y a “la hora de pujar”, sin embargo fue un dolor bastante tolerable. Brenda describió los procedimientos médicos previos a su cesárea como incómodos y dolorosos pero narró cómo al final se iba adaptando a esta sensación.

*Me explicaba (el anestesiólogo). Me enseñó la agujota, bien grandota y me decía. Muñeca, esto tienes que hacer, encónchate no te vamos a poner raquia porque la raquia es muy mala con el tiempo, te va a doler cuando tengas frío y ya en los hospitales privados no se pone la raquia. Se pone la epidural, pero con éste vas a sentir un poco de dolor y vas a tener un poco sensibles los intestinos. Y dije sí está bien, me enconché, me limpió la espalda con agua caliente, me secó, me echó alcohol y me dijo, van a ser dos piquetitos, antes de que me picara, y vas a sentir caliente y después frío, o al revés y ya me inyectaba, y me dijo ¿duele? Y yo le dije, no y empezaba a sentir caliente, caliente y él me preguntaba si yo ya sentía caliente, y le dije, ya. Y sentía como me apachurraba con un algodoncito. Mientras él me estaba anestesiando el doctor me decía, mira aquí están los instrumentos y fíjate como los voy a desinfectar y esterilizar uno por uno (Crisel).*

*No me dolieron los tactos, solo eran incómodos (Brenda).*

*La anestesia no me dolió, muchos dicen que duelen. Fueron muy comprensivos (los enfermeros) porque también me habían dicho varias chicas que cuando no se acomodan las regañan. (Brenda).*

Con respecto al dolor destacó el hecho de que algunas de las entrevistadas, a pesar de sentirlo en grandes cantidades, trataron de guardar la calma. Karen por ejemplo dijo que no quiso gritar porque no quería que la gente pensara “que estaba loca”, Sofía por su lado tomó como algo negativo escuchar gritar a otras mujeres y refirió que ellas “no tenían control emocional” y que esto hacía que se pusieran nerviosas las demás parturientas, incluyéndola.

Paloma apuntó que durante su parto, si ella lloraba, era regañada por el personal de salud, así que poco a poco se fue acostumbrando al dolor y ya no se quejó más, enfatizó en el hecho de que los doctores le decían que si continuaba llorando no iba a solucionar nada y que estarse quejando de dolor tampoco le ayudaría a ella ni a sus hijos.

*K: era más de apretar los dientes y estar así como que ya viene el dolor y apretaba lo que fuera pero no gritaba*

*A: ¿te daba miedo o pena gritar?*

*K: (risas) pena*

*A: ¿por qué?*

*K: sentían que me iban a decir que estaba loca o algo así. (Karen y Ana)*

*S: Ay, pues que te duele pero no te pones a gritar, así como, tanto.*

*A: ¿Y eso cómo lo percibes tú, bien o mal?*

*S: Mal.*

*A: ¿Por qué?*

*S: Porque no piensas en las demás.*

*A: En las demás qué, ¿qué les pasa a ustedes por la mente?*

*S: Pues a mí me ponía nerviosa, así como, pues ella estaba, llegué y ya estaba, entonces dije puta, ahorita me va a doler muchísimo más. Además se veía que no era su primer hijo, porque se veía grande, entonces que me espera, ella lo...pues yo me fui, pese a que fui la última que llegué, fui la primera en irme a cuarto para ya tenerlo. (Sofía y Ana)*

Otro momento en el cual las entrevistadas hablaron de sus emociones fue cuando conocieron por primera vez a sus hijos. Sofía relató que el ver a su hijo fue una sensación maravillosa, cuando las enfermeras se lo mostraron por unos segundos, ella pudo sostenerlo y expresó que su hijo “olía raro, como a bistecito, como a carnita”. Después de que le presentaron a su hijo Sofía sufrió un desgarre y comenzó a desangrarse, para ella esto fue una sensación horrible porque mientras se desangraba, antes de perder el conocimiento, todo el tiempo pensaba en que se iba a morir y esto la hacía sentir muy mal, por un momento perdió de vista a su hijo, luego lo observó en una mesita y le contó los dedos de sus manos, posteriormente Sofía quedó inconsciente y pudo volver a ver a su hijo hasta el siguiente día.

Xochi dijo que cuando le enseñaron a su bebé lloró y de inmediato lo abrazó, narró el hecho de que ella no quería que alejaran a su hijo y cuando los doctores lo apartaron de ella para limpiarlo, ella intentó agarrarlo con mucha fuerza.

Brenda sintió mucha alegría de conocer a su hija pero solo se la mostraron unos segundos, porque de inmediato la trasladaron a cuidados intensivos, cuando pudo verla se sintió muy triste porque “estaba toda chiquita y llena de agujas y cables”. Durante ese momento Brenda continuaba sintiéndose muy enojada con su esposo, ya que asociaba que el nacimiento prematuro de su hija se había debido a la pelea que tuvo con él.

Por su parte Mafalda dijo que ver a su hijo fue lo más hermoso que le pudo suceder, verle su carita y escucharlo llorar, sin embargo mencionó que justo cuando conoció a su hijo su crisis de asma se agudizó por lo cual “ya no pudo disfrutar más de ese momento”, además señaló que ya no podía pensar en su hijo y se concentró más bien en poder respirar.

Paloma no pudo ver a sus hijos de inmediato, solo los escuchó llorar, dos días después de su cesárea conoció a sus gemelos y sintió mucha ilusión, expresó que los vio muy pequeños debido a que eran prematuros y que jamás en su vida había visto algo tan bello. Debido a que sus hijos estaban sumamente graves, Paloma les dijo que “tenían que echarle ganas y que eran bienvenidos a la vida”.

Laus manifestó que sintió un amor profundo por su hijo al verlo, le vio la carita y pensó que debía grabarse bien su imagen porque lo tenía que reconocer, posteriormente lo vio unas horas después y expresó que estaba sumamente contenta “porque reconocía a su cachetoncito” y además era todo lo que ella había soñado.

Crisel describió que sintió mucha alegría al ver a su hija y que se tomó una foto con ella, y los doctores le dijeron que le diera un beso, por su parte María mencionó que ver a su hija fue una emoción que la hizo llorar junto con su esposo; pidió que mientras terminaba la cesárea la dejaran a su lado y eso la hizo sentir muy segura.

Samantha aseguró que ver a su hijo fue la sensación más maravillosa del mundo. Karen describió cómo cuando conoció a su hijo sintió “que todo valía la pena” y que los dolores que sintió durante el parto y que ella describió fueron sumamente fuertes cobraron sentido. Asimismo hizo referencia al hecho de que en ese momento pudo valorar a su madre y “supo realmente lo que cuesta tener a un hijo”, además dijo haber valorado todo el sufrimiento porque al final de cuenta “lo que más te cuesta es lo que más valoras”.

*Mucha ilusión (entre llanto) lo vi tan bello y tan, tan chiquito, mi hijo medía 30 centímetros y pesaba un kilo y mis (entre sollozos) ojos jamás, jamás vieron algo más bello (Llanto) y algo tan delicado, las enfermeras me dijeron que podía tocarlo, que no lo podía cargar, que le dijera que le echara ganas que yo lo estaba esperando... y lo vi tan bello y pues Iván (su esposo), me dijo que si agarraba a un bebe no podía tocar al otro bebe y lo toque y lo revise y le conté los dedos de las manos de los pies y le dije que lo estaba esperado, que lo amaba mucho y que era bienvenido a la vida... (Paloma).*

*Mi parto fue dolor, felicidad y ahora sí que algo muy bonito pero a la vez doloroso pero sería felicidad, dolor, nostalgia porque te acuerdas de tu madre, en el momento que estaba*

*dije uno es ingrato con los padres hasta que tienes un hijo y te duelen, así piensas, que vale la pena tanto dolor que uno siente (Karen).*

Cuando algunas de las entrevistadas o sus hijos presentaron complicaciones médicas uno de los soportes emocionales a los que ellas hicieron referencia fue a la religión, en particular, Paloma narró cómo estuvo pidiéndole a Dios que le otorgará salud a sus hijos, quienes presentaron complicaciones al nacer, empero, cuando éstos murieron a causa de dichas complicaciones Paloma sintió mucho enojo y una sensación de que “Dios le había fallado”. Brenda por su parte al ver a su hija prematura y enferma retrató cómo rezaba por el bienestar de su hija, además otras entrevistadas, a pesar de no tener ninguna complicación, mencionaron haber encomendado su salud y la de sus hijos a algo que ellas significan como un poder superior.

*Pues ahorita la verdad ya no he ido a misa (risa) pero mientras estuve embarazada fui casi cada domingo porque no sé, como que en este segundo embarazo me dio miedo y me dediqué más a la tranquilidad y estar con Dios. De hecho a este bebé me lo bendijo el padre en la pansa (Karen).*

*Porque (llanto) creo que Dios me falló, porque yo le pedí que salvara a mis hijos y aunque yo creí en ese momento que él los sano, porque yo desde chica estuve en un grupo religioso que se dedica a la caridad, entonces lo dejé porque me embaracé y porque tenía alto riesgo y en los dos embarazos y de los gemelos. Bueno de los dos estuve en reposo, no pude ni moverme, ni así hacer nada y deje de ir a la iglesia y deje mi apostolado y dejé de hacer muchas cosas y cuando los gemelos se murieron trate de retomarlo pero tenía como resentimiento (Paloma).*

Otra sensación que identificaron Brenda, Karen y Laus fue miedo y preocupación, ya que al ver a sus hijos estaban preocupadas por identificarlos porque habían escuchado que dentro de los hospitales públicos se podían robar a los bebés “o cambiarlos por otros”.

*La vamos a tener que llevar a la incubadora (a su hija recién nacida), y yo estaba toda anestesiada, casi drogada pero me sentí muy feliz de verla, y me dicen dele un beso. Y ya la vi porque lo primero que te dicen todos, tienes que ver a tu bebé, no te la vayan a cambiar o se la vayan a llevar, pero ni sabía qué pasaba (Brenda).*

Un momento en el cual las mujeres hicieron énfasis en sus emociones es cuando salieron del hospital. La emoción que sintieron fue alivio, con excepción de dos de las informantes, Brenda y Paloma, ya que ellas pudieron salir del hospital pero sus hijos no, debido a que presentaron complicaciones de salud.

Para Sofía la sensación de alivio fue aún más fuerte porque debido a que tuvo complicaciones médicas durante el parto permaneció internada, estando su vida en peligro, es por ello que salir del hospital para ella fue una sensación muy reconfortante.

Brenda comentó que durante su estancia en el hospital no pudo bañarse ni hacer del baño, es por ello que a pesar de que su hija permaneció internada, cuando ella salió del hospital sintió “como se relajaban todos sus músculos”. Mafalda dijo que al término de su cesárea lo único en lo que pensaba era en llegar a su casa porque el hospital era demasiado frío y no le proporcionaban cobijas suficientes, para esta mujer llegar a su casa “fue un alivio”.

María hizo énfasis en el hecho de que al terminar su cesárea los doctores le preguntaron si quería quedarse en el hospital a recuperarse una o dos noches más, ella comentó cómo de inmediato les dijo que ya se quería ir a su casa.

Asimismo Crisel sintió mucho alivio de llegar a su casa y “ver todo preparado y su cuarto pintado de rosa para su bebé”, dijo que se trataba de un espacio que estuvo preparando para ella y para su hija, entonces, el estar en casa la hacía sentir muy contenta y aliviada de que “todo había salido bien”.

*Ay por fin soy libre, y ya me sentí bien, llegué a mi casa, y fue la gloria llegar a mi casita, estar con mi familia, tranquila, ya mi hermano fue con mi mamá por mí, y vio al niño, fue así como que algo que no me esperaba de él. Llegué a mi casa, vi a mis perritos, ya estaba listo el cuarto, lo habían mandado a pintar, el esposo de mi prima pintó el cuarto, lo arreglamos, porque yo estaba pensando en quedarme con la cama de mi mamá, pero no, la que me dio la cama fue mi hermana, me dio su cama que es una King size (Laus).*

Al darme cuenta que las entrevistadas querían estar lo más pronto posible en su casa después de dar a luz, quise ahondar en las sensaciones que les provocó estar en el hospital, al respecto, al preguntarles cuál fue la sensación que sintieron estando en el hospital, todas mis informantes refirieron que se trató de un ambiente que no les proporcionó suficiente intimidad, algunas además indicaron que se trató de un ambiente sumamente hostil. Durante su estancia en el hospital, diez de mis informantes se sintieron vulnerables, esta sensación de vulnerabilidad tuvo que ver con el dolor que ellas sintieron y que percibían no podían controlar del todo.

*Te sientes toda vulnerable porque yo no tenía nada, ni siquiera los medicamentos para decidir (María).*

*Tu mente responde pero tu cuerpo no funciona, lo que quieres es irte de allí te sientes frágil y sumamente vulnerable, y es que si necesitas un cómodo o una cobija tienen que dártelo, no controlas nada y no conoces a nadie (Sofía).*

Las mujeres al narrarme su experiencia de parto, prolongaron la descripción de sus sensaciones y emociones hasta llegar al momento en el que estuvieron en casa con sus hijos, Sofía, Xochi, Brenda, Mafalda, Laus y Crisel, hicieron énfasis en el hecho de sentirse extrañas debido a que no sabían cómo bañar, amamantar y cuidar a sus hijos.

Laus y Mafalda refirieron además que les costó aún más trabajo porque les continuaba doliendo la cesárea, por lo cual cuidar a sus hijos se tornó aún más difícil y tuvieron que recurrir a redes de apoyo, en el caso de Laus, a su madre y a su hermana y en el caso de Mafalda a su suegra y a su esposo.

Mafalda además ahondó en el hecho de que al llegar a casa con su hijo de pronto ella “pasó a segundo plano”, y si bien contaba con mucho apoyo, sintió que lo primero era el bebé.

Ella se detuvo a narrar cómo a pesar de que le dolía mucho amamantar, tanto el doctor como su esposo le dijeron que tenía que hacerlo, entonces ella misma reflexionó que en esa imposición existía algo que denominó como “cierto”, y fue el hecho de que su hijo

“era un individuo con derechos”, y que uno de esos derechos era amamantarlo, con el paso del tiempo buscó estrategias para mitigar el dolor y pudo darle de mamar a su hijo sin mayor problema.

*Como ya había tenido un bebé ya no era Mafalda la embarazada, ahora era Mafalda equis y el bebé era el importante, sí me sentí mal, fue como tú pasaste a segundo plano, si estás chiqueándote. Yo le pregunté (al doctor) si no había algo que me pudiera poner en los pezones porque me dolía mucho y me sangraba y mi suegra me dijo, ya estás muy lastimada vamos a darle fórmula al bebé. Pero mi esposo él si estaba molesto. Me dijo no importa Mafalda, pero el bebé tiene que tomar pecho y eso era algo como que me pegaba. Y aparte yo siempre he sido como muy chiqueada, muy consentida en mi familia y en general.*

*Entonces sí me pegó de tú ya eres la mamá de Emiliano y si te duele algo, el bebé es primero. A mí me dolía demasiado pero también era el derecho del bebé. Ya era como un individuo que, bueno, no sé, ya era otra persona que tenía derecho a que yo lo tuviera que alimentar. Y él me dijo (su esposo), buscamos una alternativa, que te pongas algo. Vemos en internet de qué forma se puede aliviar el dolor y le tienes que dar de comer. Y fue cuando yo le dije, es que yo ya no aguanto no es que no le quiera dar. Eso me hacía sentir mal que él pensara que era por mala onda, y no, era porque me dolía horrible y la verdad cada vez. Con decirte que el bebé lloraba y era así de, vas a dar pecho. Yo no quería que el bebé llorara, fue muy feo (Mafalda).*

Otra sensación presente en el discurso de las entrevistadas fue el cansancio, Karen, Samantha, Sofía, Xochi y Crisel hicieron referencia al hecho de que estar con su hijo en casa conllevó responsabilidades que antes no tenían y que las hacía sentir muy cansadas. Karen mencionó que tiene que atender a su hija que cursa la preprimaria además de a su bebé recién nacido, lo que la hace sentirse sumamente cansada.

Sofía mencionó que su hijo es sumamente inquieto por lo cual aunque le encanta cuidarlo se vuelve una tarea muy pesada. Samantha me contó cómo le resulta muy cansado tener dos hijos porque su hija la mayor se comenzó a enfermar de asma, entonces la tiene que llevar en transporte público al hospital, y “cargar con sus dos hijos” le resulta pesado.

Por otro lado Laus hizo énfasis en el hecho de que ella antes era “desmadrosa”, iba a fiestas, tenía muchos novios y bebía alcohol, sin embargo ahora que tiene un hijo las cosas han cambiado para ella y se ha vuelto más responsable, de la misma forma Brenda narra su vida de mamá con muchas responsabilidades y al igual que Laus dice que su hija la ayudó a no ser “un desmadre” y a fijarse un objetivo, terminar su licenciatura.

Crisel mencionó que estaba acostumbrada a ser egoísta y que “todo fuera para ella”, sin embargo su bebé la ha ayudado a ser compartida y mucho más responsable.

Para Xochi la vida siendo mamá es muy complicada, muy monótona, porque estaba acostumbrada a estar “de pata de perro”, sin embargo dice que aunque ama cuidar a su hijo, sí ha dejado de salir y de hacer cosas que antes hacía como irse de viaje, reconoce que está dispuesta a hacer muchas cosas por su bebé, a criarlo, pero “también quiere seguir siendo ella”, y dice, busca una “compatibilidad entre ambos roles”.

Para María la vida siendo madre de dos hijas representa un doble reto porque dice tiene que estar al pendiente de ambas, además tuvo que dejar de trabajar para poder atenderlas, lo cual hace que su situación económica se vea “más apretada”.

Por su parte Paloma en su primer embarazo, meses después del parto, se enfrentó con la muerte de sus hijos, por lo cual su vida después de este suceso se vio rodeada de muchos cambios emocionales y lo que ella misma narra cómo “años de sufrimiento”. Después de “mucho trabajo con ella misma”, Paloma decidió embarazarse nuevamente y su vida siendo madre la describe como cansada pero maravillosa, señaló además que ha elegido un modelo de crianza (la crianza con apego) por lo cual todo el tiempo está dedicada a su hijo, y dice lo hace con todo el amor del mundo.

*Pues la vida ya como mamá es chistosa, o sea, realmente es padrísimo, pero sí es muy cansado. O sea, cuando te dicen así, te parece algo súper romántico, pero realmente ver a tu hijo y ver que está creciendo, y así. Yo veo precioso a mi hijo ¿no? Y ver como de pronto, o sea, sólo duerme y ya, luego se empieza a reír, y luego empieza a balbucear, y luego hace cosas chistosas como, se pone a toser para llamar la atención porque sabe que*

*cuando tose le haces caso en seguida es padrísimo, es mágico, ver cómo se desarrolla, aunque es una bala cuidarlo (Sofía).*

*Hoy estoy segura y aunque me duele, cuando se murieron (sus gemelos), yo dejé de llorar por ellos y empecé a llorar por mí porque no los tenía y con todo el dolor de mi corazón yo lo acepto y sé que mis hijos están mejor sin mí que conmigo y hoy sé que a pesar de que no están soy feliz porque tengo a Canek y aunque esto de criar a mi hijo de la forma que yo elegí, la crianza con apego es como cansado (risas), yo no sé quién llora más si mi hijo o yo (Paloma).*

En este apartado pude darme cuenta cómo las reacciones de las entrevistadas al saber que estaban embarazadas fueron distintas, algunas se asociaron con emociones positivas que tuvieron que ver con la espera del embarazo, sin embargo, para otras se trató de una noticia que las colocó en un momento crítico de su vida. Las reacciones ante el embarazo por parte de las parejas y la gente que rodeaba a las mujeres, influyeron también en la manera en la que ellas asumieron la noticia de estar embarazadas.

Las emociones a las que hicieron alusión estas entrevistadas durante su estancia en el hospital fueron el dolor, los nervios, la tristeza, el estrés, la incomodidad, el miedo, el coraje y la incertidumbre, todas ellas asociadas a diversas razones, a que algunas se enfrentaban por primera vez a un parto o a una cesárea lo cual implicaba algo desconocido, asimismo la idea de que se trataría de algo muy doloroso les provocaba ansiedad y nervios, por último el temor se hacía presente cuando el ingreso al hospital se acompañaba de un estado de salud complicado para ella y para sus hijos, sin embargo algunas centraron la descripción de sus emociones en los nervios y la ansiedad que les causaba conocer a sus hijos. Destacaron además las sensaciones de soledad por el hecho de no poder estar acompañadas durante el parto, así como el dolor que asociaron a procedimientos médicos como los tactos vaginales, la canalización, la compresión del abdomen, la limpieza después de la cesárea y la episiotomía.

Los testimonios revelaron cómo algunas entrevistadas, a pesar de sentir dolor intentaron controlarlo bajo la justificación de que no querían poner nerviosas a otras

mujeres, buscaban no agravar su parto o querían evitar ser juzgadas por el personal de salud.

Al conocer a sus hijos la emoción más presente fue la alegría, sin embargo cuando existen complicaciones médicas durante el parto (ya sea de ellas o de sus hijos) esta alegría se torna en preocupación. Para sobrellevar las complicaciones de salud de ellas y sus hijos, las mujeres hicieron uso de soportes emocionales tales como la religión.

Cuando las mujeres narran las sensaciones que les provocó salir del hospital, destacaron la sensación de alivio y la opinión generalizada de que el hospital generaba un ambiente impersonal y muchas veces hostil. Las mujeres terminaron de narrar su experiencia de parto cuando llegaban al momento en el que se encontraban con sus hijos en casa, en este momento destacaron las sensaciones de nervios por no saber cómo cuidar a su hijo, el cansancio que implicó la reorganización de la vida siendo madre, así como la idea de que el ser madre fue un suceso que las convirtió en mujeres “distintas” y más responsables.

#### **4.4 ¡No me gusta mi cuerpo porque me abrieron como puerco! Percepciones del cuerpo que pare.**

Hablar del cuerpo en una investigación acerca de la experiencia del parto me pareció importante, ya que en términos de Turner, la experiencia de parir no podría ser catalogada como una “mera experiencia”, sino como una EXPERIENCIA que adquiere su carácter mayúsculo porque “logra sacudir a las mujeres que paren, y en ella intervienen nociones de dolor y de placer”.

El vehículo a través del cual las mujeres viven, sienten, sufren y gozan la experiencia de parir es el cuerpo, asimismo, en las narraciones de las entrevistadas un elemento que estuvo siempre presente fueron las referencias a su cuerpo y a los significados que ellas mismas le otorgaban, es por ello que en este apartado presento hallazgos al respecto, que se centran primero en cómo ellas describen su cuerpo durante el embarazo, y posteriormente, después del parto.

Al ahondar en cómo las entrevistadas percibieron su cuerpo estando embarazadas me encontré con diversas descripciones. Sofía describió su cuerpo durante el embarazo bajo dos componentes, la idea de sentir un cuerpo extraño y la noción de percibir su cuerpo como emocionante, lo adjetivó como extraño debido a diversos factores, al hecho de que no podía ver sus pies, desconocía su vagina, no podía sentir sus huesos iliacos y respirar le costaba mucho trabajo, sin embargo su cuerpo también le resultaba emocionante, ya que podía observar cómo su hijo dentro del vientre se movía y cómo reaccionaba cuando ella y su esposo le hablaban. Era además un cuerpo bello que crecía y que le encantaba, aún a pesar de sentir que estaba experimentando muchos cambios.

Las descripciones que hizo Xochi de su cuerpo durante el embarazo se relacionaron con una idea positiva del mismo al cual se refiere como maravilloso, mencionó además que le encantaba observar cómo crecía su vientre y para ello se tomaba fotografías diariamente, mientras esperaba que su estómago creciera.

Su cuerpo la hacía sentir dichosa, plena y acompañada, sin embargo, en las últimas semanas de embarazo señaló la incomodidad debido a que las dimensiones de su vientre ya no la dejaban dormir, por lo cual tenía que dormir sentada, además, su estómago se había estirado a tal grado que le sangraba mucho, provocándole dolor.

Brenda es otra mujer que entabló una relación positiva con su cuerpo durante esta etapa, su cuerpo la hacía sentirse bonita, diferente y segura, durante la entrevista ella misma hizo una comparación diciendo que antes de embarazarse se sentía muy cohibida con respecto a su cuerpo, no le gustaba, en cambio, estando embarazada las cosas cambiaron y la relación con su cuerpo fue más armoniosa.

Paloma narró cómo el hecho de que le agradara tanto su cuerpo durante el embarazo, la impulsaba desde temprano a arreglarse y a usar ropa de maternidad, refirió además la necesidad de que la gente la observara estando embarazada; de las cosas que más le gustaban de su cuerpo era el vientre, del cual quiso conservar un recuerdo que plasmó en una escultura de yeso.

Laus se relacionó con su cuerpo durante el embarazo desde lo que ella identifica como el miedo, ya que narra que las personas a su alrededor le decían que se hincharía mucho y que le saldría paño en la cara (manchas en la piel), así, ella estaba preocupada porque estos cambios no le sucedieran.

Por otro lado María convivió durante el embarazo con un cuerpo que no le gustaba, ya que ella lo percibía como un cuerpo obeso, además no podía usar la ropa que usaba anteriormente, y no quería comprar una más grande porque creía que se trataba de un gasto innecesario.

Karen por su lado me habló de cómo durante los primeros meses de embarazo no estaba conforme con su cuerpo, se sentía gorda y fea, inclusive no quería salir a la calle ni arreglarse, sin embargo, conforme pasó el tiempo y el embarazo se hizo más evidente, a Karen le comenzó a gustar su cuerpo, la hacía sentirse tierna, entablando una relación más cordial con él.

En los testimonios de las entrevistadas destacaron referencias al cuerpo durante el embarazo que se acompañaban de adjetivos “positivos”, tales como bello, bonito, hermoso y lindo, además las mujeres manifestaron que estando embarazadas ellas disfrutaban de ver su cuerpo y se sentían plenas, dichosas, seguras, bonitas y acompañadas, asimismo hicieron énfasis en los señalamientos al crecimiento del vientre, el cual fue valorado como un cambio corporal que las hizo sentir felices, el tener un vientre grande, fue algo que las entrevistadas señalaron haber esperado desde los primeros meses del embarazo. En estos elementos pude observar una valoración positiva de estas mujeres con respecto a su cuerpo preparándose para la maternidad, además de un deseo por ser vistas por otros, estando embarazadas.

*Disfruté mucho este embarazo, mucho mucho mucho, desde que amanecía me arreglaba para sentirme bien, me puse ropa de maternidad, quería que todo mundo me viera embarazada, me sentía bonita, me pinté la panza, hice una escultura de mi panza, hice una lluvia de bendiciones. (Paloma).*

*Me gustaba, me encantaba cómo iba creciendo el estómago, era algo maravilloso y es algo que extraño, diario me tomaba una foto, veía cómo iba creciendo, al principio me desesperaba porque no crecía mi panza, yo quería tener una panza enorme, entonces ya cuando me empezó a crecer la panza yo era feliz. Me hacía sentir muy acompañada, muy dichosa, plena estar embarazada (Xochi).*

Sin embargo, las entrevistadas también hicieron referencia al hecho de que estando embarazadas sentían su cuerpo extraño, esto debido a que se estaba transformando, así, las mujeres lidiaron de alguna manera con un cuerpo que cambiaba constantemente, además se destacó por un lado la incomodidad que experimentaron (sobre todo durante los últimos meses de embarazo) debido a la hinchazón del cuerpo, el sobrepeso, a los sangrados y a los estiramientos de la piel, que las hacía sentir incómodas y que las orillaba a pensar que sus cuerpos eran feos y gordos, y por el otro, el miedo a sufrir cambios corporales que ellas significaban como no agradables tales como la aparición de manchas en la piel.

*A: ¿Cómo percibías tu cuerpo?*

*M: obeso y feo (risas), subí 15 o 16 kilos*

*A: ¿y te gustaba tu cuerpo?*

*M: no porque no me quedaba mi ropa y no quería comprar porque se me hace que no la vuelves a usar.*

*A: ¿cómo percibías tu cuerpo estando embarazada, te gustaba? (María y Ana)*

*K: Al principio no se notaba mucho. Cuando ya se me empezó a notar mucho, sí de repente me venían ideas como que me veía muy gorda porque tengo esta panza. Yo creo que a lo mejor son los cambios hormonales que te dan en ese momento del embarazo y de repente me veía muy fea, no quería salir. Y decía, para qué me arreglo si de todos modos me veo gorda y fea.*

*A: ¿Entonces no te gustaba?*

*K: pero después vino lo bonito porque ya cuando creció más la panza no sé cómo aparte sentir sus pataditas me hicieron sentir más ternura y me veía en el espejo de mi casa la panza y era más de que me gustaba, ya al final cuando iba a nacer. (Karen y Ana)*

Otro elemento en el que me interesó ahondar fue en cómo percibían las entrevistadas su cuerpo después de haber parido, en la etapa del puerperio, al respecto Sofía me habló de que sentía su cuerpo como un cuerpo nuevo, que se había transformado durante el embarazo y el parto, hizo referencia al hecho de tener una vagina nueva producto de la episiotomía que le practicaron durante el parto, y de sentir, al tener relaciones sexuales, “los bordecitos” de dicha cirugía.

Asimismo Sofía describió su cuerpo como algo que no le gustaba porque tiene sobrepeso, sus senos se hicieron grandes y tiene muchas estrías que describe, parecen quemaduras, sin embargo también hay una valoración positiva de su cuerpo cuando ella misma dijo que a pesar de ser un cuerpo que no le agrada, es súper poderoso porque fue capaz de sostener a su hijo, de “aguantar” un parto de doce horas en el cual estuvo en peligro su vida, y de alimentar a su hijo a través de la lactancia.

Para Xochi el verse al espejo después del parto fue algo que ella describió como un shock muy fuerte, observó que a diferencia del cuerpo que poseía antes del embarazo que era un cuerpo firme producto del ejercicio, ahora tenía un cuerpo flácido que la hacía sentir muy mal; debido a esto ella sintió ansiedad por hacer ejercicio y tratar de recuperar la firmeza de su cuerpo, empero, esto al momento de la entrevista ,no lo había podido llevar a cabo aún, ya que las indicaciones médicas eran esperar mínimo seis meses después de su cesárea.

Xochi dijo que conforme pasa el tiempo se adapta más a su cuerpo, y que éste de a poco ha recuperado su firmeza, además apuntaló que dentro de todos estos elementos que no le gustan de su cuerpo, también está presente una sensación de poseer un cuerpo mágico, capaz de parir y alimentar a su hijo.

Brenda entre sollozos describió un cuerpo después del parto que no le gusta, que la hace sentirse horrorosa, hizo énfasis además en el hecho de que la cicatriz de su cesárea es

horrible así como sus estrías, se siente muy mal porque no puede usar su ropa habitual y porque a pesar de usar fajas sigue percibiendo su cuerpo como gordo; el único elemento de su cuerpo que valora positivamente son sus senos porque dice tienen el poder de alimentar a su hija.

Mafalda a pesar de que dice que le gusta su cuerpo después del parto, hace referencia al hecho de que “se nota que ya tuvo un hijo” y esto se evidencia ya que posee un estómago “flácido y arrugadito”, diferente al abdomen plano y torneado que ella tenía antes del embarazo.

Ella dice que anhela su cuerpo anterior y que si le ofrecieran alguna operación estética para aplanar su vientre probablemente se sometería a ella, sin embargo también expresó cómo su cuerpo es poderoso porque pudo tener a su hijo y porque lo alimenta.

Laus describe su cuerpo como un cuerpo horrible, herido y mutilado debido a la cicatriz de su cesárea, asimismo dice odiar sus estrías. Ella refiere que está tan incómoda con su cuerpo que inclusive no quiere tener relaciones sexuales con su pareja, porque tiene una cicatriz y porque piensa que su cuerpo es feo, sin embargo ella misma hace una reflexión al respecto y dice que estos cambios que la hacen sentir mal valen la pena porque su hijo está con ella, al referirse en específico a sus senos dice que sabe de antemano que le quedarán aguados pero que eso no le preocupa, ya que está alimentando a su hijo, y eso lo considera muy importante.

Crisel dijo estar muy orgullosa de su cuerpo y de presumir que fue mamá y que a pesar de que se hizo más cachetona, se le hicieron anchos las caderas y los hombros, engordó y le quedaron estrías, es un cuerpo que disfruta.

María me describió que no está a gusto con su cuerpo porque no ha podido bajar de peso, sin embargo relata que está confiada que al igual que como sucedió en su primer embarazo, con el paso del tiempo, pueda recuperar su antiguo peso.

Samantha dice que está a gusto con su cuerpo porque a pesar de que sabe que es un cuerpo que cambió, esto fue debido a la maternidad, además en su discurso hace alusión al

hecho de que las marcas y la transformación de su cuerpo se dieron porque “así Dios lo quiso” y por ello tiene que sentirse orgullosa de ser mamá, y la gente que la rodea también tiene que aceptar su cuerpo de la misma forma que ella lo hace.

Karen por su parte describió que, producto de la lactancia, su cuerpo se ha convertido en un cuerpo muy delgado por lo cual ella no se siente bien con ese cuerpo y quisiera que fuera más robusto y se asemejara al cuerpo que tenía antes del embarazo, además refirió que el haberla practicado la episiotomía hizo que sienta su vagina como rara e inclusive ir al baño y tener relaciones sexuales le resulte doloroso.

Me pude dar cuenta cómo las entrevistadas al hablar de su cuerpo lo hicieron significándolo como un cuerpo nuevo que había sido resultado del embarazo y del parto, además todo el tiempo hicieron alusión a los cambios físicos que experimentaron durante esta etapa (y que algunas inclusive vivían al momento de la entrevista), los cambios a los que ellas se referían fueron al agrandamiento de los senos y la cadera, la aparición de estrías, las cicatrices producto de las cesáreas. Además describían su cuerpo como flácido, horroroso, incómodo, raro, demasiado flaco o demasiado gordo, asimismo algunas de las mujeres que parieron por vía vaginal y a las que se les había practicado la episiotomía hablaron de “sentir los bordecitos de la herida” y percibir su vagina como distinta o incluso nueva.

Me pareció importante hacer énfasis en el hecho de que dos de las informantes se percibieron incluso como poseedoras de un cuerpo herido, mutilado, esto en relación con la cicatriz que dejó la cesárea en sus cuerpos.

*No me gusta por la herida rajada que tengo, porque les digo que me abrieron como puerco, es que está desde el ombligo hasta acá abajo, horrible. Me siento mutilada (Laus).*

*Embarazada me sentía bien bonita, ahorita me siento horrorosa, mi cuerpo, todo. Mis senos hasta el pubis. Esa parte tiene la rajada, la herida que se me hizo horrible y las estrías que están horrendas, mis senos no porque estoy alimentando a mi bebida. Me incomoda un poco porque no me cierra la ropa, todavía a la fecha uso los pantalones de*

*embarazada y por más que me fajo no me queda mi ropa, me gustan mis caderas porque me creció un poquito (Brenda).*

Sin embargo pude observar también que ellas se sintieron satisfechas al hacer un análisis retrospectivo del embarazo y el parto, y darse cuenta que su cuerpo “pudo ser capaz” de sostener un hijo, y que además tiene la capacidad de alimentar, así, la lactancia fue un proceso corporal que si bien algunas de las entrevistadas describieron como doloroso o difícil, por la dificultad que les implicó aprender a dar de mamar, también las hizo sentirse poderosas por tener la capacidad de alimentar a un hijo.

Es importante dar cuenta que si bien las mujeres durante la lactancia asumen que sus senos sufrirán cambios, éstos cambios son valorados como algo que vale la pena experimentar, por el hecho de estar alimentando a sus hijos.

Xochi y Mafalda describieron cómo la lactancia fue un proceso sumamente difícil y doloroso, Xochi habló del hecho de no poder dar de mamar a su hijo debido a que tenía los pezones invertidos y de cómo esto le causaba desesperación ya que dentro de sus planes estaba el amamantar a su hijo, Mafalda hizo referencia al hecho de que los primeros quince días lactando fueron sumamente dolorosos, los pezones le sangraban y su esposo y su médico le decían que tenía que seguir intentando, para ambas con el paso del tiempo la lactancia se volvió algo más disfrutable.

*A: ¿y tus senos y la lactancia?*

*X: es algo maravilloso, pero terrorífico al principio pero al inicio es algo que no me gustó, porque cuando nació me lo dieron segundos y se lo llevaron, pero pasaron horas para que me lo dieran a mí y ya le habían dado fórmula, me lo pegué al pecho y no podía. Yo me informé que al principio no necesitaban alimento y por instinto maman pero pasaron unos días pero los comentarios de la gente eran de no te va a bajar, excepto mi esposo que me apoyaba, porque era algo que habíamos platicado que queríamos darle pecho, obviamente por la cuestión maternal, de salud y económica. Todo mundo me decía ya no te bajó, entonces me enojaba y lloraba y yo les decía no me digan eso. Cuando fui con el doctor le dije de mi lactancia fallida y me dijo déjame ver tus pezones y me dijo están hundidos y una*

*prima me dijo haz esto haz el otro y yo estaba con el tira leche para formar el pezón y un buen día se llenaron de leche. (Xochi y Ana)*

*Sí, sé que van a quedar guangos, aguados (sus senos) pero no importa, por qué, porque estoy amamantando a mi bebé, vale la pena darle de comer a mi bebé, sacrificar mi cuerpo pero para que él esté bien (Laus).*

*S: ¿Mi cuerpo?, (risas). Grande, nuevo y (pausa de cinco segundos), pues no sé, como que súper poderoso. (Risas).*

*A: ¿Por qué súper poderoso?, me gusta eso.*

*S: Pues porque tuvo a Luciano...*

*S: Sí claro, me aguantó, porque casi se desangra y aguantó. Porque pude alimentar a mi hijo, porque le da calor a mi hijo. (Sofía)*

*Mi cuerpo es lindo porque doy leche, jamás pensé y también es horrible, horrible (Brenda).*

Me parece importante destacar que durante las entrevistas, las mujeres pudieron describir con facilidad su cuerpo durante el embarazo, sin embargo al hablar de su cuerpo durante el puerperio su actitud era más bien cohibida, y reafirmaban las descripciones en torno a su cuerpo, con las opiniones que otros tenían de él, en especial, la pareja, estas opiniones las mujeres las significaron como positivas y como apoyos para sobrellevar los sentimientos negativos que les provocaba su cuerpo durante esta etapa.

Sofía dijo que su esposo la ayuda a sobrellevar la relación con su cuerpo durante el puerperio porque le dice que sus estrías son como manchas de tigre y que ese tigre es poderoso, Mafalda dice que su esposo la apoya y le dice que su cuerpo es bello porque allí estuvo su hijo, eso hace que sienta que se eleva su autoestima.

Por su parte Laus narra cómo cuando ella le expresa a su pareja que no quiere tener relaciones sexuales porque tiene la cicatriz de la cesárea, éste le dice que le gusta tal como es, asimismo María recalca cómo su esposo le dice “que está loca” y que su cuerpo es tan bello como lo era antes del embarazo, Xochi por su parte describe cómo su esposo le dice

que ella es muy bonita y además le propone hacer ejercicio juntos para que ella se pueda sentir mejor con respecto a su cuerpo siendo mamá.

*Porque todavía le digo a él, no me siento segura, no me siento cómoda con mi herida, y él me dice es que la herida la vas a tener ahorita, y la vas a tener después te va a quedar una cicatriz, lo que quiero que entiendas es que te quiero, me gustas tal cual eres, tengas la herida así, tengas la herida en la espalda, tú me gustas (Laus).*

*Él me dice que me veía muy bonita que había sido mamá y que era normal, que si tardó nueve meses iba a tardar en recuperarme y que íbamos a danzar que era secundario, ahora que pasaron meses se siente mejor, porque a pesar que me dijeron que no hiciera ejercicio, lo he hecho, he hecho un poco entonces si ha ido cambiado, las estrías ya desaparecieron un poco (Xochi).*

*Ósea si se ve que ya tuve un bebé y bueno si me pegó poquito como nostalgia de ver mi abdomen o mi cuerpo o decir antes me gustaba mucho eso de no tener nada marcado pero sin embargo me siento cómoda, con mi esposo si él me ve o algo así, él no me causa ningún problema. Él también me ha apoyado en eso porque me dice ¡ay no!, mira es que aquí estuvo el bebé, si no estuviera Emi... y por eso es bonito, hasta eso dice como que me levanta el autoestima (Mafalda).*

Al ahondar en la relación que las entrevistadas tenían durante el puerperio con su menstruación, ellas manifestaron abiertamente que ésta, o no había vuelto a reestablecerse aún o se había modificado después del parto. Al reestablecerse su menstruación Laus la describió como incómoda, dolorosa y preocupante, asimismo la comparó con su menstruación antes del embarazo la cual era regular, no abundante y no dolorosa.

Sofía percibió también que su menstruación es más dolorosa después del parto y además la describió como incómoda y muy húmeda. Karen describió su menstruación después del parto como más abundante y menos largo, refiere que antes menstruaba siete días pero poco, y ahora menstrúa tres días de forma muy abundante.

*A: Dime tres palabras que describan tu menstruación, ¿ya menstruas?*

*L: Ya apenas me acaba de bajar, ash, incómodo, doloroso, preocupante*

*A: ¿Por qué?*

*L: porque anteriormente me bajaba cinco días y regular, sin dolor, y ahorita no, es abundante y sólo me duró tres días. (Laus y Ana)*

Por último y con respecto al cuerpo, me interesaba saber si ellas consideraban que su cuerpo les pertenecía, al respecto destacó el hecho de reconocer que ellas eran las únicas dueñas de sus cuerpos, solamente Xochi mencionó que ella percibía que tenía un cuerpo compartido con su hijo y con su esposo, y Samantha dijo que su cuerpo le pertenecía a sus dos hijos.

*A: Ayúdame a completar esta frase sin pensarla. Mi cuerpo le pertenece a:*

*S: Mis hijos. (Samantha y Ana)*

*Mi cuerpo de ahora es flácido (risas) es compartido con mi bebé que alimento y también con mi esposo y es cómo decirlo mágico, porque me doy cuenta de todo lo que puede hacer (Xochi).*

Es interesante dar cuenta de cómo los significados que las mujeres le atribuyen a su propio cuerpo durante el embarazo se relacionaron tanto con valoraciones positivas con respecto a un cuerpo preparándose para la maternidad, como con una serie de sentimientos que tuvieron que ver más bien con la sensación de incomodidad y extrañeza ante un cuerpo que durante el parto se transformó drásticamente.

Las referencias del cuerpo en el puerperio tuvieron que ver con una valoración negativa producto de un cuerpo que ellas perciben como nuevo y que tiende a no gustarles, pero también hay elementos como la lactancia y la capacidad de haber podido vivir un embarazo y un parto que hacen que las mujeres perciban sus cuerpos como poderosos. Asimismo ellas se asumen como poseedoras de sus propios cuerpos pero también en ocasiones lo perciben como un cuerpo compartido con sus hijos, y en un caso, con su esposo.

#### **4.5 ¿Pues te sientes con la libido muy alta, yo quería tener relaciones todo el tiempo! Sexualidad y experiencia del parto**

Durante las entrevistas un tema en el que me interesó ahondar fue en cómo se relacionaron las mujeres con un aspecto de su sexualidad, (las relaciones sexuales), durante el embarazo y el puerperio. Asimismo me centré en preguntarles si tenían alguna noción con respecto a derechos sexuales y reproductivos. La intención de retomar estos hallazgos tuvo que ver con el hecho de que concebí la experiencia de parto como un proceso en donde se revelan significados que tienen que ver con la forma en la que ellas conceptualizan su sexualidad y su cuerpo, por eso, ahondar en estas dimensiones de análisis fue importante.

Durante el embarazo Brenda comentó que las relaciones sexuales con su esposo fueron satisfactorias, inclusive más que antes de estar embarazada, ya que en esta etapa su cuerpo le gustaba mucho, y a diferencia de antes de estar embarazada, no se sentía cohibida con él, lo cual favoreció su vida sexual.

Crisel mencionó que durante el embarazo se sintió cómoda teniendo relaciones sexuales porque el padre de su hija fue muy cuidadoso con ella, y mientras tenían relaciones sexuales se preocupaba porque ella estuviera cómoda, porque no le doliera nada y “porque no lastimaran a la bebé”.

Karen no tuvo relaciones sexuales durante el embarazo porque su esposo estuvo trabajando en otro estado de la república los nueve meses de gestación, ella comentó que durante ese tiempo “no tenía muchas ganas porque estaba más preocupada por su bebé”. Laus refirió que durante el embarazo tuvo sexo “normal, una vez al mes” con su pareja, y fue satisfactorio. Mafalda dijo que durante el embarazo tuvo relaciones sexuales con su esposo y “estuvo dentro de lo que cabe bien”, a excepción de que, durante el acto sexual “no podía hacer todas las posiciones” porque le resultaba incómodo.

Por su parte Sofía refirió que durante el embarazo se sentía con la libido muy alta y quería tener relaciones sexuales todo el tiempo, sin embargo en los últimos meses de embarazo el ritmo sexual con su pareja disminuyó porque a él la “pancita le daba temor”,

empero, siguieron manteniendo actividad sexual inclusive la misma noche en la que Sofía entró en labor de parto. Xochi narró que durante el embarazo “estaba muy ganosa”, sin embargo trataba de tener relaciones sexuales “sin mucho esfuerzo”, para no lastimar a su bebé.

Por su parte María dijo que tuvo poca actividad sexual durante el embarazo porque los “hombres están traumatados y no quieren”, en cambio, ella tenía mucho deseo sexual, sin embargo su esposo le decía “que no le fuera a pasar algo o le saliera sangre”. Asimismo mencionó que su esposo pensaba que su hijo dentro del vientre los podría ver, y entre risas, María contó que le decía a él que sus argumentos eran absurdos.

*A: ¿qué onda las relaciones sexuales durante el embarazo?*

*B: si hubo, me sentía bien a comparación de que antes del embarazo me cohibía por mi cuerpo, en el embarazo me sentía bien (Brenda y Ana).*

*Al inicio yo estaba muy ganosa, durante el embarazo normal, sin mucho esfuerzo pero tratamos de llevarlo a cabo, un poco el miedo, obviamente bajó el ritmo pero tuvimos al final, ja, ja, ja. (Xochi).*

*A: ¿Y por qué se fue a otro lado?*

*K: a trabajar en un puesto por allá con su tío, los contratan para hacer madera negra. De hecho cuando él llegó ya no pudimos hacer nada porque él llegó tres días antes de que yo me aliviara. Y llegó cansado del viaje.*

*A: ¿y no tenías ganas durante ese tiempo?*

*K: (risas) pues un poco porque mi mente estaba más bien en lo del bebé (Karen y Ana).*

Durante el puerperio las entrevistadas también hicieron referencia a las relaciones sexuales. Brenda comentó que desde del parto no había tenido relaciones sexuales ya que se sentía “muy abierta con su herida de cesárea” y le preocupaba lastimarse, asimismo refirió que el hecho de que su hija durmiera en la misma cama con ella y con su esposo, fue algo

con lo que no se sentía cómoda “y le preocupaba más su hija que la necesidad de su esposo”.

Crisel al momento de la entrevista mencionó que “seguía en cuarentena” porque su ginecólogo le había dicho “que estaba fresca y que se podía embarazar”, así que decidió esperar a tener un método anticonceptivo antes de retomar su vida sexual.

Karen comentó que después de la cuarentena volvió a tener relaciones sexuales aunque al principio le resultó doloroso, sin embargo mencionó que se sentía culpable porque no había tenido relaciones sexuales con su esposo durante el embarazo (porque él estaba de viaje), y después del parto, habían tenido que esperar también. Cuando ahondé en por qué se sentía culpable argumentó que los hombres “siempre tenían ganas de tener relaciones sexuales”, entonces su culpa devenía de no haber podido entablar relaciones sexuales con él.

Asimismo hizo referencia al hecho de que al principio, ella “no llegó a tener toda la satisfacción” porque la episiotomía que le practicaron convirtió las relaciones sexuales en dolorosas, después, mencionó, esta incomodidad desapareció.

Laus me contó que después del parto no había querido volver a tener relaciones sexuales con su pareja porque se sentía muy incómoda con su cuerpo, en específico con la cicatriz de su cesárea.

Mafalda narró cómo reinició su vida sexual después de la cuarentena ya que antes le resultó doloroso, asimismo dijo que como ella tuvo una cesárea “no sufrió eso del cortesito” (refiriéndose a la episiotomía), pero que aun así prefirió recuperarse antes de retomar su vida sexual.

María dijo que su vida sexual disminuyó porque al tener dos hijas, ella y su esposo estaban muy cansados, lo cual no favorecía el tener relaciones sexuales.

Xochi refirió que después de quince días de haber tenido a su hijo, a través de una cesárea, ella sentía mucho deseo sexual, sin embargo le preocupaba que se le abriera la

herida, pasando el tiempo su ritmo sexual disminuyó porque su esposo y ella se encontraban muy cansados debido a los cuidados que requiere su hijo.

*Después de que nace no piensas en eso los primeros 15 días pero ya después estaba muy ganosa, me decían que era imposible pero después me preocupaba si se me abría la herida, pero no, ahora con el bebé el cansancio no te deja, ni para él ni para mí pero ya platicamos y me puse el implante para no embarazarme en tres años y a partir de eso empezamos a hacerlo un poco más (Xochi).*

*Nada, dos meses que nada, la cuarentena porque después del embarazo aborrecía el tema del sexo, de por sí me sentía abierta, la rajada, tenía miedo de qué tal si al momento de tener relaciones me abro el estómago, miedo, y a la fecha tengo miedo. Ahorita es muy poco el sexo, bueno casi nada por el mismo miedo y porque aparte duerme al lado nuestra bebé porque se mueve y me preocupa más la bebé que la necesidad de él (Brenda).*

*A: ¿Qué onda con el sexo, ahora estás con Daniel?*

*L: Todavía no, me está costando trabajo, sí salimos, vamos al cine, vamos a comer*

*A: ¿pero no han tenido relaciones? ¿No has tenido relaciones desde que tuviste al bebé?*

*L: Ajá*

*A: ¿Por qué?*

*L: porque todavía le digo a él, no me siento segura, no me siento cómoda con mi herida, y él me dice es que la herida la vas a tener ahorita, y la vas a tener después, te va a quedar una cicatriz, lo que quiero que entiendas es que te quiero, me gustas tal cual eres, tengas la herida así, tengas la herida en la espalda, tú me gustas*

*A: ¿O sea, tú no quieres tener sexo por...?*

*L: No, por la herida*

*A: ¿Por el cuerpo?*

*L: Sí (Laus y Ana).*

Las entrevistadas describieron sus relaciones sexuales durante el embarazo como satisfactorias, esto se relacionó a diversos factores, a que ellas estaban a gusto con su cuerpo en esa etapa, a que sus parejas fueron cuidadosas con ellas al mantener relaciones sexuales y a que percibieron su libido muy alta, sin embargo mencionaron que sus parejas se mostraron temerosos al tener relaciones sexuales con ellas, por el hecho de que estuvieran embarazadas, ya que temían lastimarlas a ellas o a sus hijos. Karen no tuvo relaciones sexuales porque estuvo alejada de su esposo.

Durante el puerperio destacó el hecho de que las entrevistadas esperaron mínimo quince días después del parto o cesárea para tener relaciones sexuales, asimismo describieron que fue “complicado” volver a integrarse a su vida sexual por diversas razones: por lo cansadas que se encontraban (ellas y sus parejas), debido a la tarea de atender a sus hijos recién nacidos, porque la episiotomía volvió dolorosas las relaciones sexuales y tuvieron que esperar a que la región perineal sanara, porque las mujeres que tuvieron cesárea tenían miedo que su herida se abriera, porque no se sentían a gusto con su cuerpo de mamá, y porque al no tener espacio suficiente sus hijos dormían en su misma cama o cuarto lo cual les impedía tener relaciones de forma abierta.

Sin embargo algunas de las informantes refirieron que continuaron teniendo relaciones sexuales con similar frecuencia que durante el embarazo. En los testimonios de Brenda y Karen destacó el hecho de que ambas hicieron alusión a que sus parejas tenían un deseo sexual mayor que el de ellas, en el caso de Karen al generalizar que “los hombres pensaban más en eso”, refiriéndose a las relaciones sexuales, y en el caso de Brenda, cuando señaló que le importaba más su hija que atender las necesidades de él (eliminando el hecho de que ella también posea deseo sexual).

Un aspecto que me interesó abordar fue si las entrevistadas mencionaban tener nociones con respecto a derechos sexuales y reproductivos antes del parto, lo que destacó en sus relatos, fue que todas las mujeres describieron que ellas y sus parejas establecían acuerdos que respetaban para tener relaciones sexuales “solamente cuando ambos querían”. Brenda enfatizó que había ocasiones en las “que ella quería tener relaciones sexuales y en

otras no”, cuando a ella le apetecía, se lo expresaba a su esposo “quien siempre accedía”, por su parte Mafalda comentó que antes de tener relaciones sexuales existía un ambiente de coqueteo “donde uno le agarraba la pompa al otro”. Y de allí accedían o no, y ambos respetaban.

Karen mencionó que ella y su esposo tenían relaciones sexuales cuando ambos querían pero existían ciertas cosas en su vida sexual “que su esposo quería experimentar, pero que ella no se atrevía a hacer por timidez”. Xochi dijo que al estar recostada junto con su pareja deciden si están o no muy cansados para tener relaciones sexuales.

Las palabras que ellas asociaron a su vida sexual fueron el placer, el amor, el respeto, la comprensión, la timidez, el cariño, el romanticismo y la satisfacción. Laus mencionó además que su vida sexual era fantasiosa y divertida porque “ella no se quedaba con ganas de nada”, mencionó que si quería experimentar algo durante las relaciones sexuales, se lo decía a su pareja y lo llevaban a cabo.

*A: Dime tres palabras que describan tu sexualidad*

*L: Satisfactoria, fantasiosa, amor*

*A: ¿por qué?*

*L: porque no me quedo con ganas de nada, algo que quiero experimentar le digo a mi pareja y lo hacemos*

*A: Ok, otra...*

*L: Divertida (Laus y Ana)*

Las entrevistadas habían oído hablar y todas habían usado a lo largo de su vida algún método anticonceptivo, ya sea el coito interrumpido, el preservativo, el parche, las píldoras anticonceptivas, el implante hormonal o el dispositivo intrauterino (DIU).

Las entrevistadas dijeron que sabían que tenían el derecho a elegir el método anticonceptivo que ellas dispusieran, María por ejemplo prefirió hacerse la salpingoclasia porque ya no quería tener más hijos, sin embargo ella hubiera preferido que su esposo se

operara pero dijo que él no quiso “porque a los hombres les da miedo que les agarren allí (refiriéndose a los genitales masculinos)”, es por eso que tomó la decisión de hacerlo ella.

Xochi mencionó que se colocó un implante hormonal porque por lo menos en tres años no quería embarazarse.

Asimismo Karen dijo que utilizó un DIU porque no quería tener más hijos. Ella narró que su esposo quería que se operara definitivamente PERO “no le hizo caso” porque pensaba que si tenía la capacidad de ser madre, “cuando muchas mujeres no la tenían”, no tenía por qué operarse, además hizo una reflexión en torno al hecho de que “si en un futuro ella estaba con otra persona y su matrimonio no funcionaba”, no podría tener más hijos.

Sofía decidió usar preservativo en espera de que su ginecóloga le colocara un DIU, que además “soltaba hormonas” y que le aseguraba de forma más efectiva que no se embarazaría.

*Le dije a mi esposo que no me iba a operar y él quería que me operara, y hasta nos íbamos a separar por eso, y yo ya no quiero tener pero si me mandarían otro, pero no ahorita, estaría bien. Pero así de que esté en mis planes, ya no, y aparte te digo que no se me hace justo porque hay muchas señoras que desean tener un bebé y no pueden. Yo le dije (a su esposo) que qué bonito, tú si puedes, y como sé que tú el día de mañana no puedes tener hijos con otra persona y a mí ya me dejaste sin tener un hijo. Porque aunque uno viva bien con esa persona, no sabes qué pueda pasar en el futuro y no me voy a operar y sí salimos un poco mal (Karen).*

*A: Hace rato que me contaste que tu esposo no se quiso operar ¿cómo te hizo sentir eso?*

*M: enojada pues porque es pura ¿cómo se dice?, entre el miedo que le da, es tabú de que les agarren allí, esa es una y pues es como yo le digo. Siempre somos parejas en todo, entonces le digo oye yo ya tengo dos operaciones, te tocaba. Y quiero que se opere de todas formas nada más para emparejarnos. Me dice que sí pero no le creo mucho (María y Ana).*

Al preguntarles a las entrevistadas qué sabían acerca de los derechos sexuales y reproductivos, me encontré con varias respuestas. Brenda me comentó que a través del internet se enteró de que las mujeres tenían derecho a decidir si querían o no tener

relaciones sexuales, asimismo comentó que a través de un programa de televisión abierta “lo que llamamos las mujeres”, supo que no debía de existir discriminación durante el embarazo y que se le debía de dar un buen trato a las mujeres durante esta etapa. Crisel refirió que nunca había escuchado nada acerca de los derechos sexuales y reproductivos pero que le sonaba a “algo de los derechos humanos”, que se refieren a los derechos que cada uno posee a pesar de estar en diferentes países.

Karen mencionó que estando en la preparatoria le mencionaron algo al respecto, le dijeron que ella tenía derecho a decidir cuando quería tener relaciones sexuales y cuántos hijos quería tener, asimismo refirió que en un programa de televisión abierta “diálogos en confianza”, había escuchado hablar sobre el maltrato a la mujer, la violencia y el sexo.

Laus dijo que se ha informado al respecto y que se ha inscrito a través de internet en grupos en donde se discuten algunos aspectos relacionados con la lactancia, el embarazo, el parto y la crianza. En esas comunidades virtuales participan entre otras personas, ginecólogas y psicólogas. Asimismo apuntó que los derechos sexuales y reproductivos aludían a aquellos derechos del cuerpo, por ejemplo que nadie tiene derecho a tocar su cuerpo si ella no lo consiente, que no puede ser obligada a usar algún método anticonceptivo, y que cada mujer podía decidir en qué posición quería parir.

Mafalda refirió que al ser profesora de primaria, en las pláticas que se ofrecen en la escuela donde ella trabaja, y por medio del internet, se ha enterado de que las mujeres sufren mucha violencia sexual, asimismo mencionó que sabía que las mujeres tenían derecho a una vida libre de violencia, a decidir cuántos hijos querían tener, a tener relaciones sexuales solamente con quien ellas elijan, a usar el anticonceptivo que ellas quieran y al aborto. Además comentó que sabía que existían mujeres feministas que defendían el derecho al aborto, al lenguaje inclusivo y los “temas de mujeres y el género”.

María dijo que los derechos sexuales y reproductivos le sonaban a que “ella podía elegir sobre su sexualidad”, además me dijo que en páginas de internet había escuchado hablar de violencia obstétrica.

Paloma refirió que después de la muerte de sus primeros hijos revisó exhaustivamente todo aquello relacionado con derechos sexuales y reproductivos, el parto humanizado, los derechos que las mujeres tienen en el parto, la violencia obstétrica y los derechos de madres de hijos prematuros que fallecen.

Mencionó además que “se volvió activista en pro de los derechos sexuales y reproductivos” y que su testimonio, acerca de la muerte de sus dos hijos lo ha compartido en programas de radio y televisión. Por su parte Samantha me dijo que no conocía mucho al respecto, pero que ella pensaba que los derechos sexuales y reproductivos se referían a que ella tenía derecho a decidir cuando quería tener relaciones sexuales y cuántos hijos deseaba tener.

Sofía mencionó que ha buscado en internet, en folletos, en libros y en programas de televisión, todo tipo de información acerca de derechos sexuales y reproductivos, y acerca de derechos en la maternidad, entre los temas que ella mencionó destacó la violencia obstétrica, las normas de salud durante el parto, la crianza con apego, los derechos en la lactancia así como el parto humanizado.

Xochi por su parte dijo que se había informado sobre todo acerca de los derechos reproductivos durante el parto, al respecto dijo que sabía que tenía derecho a parir en la posición que ella eligiera como el parto vertical, a caminar durante las contracciones, a solo ser sometida a los procesos médicos necesarios durante las cesárea, a tener un parto vaginal aun después de haber tenido una cesárea, a que no se usen fórceps durante el parto, “y muchas cosas más”.

Con respecto a los derechos sexuales dijo “saber lo básico”, que tenía derecho a formar una familia cuando ella así lo decidiera, que nadie podía obligarla a tener relaciones sexuales, que su cuerpo le pertenecía y que la sexualidad también podía ser placentera.

En este apartado mostré que las entrevistadas decidieron cuando quieren tener relaciones sexuales junto con sus parejas, ellas además describieron su vida sexual en pareja con adjetivos que aludieron a sensaciones positivas tales como placenteros,

satisfactorios y amorosos. Apuntaron además que conocían y habían usado algún método anticonceptivo a lo largo de su vida, sin embargo, en este punto destacó que dos de las entrevistadas tuvieron conflictos con sus parejas, en el caso de María ella quería que su esposo se hiciera la vasectomía pero él se negó, y en el caso de Karen su esposo quería que ella se hiciera la salpingoclasia pero ella no lo quiso hacer.

Las informantes que dijeron no tener nociones acerca de derechos sexuales y reproductivos lo asociaron con derechos humanos y con poder decidir sobre su propio cuerpo al tener relaciones sexuales y tener hijos. Otras entrevistadas mostraron conocimientos con respecto a derechos sexuales y reproductivos que adquirieron a través de la televisión, la escuela y el internet, algunas de ellas elaboraron narraciones complejas que describían un amplio conocimiento del tema, otras en cambio dibujaron cuestiones importantes al respecto como el derecho al placer, los derechos durante el parto y los derechos durante la lactancia.

#### **4.6 ¡Cálmese, no llore, porque si se pone mal sus bebés se van a morir por su culpa! Percepción de la atención en la experiencia del parto**

El trato que reciben las mujeres durante el parto por el personal de salud es uno de los temas que consideré más importante retomar, no solo porque las mujeres lo describieron ampliamente en sus relatos, sino porque fue uno de los principales focos de discusión en la literatura consultada para esta tesis, y además es un debate que está presente dentro de las agendas de organismos gubernamentales y no gubernamentales.<sup>11</sup>

En este caso solo me enfocaré en las percepciones de las mujeres, lo cual me separa de aquéllos trabajos que hacen un análisis relacional de las mujeres con el personal de salud.

---

<sup>11</sup> Estas son algunas de las asociaciones de corte no gubernamental que dentro de sus agendas están discutiendo el trato que reciben las mujeres durante el parto. El parto es nuestro. Asociación sin fines de lucro/Parto Libre A. C/Grupo de Información de Reproducción Elegida. Asociación Civil sin fines de lucro/Comunicación e Información de la Mujer. A. C/Observatorio de Violencia Obstétrica de la A.C El parto es nuestro/Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia A.C MAMASOL, Costa Rica C. A/CIDEM. A. C/Nueve Lunas S. C/Asociación Mexicana de Partería A.C/Parteras Tradicionales Unidas Tumben Cuxtal A.C.

En este apartado doy cuenta de la forma en la que las entrevistadas describieron el trato que recibieron, asimismo hago énfasis en las condiciones en las cuales las mujeres se basaron para construir su percepción acerca de la atención recibida.

Las percepciones de las entrevistadas con respecto a la atención recibida se relacionaron con tres cuestiones, la atención médica que recibieron (cuidado técnico), el apoyo emocional que les brindó el personal de salud y la disposición que éste tenía para atenderlas (cuidado relacional) y la infraestructura del hospital en el que fueron atendidas.

Con respecto a la infraestructura Brenda hizo énfasis en el hecho de que durante su estancia en el hospital tuvo que estar mucho tiempo esperando a que hubiera alguna cama disponible ya que todas estaban ocupadas, asimismo dijo que cuando le fue asignada una “estaba horrible y no tenía el resortito para pararse y era incómodo”; la cama además estaba muy alta y se le dificultaba mucho bajarse de ella, sobre todo después de su cesárea. Asimismo habló de los baños del hospital y dijo que “no había llave ni tubo”, que se trataba de un chorro de agua y que además el agua caliente solo estaba disponible en un horario concreto, de nueve de la mañana a una de la tarde. Mencionó que muchas mujeres hacían fila para bañarse por lo cual era difícil que pudieras acceder al agua caliente.

Hizo énfasis en el hecho de que los baños “tenían un escaloncito”, lo cual dificultaba mucho bañarse porque en su caso ella tenía colocado un suero, eso lo hacía totalmente incómodo y además doloroso, ya que al agarrar el suero y a la vez bañarse se “le salían las agujas del brazo y le salía mucha sangre”.

Laus hizo énfasis también en el baño del hospital y comentó que “bañarse era un lío” porque solamente había dos horas de agua caliente y había “una fila enorme”. Sofía mencionó el hecho de haber tenido que esperar por horas en una silla de ruedas porque había muchas mujeres y no había camas disponibles.

Asimismo Karen narró que tuvo que estar en la sala de espera por muchas horas porque los doctores le decían que no había camas disponibles “y mucho menos para ella

que apenas tenía tres centímetros de dilatación”. Samantha mencionó en el mismo tenor que tuvo que esperar en una “tipo camilla” hasta que se desocupara una cama.

Por su parte Xochi mencionó que al llegar al hospital la trasladaron a una “habitación suite” que tenía un baño, televisión y un sillón, sin embargo ella no autorizó ese traslado y al finalizar su cesárea le aumentaron dos mil pesos a su cuenta debido a que le otorgaron esa habitación, lo cual hizo que excediera su presupuesto.

Crisel y María hablaron de lo cómodas que se sintieron durante su cesárea, Crisel mencionó que el cuarto en el que la atendieron “estaba bonito pero chiquito” y el baño tenía una “silla especial para bañarse” y un mueble a la altura de la silla “para poder dejar su shampoo y sus cosas”.

María dijo que se sintió muy a gusto porque en el cuarto en el que fue atendida cabían todas sus visitas “su madrina, su mamá, su abuelita y su primo”.

*Los baños están horribles, no hay llave sino es un tubo y te cae el agua y nada más te tienes que bañar de 9 a 1 porque el agua está caliente, porque después el agua está fría y tienes que aprovechar. Te ponen tu suero y tu antibiótico y tú tienes que andar con el tubo y pues los baños tienen un escaloncito, entonces tienes que dejar el tubo afuera, el soporte en donde está el suero y tienes que bañar y tienes que tener cuidado porque en la vena están las agujas y sangran (Brenda).*

*Fue mucho más del presupuesto, un chingo de cosas que te agregan. El tamiz, la suite esa, Al final el precio que nos dio el doctor no fue ese precio, en la clínica dijeron que era más y nosotros dijimos es que a nosotros nos dijeron otro precio. Y al final nos dijeron que no, que era más y tuvimos que rasguñar de otros lados (Xochi).*

Otro aspecto recurrente al que las entrevistadas hicieron alusión fue a los tiempos de espera en las consultas durante el control del embarazo y en la estancia en el hospital. Paloma mencionó que en la clínica de especialidades, durante sus consultas, la citaban a cierta hora y la atendían por lo regular cuatro horas después, ya que ingresaba le decían que el hospital estaba en remodelación, así que la atendían en lo que ella describió como “cubículos improvisados en donde no habían todas las cosas”, mencionó por ejemplo que

para escuchar la frecuencia cardiaca de su hijo lo hacían “con un cucurucho de esos del año del caldo”. Asimismo mencionó que al nacer sus hijos el hospital le dio los certificados de nacimiento mal, lo cual resultó un problema grave cuando sus dos hijos murieron y no “podía enterrarlos porque el papel estaba mal”.

Laus mencionó que a ella no le gustaba ir a sus consultas periódicas en el seguro social “ya que la citaban a las siete de la noche y la iban atendiendo a las nueve”. Asimismo relató cómo en una ocasión fue a una consulta y le pidieron que “bajara a hacerse un ultrasonido”, al llegar al lugar que le indicaron, le dijeron que “ya habían apagado los aparatos y no se lo podían realizar”, aun cuando todavía estaba dentro del horario. Ella le dijo a la doctora que el ultrasonido era necesario “porque de eso dependía si se quedaba o no a labor de parto”, dijo que “de mala gana” volvieron a prender los aparatos y le llevaron a cabo el estudio.

María comentó que en sus consultas periódicas en un hospital perteneciente al seguro social “siempre la citaban a una hora y la atendían muchas horas después”, además le decían “que fuera por su carnet” y cuando iba por él le comentaban que tenía que ir a otro lado, ella relató cómo tenía que subir y bajar varias veces escaleras para que hicieran los trámites necesarios para poderla atender, y esto, estando embarazada le resultaba muy complicado.

Samantha dijo que al llegar al hospital con dolores de trabajo de parto tuvo que esperar muchas horas para ser atendida, además tuvo que hacer muchos trámites porque no encontraban su expediente médico “y no la querían recibir”.

Karen comentó que durante la espera en el trabajo de parto ella tenía que estar “dándole su hojita a cada médico porque cambiaban de turno”, aun cuando ella estaba sintiendo dolor.

Otro aspecto que señalaron las entrevistadas fue estar en desacuerdo con el hecho de que los protocolos médicos de los hospitales públicos no les permitieran estar acompañadas, porque además de que esta situación las hizo sentirse solas como lo retrata

en el apartado de emociones y vivencias corporales durante el parto, no les permitió que sus familiares se enteraran de lo que estaba ocurriendo.

Karen por ejemplo señaló que su hijo tenía más de medio día de haber nacido y nadie le había avisado a su esposo que estaba afuera esperando noticias. Asimismo Brenda dijo que nadie le mencionó a sus familiares que su hija había nacido, que había tenido complicaciones médicas, y que a ella le habían practicado una cesárea.

*No, no me gusta ir al seguro, porque la cita te la dan a las siete de la tarde y te van atendiendo como a las nueve de la noche, llegaba hasta las seis a formarme y me atendían hasta las nueve, y a lo último ya ni me revisaban, nada más me medían la panza, me pesaban y ya (Laus).*

*Me bajaron nuevamente en donde estuve en la noche y allí estuve esperando para saber qué onda y pasó hasta las cuatro de la tarde, habían pasado doce horas ya para que me dijeran que me iban a hacer la cesárea (Brenda).*

Otro elemento que las entrevistadas mencionaron con respecto a la atención recibida fue el cómo fueron tratadas por el personal de salud, qué actitudes tomaron para con ellas y cuál fue la disposición que tuvieron para atenderlas.

En primera instancia es necesario mencionar que en los relatos de las entrevistadas las referencias a la forma en la que fueron tratadas se refirieron al trato proporcionado sobre todo por las y los enfermeros. Las descripciones del trato que les brindaron los médicos estuvieron menos presentes, debido a que ellas los describieron como personas con los cuales tuvieron encuentros rápidos y que solamente veían cuando llevaban a cabo ciertos procedimientos médicos como los tactos, la aplicación de la anestesia y la culminación del trabajo de parto.

Sofía al respecto hizo énfasis en el hecho de que “el que la anduvieran rolando con varios doctores” repercutió en la confianza que les tuvo a los doctores, no sabía quiénes eran y tampoco los sentía como personas que estuvieran al pendiente de ella. Brenda mencionó que la atendieron muchos doctores pero que realmente con quien ella convivió

fue con los y las enfermeras. María dijo que antes del parto y durante el parto quienes estuvieron cerca de ella fueron las enfermeras.

Al narrar su experiencia del parto Sofía dijo que hubo enfermeros que no tuvieron disposición para atenderla, mencionó que cuando tenía ganas de vomitar, le solicitó a un enfermero que le proporcionara algún recipiente para hacerlo, éste no se lo dio y le dijo “que se le iba a pasar”, sin embargo esta sensación no cesó y Sofía vomitó en todo el piso, empero, al ver que ella había vomitado, en cambio se le acercó otra enfermera que ella describió como “apapachadora” que la limpió y le cambió las sábanas.

Asimismo hizo referencia al comportamiento de la anesthesióloga que la atendió, el cual percibió como frío, comentó que la doctora se limitó a hacer su trabajo sin dirigirle la palabra a ninguna mujer, dijo “que pasaba y como si fueran vacas las anesthesiaba”. Al ahondar en cuál fue la respuesta de Sofía ante estos comportamientos ella refirió que realmente “se encontraba muy cansada y con mucho dolor, y más bien estaba concentrada en su recuperación que en reclamar cualquier cosa”.

Xochi describió que los médicos que la atendieron fueron descorteses porque ninguno se presentó con ella y tuvo que pedirles que le dijeran sus nombres, Asimismo dijo que las enfermeras no la dejaron expresar su dolor que le provocaba llanto, le decían “que si continuaba llorando su bebé se iba a subir”, y no podría nacer mediante un parto vaginal, además comentó que le decían que “arriba (en el quirófano) no iba a poder llorar mamacita”, sin embargo enfatizó que el decirle mamacita fue en un tono que ella describió como burlón. Por último dijo que durante su estancia en el hospital quizá no lo expresaban verbalmente “pero en sus gestos se notaba” que los enfermeros se burlaban de cómo ella se quejaba.

Xochi estuvo todo el tiempo cuestionando a los médicos y enfermeros las actitudes que tenían para con ella, sin embargo me dijo que no quiso hacer una reclamación formal (al hospital), ya que estaba de por medio su amistad con el médico, socio de la clínica particular en donde ella se atendió.

Brenda describió que durante su estancia en el hospital hubo enfermeras bien “mulas”, que no le pasaron el cómodo para hacer del baño, aun cuando ella acababa de salir de la cesárea y no se podía levantar, asimismo no le proporcionaron toallas femeninas para poder cambiarse “aunque ya estuvieran todas sangradas”.

Hizo énfasis también en el hecho de que las enfermeras no recorrían las camas y no atendían a las mujeres, en cambio sí salían cuarenta minutos a hacer actividades como platicar. Otra cosa que le molestó es que las enfermeras le agarraron fuerte el seno para enseñarle “como se debía sacar la leche porque si no, se la iban a tener que sacar con agujas y esto iba a ser muy doloroso”.

Al referirse a los médicos Brenda dijo que hubo quienes la trataron bien, este fue el caso de una doctora que describió, fue empática con ella y le preguntó si había hecho algún coraje, Brenda le pudo contar el episodio con respecto a la pelea con su esposo y la doctora la escuchó atentamente, otro doctor fue “muy buena onda” porque le explicó los procedimientos médicos que se iban a llevar a cabo. En cambio, identificó que algunas doctoras que ella señaló como pasantes pasaban a revisarla y si estaba dormida “le azotaban la mesita para despertarla”, y eso le provocaba mucha angustia y miedo.

Respecto a las actitudes que no le agradaron a Brenda, ella me dijo que no quiso hacer ni decir nada porque dio por hecho que “no le iban a hacer caso”, mencionó además que escuchó a una mujer que ya llevaba quince días internada debido a un problema ginecológico, reclamar, y nadie le hacía caso, por lo cual pensó que “si a esa mujer no le hacían caso, mucho menos a ella”.

Mafalda por su parte mencionó que durante su cesárea hubo actitudes por parte de los médicos y de las enfermeras que no le agradaron, narró el hecho de que ella no se podía colocar en la plancha (mesa para hacer la cesárea) y que el doctor nunca le ayudó, por el contrario le dijo que se notaba que ella era primeriza, esta situación se la expresó con molestia a sus familiares, tiempo después de haber transcurrido la cesárea.

Paloma dijo que durante su primera cesárea nunca pudo familiarizarse con ningún médico porque estos “iban y venían”, asimismo su relato estuvo permeado por actitudes que ella describió como muy violentas por parte de los médicos y las enfermeras quienes en más de cinco ocasiones le dijeron (inclusive gritándole) que sus hijos se iban a morir y que era su culpa.

Una actitud que no le gustó fue que los camilleros al trasladar a sus gemelos prematuros “iban exhibiéndolos como animalitos”, diciendo que nunca habían visto a un bebé tan pequeño, Paloma sintió que estos comentarios fueron emitidos desde el morbo y la risa. Sin embargo ella reconoció que también existieron médicos y enfermeros cuyo comportamiento fue diferente y que le notificaban el progreso de la salud de sus hijos, la dejaban verlos aun cuando no estaba permitido, e inclusive uno de ellos la dejó cargar a su hijo antes de morir.

Paloma comentó que en un principio ella no se atrevió a reclamar porque creía que la gravedad que presentaron sus hijos al nacer se había debido a que no había estado suficientemente pendiente durante el embarazo, tal como se lo dijeron los médicos, sin embargo cuando sus hijos murieron comenzó a reflexionar acerca de lo que vivió en el hospital y se dio cuenta que muchos de sus derechos como paciente y como madre fueron violados y que las actitudes que tuvo el personal de salud se podían calificar como violencia, por lo cual ella decidió hacer denuncias formales al hospital por el mal trato recibido, asimismo acudió a instancias como la Comisión Nacional de Derechos Humanos y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico para hacer también denuncias al respecto.

Laus hizo referencia al hecho de que algunas enfermeras al darle indicaciones le gritaron “y le hablaron muy golpeado”, otras además le repetían “que tenía que cooperar” por ejemplo en saberse acomodar en la mesa de operación, en levantarse y en moverse.

Ella dijo que estaba muy anestesiada para poder hacer lo que las enfermeras le pedían, y al no hacerlo, éstas la regañaban. Mencionó además que no le proporcionaron toallas femeninas y por eso “manchaba su sábana”, cuando esto sucedía las enfermeras se enojaron y la regañaron.

Las enfermeras tampoco “le acomodaban el catéter” y “se le salía toda la sangre”, sin embargo cuando esto sucedía reconoció que una enfermera se acercó con una actitud muy amable a ayudarla y le dijo “corazón, ya manchaste todo el suelo”, mientras la limpiaba. Asimismo hizo énfasis en el hecho de que los doctores al “coserla en la cesárea” hacían mención al hecho de que ella estaba gorda y tenía la piel muy gruesa lo cual para los médicos dificultaba el coserla.

Laus dijo que cuando la trataban mal “solo volteaba a verlos feo”, ya que pensaba que si decía algo la iban a tratar peor o no le harían caso, recalcó además que una mujer a su lado lloraba de dolor y Laus le dijo a las enfermeras que la atendieran porque estaba sufriendo mucho, la respuesta de ellas fue que “la que tenía que pedir el apoyo era la mujer y no Laus”, esto reafirmó el hecho de que ella pensara que si hacía algún tipo de reclamación no le prestarían atención.

Crisel refirió que la atención que recibió fue muy buena, los médicos fueron amables, atentos y respetuosos, tanto que “hasta le dieron ganas de volver a ir”.

María por su parte dijo que durante su cesárea todo el personal de salud se portó muy amable con ella, se presentaron todos y estuvieron al pendiente; el comportamiento de las enfermeras lo describió “como muy lindo”.

Samantha mencionó que el trato que recibió fue bueno “porque la mayoría no la trató mal”, a excepción de una enfermera que no la dejó hacer del baño en un cómodo, siendo que ella no se podía levantar debido a que se estaba recuperando de su parto vaginal.

Karen mencionó que desde que ingresó al hospital el personal que la recibió fue descortés con ella y no le proporcionó la información necesaria para poder ingresar a la sala de trabajo de parto.

Cuando Karen ingresó describe que fue maltratada porque “no se dejó hacer bien los tactos”, y por ello, la doctora que le hizo los tactos se portó muy déspota y la regresó a su casa con “tres centímetros de dilatación”. Asimismo mencionó el hecho de que fue regañada por los doctores “por no saber respirar bien durante el trabajo de parto”.

Karen además dijo que tenía dolor durante el trabajo de parto “y nadie le hacía caso”.

*No, ya estaba en mi cama y me quitan la sonda, Yo lo que quería era ya hacer del baño y le pedí a la enfermera un cómodo y me dice, pues esta va a ser la primera y única vez que te traigo un cómodo porque ya te tienes que levantar. Pero yo le dije, es que apenas me subieron y tengo la cesárea, y me está doliendo, y me dijo, pues ya muchas mamás se están levantando aunque tengan cesárea, así que levántate (Brenda).*

*Porque me decían, como soy subida de peso, me decían es que también tú, cómo te vamos a coser, si tu piel está muy gruesa, tienes muchísima grasa y estas gorda, y yo de pues ya sé que estoy gorda pero pensaba, no para recibir tus tratos, tus palabras hirientes, creo que hay formas de decir las cosas y estás haciendo tu trabajo, a fin de cuentas debes de hacerlo bien (Laus).*

*Me trataron muy bien pues sí porque no me trataron mal, no me dijeron nada que me hiciera sentir incómoda. Ya cuando me alivié me pasaron a no sé cómo un cuarto pero me pusieron unos chupones porque yo tenía tos y calentura. Me pusieron para oír mi corazón, allí me atendió un doctor muy bien (Samantha).*

*Pues porque hay muchas mujeres, nada más pasa como si fueran vacas, las inyectaran, pues ya me la pusieron, me pidieron que empezara a pujar para acomodar al bebé, ya que dijeron ya va a salir. Me pasaron a una habitación sola, esterilizada, bastante limpio, con muchas enfermeras, equipo para recibir al bebé, y nació Luciano (Sofía).*

Por último quisiera mencionar que la reacción de Karen ante las acciones llevadas a cabo por parte del personal de salud que le disgustaron consistió, al salir del hospital, en acercarse a los médicos y pedirles disculpas por haberse “portado tan gritona”. Ante esta acción los médicos le agradecieron el gesto y le dijeron que había sido la primera mujer que les pedía disculpas

*K: (Risas) De hecho lo chistoso es que cuando ya acabé de mi parto les pedí a los doctores disculpas por haber gritado mucho. Les dije, les pido una disculpa si grité demasiado pero pues si me dolía mucho y como no había tenido por parto natural, fue mi primera vez.*

*A: ¿y qué te dijeron?*

*K: me dijeron, de hecho es la única mamá que nos ha pedido disculpas y como que me atendieron bien.*

*A: ¿y tú por qué sentías la necesidad de pedirles disculpas?*

*K: porque sentí que en eso fallé, en ese sentido de que grité. Yo quería que mi parto fuera sin gritos, lo más normal posible (Karen y Ana).*

Las entrevistadas hicieron énfasis en varios elementos que se refirieron a la infraestructura del hospital, calificaron como positivo el hecho de haber permanecido en un cuarto amplio y acomodado a las necesidades de una mujer que acababa de parir; como aspectos negativos destacaron en los relatos el que no hubiera camas disponibles, que los baños no estuvieran adecuados a las necesidades de una mujer que había parido recientemente y que además estos contaran con un horario de agua caliente disponible sumamente reducido.

Es menester mencionar que las referencias a la “infraestructura inadecuada” solo estuvieron presentes en los relatos de las mujeres que parieron en hospitales públicos. Una informante que parió en un hospital privado, Xochi, en cambio, se quejó de los costos elevados que tuvo que pagar (sin poder elegir) por obtener mayores comodidades como un sofá y una televisión dentro de la habitación en la que se recuperó de su cesárea.

Por otro lado las entrevistadas que parieron en hospitales públicos hicieron referencia a los largos tiempos de espera tanto para recibir consultas periódicas durante el embarazo como durante el ingreso y estancia en el hospital, asimismo refirieron que los trámites que tuvieron que llevar a cabo para poder recibir atención médica durante el parto resultaron engorrosos. Destacó además el hecho de que el hospital solía emitir certificados que no estaban hechos correctamente y esto detenía otros trámites que las entrevistadas tenían que llevar a cabo. Estas mujeres mencionaron también que no se les avisó a sus familiares (que no tenían permitido el acceso al hospital) de forma oportuna aquello, concerniente a su salud y a la de sus hijos.

Con respecto a cómo percibieron la atención destacó el hecho de que tanto las mujeres que parieron en hospitales públicos como privados describieron que la mayor convivencia durante su experiencia de parto la tuvieron con el personal de enfermería, así que sus descripciones se enfocaron sobre todo a la interacción con estos personajes, sin embargo, algunas de ellas también hablaron de cómo percibieron haber sido tratadas por los médicos.

Coincidieron en que existían enfermeras y enfermeros poco serviciales, que no las ayudaban a subsanar necesidades básicas durante el proceso de parto, como ir al baño o detener sangrados vaginales, asimismo recalcaron que no se les proporcionó medicamento para mitigar el dolor.

Estuvieron presentes además las referencias al hecho de que el personal de enfermería se burlaba de las mujeres cuando ellas sentían dolor, asimismo les exigían que cooperaran con ciertos procedimientos como colocarse en la cama de exploración sin moverse, ir al baño aun cuando las mujeres no se podían levantar y no llorar con el pretexto de que eso repercutía en el parto de forma negativa, cuando las mujeres no llevaban a cabo estas exigencias, describieron fueron regañadas.

Con respecto a los médicos destacó que se trató de personas que cumplían con su trabajo pero que “eran fríos” al brindar atención, otros se portaron violentos y criticaron a las mujeres por cuestiones como estar subidas de peso y en el caso de Paloma, la culparon porque no se dio cuenta que tenía contracciones y eso (según los médicos), provocó que sus hijos nacieran prematuros, y luego murieran.

Las acciones en torno al cuidado relacional que las informantes describieron como positivas fueron la administración de medicamento para mitigar el dolor, el hecho de que el personal de salud se portara amable, empático y respetuoso, que las informaran los procedimientos que se estaban llevando a cabo, que atendieran los casos de urgencia y que no las regañaran.

Las respuestas ante el mal trato recibido fueron diversas, algunas callaron por el hecho de sentir que no se les tomaría en cuenta, otras permanecieron en silencio porque estaban concentradas en su dolor y recuperación, asimismo hubo quien optó por quejarse con sus familiares y amigos, y en un caso se presentó una denuncia formal a las instituciones correspondientes.

El último aspecto que destacó en algunos relatos de las entrevistadas fueron las percepciones con respecto a procedimientos médicos que se llevaron a cabo durante el parto y que algunas mujeres denominaron como maltrato, violencia, violencia obstétrica o negligencia médica.

Sofía presentó placenta previa<sup>12</sup> durante todo su embarazo por lo cual en su atención prenatal (en un hospital privado), le indicaron que debido a su condición médica tendría que tener a su hijo por medio de cesárea, sin embargo al llegar a un hospital público donde sería atendido su parto, le fue indicado que sería un parto vaginal, a pesar de que ella les comentó sus antecedentes médicos.

Después de dar a luz a su hijo, Sofía se desangró y tuvo que ser internada en calidad de emergencia. La explicación que le dieron los médicos fue que se debió a un desgarro, sin embargo ella expresó que no estuvo conforme con esa explicación, debido a que le habían hecho una episiotomía, entonces, las posibilidades del desgarro eran mínimas, cuando le pregunté qué hizo al respecto comentó que decidió no reclamar, ya que lo único que ella quería era irse del hospital y descansar.

*S: Sí, no, o sea, realmente que me dijeran que fue un desgarro o así, un desgarro no te desangra tanto, yo creo que fue por la placenta que fue lo que les dije.*

*A: Pero ¿ya no decidiste verificar más?*

*S: No.*

---

<sup>12</sup> Placenta previa: “La placenta alimenta al bebé en resumen y debe de estar colocada en la parte contraria al cuello del útero (posterior). Si está colocada en la parte anterior (abajo) en el momento del parto con las contracciones o la dilatación del cuello del útero puede romperse y sangrar, por ende el sangrado sería sumamente masivo y probablemente con riesgo de muerte de ambos (mamá y bebé). Es una indicación para Cesárea” (Esta información me la proporcionó la Dra. Claudia Godínez. Médico pediatra.).

A: *¿Por qué?*

S: *Pues porque ya, o sea después de todo, la emoción que tienes ahí, emociones encontradas como, o sea, de realmente sentir que te vas a morir. Es lo peor, yo creo que es el sentimiento más gacho que he tenido en la vida. O sea, pensar que acaba de nacer y va a crecer sin mí...*

A: *¿Eso pensaste cuando estaba...?*

S: *Sí, o sea, te pasan mil cosas por la cabeza, le creía a las películas en ese momento. O sea, dije no puede ser, o sea, no puede ser que lo haya disfrutado tanto y que me vaya a morir ahorita. O pensar en Amaury (su esposo) que iba a estar destrozado y no sabía cómo iba a reaccionar hacia Luciano (su hijo recién nacido).*

Xochi comentó que algo con lo que ella no estuvo de acuerdo fue con el hecho de que le practicaran una cesárea, ya que durante el seguimiento de su embarazo, su médico le había mencionado que podría tener a su hijo mediante un parto vaginal.

Las razones que le dieron para hacerle cesárea fueron que “no había bajado el bebé” y debido a esto presentaba sufrimiento fetal; asimismo le aconsejaron que al ser ella portadora de virus del papiloma humano era más recomendable tenerlo a través de una cesárea. Xochi al respecto les mencionó a los médicos que había investigado los pros y contras de tener a su hijo siendo portadora de papiloma, y que “decidía” correr el riesgo, sin embargo ella manifestó “que la asustaron diciéndole que su hijo estaba sufriendo” y decidió ceder a la cesárea.

Otro aspecto que Xochi mencionó fue que tiempo después de su cesárea investigó que el pediatra y la ginecóloga que la atendieron en realidad no contaban con cédula profesional de especialistas, al cuestionarle a Xochi qué hizo al respecto, mencionó que ya no quiso entablar ninguna denuncia porque estaba de por medio la amistad con uno de los socios dueños de la clínica.

Brenda mencionó que cuando le estaban aplicando la anestesia epidural ella se sintió muy nerviosa porque el médico que estaba llevando a cabo el procedimiento se

notaba inseguro y era “practicante”, esto lo dedujo por el hecho de que lo supervisaba otro doctor y le indicaba que estaba haciendo las cosas mal, al respecto sintió “que la iban a dejar parálitica” debido a que el anesthesiólogo estaba practicando y a la vez aprendiendo con ella.

Por su parte Mafalda identificó que fue persuadida por los médicos para llevar a cabo una cesárea sin una justificación “real”, ya que le habían dicho que por ser asmática no podría llevar a término un trabajo de parto, sin embargo a pesar de haber accedido a la cesárea tuvo una crisis asmática, lo cual le hizo pensar que el hecho de que le hayan recomendado una cesárea, se debió más bien a una ganancia económica, ya que en ese hospital privado las cesáreas tenían un costo más elevado que los partos vaginales. Esto lo reafirmó cuando tiempo después investigó que el tener asma no era indicador médico suficiente para no recomendar un parto vaginal.

*Sí, ósea yo tenía todas las condiciones, de verdad es de la clínica. Que me dijo que tenía que ser cesárea, bueno que me lo recomendaba pero fue así como que algo te puede pasar, algo le puede pasar a tu bebé. Pero si a mí el doctor me hubiera dicho vamos a aventarnos el parto natural pero cualquier cosa aquí estamos para intervenir y no te preocupes, como que me dieran seguridad y no al contrario, seguridad el doctor nunca me dio. No me dijo, no te angusties (Mafalda).*

Ella decidió no reclamar ni cuestionar a los médicos al respecto, sin embargo refirió que a raíz de este evento decidió investigar cuáles eran los motivos por los que se debían practicar cesáreas, para “no volver a cometer el mismo error” (dejarse persuadir).

Durante todo el relato de Paloma estuvieron presentes alusiones al hecho de que ella sufrió lo que denominó negligencia médica y violencia obstétrica en su primera cesárea, el primer aspecto que ella identificó fue que no la canalizaron adecuadamente y le dañaron ambas manos, le “poncharon las venas”, lo siguiente que describió fue que la atención que le brindaron no fue oportuna, ya que al llegar a su clínica le dijeron que sus bebés eran demasiado prematuros y no los podían atender en ese lugar.

Ya ingresada en el hospital Paloma narró cómo sus hijos al nacer prematuros tuvieron múltiples complicaciones de salud. Uno de sus gemelos murió a causa de un infarto y el otro murió por lo que ella identificó como un acto de negligencia, al respecto explicó que su hijo fue trasladado en ambulancia, siendo que no existían indicaciones médicas para el traslado y a raíz de esto su salud se complicó, le dio hidrocefalia y falleció.

Paloma argumentó que un doctor del mismo hospital le indicó que no debían de haber trasladado a su hijo e inclusive le recomendó que entablara una queja.

A raíz de la muerte de sus dos hijos, Paloma decidió acudir a instancias gubernamentales con el fin de aclarar las razones por las cuales sus hijos fallecieron, relató que le pidió al hospital el expediente del día en el que trasladaron a su hijo y le contestaron que “casualmente se había perdido”, en cambio le elaboraron una carta relatando lo que había sucedido y que según Paloma, estaba estructurada de tal manera para que ella no pudiera proceder legalmente. Al respecto ella consideró que la muerte de su segundo hijo se debió no a complicaciones por el hecho de ser prematuro sino al trato negligente que recibió.

Además hizo énfasis en el hecho de que como lo mencioné a lo largo de esta investigación fue culpada en múltiples ocasiones por la muerte de sus hijos, el argumento de los médicos al respecto fue que Paloma tuvo que haberse dado cuenta días antes que tenía contracciones y acudir al médico. Paloma siguió entablando denuncias y tuvo como respuesta el despido del personal de salud responsable del traslado de su segundo hijo.

Laus refirió que cuando nació su hijo le dijeron que le estaba fallando un pulmón y tenía un soplo, sin embargo “se le hizo raro” porque los médicos no coincidían entre sí con el diagnóstico, ella decidió salir junto con su hijo y llevarlo a un médico particular el cual desestimó el diagnóstico y le recetó “hierro y vitaminas”, con lo cual su hijo mantuvo una excelente salud.

En los relatos de las entrevistadas destacaron las referencias al hecho de que ellas no pudieron establecer el contacto que les hubiera gustado con sus hijos recién nacidos. Sofía

refirió que “solo le enseñaron a su hijo unos segundos” ya que de inmediato se comenzó a sentir mal y dijo que “la atención se volcó hacia ella y a su hijo lo dejaron olvidado en una mesita”, Xochi comentó que a su hijo “solo se lo dieron por diez segundos” ya que le dijeron que lo tenían que limpiar, sin embargo mencionó que ella trataba de agarrarlo” pero no la dejaban tomarlo.

Brenda dijo que no pudo tener a su hija con ella porque en cuanto nació “se la llevaron a cuidados intensivos”. Mafalda por su parte mencionó que solo pudo tener a su hijo al nacer durante cinco minutos, después se lo llevaron a hacerle limpieza pero enseguida se lo regresaron y “estuvo todo el tiempo con él”.

Algo que le molestó a Mafalda fue que al nacer su hijo lloró, pero en cuanto escuchó la voz de su esposo se calló, cuando esto sucedió, los doctores le “llamaron la atención” y le dijeron que se callara porque el bebé “tenía que desarrollar sus pulmones y debía llorar”, Mafalda refirió que esta indicación le pareció absurda.

Paloma comentó que no tuvo la posibilidad de ver y cargar a sus hijos al nacer, mencionó que “apenas pudo voltear a ver sus pies” y tampoco los escuchó llorar, esto le causó angustia y le hizo preguntarles a los médicos por qué no lloraban, su respuesta fue gritarle que sus hijos estaban graves y se iban a morir. Asimismo a lo largo de su relato mencionó que cuando sus hijos estuvieron en cuidados intensivos no la dejaban verlos mucho tiempo, solo en visitas de una hora, y además esta hora se tenía que repartir entre su esposo y ella.

Cuando su primer hijo falleció no la dejaron cargarlo y este trato lo nombró como violencia y maltrato.

*Me dijeron que no me los acercara para que los besara o los conociera y la enfermera me dijo volteo para que vea a sus hijos, pero yo no veía nada, solo vi uno de sus piecitos y cuando sacaron a mi otro bebe yo no lo escuche llora entonces yo empecé a preguntar y a gritar que como estaba y la doctora me dijo ¡que no sabe, que no le dijeron cállese que no le dijeron que sus hijos están muy graves y que se pueden morir! (Paloma).*

Laus dijo que solo pudo estar con su hijo cinco minutos y luego se lo llevaron a la incubadora, mencionó además que ella pidió estar más tiempo con su hijo, y además estaba llorando por la emoción que le causó conocerlo, a lo cual le respondieron que “dejara de llorar porque no la iban a poder coser bien”.

Samantha dijo que no “la dejaron tener a su bebé, solo se lo enseñaron” porque le indicaron que tenía que ir con todos los demás bebés”, esto fue descrito por Samantha como “algo que la hizo sentir feo”.

Sin embargo Karen, María y Crisel mencionaron que solo “les quitaron a su bebé unos segundos para limpiarlo” pero que después estuvieron todo el tiempo con él.

Uno de mis intereses fue ahondar en el hecho de si las entrevistadas sabían si se habían llevado a cabo ciertos procedimientos durante su parto, en específico les pregunté por el rasurado de genitales, la introducción de enema, la rotura artificial de bolsa, administración de medicación o goteo para “apurar” el parto, tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas, compresión del abdomen en el momento de pujar, episiotomía y raspaje del útero sin anestesia.

Como lo mencioné en el apartado uno, emociones y vivencias corporales, destacó el hecho de que algunas entrevistadas refirieran que les practicaron tactos vaginales de forma reiterada y por distintos médicos, además Sofía, Samantha y Karen mencionaron que se les había llevado a cabo la episiotomía pero no se les había pedido autorización, asimismo Xochi identificó que se le “metió una sonda y un enema” pero no le preguntaron nada al respecto. Laus mencionó que fue rasurada pero tampoco le explicaron el por qué.

En cambio, Crisel dijo que cada uno de los procedimientos llevados a cabo se le explicaron cuidadosamente y María mencionó que los médicos le decían todo lo que estaba pasando, “pero la verdad ella no entendía nada”.

Por otro lado es menester mencionar que a todas las entrevistadas les sugirieron al final de su parto o de su cesárea utilizar algún método anticonceptivo, sin embargo al respecto Sofía mencionó “que no la dejaban ir” y que una trabajadora social le insistía en

preguntarle qué método anticonceptivo iba a usar, al negarse a usar alguno le hicieron firmar consentimientos donde se desistía de usar métodos anticonceptivos.

A Samantha por su parte le preguntaron al término de su cesárea si iba a utilizar algún método anticonceptivo y le sugirieron la salpingoclasia, sin embargo ella se negó. A Laus le dijeron que tenía que elegir algún método anticonceptivo y se colocó un DIU, el cual se quitó una semana después porque le lastimaba.

Para cerrar este apartado me gustaría mencionar que al preguntarle a las informantes por qué creían que parte del personal de salud fue violento, mal encarado, grosero, las había maltratado, no había sido amable y afectuoso (utilizando cada uno de los términos que ellas mismas mencionaron para describir este tipo de comportamientos), las respuestas tuvieron que ver con que ellas creían que a los médicos y enfermeros no les gustaba su trabajo, no lo hacían con amor, estaban cansados, había mucha gente por atender, y sus salarios probablemente no eran buenos. Me llamó la atención también que entre los términos utilizados para describir la atención, dos de las informantes utilizaron el término de violencia obstétrica.

Paloma y Xochi utilizaron el término de violencia obstétrica para referirse al trato que recibieron, esto no fue casual, ya que ambas, (y yo agregaría en este grupo a Sofía, Laus y Mafalda, aunque no hayan mencionado durante la entrevista el término de violencia obstétrica) han investigado y se han apropiado de discursos en torno a derechos sexuales y reproductivos, ya sea a través de la escuela, los servicios de salud, los medios de comunicación (en específico el internet), que les permitieron identificar durante su parto acciones por parte del personal de salud que según ellas fueron violencia obstétrica.

*A mí me hubiera gustado conseguir una que me acompañara en el embarazo (doula) y empecé a leer sobre este tipo de embarazos respetados y sobre la violencia obstétrica y las cuestiones de tus derechos como papás de bebés prematuros y como bebé prematuro. Porque dicen y si me embarazo, y si me vuelve a pasar lo mismo y si vuelvo a tener un hijo. Ya sabía lo que debía de pedir, a dónde tenía que ir y lo que yo necesitaba porque de los hospitales que manejan la terapia del bebé canguro y los está empezando un poco es el de perinatología. No tenía seguro y tenía que estar casada, entonces porque mi esposo tiene el*

*seguro pero no porque no quisiera estar casada. Y me empecé a informar y leer de violencia obstétrica. Me llegó un link por Facebook para participar en un documental (Paloma).*

*Sí durante el parto, entonces ella me pasaba muchas páginas donde están las normas de salud, precisamente esto de la violencia obstétrica, de todo lo que había cambiado. Así todo eso y si tenía conocimiento de lo que se podía y no se podía (Xochi).*

Sin embargo un análisis en torno a la violencia obstétrica hubiera implicado centrarme en específico en estas acciones durante el parto y observar la interacción entre los que la ejercen y los que la reciben. Además me demandaría construir una definición clara que excediera las definiciones usuales del término<sup>13</sup>, y que considerara además de la calidad de los servicios de salud otras aristas como una perspectiva de derechos y un enfoque de género, tal como lo afirma Roberto Castro:

La calidad en los servicios de salud ha sido abordada por diversos autores que han propuesto metodologías para evaluarla e incluso asegurarla y garantizarla, sin embargo es poca la experiencia obtenida en la conjunción de la calidad de la atención y el enfoque de género...Sin duda en toda violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud hay un problema de calidad pero el tema no se agota ahí... La propuesta es que el objeto de estudio debe construirse con un enfoque de género, bajo una perspectiva de derechos y con

---

<sup>13</sup> Una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud —públicos y privados—, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género”. Grupo de Información en Reproducción Elegida. A. C (GIRE) (2015) “Violencia obstétrica”, página electrónica de acceso, en URL: <http://www.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica>, fecha de consulta, mayo de 2015”.

Se comienza a definir también que este tipo de violencia puede ser psicológica expresándose en el trato deshumanizado o la humillación; o física como una práctica médica negligente. Asimismo se puntualizan las prácticas que se van a considerar como violencia obstétrica. En el parto: “Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo. O cargarla y amamantarla o amamantarla inmediatamente al nacer. 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer” (Belli, 2013: 5).

el auxilio de los conceptos sociológicos de habitus profesional y campo médico (Castro, Roberto y Erviti Joaquína, 2014).

Es por ello que a través de las entrevistas solo puedo reflexionar que hay algunas prácticas que las informantes identificaron como violencia obstétrica tales como obligarlas a parir a través de cesárea, rasurar sus genitales antes de parir, no dejarlas caminar para acelerar el proceso de parto, gritarles, no dejarlas expresar su dolor y que se llevaran a cabo múltiples tactos vaginales por diversas personas. Sin embargo hubo otros elementos de la atención como son el caminar o el no administrar medicamentos para acelerar el parto, que son percibidos por las informantes como acciones de violencia obstétrica pero que la literatura, por el contrario marca como elementos propios de una buena atención.

La bibliografía en torno a las prácticas tipificadas como violencia obstétrica, identifica que tratar con sobre nombres a las mujeres durante el parto puede ser indicio de violencia. Sin embargo a la mayoría de las informantes las llamaron mamita, hija, madre o señora, y esto por el contrario, la hizo sentirse tratadas con ternura, a excepción de las que nombraron como “señoras”.

La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género que pone en riesgo el bienestar físico y emocional de las mujeres y sus familias. Ésta acarrea consecuencias (en ocasiones irreversibles como la muerte de las mujeres y de sus hijos).

*A: ya tenías ese tatuaje*

*P: No. este tatuaje me lo hice por los gemelos*

*A: qué significa*

*P: la representación de venus como gemelos es la estrella de la mañana: y la estrella del atardecer, uno de mis gemelos murió en la mañana: y mi otro bebe en la tarde, son dos guerreros águilas y eso son para mí (Paloma y Ana)*

En este apartado pude darme cuenta que un elemento que utilizaron las mujeres para construir su percepción acerca de la atención fue el considerar si el cuidado técnico recibido fue el adecuado, además del hecho de haber podido o no estar con su hijo recién nacido.

Destacó además el que algunas de las informantes no fueron notificadas acerca de diversos procesos médicos que se llevaron a cabo tales como la episiotomía y el rasurado de genitales, asimismo ellas describieron que les practicaron varios tactos vaginales realizados por diversas personas.

Las entrevistadas refirieron que el hecho de que el personal de salud ejerciera “violencia, maltrato y negligencia” se debió a cuestiones como que no les gustaba su trabajo, estaban cansados y el hospital era un lugar donde había mucha gente y los médicos no se daban a vasto. Por último me llamó la atención que entre los términos utilizados para describir la atención recibida, dos de las informantes mencionaron el término de violencia obstétrica, calificando ciertas prácticas como los tactos vaginales reiterados y el no dejarlas caminar durante el trabajo de parto como violencia obstétrica.

#### **4.7 ¿Me hubiera gustado casi casi como en un particular! Una mirada retrospectiva de la experiencia del parto**

Berger y Luckmann señalan que cuando un individuo experimenta y más aún cuando esa experiencia a través del lenguaje la comparte con los demás, lo hace desde los significados del mundo al que pertenece. Algunas veces inserta o quita hechos y con ello armoniza su pasado. En este apartado me interesó retomar de forma general el sentido que las mujeres le dieron a su experiencia de parto vista como algo “que ya había sucedido”. Además me pareció importante escuchar cómo es que ellas sintetizaron su experiencia del parto después de haberme relatado ampliamente lo que conllevó, el dolor, el sufrimiento, el mal trato, el amor, el goce, la incomodidad y los momentos de auto reconocimiento.

Una de las preguntas que elaboré al final de la entrevista consistió en pedirles a las mujeres que describieran su parto o su cesárea en tres palabras.

Brenda utilizó dos, miedo y dolor, me pareció interesante que a lo largo de su relato ella no hizo demasiado hincapié en que el parto le haya resultado una experiencia físicamente dolorosa, sin embargo sí mencionó todo el tiempo “otro tipo de dolor” asociado a las emociones que le causaron el hecho de discutir con su esposo previamente al parto.

Esto fue importante porque la forma en la que vivió y posteriormente narró su experiencia de parto estuvo permeada por el coraje y el dolor productos de esta discusión, la cual ella pensó fue el detonante para que se acelerara su parto, y consecuencia de ello, que su hija presentara complicaciones médicas al nacer.

Crisel utilizó las palabras dolorosa, bonita y tranquila para describir su cesárea. Durante todo su relato resaltó el hecho de percibirse muy cómoda durante su cesárea porque manifestó que recibió una atención amable y adecuada, sin embargo algo que para ella también fue muy significativo al inicio de su embarazo fue la reacción violenta que tuvo su padre al enterarse de que ella estaba embarazada. A partir de ese hecho que Crisel describió como muy doloroso, ella valoró el apoyo que posteriormente le brindó su padre durante el embarazo y el parto; eso contribuyó aún más para que ella describiera su experiencia de parto como tranquila.

Karen eligió tres palabras para describir su parto, dolor, felicidad y algo bonito. Mencionó que el hecho de haber parido le recordó a su madre, y la hizo valorarla por todo el dolor que pensaba que su madre había sentido al parirla a ella. Algo que destacó en el relato de experiencia del parto de Karen fue hacer alusión todo el tiempo al dolor físico que sintió durante su parto, el cual al narrar su experiencia resignificó como “algo terrible pero que valió mucho la pena vivir”.

Laus utilizó las palabras dolorosa, horrible y cruel para describirme su cesárea, durante su relato ella hizo énfasis todo el tiempo en el hecho de que se sintió violentada por parte del personal de salud, y que no estuvo conforme con la atención que recibió, en específico lo que más le molestó fue el hecho de que la lastimaran durante los tactos vaginales, que el personal de salud no la ayudara a mitigar su dolor y tuviera para con ella una actitud “mandona y déspota”. Asimismo refirió que su cesárea le provocó una cicatriz que a ella la hace sentirse muy insegura y percibir su cuerpo como “horroroso”.

Mafalda utilizó tres frases para describirme su cesárea, dijo: “fue horrible, nunca lo vuelvo a hacer, y, sí me arrepiento de haberlo hecho, si regresara el tiempo diría parto natural, me vale aunque me dé una crisis de asma”. La forma en la que Mafalda narró su

parto se relacionó con aspectos negativos porque no pudo tener un parto vaginal ya que le indicaron que podría desatarle una crisis de asma, sin embargo durante su cesárea tuvo una crisis asmática severa que hizo que significara su parto como una experiencia negativa. Además tuvo una recuperación muy dolorosa que le ocasionó en sus propias palabras “depresión post parto”, en donde ella lloraba todo el tiempo, se sentía triste y no podía atender a su hijo debido al dolor que le provocó la operación cesárea.

Samantha describió su parto con las palabras nervios, emoción y dolor, el relato de esta entrevistada se centró más bien en hacer hincapié en los nervios que le provocaba el hecho de querer conocer a su hijo, su experiencia de parto la describió como un hecho muy tranquilo en donde si bien reconoció sentir dolor, le pareció un dolor el cual pudo soportar.

Las palabras que Sofía consideró que mejor describían su parto fueron aterrador e incómodo, su experiencia del parto se rodeó de sensaciones negativas por el hecho de que tuvo una complicación médica que la colocó al borde de la muerte, para ella el saber que iba a morir dando a luz fue algo que nubló todo su relato. Asimismo estuvieron presentes señalamientos al hecho de que ella pensó que esta complicación médica se pudo haber evitado si los médicos hubieran prestado mayor atención a su condición de salud.

Por su parte Xochi describió que su parto fue sorprendente, rápido y frío, la forma en la que esta mujer narró su experiencia de parto estuvo modelada por un factor, el hecho de que ella había planeado e imaginado su parto de acuerdo a un modelo cercano al parto humanizado, sin embargo, al no presentarse su médico, nada de esto se pudo llevar a cabo, por lo cual Xochi refirió no haber gozado el proceso de trabajo de parto.

Paloma simplemente no me pudo describir su primera experiencia de parto en tres palabras porque mencionó que no “existían palabras para describir la muerte de dos hijos”, es menester recordar que su primera experiencia de parto decantó en la muerte de sus dos hijos que nacieron prematuros. Durante su relato destacó el hecho de que Paloma hiciera énfasis en que sufrió múltiples maltratos además de negligencia médica por parte del personal de salud que la atendió, apuntó además que en su experiencia de parto ella murió (simbólicamente) junto con sus gemelos.

Posteriormente su segunda experiencia de parto que me compartió brevemente, la describió con tres palabras, temor, amor y comprensión, temor porque tenía una experiencia previa traumática, y amor y comprensión porque dijo que a partir de la muerte de sus primeros hijos a ella le costó mucho tiempo tomar la decisión de volverse a embarazar, y cuando lo hizo, se encargó de informarse y planear todo cautelosamente para salvaguardar el bienestar de su bebé y de ella, y tener una experiencia de parto llena de amor y cuidados.

Entre las entrevistadas existieron diferentes relatos en torno a la experiencia de parto, algunas se enfocaron en describirla a partir del trato que recibieron por parte del personal de salud (trato que significaron como bueno o como malo), a partir de las emociones y vivencias corporales que predominaron en ellas, haciendo énfasis en la relación que entablaron con sus familiares y cómo esto influyó en la forma de vivir el parto. Otras se centraron en las complicaciones médicas que se presentaron a lo largo de su experiencia de parto y algunas la describieron a partir del balance entre las expectativas que ellas tenían de su parto y su experiencia de parto real.

A partir del testimonio de Xochi quien valoró su experiencia de parto en relación a las expectativas que ella tenía acerca de los elementos que debían de haber estado presentes durante su cesárea, decidí cerrar este apartado con un comentario muy sintético que retratara la visión de las entrevistadas acerca de lo que ellas consideraban un “parto ideal”.

Al respecto Karen dijo que para ella un parto ideal implicaba que fuera “casi casi como en un particular”, especificando que ese ideal tendría que incluir pocos tactos vaginales, el derecho a estar con una persona que la acompañara, el que le “pusieran más atención para no estar gritando de dolor tanto como gritó ella” y que el personal de salud fuera amable y cortés.

Crisel refirió que un parto ideal tendría que ser como el que ella vivió, en medio de un ambiente armonioso para recibir “a la personita que llevas esperando tanto tiempo”, tendría que ser un parto en donde tuvieras cerca a tu hijo y que te impulsara a contarle a otras mujeres la experiencia de parto desde una mirada positiva.

Brenda mencionó que un parto ideal debería estar rodeado por médicos que tuvieran disposición para atender a las mujeres, asimismo consideró que las enfermeras tendrían que ser más amables, “ser tolerantes y que no te mandaran a la fregada”, hizo referencia además al hecho de que no importaría mucho “que los cuartos estuvieran feos o hubiera muchas personas” sí existen los elementos antes mencionados.

Laus dijo que para ella un parto ideal sería un parto en agua, en donde ella pudiera estar acompañada de alguien, donde existiera la posibilidad de saber los procedimientos médicos que se llevarán a cabo, poder preguntar y que alguien resolviera sus dudas amablemente. Asimismo refirió que debería haber una atención personalizada donde “las enfermeras estén enfocadas a ti y te ayuden a cuidar a tu bebé”, y debería haber cuartos con todos los servicios y baños.

Mafalda comentó que para ella un parto ideal sería un parto natural (refiriéndose al parto vaginal), y con respecto al sitio donde parir dijo que tendría que ser un hospital equipado por si se presentara alguna complicación médica, además debería existir la posibilidad de elegir usar o no anestesia.

Ella mencionó que debería de existir la posibilidad de estar con alguien de confianza, que las enfermeras deberían brindarte apoyo para ayudarte a parir, además tendrías que poder parir en la posición que tú eligieras, así como poder gritar, y que te explicaran cada uno de los procedimientos médicos que se llevarán a cabo.

María dijo que un parto ideal debería incluir a una persona que te acompañe y disposición de las enfermeras, en su caso mencionó que “no le aumentaría nada a su cesárea”, que le pareció que estuvo muy bien.

Paloma me dijo que ella considera que su segunda cesárea se trató de un momento ideal donde el personal de salud se portó amable y amoroso, le explicaron cada uno de los procedimientos que se llevarían a cabo y le resolvían sus dudas, su esposo pudo estar con ella, el ambiente fue armonioso y tranquilo, además hubo todo el equipo médico necesario

para salvaguardar la vida de ella y de su hijo, mencionó que lo único que le faltó fue “un poco de música”.

Samantha dijo que “como ella se había aliviado, así tenía que ser”, solamente mencionó que después de parir le hubiera gustado que le permitieran estar mucho más tiempo con su hijo, que las enfermeras “no fueran groseras” y poder haber estado acompañada por su familia.

Sofía mencionó que para ella un parto ideal sería aquél en el que se pueda decidir en qué posición quieres parir “y si tu cuerpo tiene la necesidad de pujar o de moverse te dejen hacerlo” y además tendrías que estar acompañada por alguien.

Ella dijo que no deberían “andarte rolando por varios doctores” porque eso impide que conozcas a los médicos que te atienden y desarrolles lazos de confianza; tendrían que dejarte estar con tu hijo y hacerte sentir cómoda.

Por su parte Xochi describió un parto ideal como un parto que se llevara a cabo en casa, que durara mucho y que tuviera muchos dolores “para que lo vayas trabajando lentamente y para que no sea de putazo”, asimismo refirió que tendría que estar acompañada por su esposo y una partera que la ayudara a parir, debería existir la posibilidad de caminar y hacer ejercicios durante el trabajo de parto y estar todo el tiempo con su hijo al nacer. Asimismo debería incluir la posibilidad de que le dieran un pedazo de su placenta para comerla “por los altos nutrientes que contiene” y que su esposo pudiera cortar el cordón umbilical. Por último dijo que debería de tener música y ser un ambiente cálido.

Estas mujeres construyeron su idea de parto ideal en base a dos cuestiones: La primera es en torno a su experiencia, a lo que no les agradó, y las hizo sentir “mal”, es decir, recogieron esta experiencia y construyeron un escenario inverso. La segunda cuestión tuvo que ver con lo que habían escuchado e investigado acerca de “las condiciones ideales del parto”. Tomaron este discurso y lo introyectaron en su propia idea de parto ideal.

Brenda y Karen reconstruyeron su idea en torno a un parto ideal desde aquéllas cosas que no les gustaron. Sin incorporar algún discurso, por ejemplo que aludiera a los derechos en el parto o a las “nuevas formas de parir como el parto humanizado”.

*Como si fuera un particular, en primera nada más me hiciera poquitos tactos, la verdad no me gusta, son muy incómodos para mí, que fuera si es posible, mejor en mi casa como antes, una sola persona. Que me pusieran más atención, no estar gritando tanto como gritaba; en el momento de que uno se quiere aliviar que me ayudaran a aliviarme. Que tuviera a mi marido allí conmigo, una persona que estuviera siempre, que no me hicieran esperar, que fueran amables y no descorteces (Karen).*

Por otra parte Sofía, Xochi, Mafalda y Laus, son mujeres que incorporaron discursos que tenían que ver con derechos sexuales y reproductivos, y derechos en el parto y en base a ello construyeron su discurso en torno a un parto ideal.

*Puede ser porque yo quería mi parto en el agua...Poder tener a un persona que esté contigo al lado ya sea hombre o mujer, estar acompañada, saber qué se te va a hacer, poder preguntar y que te respondan de manera adecuada, que te digan, vamos a hacerte esto, vamos a empezar a abrir, mira tu bebé, que te den más, y que esté una enfermera para ti, así como tu doctora particular, tu enfermera particular esté dedicada a ti, no, es lo que yo quisiera. Que fuera un cuarto mínimo para una persona, poder tener todos tus servicios, poder tener a tu enfermera o a tu persona, sabes qué ayúdame al baño, quédate con el bebé mientras yo estoy aquí, que me ayude (Laus).*

*Yo creo que decidir en qué posición tenerlo, si tu cuerpo te pide de cierta forma o así...porque me acuerdo que en un momento ya que había nacido, yo tenía la necesidad de pujar y me dijeron ya no pujes. Que te dejaran estar con alguien, que si tú quieres estar acompañada o no quieras tú lo decidas. Pues que tengas como un médico en forma, que no te anden rolando como con varios doctores, porque eso, yo creo que repercute como en la confianza, o sea, no puedes desarrollar confianza en alguien que llevo y se fue en seguida, entonces yo creo que sí es alguien que sí está ahí contigo, pues ya te atreves como a decirle otras cosas. Que te dejen estar con el bebé. O sea, ya después me dijeron que había tenido como un poco de dificultades para respirar, pero, pues sí, que te dejen estar con él (Sofía).*

Por último Crisel, María y Samantha describieron su parto ideal como algo muy similar a lo que vivieron, Paloma describió su segunda cesárea como algo cercano a lo que ella considera puede ser un parto ideal.

*A: Descríbeme cuáles son las condiciones ideales en las que tendría una mujer que tener a su bebé. Ponte a volar tu imaginación en lo que para ti es ideal que tengan un bebé, a tu parto qué le aumentarías, no sé, lo ideal.*

*C: Sería así como yo que esté en un lugar lleno de armonía porque va a recibir esa personita que espera tanto tiempo para tenerla y abrazarla para que ellas que a la hora de contar su experiencia a otras mamás de cómo estuvieron en el parto las cuenten así con alegría, no como un horror que vivieron.*

*A: ¿Y qué le aumentarías a tu cesárea?*

*C: A mi cesárea pues que me dejaran a mi bebé en mi pancita cuando me la sacaran qué más, pues yo creo que en sí nada más eso que me dejaran más tiempo a mi bebé a la hora que lo sacan (Crisel y Ana).*



## **¡Yo quería escribir mi historia porque soy mamá de tres bebés, dos están muertos y uno vivo! Reflexiones finales**

Cerrar dos años de trabajo me resultó complicado, por un lado me invadió la sensación de estar terminando un ciclo, no solo académico sino personal, pero por el otro estuvieron presentes los nervios y la responsabilidad que implicó haber “tenido en mis manos” la historia de diez mujeres que me brindaron su confianza y me regalaron la materia prima que hizo posible esta investigación.

En esta tesis abordé desde un enfoque de género la experiencia del parto de diez mujeres, centrándome específicamente en dos dimensiones analíticas, en las emociones y vivencias corporales, y en la atención que recibieron en los servicios de salud durante el parto. Esto lo logré gracias a la utilización de metodología cualitativa que me permitió recoger la experiencia a través de entrevistas a profundidad. Este tipo de acercamiento posibilitó que las mujeres me narraran abiertamente cómo vivieron la experiencia de parir.

Concebí la experiencia del parto como un proceso que se vive, siente, significa y resignifica a partir de componentes culturales y de género que las mujeres adquieren a lo largo de su vida. Asimismo no me limité al análisis del momento específico en el que ellas “dieron a luz a sus hijos e hijas”, en cambio, amplié mi mirada y reconstruí su experiencia a partir de los momentos que las propias entrevistadas consideraron importantes retomar para narrarla, tales como el embarazo y el puerperio.

De igual forma analicé su experiencia de parto en base a los aspectos que ellas destacaron dentro de mis dos ejes de análisis. En el primero abordé las emociones y sensaciones corporales, las percepciones acerca de su propio cuerpo y algunas referencias en torno a su sexualidad. En el segundo eje me enfoqué en la manera en la que ellas describieron haber sido tratadas por el personal de salud.

Con respecto a las emociones y sensaciones corporales observé que la mayoría de las entrevistadas significaron el hecho de saber que iban a ser madres como algo positivo,

en cambio algunas lo asociaron con una noticia inesperada que las colocó en una posición crítica en la cual inclusive pensaron en optar por un aborto. Sin embargo, al final todas continuaron con su embarazo y lo terminaron describiendo como algo que las hizo sentir bien.

El significar el hecho de ser madres como algo positivo reflejó que las entrevistadas continúan valorando la maternidad como un componente clave del ser mujer y lo consideran uno de los roles que pueden y deben desempeñar. Esto se hizo muy evidente cuando Crisel habló del hecho de que “a pesar de haberse querido quitar a su hija, no optó por salidas fáciles y lo agradeció y afrontó”. Como bien señala Lamas (2001), aunque las mujeres sepan y tengan deseos de regular su fecundidad (y por ejemplo, contemplen el aborto), su identidad y valoración social se ancla más bien a la idea de ser madres.

Las emociones que describieron durante la estancia en el hospital fueron diversas, algunas mayormente asociadas a sentimientos como el miedo y la ansiedad, y otras volcadas hacia sensaciones de felicidad y alegría.

Asimismo, el hecho de sentirse solas fue una sensación recurrente en las entrevistadas que no pudieron estar acompañadas durante su parto. Ellas mostraron que les hubiera gustado tener compañía, en específico la de su pareja. En ello descansa una idea al respecto de que la pareja debería ser parte del proceso; algunas mujeres inclusive hicieron énfasis en que era necesario “que ellos formaran parte del parto, por ejemplo, cortando el cordón umbilical”. Un hallazgo al respecto fue que estas mujeres desean compartir la experiencia de parir con sus parejas, lo cual representa una fractura en el orden tradicional de género en donde el parir se ha concebido “como un acto de mujeres”.

Una sensación corporal presente durante la estancia en el hospital fue el dolor, asociado sobre todo a la realización de procedimientos médicos como los tactos vaginales, sin embargo, las entrevistadas intentaron cohibir este dolor, constriñendo su propio cuerpo para que los otros “no las juzgaran como locas”. Esto es un ejemplo de cómo las mujeres continúan disciplinando su propio cuerpo en pro de un orden de género tradicional que se ha encargado de silenciarlas, y donde el gritar y “el ponerse como loca”, no forma parte de

los comportamientos que se espera tenga una mujer durante el parto, los cuales se relacionan más bien con la idea de sumisión, sufrimiento en silencio, sacrificio en torno a la maternidad y un cuerpo sujetado.

Cuando las entrevistadas profundizaron en la sensación del dolor, demostraron que a pesar de haberlo sentido, ellas lo resignificaron como algo “que valió la pena por el hecho de haberse convertido en madres”, esto no hace más que reforzar la idea de que la maternidad es un acto de sacrificio cuyo mandato implica también “aguantar dolor”. Coincido entonces con Da Rocha, Franco y Baldin (2011) en la necesidad de hacer más estudios que profundicen acerca del dolor durante la experiencia del parto, para que se puedan generar otros significados que acarren menos sufrimiento para las mujeres.

Al conocer a sus hijos las sensaciones descritas fueron la felicidad y la preocupación (en el caso de las entrevistadas que enfrentaron, ellas o sus hijos, complicaciones médicas durante el parto). Al salir del hospital la sensación que describieron con mayor ahínco fue el alivio porque consideraron que éste fue un sitio que las hizo sentir vulnerables e incómodas (en mayor o menor medida).

Al describir el llegar a casa con su hijo y al “enfrentarse a la vida siendo madres” ellas manifestaron “estar adaptándose y reorganizándose a una vida con mayores responsabilidades”, pero también percibieron que el ser madres modificó radicalmente su comportamiento, volviéndolas más responsables y menos egoístas. El papel de género tradicional asignado a las mujeres- madres, establece que éstas tienen que ser responsables y “entregadas al cuidado del hogar y de los hijos”, por lo cual las emociones y sensaciones que describieron las informantes se correspondieron con este mandato de género.

Las emociones y vivencias corporales que las mujeres describieron coincidieron con los hallazgos presentes en otras investigaciones (Cardus, 2015; Núñez, 2014; Argudo, 2014), quienes identificaron que durante el parto las emociones más presente son el dolor, acompañado de nervios y emoción por el hecho de conocer a sus hijos.

Con respecto al cuerpo observé que la mayoría de las mujeres hicieron valoraciones positivas de su cuerpo durante el embarazo porque “se preparaba para la maternidad y les gustaba que los demás las observaran”, además hicieron énfasis en que fue un cuerpo que se transformó drásticamente.

El hecho de que las mujeres entablaran una relación positiva con su cuerpo durante el embarazo y que se sintieran a gusto sabiendo que iban a ser madres y que eran observadas por los demás como tales, reafirmó una vez más una valoración positiva con respecto a la maternidad. Y es que, como ya señaló Simone de Beauvoir (1949), la maternidad ha sido valorada como algo sublime en la mayoría de sociedades occidentales.

En cambio, las referencias del cuerpo durante el puerperio tuvieron que ver más con una valoración negativa producto de los cambios que percibieron en su cuerpo y que no les agradaban, tales como tener un cuerpo gordo o demasiado flaco, tener estrías y cicatrices, o percibir su piel flácida, sin embargo, en las narraciones existió un elemento que valoraron positivamente, la capacidad de lactar, pues las hacía sentirse “poderosas, por ser capaces de alimentar a otro ser humano”. Detrás de la relación negativa con su cuerpo subyace una concepción de belleza que se relaciona con estereotipos de género impuestos por la sociedad y la lógica del consumo, donde se enaltecen características como la delgadez. Características tales que no coinciden con un cuerpo que recién parió.

Estos cánones desde un punto de vista de género controlan el cuerpo y la sexualidad de las mujeres, así, la imposición de modelos de belleza vuelve a las mujeres personas que no están a gustos con sus propios cuerpos.

Un hallazgo interesante fue que las mujeres hablaron de que sus parejas contribuían a que ellas se sintieran mejor con su cuerpo durante el puerperio, éstos trataron de convencerlas de que su cuerpo era un cuerpo “bello” a pesar de los cambios productos del embarazo y el parto.

Dos cuestiones que son necesarias retomar es que la mayoría de mis entrevistadas se asumieron poseedoras de sus propios cuerpos, lo cual indicó que las mujeres, por lo menos

en el discurso, han introyectado la idea de que su cuerpo les pertenece. Asimismo lo demuestran cuando hablaron abiertamente de su menstruación y además la consideraron un proceso fisiológico “que era normal”.

En discursos tradicionales acerca de la sexualidad, la menstruación ha sido entendida como un proceso del cual no se habla, que es contaminante y hasta peligroso. Sin embargo en el caso de mis diez informantes esto está cambiando. Elemento tal que devela una vez más pequeñas transformaciones en los órdenes tradicionales de género.

Es menester aclarar también que el hecho de que yo sea una mujer puede haber coadyuvado a que ellas se sintieran cómodas para hablar abiertamente no solo de su menstruación sino de su experiencia de parto.

Muy relacionado con las percepciones en torno al cuerpo se encontraron algunos aspectos con relación a la sexualidad. Al respecto destaco diversos hallazgos:

El primero fue que las mujeres enfatizaron en que ellas decidían cuándo querían tener relaciones sexuales “en acuerdo con sus parejas” y “solamente cuando ambos así lo deseaban”, asimismo al describir su sexualidad utilizaron pares de palabras que se relacionaron por un lado con ideas en torno al amor y el romanticismo, pero por el otro con el placer y el goce.

Esto fue muy interesante porque demostró que las nociones y significados que las mujeres tienen en torno a su sexualidad están modificándose, y ya no responden del todo a un orden sexual tradicional, en donde la sexualidad de las mujeres se caracterizaba por ser pasiva, en contraste con la sexualidad de los varones. Sin embargo este orden está lejos de eliminarse ya que existen “trazas” que se presentaron en los testimonios, en específico cuando algunas entrevistadas señalaron el hecho de que los varones tenían un deseo sexual mayor que el de ellas.

La investigación arrojó también que las mujeres percibieron el tener relaciones sexuales de forma más satisfactoria durante el embarazo, ya que estuvieron más a gusto con su cuerpo, en cambio durante el puerperio estuvieron menos conformes con su cuerpo,

preocupadas por otros aspectos como la recuperación después del parto y el cuidado de sus hijos. Es importante dar cuenta que el goce sexual de las mujeres estuvo fuertemente condicionado por el hecho de que a ellas les gustara o no su cuerpo, limitado las posibilidades de ejercer su sexualidad desde el placer.

Otro hallazgo relevante fue el hecho de que las mujeres expresaran conocimientos en torno a derechos sexuales y reproductivos. Destacando en los derechos sexuales el hecho de que ellas sabían que podían utilizar algún método anticonceptivo y que lo habían hecho a lo largo de su vida; que tenían derecho a decidir con quién tener relaciones sexuales y cuántos hijos tener.

Con respecto a los derechos reproductivos las referencias estuvieron menos presentes, sin embargo las entrevistadas destacaron elementos sumamente importantes como saber que tenían derecho a no ser discriminadas durante el embarazo y el parto, que tenían derecho a un parto en donde ellas pudieran elegir la posición en la cual querían parir, que sabían que tenían derechos durante el parto, que no debía haber violencia obstétrica en el parto y que la lactancia era también un derecho.

Esto es muy importante porque a la mujer se le ha posibilitado para desarrollar apertura afectiva, sensibilidad, contacto corporal, pero no sexual, lo que hace que esté ajena no solo a la toma de decisiones con respecto a su sexualidad, sino al manejo de su propio cuerpo durante el parto. Las entrevistadas fisuran estas ideas y conocen que tienen derechos sexuales y reproductivos (aunque el conocimiento se limite a saber que pueden elegir o no tener relaciones sexuales) y esto se refleja cuando cuestionan y reflexionan (unas más que otras) aspectos durante la atención que recibieron en el parto que no las hicieron sentir cómodas.

Con la reflexión anterior doy paso a los hallazgos en torno a mi segundo eje de análisis.

Las percepciones de las entrevistadas con respecto a la atención recibida se relacionaron con tres cuestiones, la primera fue con la infraestructura del hospital que se

percibió como adecuada (cuando contaba con elementos materiales como amplitud en los cuartos y baños con agua caliente) y como inadecuada, cuando no contaba con estos elementos, en este aspecto encontré que solamente las mujeres que parieron en hospitales públicos hicieron referencias al hecho de sentirse incómodas debido a la infraestructura del hospital.

Asimismo destacó el hecho de que estas entrevistadas señalaran que los trámites para recibir atención médica fueron engorrosos, y que los tiempos de espera para ser atendidas durante el embarazo y el parto fueron sumamente largos. Asimismo mencionaron que no se les avisó a sus familiares de forma oportuna aquello concerniente a su salud y a la de sus hijos. Esto es muy importante porque en el discurso de mis entrevistadas realmente el sentirse incómodas tuvo un peso significativo en la forma en la que ellas construyeron su experiencia de parto, es aún más importante seguir ahondando en cómo influye la incomodidad en la forma en la que las mujeres viven el parto, considerando sobre todo que gran parte de las mujeres mexicanas pare en hospitales públicos.

La segunda cuestión tuvo que ver con el cuidado relacional, es decir con la manera en la que las entrevistadas describieron la disposición que el personal de salud tuvo para atenderlas, es necesario matizar que los comentarios estuvieron divididos entre haber identificado personal de salud con suma disposición, y otros tantos que no solo no tuvieron disposición, sino ejercieron un trato violento.

La importancia de vivir el parto sintiendo que no se les brindaron cuidados básicos como proporcionarles una toalla femenina mientras estaban sangrando, que no se les dieron medicamentos para controlar el dolor y por el contrario se burlaran de ellas, repercutió en la manera en la que las mujeres vivieron su parto, desde el dolor y desde significados negativos.

En cambio, cuando las mujeres percibieron un trato amable, empático y respetuoso y sintieron que su dolor sí importaba y se trataba de mitigar, la experiencia del parto se vivió con más libertad y desde sensaciones más positivas.

Las respuestas ante el mal trato recibido fueron diversas, algunas callaron por el hecho de sentir que no se les tomaría en cuenta, otras permanecieron en silencio porque estaban concentradas en su dolor y recuperación, asimismo hubo quien optó por quejarse con sus familiares y amigos, y en un caso se presentó una denuncia formal a las instituciones correspondientes. Una de las informantes asumió que “había sido su culpa que le gritaran porque se había portado muy chillona”.

Estas respuestas develaron por un lado que algunas mujeres se percibieron como sujetas que no serían escuchadas, y por el otro, que las posibilidades reales que tiene una mujer para denunciar o reclamar, estando adolorida, recién parida y cuando posee pautas de género introyectadas que la obligan a callar lo que la hiere o lastima se reducen significativamente. Además demostraron que se puede justificar el mal trato cuando ellas sienten que su desempeño no cumplió con las expectativas que ellas (y los otros) tenían.

Sin embargo las mujeres están reflexionando acerca de cómo fueron tratadas. Y el hecho de que lo expresen a sus familiares o hagan denuncias, abre un panorama alentador al respecto.

Otro dato que arrojó la investigación fue que las entrevistadas percibieron a la mayoría de los médicos como personajes “lejanos y fríos” que se limitaron a hacer su trabajo “meter su mano” y se fueron sin entablar mayor contacto. La importancia de tomar en cuenta el cuidado relacional como un elemento necesario durante la atención en el parto se presume urgente.

Otras investigaciones Campero, Díaz y Ortiz (2000) han retratado cómo el parto es “más llevadero” cuando existe además de un apoyo técnico un apoyo emocional durante el embarazo y el parto.

El último aspecto que destacó en algunos relatos de las entrevistadas fueron las percepciones con respecto al cuidado técnico, es decir los procedimientos médicos que se llevaron a cabo durante el parto y que algunas mujeres denominaron como maltrato, violencia, violencia obstétrica o negligencia médica.

La investigación arrojó que las entrevistadas se mostraron inconformes cuando fueron obligadas a parir por cesárea existiendo las condiciones para parir vía vaginal, o su inverso, cuando les fue indicado un parto vaginal no habiendo las condiciones médicas necesarias para llevarlo a cabo, cuando no se les brindó atención médica oportuna a sus hijos, cuando se llevaron a cabo procedimientos que consideraron invasivos, y sin su autorización como la episiotomía y los tactos vaginales, y cuando “fueron utilizadas” como objeto de enseñanza para que “médicos residentes practicasen”.

Estas acciones acarrearán diversas consecuencias, algunas “menos graves y reversibles” como el hecho de no poder tener relaciones sexuales satisfactorias hasta que la región perineal sanara (después de la episiotomía), pero otras irreversibles como la muerte de sus hijos, así como complicaciones médicas graves que “colocaran a las mujeres al borde de la muerte”.

Es necesario analizar por qué desde la percepción de las mujeres sus cuerpos durante el parto (y en algunos casos el de sus hijos) no fue respetado. En el orden de género de tipo patriarcal, las mujeres y sus cuerpos son oprimidos, subvalorados, menospreciados, objetivados y estigmatizados. Esta “desvalorización universal de las mujeres” como lo diría Ortner (1979) y de sus cuerpos y funciones reproductivas coadyuvan a que durante el parto el cuerpo de las mujeres sea violentado.

Así, pude observar como una gran parte de las narraciones de estas mujeres demostró que durante la atención reproductiva, en específico durante el parto, se les solía ver como objetos de intervención y medicalización y no como sujetas de derecho de algo que les pertenece, parir.

Sin embargo una vez más tengo que matizar y decir que en los discursos de mis entrevistadas hubo referencias (mínimas) al hecho de que fue el propio personal de salud el que en ocasiones las impulsó a ejercer el derecho no solo a la toma de decisiones informadas relativas al embarazo y el parto, sino a buscar que sus reclamos y denuncias fueran escuchadas. Esto se hizo evidente cuando a Paloma un médico le indicó que debía entablar una denuncia por el trato que ella y sus hijos recibieron durante el parto.

Para cerrar esta investigación solo me restan un par de cuestiones, la primera es responder por qué sigue siendo útil y es necesario “empeñarnos” en analizar la experiencia del parto desde las voces de las mujeres y desde una perspectiva de género. La respuesta es simple, las voces de las mujeres necesitan ser escuchadas, sus sentires, sus dolores, sus alegrías y sus preocupaciones. Sus cuerpos, sus deseos y sus necesidades ¡sí que importan! Y deben ser tomados en cuenta durante la atención en el parto.

Asimismo, la experiencia del parto es un momento en el que se desarticulan o consolidan aspectos relacionados con la construcción social de los géneros, la forma en la que las sociedades significan el parto en torno a la maternidad, los comportamientos, emociones y vivencias corporales de las mujeres que paren, la manera en la que conviven con su cuerpo y su sexualidad durante el embarazo, parto y puerperio, y la forma en la que ellas conceptualizan la atención recibida durante el parto, son todos ellos elementos moldeados por el género.

Cuando damos cuenta de estos aspectos relacionados con el género que se entretienen en la experiencia del parto se develan las inequidades de este sistema que aun privilegia el dominio de unos cuerpos sobre los otros, sin embargo también se identifican elementos que ponen a temblar dicho sistema y que de a poco gestan otras formas de significar la experiencia del parto, desde construcciones más libres, y por qué no, más felices.

La última cuestión que me gustaría apuntar es que esta investigación tiene límites claros que me obligan a señalar que son necesarios muchos más estudios que tomen en cuenta la perspectiva de las mujeres en la experiencia del parto y que lo hagan desde el género, pero que también introduzcan otras variables como la clase, el origen étnico, la escolaridad, la edad, el estado civil (por mencionar algunas) que pueden influir en la forma en la que se vive y se significa el parto.

Asimismo se debe apostar por el análisis del papel que juegan los varones (las parejas) en el proceso de experiencia del parto.

Es necesario también rastrear una trayectoria más larga en donde se hable del embarazo, de las expectativas en torno al embarazo y de las decisiones que las mujeres toman antes de llegar al parto, y cómo éstas influyen en la forma en la que se construye socialmente la experiencia de parir.

Y bueno, ha llegado la hora de poner punto final a esta investigación. Con la esperanza de que sea semillero de muchas más que profundicen en algo que “la mayoría de las mujeres no solo mexicanas, sino del mundo” experimentan: parir.



## Aparato crítico

Alarcón, Ana y Yolanda Nahuelcheo (2008) “Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas” *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, vol. 40, núm. 2, julio – diciembre 2008, pp. 193 – 202.

Álvarez, Claudia (2013) “Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto”, *Aquichan*, vol. 13, núm.1, enero – abril, 2013, pp. 17 – 26.

Alvesson, Helle, Magnus Lindelow, Bouasavanh Khanthaphat y Lucie Laflamme (2013) “Changes in pregnancy and childbirth practices in remote areas in Lao PDR within two generations of women: implications for maternity services” *Reproductive Health Matters*, Nov.

Argudo, Violeta (2014), *El dolor del parto y la elección (o no) de la epidural. Narrativas de mujeres alrededor del parto hospitalizado en Catalunya*, Barcelona, tesis de doctorado.

Baeza, Norma (2013) “La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia” en *Revista europea de información y documentación*, núm. 11, 2013, pp. 179 – 197.

Basso, Joelí y Marisa Monticelli (2010) “Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado” en *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 01 June 2010, Vol.18 (3), pp. 390 – 397.

Beauvoir, Simone de (1949) “El segundo sexo”, México, Siglo Veinte.

Belli, Laura (2013) “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos” en *Revista Red bioética / UNESCO*, núm. 4, pp. 25 – 34.

Berger, Peter y Thomas Luckman (1966 [2000]) *La construcción social de la realidad*, Argentina, Amorrortu editores.

Bourdieu, Pierre (2007) *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama.

Bradby, Barbara (1998) “Like a video: The sexualisation of childbirth in Bolivia” en *Reproductive Health Matters*, vol. 6, núm. 12, pp. 50 – 56.

Bravo, Paulina, Claudia Uribe y Aixa Contreras (2008) “El cuidado percibido durante el proceso de parto: Una mirada desde las madre” en *Revista Chilena de obstetricia y ginecología*, vol. 73, núm. 3, pp. 179 – 184.

Butler, Judith (2002) *Cuerpos que importan, Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*, Barcelona, Editorial Paidós.

Cabrera, Fiorella (2006) *Parirás con dolor: exploración sobre el manejo biomédico del cuerpo femenino en las cesáreas y el parto*, La Paz, Bolivia: Grupo Design.

Campero, Lourdes, Carmen Díaz y Olivia Ortiz (2000) “Apoyo psicosocial durante el parto: experiencias y percepciones de las madres, doulas, y el personal clínico de la salud. En Claudio Stern y Javier Echarri (Comps.) *Salud reproductiva y sociedad*. Resultados de investigación, México, El Colegio de México.

Cardus, Laura (2015), “Fear of Childbirth and Intergenerational Narratives: An Approach from Anthropology” en *Dilemata. Revista Internacional de éticas aplicadas*, año 7, núm. 18, pp. 129 – 145.

Castro, Roberto (2014), “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México” en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, núm. 2, (abril – junio. 2014) UNAM – Instituto de Investigaciones Sociales, pp.167-197.

----- (2010a), “Indicios y problemas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva”, en Carolina Aoff, Irene Casique y Roberto Castro (coord.), *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos*, México, CRIM – UNAM, Miguel Ángel.

----- (2010b), “Habitus profesional y ciudadanía; hacia un estudio sociológico entre el campo médico y los derechos a la salud reproductiva”, en Roberto Castro y Alejandra

López (eds.), Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina: Avances y desafíos en la investigación regional. México: Universidad de la República, Facultad de Filosofía, Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género UNAM – CRIM.

----- (2000). *La vida en la adversidad. El significado de la salud y la reproducción en el ámbito de la pobreza*. Cuernavaca: CRIM – UNAM.

Castro, Roberto y Erviti Joaquina (2015). Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. México: CRIM – UNAM.

----- (2014), “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, Revista CONAMED, núm. 1, pp. 37-42.

Castro, Roberto, Mario Bronfman y Martha Loya (1991) “Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad: el caso de Ocuituco” en Estudios Sociológicos, México, D.F, El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos. v. 9, no. 27 (sept.-dic. 1991), p. 583-606.

Centenaro, Daniela, Angela Marin y Carolina Da Silva (2015), “It is the time! Expectations and experiences of childbirth in pregnant adolescents” *Revista de Psicología*; Vol. 33, No. 2 (2015), pp. 333 – 361.

CONAPO (CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN) (2016). Portal electrónico. Disponible en: <http://www.gob.mx/conapo>. Última fecha de consulta (marzo 2016).

Da rocha, Raquel, Selma Franco y Nelma Baldin (2011) “El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto”, en *Revista Bras Anesthesiol*, vol. 61, núm. 3, pp. 204 – 210.

De Barbieri, Teresita (1992) “Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica” en *Revista Interamericana de Sociología*, vol. VI, núm. 2-3, pp. 147 – 178.

De Morales, Brenda, Juárez Ereydida y Juan Aníbal (2012) *Implicaciones culturales en el embarazo parto y post parto Q'eqchi*, Guatemala, Programa Universitario de Investigación

Interdisciplinaria en Salud – Instituto de investigación del centro universitario del norte Cunor.

Drake, Erin (2014) *El Significado Cultural del Parto: Perspectivas de Mujeres Mapuche*, Chile, Independent Study Project.

Earth, Barbara (2001), *From the forest to the clinic: Changing birth practice among the Katang, Lao*, Stockholm, Health Matters.

Erviti, Joaquina (2010a), “Mujeres, cuerpo y medicina. Un estudio con médicos en servicio de salud reproductiva”, en Carolina Aoff, Irene Casique y Roberto Castro (coord.), *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos*, México, CRIM – UNAM, Miguel Ángel.

----- (2010b), “Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias en servicios ginecológicos”, en Roberto Castro y Alejandra López (eds.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina: Avances y desafíos en la investigación regional*. México: Universidad de la República, Facultad de Filosofía, Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género UNAM – CRIM.

Fassin, Eric (2009), *Género, sexualidades y política democrática*, México, PUEG/PIEM.

Fleischer, Soraya (2006) “Pasando por comadrona, midwife y médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala” en *Anthropologica del Departamento de Ciencias Sociales*, vol. XXIV, núm. 24, diciembre, 2006, pp. 51-75.

García, Daylis, Zoe Díaz y Marlen Acosta (2013) “El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica” En: *Ciência & Saúde Coletiva, Brasil*, vol. 17, núm, 7, July, pp. 1893 – 1902.

Gayeski, Michele y Maria Bruggemann (2009), “Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal” en *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 17, núm. 2, pp. 153 – 159.

Grupo de Información en Reproducción Elegida. A. C (GIRE) (2015) “Violencia obstétrica”, página electrónica de acceso, en URL: <http://www.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica>, fecha de consulta, mayo de 2015”.

Glaser, B y A. Strauss (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York, Aldine Publishing Company.

Goberna, Josefina, Alicia Palacio, María Rosa Giménez, Sara Sancho y Dolors Casas (2008), *Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres*, España, Matronas profesión.

Herrera, Cristina M. (2010) “De pacientita a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres frente al orden médico en México”, en Roberto Castro y Alejandra López (eds.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina: Avances y desafíos en la investigación regional*. México: Universidad de la República, Facultad de Filosofía, Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género UNAM – CRIM.

INEGI (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA) (2016). Portal electrónico. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>. Última fecha de consulta (marzo 2016).

Kelsey, E. Otis y John A. Brett (2008) “Barriers to hospital births: why do many Bolivian women give birth at home?” en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 24, núm. 1, pp. 46 – 53.

Lamas, Marta (2007) “El género es cultura”, En ponencias del euroamericano campus de cooperación cultural, España, URL:

[http://www.oei.es/historico/euroamericano/ponencias\\_derechos\\_genero.php](http://www.oei.es/historico/euroamericano/ponencias_derechos_genero.php), última consulta Junio 2016.

----- (2002) *Cuerpo, Diferencia Sexual y Género*, México, Taurus.

----- (2001) *Política y reproducción. Aborto: La frontera del derecho a decidir*, México, Plaza & Janés Editores.

----- (1996) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, PUEG-UNAM.

Lagarde, Marcela (1996) *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, Madrid, Horas y Horas.

Luque, Miguel y Oliver María (2005) *Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas*, Granada, Index Enferm.

Malinowski, Bronislaw (1927) *La vida sexual de los salvajes en el Noroeste de Melanesia*. Madrid, Ediciones Morata.

Mead, Margaret (1955 [1928]) *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*, Argentina, Paidós.

Moya, María y Paloma Moral (2014) “Parto y cultura: una herramienta cualitativa para el estudio de las mujeres inmigrantes en España” *Mujer y cuidados: retos en salud*, España, Universidad de Murcia, pp. 135 – 151.

Núñez, Patricia (2014) “Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica” en *Matronas Profesión, España, Federación de Asociaciones de Matronas de España*, vol. 15, núm. 2, pp. 43 – 49.

Ortner, Sherry (1979), “¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?” en Harris, Olivia y Kate Young (compiladoras), *Antropología y feminismo*, Barcelona, Anagrama, pp. 109 – 131.

Pinho, Ana, Lucía Pamplona y Cristina García de Lima (2010) “Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una

morbosidad materna grave” en *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.18, núm. 6, pp.1187 – 1194.

Rejane, Natália, Natalúcia Matos y Dulce María Rosa Gualda (2010), “Cuerpo y sexualidad: experiencias de púerperas” en *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 18, núm. 4, August, pp.732 – 739.

Ritzer, George (1997) *Teoría sociológica contemporánea*, Maryland, McGraw-Hill.

Rubin, Gayle (1996) “El tráfico de mujeres: notas sobre la ‘economía política’ del sexo”, En: *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, PUEG — UNAM.

Sampieri R. H., C. Fernández y P. Baptista (2003). *Metodología de la investigación*, México, McGraw-Hill.

Scott, Joan (2008) *Género e historia*, México, FCE.

Turner, Víctor (2008) *Antropología del ritual*, México, INAH.



RELACION DE INFORMANTES

SEUDÓNIMO	EDAD	N° HIJOS	FECHA ÚLTIMO PARO	SITUACION CIVIL	TIPO DE PARTO	ESCOLARIDAD	INGRESOS	LUGAR DE PARTO	DURACION DE ENTREVISTA	LUGAR DE ENTREVISTA
SOFÍA	22	UNO	HACE SEIS MESES	CASADA	NATURAL	LIC. EN CURSO	32 MIL PESOS	IMSS	UNA HORA 20	PARQUE
XOCHITÉCÁTL	25	UNO	HACE CUATRO MESES	UNIÓN LBRE	CESÁREA	LIC. TERMINADA	5 MIL PESOS	CLÍNICA PARTICULAR	UNA HORA 3	CASA ENTREVISTADA
BRENDA	27	UNO	TRES MESES	CASADA	CESÁREA	LIC. EN CURSO	4 MIL PESOS	IMSS LOS VENADOS	UNA HORA 40	PARQUE
MAFALDA	27	UNO	HACE SEIS MESES	CASADA	CESÁREA	LIC. TERMINADA	11 MIL PESOS	CLÍNICA PARTICULAR	UNA HORA 55	CASA SUEGROS
PALOMA	30	UNO	HACE SIETE MESES	CASADA	CESÁREA	LIC. TERMINADA	9 MIL PESOS	CLÍNICA PARTICULAR	TRS HORAS	RESTAURANTE
LAUS	24	TRES / DOS FALLECEN	TRES MESES	SOLTERA	CESÁREA	LIC. TERMINADA	12 MIL PESOS	IMSS LOS VENADOS	UNA HORA 40	CASA PRIMA
GRISSEL	18	UNO	TRES MESES	CON NOVIO	CESÁREA	PREPA TERMINADA	2,500 PESOS	CLÍNICA PARTICULAR	UNA HORA 23	CASA ENTREVISTADA
MARÍA	29	DOS	HACE TRES MESES	CASADA	CESÁREA	SECUNDARIA / CARRERA TÉCNICA	NO SABE	CLÍNICA PARTICULAR	UNA HORA 50	CASA ENTREVISTADA
SAMANTHA	21	DOS	HACE SEIS MESES	UNIÓN LBRE	NATURAL	SECUNDARIA TERMINADA	6 MIL PESOS	IMSS	UNA HORA	CASA SUEGROS
KAREN	27	DOS	OCHO MESES	UNIÓN LBRE	NATURAL	PREPA TRUNCA	6 MIL PESOS	PÚBLICO AJUSCO MEDIO	UNA HORA 50	PARQUE

1. Relación de informantes

Anexos

## **2. Acuerdo de confidencialidad**

Soy Ana Teresa Peña Hernández. Soy antropóloga. Tengo 25 años y estoy haciendo un trabajo de investigación para una tesis de maestría en estudios de género, en una escuela que se llama El Colegio de México. Trabajo con mujeres y para las mujeres; en esta ocasión estoy investigando acerca de las experiencias de parto de distintas mujeres.

Me interesa entablar una plática cordial con usted para que me cuente cómo le fue en el parto. Es una cuestión meramente académica y totalmente anónima. Si usted acepta charlar conmigo podemos establecer una fecha y un horario en el que ambas podamos asistir. La entrevista durará aproximadamente una hora. Tendré que pedirle que me haga el favor de dejar grabar su voz, ya que es difícil apuntar muchos detalles en poco tiempo. Con estos datos yo generaré un texto, el cual va a hablar de su parto, sus dificultades y sus alegrías. Usted solamente contestará lo que quiera contestarme y con lo que se sienta cómoda. Espero que pueda colaborar conmigo. Los resultados (es decir la publicación del trabajo) los podrá ver usted al finalizar, y darme su opinión.

Quiero decirle que para mí es importante que me apoye, ya que este estudio pretende colaborar a que la atención de la experiencia del parto sea más enriquecedora para las mujeres que están a punto de parir ¿Cómo contribuye a eso? Estas publicaciones o también llamadas tesis de investigación pueden darles elementos a las personas que se encargan de diseñar política pública en materia de salud; además de que colaboran a que más personas conozcamos acerca de estos temas que se deben discutir.

### **3. Guión de entrevistas**

Datos generales

(Edad, estado civil, condición migratoria, condición étnica, escolaridad, ocupación, religión, organización al interior del hogar, división sexual del trabajo, jefatura de hogar, número de hijos y edad de los hijos, número de embarazos, sitio de parto, tipo de parto)

Atención recibida por parte del personal de salud

Percepción de la atención brindada, diferenciando la atención por parte de cada uno de los miembros del sistema de salud (respeto, satisfacción, valoración acerca de un trato respetuoso y digno)

Presencia de acciones que la literatura ha denominado como violencia obstétrica

Rituales obstétricos y percepción de éstos.

Respuesta ante la violencia recibida

Emociones y vivencias corporales

Planeación y aceptación del embarazo

Auto percepción del cuerpo embarazado, y del cuerpo después del embarazo

Emociones presentes durante el trabajo de parto

Sensaciones presentes durante el trabajo de parto

Emociones y sensaciones presentes en el puerperio

Acompañamiento durante el parto

Apego temprano con el hijo

Expectativas de un parto ideal

Sexualidad en el puerperio