Universidad Iberoamericana Puebla

Repositorio Institucional **http://repositorio.iberopuebla.mx**

Maestría en Comunicación y Cambio Social Tesis

Conectar con el cuerpo y la sabiduría interna. Análisis de vivencias sobre la violencia obstétrica y la sanación colectiva en San Pedro Cholula, Puebla

Ramírez Arjona, Danaé Itzel

2021

https://hdl.handle.net/20.500.11777/5208

http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con reconocimiento de validez oficial por

Decreto Presidencial del 3 de abril de 1981

Conectar con el cuerpo y la sabiduría interna: análisis de vivencias sobre la Violencia Obstétrica y la sanación colectiva en San Pedro Cholula, Puebla.

Directora de tesis:

Dra. Amaranta Cornejo Hernández

Tesis que para obtener el Grado de

MAESTRÍA EN COMUNICACIÓN Y CAMBIO SOCIAL

presenta

Danaé Itzel Ramírez Arjona

Puebla, Pue. 2021

Para María Luisa, Cristina, Esperanza, Narcisa, Marcela, Irene y Lucero,
y todas aquellas que a través del árbol genealógico
ayudaron a que hoy estuviera aquí.

Para Erik Leonardo,
que sé que me acompaña a todos lados.

Agradecimientos

A Nueve Lunas S.C., Vicky, Ara y Cristina por abrirme las puertas a la partería tradicional y en la tradición.

A Minerva y María Luisa por permitirme formar parte de los círculos, contarme sus historias de vida y tener fe en mí para compartir sus saberes.

A Marlene, Erika y Alexia, por la confianza para transmitirme en sus relatos, sus miedos y esperanzas durante sus embarazos y partos. Ustedes son la base de este trabajo.

A Amaranta que me brindó todo el apoyo, guía y contención amorosa cuando había mucha neblina en mi cabeza.

A Mariana, Martha y Daniel por crear una comunidad de apoyo y cariño estos dos últimos años.

A Karla, Diana, Gabriela, David y Álvaro por motivarme a seguir adelante y echarme porras.

A Lucero y Leonardo, que siempre me han apoyado en todas mis aventuras, que me animan a seguir adelante por más nublado que se vea el horizonte y que me han enseñado que el amor puede verse de muchas formas.

Índice

ÍNDICE 4

INTRODUCCIÓN. 6

1. CONSTRUYENDO EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN: VIOLENCIAS HACIA MUJERES EMBARAZADAS Y EN POSPARTO EN MÉXICO Y EL MUNDO. 12

1.1. Problema de investigación. **12**
1.1.1. Pregunta de investigación. 18
1.1.2. Objetivos de investigación. 19
1.1.3 Justificación de la investigación. 20

1.2. Biopolítica: la maternidad y el cuerpo femenino intervenido por el Estado. **21**
1.2.1. Biopoder desde Foucault. 21
1.2.2. Perspectivas de Judith Butler y Beatriz/Paul Preciado sobre el cuerpo intervenido por el Estado. 23
1.2.3. Ecología de ausencias. 26
1.2.4. Cuerpoterritorio entre lo individual y lo colectivo. 30

1.3. Decisiones metodológicas. **33**
1.3.1. Investigación cualitativa. 34
1.3.2. Fenomenología. 36
1.3.3. Técnicas e instrumentos. 37
1.3.4. Las entrevistas 37
1.3.5. Análisis crítico del discurso como método de análisis. 38

1.4. Conclusiones preliminares. **41**

2. TESTIMONIOS E INTERCAMBIOS DE VIVENCIAS. 43

2.1 Sujetas de estudio. **43**

2.2. Construcción de categorías. **44**
2.2.1. Familia 1: Violencia 45
2.2.2. Familia 2: Espacios simbólicos 49
2.2.3 Familia 3: Revolución y adaptación de las pacientes 51

2.3 Construcción de subjetividades. **53**

2.4. Visión del cuerpo. **55**

2.5. Violencias múltiples (patriarcal, desafección médica, institucional, machismo). **66**

2.6. Experiencias como nodos de una red de apoyo. **69**

2.7. Posibilidad de diálogo entre saberes. **70**

2.8. Conclusiones preliminares. **76**

3. REDES DE APOYO. 77

3.1 El trabajo de las parteras frente a las ausencias médicas deliberadas. **77**

3.2 Círculos de acompañamiento como actos de resistencia ante la desafección médica. **84**

3.3 Sanación colectiva. **89**

3.4. Conclusiones preliminares/parciales. **92**

4. REVOLUCIÓN Y ADAPTACIÓN DE LAS PACIENTES. 92

4.1 Desinformación y cuerpo enajenado de sí mismo. **93**
4.1.1. Cuerpo como territorio. 96
4.1.2. Cuerpo como espacio controlado. 99

4.2 Reapropiación del cuerpo (herramientas y estrategias). **107**

4.3.3. Conclusiones preliminares. **112**

5. CONCLUSIONES GENERALES. 113

7. ANEXO. 123

Introducción.

Mucho se ha hablado del embarazo y la maternidad, pero algo de lo que me pude percatar en esta investigación fue que casi nadie habla de lo que sucede al momento del parto y el postparto en términos de violencia obstétrica, -refiriendo a cualquier conducta, por acción u omisión, bajo la responsabilidad del personal de la salud, que afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, como el trato deshumanizado y la medicalización injustificada, entre otros- se ha dejado caer un velo –involuntariamente romántico- alrededor de estos sucesos, tanto así que la mayoría de las mujeres gestantes no saben qué esperar y qué no de un parto vaginal o de una cesárea. Eso fue una causa a investigar alrededor de los eventos por los que transita una mujer embarazada, por lo tanto, al colaborar con las madres y parteras del círculo de acompañamiento[1], conocer sus testimonios y sentipensares acerca de sus vidas y experiencias de parto, se busca compartir los saberes rescatados con aquellas mujeres que desconozcan definiciones, sucesos y recomendaciones sobre el embarazo y el parto, la violencia obstétrica y vías diferentes a parir dentro del sistema hegemónico médico. La investigación y redacción de la tesis fue evolucionando, acotándose a la experiencia con las mamás y las parteras, buscando dentro de las subjetividades individuales y colectivas el significado que ellas otorgaban a la violencia obstétrica y observando cómo los testimonios compartidos y las acciones colectivas sororas han brindado ayuda dentro del mar de dudas en el que las mamás se ven rodeadas.

Esta investigación empezó informalmente desde el otoño de 2018 cuando colaboré con la organización Nueve Lunas A.C., asociación enfocada en la preservación de los saberes de la partería tradicional en Oaxaca que contaba con un centro de formación para aprendices de partería en la tradición y acompañamiento a mujeres gestantes. Es ahí donde se me compartieron los saberes holísticos que las parteras aprenden para poder brindar contención amorosa y ayuda a cada una de las mamás que acompañan. También encontré los términos de parto humanizado y violencia obstétrica, los cuales resonaron en mi cabeza

[1] Se explicará más adelante con más profundidad. Para hablar de los espacios de acompañamiento se ocuparán las siguientes denominaciones: “círculos de embarazo”, “círculos de acompañamiento”, “círculos de acompañamiento en el embarazo”.

y me pusieron a investigar aún más. Posteriormente para mi proyecto de titulación de la Licenciatura en Comunicación, elaboré un media kit informativo acerca de la violencia obstétrica, sus principales indicadores y a dónde acudir por ayuda en Puebla, este trabajo fue traducido a idioma náhuatl correspondiente a la Sierra Nororiental del estado de Puebla.

Para la aprobación del grado de maestría, realicé una investigación con los objetivos de difundir los testimonios de las mujeres que asisten y las parteras que dirigen el círculo de acompañamiento en el embarazo, y analizar cómo éstos son pieza clave en el intercambio de saberes que se dan dentro del espacio para la prevención, contención y sanación de la violencia obstétrica. Los relatos de vida –de embarazo y de parto- buscan compartir las experiencias que cada una de las mujeres vivió con el personal médico de instituciones públicas y privadas y con las parteras que las acompañaron. Aclaro que la realización de esta investigación tuvo lugar dentro del contexto pandémico de COVID-19, lo cual me orillo a readaptar la estructura anteriormente planeada para el trabajo de campo, dando como prioridad la salvaguarda de las entrevistadas y de mí misma. Por lo ya mencionado, el trabajo tuvo que cambiar para seguir la guía de las autoridades sanitarias, así únicamente las entrevistas con las parteras fueron presenciales –todo con su pleno consentimiento y siguiendo medidas sanitarias.

La violencia obstétrica es un fenómeno generalizado y sistemático, y es una de las vertientes de la violencia de género que tiene muy poco de haberse reconocido como tal. Se produce en un contexto heteropatriarcal con evidente desigualdad estructural y de discriminación, este tipo de maltrato es consecuencia de una falta de educación, respeto y formación por parte del personal médico que sigue invisibilizando los derechos humanos de las mujeres gestantes. A esto se le suma la maternidad, que ha sido abordada desde distintos puntos, se le ha romantizado, exigido, juzgado y catalogado dentro de una clasificación moral que busca determinar el valor de una mujer dado su desempeño como madre y su priorización en extremo el ser para otrx antes que para sí misma. Considerar a las mujeres únicas responsables de los cuidados y la crianza, implica un desgaste físico, moral, mental y emocional. El estereotipo de la madre también abarca la idealización de su sexualidad con el único fin de la procreación, las madres no gozan de la amplitud de su sexualidad, solo conciben.

De acuerdo al informe sobre el maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica (2019) elaborado por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer Dubravka Šimonović, vemos que

> …el maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto … han generado gran interés a nivel mundial debido a… esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático (Šimonović, 2019, pág.4).

A nivel mundial, los Estados que firmaron la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, tienen la obligación de elaborar y aplicar políticas públicas orientadas a la eliminación de la violencia de género contra la mujer, en particular en el ámbito de la atención de la salud, sin embargo, todavía no toman plena responsabilidad de los actos u omisiones cometidos por trabajadores del sistema de salud.

> ... el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha reconocido que …la violencia está tan normalizada que (todavía) no se considera violencia contra la mujer (Šimonović, 2019, pág.6)

Otra de las fuentes de inspiración para esta tesis también fue la distopía descrita en el libro de Margaret Atwood (2017), *El cuento de la criada*, en el cual se narran las experiencias de la protagonista Defred dentro de la república teocrática de Gilead, que ocupa el Antiguo Testamento como parte del régimen tradicional, represivo y puritano. En Gilead, se despoja a las mujeres de todo derecho, no solo sobre su cuerpo sino también sobre su vida, ya que se les ve simplemente como el cuerpo gestante cuya identidad y poder sobre la maternidad y el rol de proveer hijxs son sus únicas vías de supervivencia ante el régimen.

El rol de las mujeres dentro de Gilead se ve dividido de acuerdo a su fertilidad, dando tres papeles importantes:

> -*Las Esposas*, mujeres de clase alta que están casadas con los funcionarios y son infértiles; ellas siempre visten de azul como remembranza de la figura de la Virgen María.

-*Las Marthas*, mujeres adultas que deben realizar todos los trabajos domésticos y de cuidado en la casa de los funcionarios.

- *Las Criadas*, mujeres cuya particularidad es que son fértiles. Son las encargadas de engendrar los hijos de los Comandantes -a través de una ceremonia religiosa- para que sus esposas se conviertan en madres. Se les identifica por estar uniformadas de color rojo.

Desde esta investigación, vinculé la obra literaria de Atwood con la violencia obstétrica desde la idea de una sociedad heteropatriarcal hegemónica que perpetúa la visión de las mujeres como figuras gestantes, que al estar embarazadas se les adjudica la etiqueta de incapaces de decidir sobre sí mismas y sus propios cuerpos, por lo tanto, surge la supervisión patriarcal que toma las decisiones por sobre el sentipensar de la madre.

El comienzo y desarrollo de esta investigación fue de la mano del círculo de acompañamiento en el embarazo organizado por las parteras Minerva Ixehuatl y María Luisa Segura, quienes me permitieron –con el consentimiento informado de las mamás- acercarme a este espacio y respondieron todas mis dudas respecto a su labor como parteras, su quehacer dentro del círculo, sus conocimientos sobre la violencia obstétrica y la guía con la que asistían a las mamás. Posteriormente fui presentada en un círculo, donde compartí mi investigación y el posible trabajo que realizaría con las mamás presentes, pero la situación de la contingencia sanitaria me impidió reunirme de manera presencial con ellas. Fue por eso que tanto Minerva como María Luisa me ayudaron a contactarme con Marlene, Erika y Alexia para las entrevistas, ellas ya habían sido asistidas por las parteras y estuvieron de acuerdo con hacer las entrevistas online para procurar un ambiente seguro para todas.

Las parteras Minerva y María Luisa trabajan en binomio para atender las necesidades de las madres que acuden con ellas, manejan saberes híbridos rescatados desde sus contextos donde aprendieron la partería. En el caso de Minerva, ella aprendió de su madre y su tía –esta última guío su primer embarazo- tipos de técnicas para revisiones, acomodo del bebé, trabajo con rebozo, baños postparto, el trabajo con hierbas y ungüentos, cuidados durante y después del parto, nociones del cuerpo humano así como elaboración de un diagnóstico. De este tipo de aprendizaje resultan las parteras de linaje o de tradición/

tradicionales. María Luisa, por otra parte, aprendió en el centro de formación de Nueve Lunas S.C. de la mano de parteras tradicionales y realizó sus prácticas con Minerva.

Marlene, Erika y Alexia, las madres entrevistadas, acudieron con María Luisa por recomendación de conocidxs suyxs. En el caso de Marlene -una life coach-, buscó ser acompañada de una partera por recomendación de una amiga suya que le narraba que durante su parto se dio cuenta que hubiese querido tener más energía y contención femenina a su alrededor. Erika –comerciante de divisas- conoció a las parteras gracias a que ella y su esposo acudieron a los círculos por recomendación de una amiga suya que había sido asistida por Minerva y María Luisa en su parto. Finalmente, Alexia –psicóloga- durante su búsqueda de tener una partera como guía para su parto primero acudió a la Liga de la Leche[2] para tomar pláticas educacionales y de ahí la vincularon con Minerva.

Esta tesis se encuentra dividida en cuatro capítulos, en el primer capítulo se aborda la construcción del problema de investigación, así como la base de esta tesis que incluye la pregunta de investigación, los objetivos y la justificación. Retomo el término de biopoder trabajado desde Foucault, así como las ideas respecto al cuerpo y la dominación que el Estado ejerce sobre este de Judith Butler y Beatriz/Paul Preciado, también hablo de la ecología de ausencias de De Sousa Santos para exponer la premisa del trabajo de las parteras dentro de los círculos como una alterativa al sistema médico hegemónico que no reconoce conocimientos que no sean rigurosamente científicos. Al final de este capítulo comparto las decisiones metodológicas utilizadas en este trabajo, como lo son la fenomenología y las entrevistas a profundidad.

Durante el segundo capítulo se exponen las entrevistas recolectadas, que derivaron en la construcción de categorías –familias- para poder hacer un uso intensivo de la información recabada. Es gracias a las categorías designadas que surge el hablar de la visión de las mujeres sobre sus propios cuerpos, las violencias múltiples que se dan dentro de la violencia obstétrica, la función de ser parte de una red de apoyo como lo son los círculos de acompañamiento y la oportunidad de abrir el diálogo para una coexistencia entre saberes.

[2] La Liga de La Leche, Internacional, es una organización internacional sin ánimo de lucro, dedicada a la promoción de la lactancia materna mediante el apoyo mutuo entre madres. Fue fundada en 1956 en los Estados Unidos, y en la actualidad se extiende por más de 85 países.

En el tercer capítulo se desarrolla a profundidad el quehacer de los círculos de acompañamiento en el embarazo, la función de las parteras al liderar estos espacios de resistencia ante la falta de abarcamiento total del personal médico y la sanación colectiva que surge entre las mujeres al verse vistas, escuchadas y entendidas por otras mujeres que viven o vivieron experiencias similares a las suyas.

El último capítulo habla sobre una restructuración del sentipensar de las mujeres que acuden a los círculos, ya que al sentirse desprovistas de información y/o herramientas necesarias para su gestación buscan adaptarse mediante otros caminos al mismo tiempo que se reapropian de sus cuerpos, pensamientos y emociones. Para discutir acerca del cuerpo, retomo las palabras de distintxs autorxs, una de ellas Amandine Fulchirone (2018) la cual en su trabajo doctoral acerca de acompañamiento con mujeres sobrevivientes de violación sexual durante la guerra civil en Guatemala en actividades de sanación colectiva, expone al cuerpo feminizado como sitio de creación y re-creación de las subjetividades propias que convergen de acuerdo a las representaciones socioculturales que cada individuo tiene y que a su vez le ayudan a relacionarse dentro de su contexto. Amandine explica que el cuerpo debe verse como aquello que brinda integración, construcción y relación con el todo, y que al sentirnos dueñxs del mismo podemos llegar a la desarticulación patriarcal de la mente y el cuerpo que reconoce lo masculino como lo superior y lo femenino se ve minimizado. La construcción del poder por sobre el cuerpo feminizado ha posicionado al mismo como objeto de mediación en conflictos bélicos, lo cual ha originado la espera de un comportamiento de obediencia y sumisión, despojando al cuerpo de lo humano.

Para cerrar presento las conclusiones, donde hago una recapitulación académica y personal de lo transitado en este trabajo, así como la realización de esta investigación dentro del contexto mundial pandémico por el virus COVID 19y las modificaciones que tuvieron que hacerse al trabajo de campo para resguardar la salud de las entrevistadas y la investigadora. Por último, planteo lo encontrado gracias a las entrevistas con las mamás y parteras, así como las vetas que quedan sin responderse.

1. Construyendo el problema de investigación: violencias hacia mujeres embarazadas y en posparto en México y el mundo.

Introducción.

El propósito del primer capítulo es contextualizar el ambiente que genera al problema de investigación, su posición dentro de la violencia de género, así como el papel que juega la desafección médica realizada por el personal médico. También se abordará el concepto de biopolítica desde la maternidad y el cuerpo de la mujer, con la perspectiva de Butler-Foucault. Por último, se expondrán las decisiones metodológicas, los testimonios de las madres entrevistadas y el análisis alrededor de la construcción de sus subjetividades alrededor de la violencia obstétrica y sus experiencias dentro de una red de apoyo.

1.1. Problema de investigación.

Las violencias de género contra las mujeres constituyen una violación a los derechos humanos reconocidos en instrumentos internacionales como la Convención Belém do Pará, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer (CEDAW), y a nivel nacional en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) se menciona la violencia de género como "cualquier acción u omisión que, con motivo de su género, les cause daño físico, psicológico, económico, patrimonial, sexual, obstétrico o la muerte" (2019, p. 9).

Heleieth Saffioti et al (2018) puntualiza a la violencia de género como parte de un ejercicio heteropatriarcal[3] donde los hombres se ven con el poder de determinar la conducta de las categorías sociales nombradas –mujeres, niñxs[4] y adolescentes-, recibiendo autorización o, por lo menos, tolerancia de la sociedad para punir lo que se les presenta como desvío. La ideología de género es insuficiente para garantizar la obediencia de las víctimas potenciales a los dictámenes del patriarca, teniendo éste la necesidad de hacer uso de la violencia (2018, pág.585).

[3]Entendida como la interseccionalidad multidimensional de las estructuras de organización social heteronormativas que se dan fundamentalmente en y entre género y sexualidad (Ramajo, 2014, pág.2).
[4] Se hará uso de "x" en palabras al plural como parte de expresiones del lenguaje no sexista e inclusivo.

De acuerdo a Marcela Lagarde (2019), la violencia contra las mujeres es de distinta índole y adquiere diferentes manifestaciones de acuerdo con quién la ejerce, contra qué tipo de mujer y la circunstancia en que ocurre (2019, pág.210). El entorno de la violencia contra la mujer es una constante reiteración de la supremacía masculina, del derecho de apropiación y uso de la mujer como objeto cuyo único fin es satisfacer la demanda del placer, Marcela (2019) llama a esta idea "un ultraje de las mujeres en su intimidad, el daño erótico a su integridad como personas" (2019, pág.211).

Sin embargo, Danubia Jardim & Celina Modena (2018, pág.8) consideran la violencia obstétrica (VO) como parte perteneciente a una cultura institucional enraizada, marcada por la banalización, invisibilidad y naturalización del fenómeno en el cotidiano asistencial, por lo tanto, no ha recibido la misma cantidad de interés que otras formas de violencia contra las mujeres. Aunque en algunos marcos normativos sea mencionada y garantizada, como la CEDAW, la LGAMVLV, el Código Penal del Estado de Puebla o la Ley Estatal de Salud del Estado de Puebla, es en la cotidianeidad donde no se habla de ella y en muchos escenarios su existencia no es mencionada. En la mayoría de los casos, las mujeres violentadas pueden no llegar a identificar el haber estado en una situación de violencia, ni percibir un mal trato, actitud déspota o alguna acción negativa proveniente del personal médico, por no estar informadas acerca de la VO por las propias instituciones de salud. Lo cual plantea que el sistema de salud público está en crisis, desbordado por la sobredemanda, una severa falta de infraestructura y una actitud heteronormada[5] por parte del Estado, que ha optado por el camino de la privatización de la salud y el control sobre los cuerpos

La VO se presenta en instituciones de salud públicas o privadas que prestan servicios médicos obstétricos a pacientes antes, durante y después del proceso de parto. Sin embargo, son pocos los estados -Veracruz, Guerrero, Chiapas y Edomex- donde se ha legislado a favor de la protección de mujeres embarazadas y se ha tipificado como delito la agresión verbal, física y psicológica que puede sufrir una mujer embarazada. En Puebla, los

[5] Según Cathy J. Cohen (2005) la heteronormatividad es definida como la práctica y las instituciones que legitiman y privilegian la heterosexualidad y las relaciones heterosexuales como fundamentales y 'naturales' dentro de la sociedad, también se ve implicada el rol de la sexualidad en las estructuras mayores de poder, cuestiones de raza, género y opresión de clase.

artículos 343 Ter y 346 Bis del Código Penal Del Estado Libre Y Soberano De Puebla, condenan la esterilización sin consentimiento -penado de diez a quince años de prisión- y el abandono a mujeres embarazadas -hasta con seis años de cárcel-.

Dado que existen distintas definiciones sobre esta problemática, para la presente tesis se ocupará la que el Grupo de Información en Reproducción Elegida, AC (GIRE) señala:

> La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (GIRE, 2015, pág.12).

En 2016, el sitio de la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (CONAVIM) la estableció como aquella que se genera con el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente. Se presenta en los lugares que prestan servicios médicos y se da en todas las esferas de la sociedad. Los siguientes son algunos actos constitutivos de violencia obstétrica: practicar el parto por cesárea existiendo las condiciones para realizar un parto natural, sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; obligar a parir acostada y/o inmovilizada; negar u obstaculizar la posibilidad de cargar y amamantar al bebé o la bebé inmediatamente al nacer; y no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. (CONAVIM, 2016)

Por otro lado, Silvia Bellón Sánchez (2015) habla sobre rutinas hospitalarias sin ventajas probadas para el bienestar de mujeres, fetos y niños/as, como: administración de

enemas[6] y sedantes, realización de episiotomías[7], o la posición supina[8] obligatoria para las mujeres en el momento de parto.

Estas formas de ejercicio de violencia entran en franca contradicción con los postulados de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que señalan que: «Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación» (OMS, 2014).

Autores como Villanueva Egan et al (2016), Roberto Castro y Joaquina Erviti (2014), plantean que esta problemática, esta modalidad de violencia es triple pues constituye una expresión de violencia de género, de violación de los derechos humanos y también de una violencia institucional ejercida desde las instituciones de salud tanto públicas como privadas -aunque cabe notar que la mayoría de los casos de transgresión suceden en el sector público-.

La violencia obstétrica es una problemática que implica más que la propia violencia cometida por el personal médico contra una paciente embarazada, es un problema que emerge y funciona desde una manipulación por el propio Estado, representa una historia de mecanización y control de los cuerpos femeninos, basada en la modernidad y los poderes fundamentales: Estado burgués, iglesia y ciencia médica. Involucra conceptos como la biopolítica[9] en materia de la función del cuerpo femenino como un terreno político; la concientización de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como base de conocimiento acerca del propio cuerpo; la ética del cuidado de y para las mujeres, que implica que la propia mujer deja su autocuidado relegado, la cultura de la prevención y la correspondiente situación de las políticas públicas en México en materia de salud reproductiva, sexual y obstétrica.

---

[6] Es la introducción de sustancias en el colon a través del recto con la finalidad de eliminar la materia fecal (Pisa/sf).

[7] Es una cirugía menor que ensancha la abertura de la vagina durante el parto. Es un corte en el perineo, la piel y los músculos entre la abertura vaginal y el ano (MedlinePlus, 2020).

[8] También denominada comúnmente posición ginecológica. La mujer embarazada reposa tumbada sobre su espalda, sus piernas se colocan en flexión y en abducción, apoyadas sobre las perneras de la cama o camilla (Fisiosite, 2017).

[9] Se retomará este concepto más adelante.

Existen diferentes estudios en Latinoamérica que abordan la importancia de la percepción de las madres embarazadas alrededor de la atención que recibieron, de ellos rescato el de Pablo Terán, Carlos Castellanos, Mireya Blanco y Damarys Ramos (2013), aplicado en Caracas Venezuela en el año de 2011, donde evaluaron a 425 usuarias puérperas[10] sobre la atención recibida en relación con prácticas consideradas como violencia obstétrica, y de acuerdo a sus resultados 1 de cada 4 usuarias conoce el término violencia obstétrica, y 1 de cada 5 sabe dónde denunciar, solo 12 % recibió información sobre el consentimiento informado y 17 % firmó un formulario de consentimiento.

Se ha demostrado que los y las ginecobstetras, las parteras y el personal médico que tiene una relación íntima y estrecha con el cuerpo y la sexualidad de las mujeres, son actores clave en la protección de los derechos básicos de las mujeres embarazadas, al poder brindar ayuda para facilitar el poder de decisión de ellas sobre su salud, su cuerpo y su vida sexual. Sin embargo, el papel que el Estado y distintas instituciones -como la educación universitaria, la salud y los hospitales, la jurídica, y una que tiene mucho peso en la historia de vida de cada persona: la familia- les ha otorgado, de autoridad técnico-científica y respaldados en las relaciones de poder y desigualdad entre las usuarias/mujeres, usan la autoridad para mantener la obediencia a las reglas, rompiendo con las interacciones humanas, lo que genera la fragilidad de los vínculos entre sus pacientes y la crisis de confianza en el cuidado que es prestado y lleva a la pérdida de la autonomía de la mujer y del libre derecho de decidir sobre su cuerpo. Este sector del gremio médico puede tender a incurrir en conductas de abuso de poder y violación de derechos humanos.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de Salud (OMS, 2014), en el mundo entero las mujeres son asistidas de manera violenta, viviendo situaciones de malos tratos, falta de respeto, abusos, negligencias, violación de los derechos humanos por profesionales de salud, siendo más frecuente durante la asistencia al parto y al nacimiento. Ese escenario afecta especialmente a mujeres de bajo nivel socioeconómico, de minorías étnicas expuestas al poder institucional y profesional, con características opresoras y

[10] El puerperio, período posparto o período puerperal es el período de 6 semanas que siguen al parto y en el que el cuerpo de la madre vuelve al estado anterior al embarazo (Manual MSD, 2020).

dominadoras que excluyen la subjetividad femenina como trazo esencial para la construcción de la asistencia centrada en la mujer y del ejercicio de su plena ciudadanía.

Silvia Sánchez Bellón (2015) explica que el discurso médico tiene el poder institucional y la legitimidad social para tomar decisiones y regular la vida, establece y separa las dicotomías de lo sano y lo enfermo, o de lo normal y de lo que no lo es. La medicina institucional se ha concebido dentro de una posición privilegiada, respaldada por la concepción occidental de la ciencia como el discurso de la verdad, de igual forma, "la medicina y sus profesionales aparecen como una de las autoridades más importantes de nuestro tiempo (2015, pág.99)".

Respecto a la construcción de la autoridad del discurso médico, en la mayoría de países occidentales, la biomedicina actúa como el único conocimiento autorizado en materia de salud. Para conseguir eso los médicos de la época moderna tuvieron que "ganar autoridad sobre curanderos, matronas y doctores no occidentales, quienes en otros tiempos eran también considerados fuentes fiables de conocimiento en materia de salud (Jordan, 1997, pág.57)". El control que los médicos consiguieron en el campo de la medicina en general, y el campo de la obstetricia en particular, ha tenido consecuencias de gran alcance en el parto de las mujeres. Pareciera que este control refuerza la idea de un solo conocimiento inapelable autorizado, que recae en la estructura médica. Rescato del trabajo de Silvia (2015):

> La disciplina médica, tal como advirtió Foucault (1975), define qué cuerpos están necesitados de cuidados médicos y qué situaciones y personas pueden considerarse normales. Desde esa posición, la obstetricia occidental durante el siglo XX ha divulgado la idea de que el parto es en todos los casos un evento médico, necesitado de monitorización continua, administración de medicamentos e intervención profesional (lo que conocemos como medicalización). Distintos aspectos relacionados con los efectos negativos de esta tendencia han sido objeto de denuncia desde la segunda mitad del siglo XX por activistas y profesionales, llegando a surgir grupos de activistas específicamente orientados al proceso que rodea al parto. El hecho de que hoy en día haya aparecido un concepto como el de "violencia obstétrica" y existan leyes específicas dedicadas a minimizar el impacto

> de la medicalización de los cuerpos de mujeres y bebés en el momento del parto, nos hablan de la necesidad de indagar en las causas y soluciones a esta realidad, mucho más compleja de lo aparente (Sánchez, 2015, pág.108).

Patricia Tovar (2004) menciona el trayecto por el que ha pasado la representación de las mujeres de acuerdo a la historia. En el siglo XVIII, dentro del marco ginecobstetra aparece la figura de la mujer como un ser con derechos, con un cuerpo, cuando antes se la veía como un hombre defectuoso e incompleto, y sus órganos reproductivos como correspondientes, análogos o complementarios a los del hombre (2004, pág.250). El sesgo de género dentro del área científica ha permanecido y sigue posicionando a la mujer como "más frágil", por ello considera que la afectan más las tensiones emocionales mensuales y diarias, que percibe el dolor de diferente manera e, incluso, que sufre de inferioridades, no comprobadas, de orden biológico; es decir, se asume que la composición genética de las mujeres y los hombres es distinta y que es ahí donde radica la supuesta superioridad del sexo masculino, creada desde una base androcentrista. (2004, pág. 261).

La cultura medicalizada en torno al parto contribuye a que sea aceptado y ocurra como otro procedimiento ginecológico, priorizando la posición que permite la mesa ginecológica para el uso del obstetra por sobre el protagonismo de la paciente, llevando a que las mujeres carezcan de poder y de autonomía para decidir sobre sus propios partos, se descalifiquen sus conocimientos y necesidades, y al no crear condiciones para que ellas y sus parejas tomen decisiones y sean sustituidos por las de un equipo de expertos, que además excluye a los padres del trabajo de parto y el parto y separa a las madres de las criaturas. (García, Díaz & Acosta, 2013, pág. 729).

1.1.1. Pregunta de investigación.

La pregunta principal de investigación corresponde a la hermenéutica detrás de las experiencias de embarazo y parto de las mujeres entrevistadas. Busca conocer más acerca de los actos que estas mujeres realizaron para puntualizar sus vivencias de sanación y reapropiación de su cuerpoterritorio alrededor de un marco que puede reconocerse como violencia obstétrica y la forma en que los círculos de acompañamiento y la guía de las parteras cooperaron a una nueva perspectiva de sus embarazos y partos. Así, la pregunta es

¿Cuáles fueron las experiencias de sanación y reapropiación individual y colectiva del cuerpoterritorio dentro de un escenario de violencia obstétrica vivida por las mujeres que acuden a los círculos de acompañamiento en el embarazo?

Para las preguntas secundarias, se buscó apelar a la posible información y percepción que puedan tener las entrevistadas sobre la VO así como los detonadores que se activaban desde sus historias personales y cómo el trabajo y diálogo que se desarrollaba dentro de los círculos de acompañamiento en el embarazo facilitaba el desenvolvimiento entre las propias mujeres y sus sentipensares. De esta forma, las preguntas secundarias son:

1. ¿Cómo perciben y viven la Violencia Obstétrica desde sus subjetividades?
2. ¿Qué elementos de sus propias subjetividades se accionan durante las experiencias violentas vividas?
3. ¿Cómo interviene la red de encuentro entre parteras y mamás en la reconfiguración de sus sentipensares y sus procesos de subjetivación?

1.1.2. Objetivos de investigación.

El objetivo principal de la investigación fue indagar respecto al entendimiento que las mujeres en postparto tuvieron sobre la posible identificación –teniendo información previa o no- acerca de la VO durante sus procesos de embarazo y parto. De igual manera buscó vincular los actuares y ejercicios que pusieron en práctica para reconfigurar-se colectivamente en el grupo de acompañamiento. El objetivo general queda enunciado de la siguiente forma: relacionar analíticamente las interpretaciones que las mujeres en postparto identificaron acerca de la violencia obstétrica durante su gestación y parto, con las acciones que utilizaron para re-construir y sanar dentro de los círculos de embarazo.

Se proponen tres objetivos específicos, correspondientes a la descripción de las narraciones que cada una de las mujeres entrevistadas compartieron dentro del círculo de acompañamiento –parteras y madres-, el reconocimiento de una construcción de violencia en el imaginario de las mujeres que abarca diferentes tipos de violencia: de género, institucional, patriarcal, entre otras, y la solidarización que se lleva a cabo con actos de

reapropiación y sanación de los propios cuerpos gracias a la riqueza de información que se comparte entre las mujeres dentro de los círculos.

1.1.3 Justificación de la investigación.

Por mucho tiempo se ha visto a la maternidad como tarea primordial, vital y casi única de las mujeres, y por el contrario el disfrute y práctica informada de su sexualidad se ha señalado, tachado y menospreciado dentro de la visión tradicional de una sociedad que margina y controla los cuerpos femeninos si no son para el disfrute –y/o consumo- masculino. Ha permeado la idea del sacrificio, sufrimiento y dolor para las mujeres que trae consigo la labor de parto, y eso compromete prácticas y actitudes médicas que impactan negativamente en la salud de las usuarias.

Las mujeres pacientes de las instituciones de salud públicas y privadas tienen el derecho de practicar su sexualidad libre y plenamente, apropiándose y defendiendo sus cuerpos en materia de salud sexual y reproductiva, así como el poder reclamar una atención médica de calidad por parte de los servicios de salud, sin recibir ningún tipo de discriminación, violencia o negligencia por parte de las instituciones de salud públicas y privadas.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte vital de los derechos humanos, marca un avance en la conceptualización de los derechos individuales y sociales. Nuevamente, el reconocer estos derechos marca una enorme diferencia en la toma de decisiones en igualdad de condiciones sobre la sexualidad y reproducción, que, si bien es un derecho reconocido a hombres y mujeres, presenta complicaciones a la hora de su aplicación, pues las relaciones de poder heteropatriarcales entre los géneros son un obstáculo para que las mujeres puedan ejercer este derecho.

La violencia obstétrica existe en las sociedades donde los valores heteronormados imperan, donde el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres se convierte en un aspecto clave para mantener a las mujeres en una posición subordinada. Es también un problema sistémico que aborda la violencia institucional, la violencia de género y la propia violencia obstétrica. Con personal médico no capacitado para brindar un buen

trato a las usuarias y siendo parte de un sistema de privatización de la salud donde se ve a la paciente como un objeto prescindible, la desafección médica y el trato deshumanizado seguirá existiendo.

1.2. Biopolítica: la maternidad y el cuerpo femenino intervenido por el Estado.

1.2.1. Biopoder desde Foucault.

Silvia Sánchez (2015) rescata el término foucaultiano de biopoder como el mecanismo de poder aplicado por los estados capitalistas modernos para controlar a las multitudes, dicho poder es utilizado como medio coercitivo. Foucault (1975) plantea que vía los distintos mecanismos de biopoder, el control de la población puede administrarse como algo racional y acordado por consenso, como los hábitos de salud de la población, sus prácticas de reproducción, los comportamientos sexuales y también define los parámetros del bienestar. En este contexto, los hospitales se convierten, de acuerdo a Foucault, en una de las más importantes "instituciones disciplinarias" desde donde el biopoder rige (Foucault, 1975, pág.132).

El Estado –y el propio sistema de salud- han mantenido el concepto de estatizar y nacionalizar lo materno como una forma de regulación y racionalización de la procreación "en favor de la patria", por una parte, y por otra la apropiación de lo femenino como cuerpo individual y cuerpo político. Carol Arcos Herrera (2018) denomina a esto "biopolítica de lo materno", ya que "(…) se semantiza el cuerpo de las mujeres como el centro del problema de la vida y el nacimiento bajo el republicanismo" (Herrera, 2018, pág. 4).

La biopolítica de lo materno se refiere a que el fenómeno del nacimiento —no solo concebido como el hecho de parir, sino también de la pertenencia a una comunidad de sentido nacional— está íntimamente implicado con la maternidad como experiencia moderna de las mujeres. Para Carol (2018), lo femenino y lo maternal mantienen relaciones complejas, sin embargo, el lazo de obligatoriedad patriarcal y la idea de subjetividad femenina biológica que sostiene, por una parte, y la naturalización que conlleva no permite comprender la maternidad como un trabajo en la compleja red de relaciones sociales y económicas. Estos son problemas que se relacionan a partir de la

noción de biopolítica en el cuerpo femenino y en específico en la maternidad, cuando el Estado y las instituciones médicas intervienen un cuerpo femenino en proceso de embarazo, se cuestiona el papel de la mujer embarazada en la red de relaciones, ya que la naturaleza de su situación ha sido influida.

Carol declara que la política del cuerpo tiene que ver con la dinámica tanatopolítica[11] como paradoja propia del poder regulador de la vida —vale decir, biopolítico—; por lo tanto, el cuerpo de las mujeres no solo es reproductor de mano de obra para el capital, sino que también alienta un dispositivo de control de la sexualidad en América Latina, que está profundamente entramado al proceso mismo de conformación de los Estados-nación, a través de los discursos heteropatriarcales en torno a la domesticidad de la figura femenina, en específico del cuerpo materno. El cuerpo, al ser ubicado como terreno de subordinación, sumisión y resistencia, traza las trayectorias del deseo feminista; se comprende al cuerpo como una intervención a lo biológicamente dado.

Si retomamos las investigaciones acerca de la violencia ginecobstétrica, podemos observar que muchos autores la definen como parte de una violencia institucional. Tomando esto en cuenta, se logra entender que el Estado junto con las instituciones antes mencionadas, son parte vital y hasta base de este problema. Analizar el concepto de biopolítica desde la violencia obstétrica, cómo el cuerpo materno que ha sido intervenido, expuesto a subordinación y sumisión, nos remite a la mujer como parte imprescindible de un proceso complejo dentro del sistema hegemónico patriarcal. “Si el sexo está reprimido, es decir, destinado a la prohibición, a la inexistencia y al mutismo, el solo hecho de hablar de él, y de hablar de su represión, posee como un aire de trasgresión deliberada... decir que el sexo no está reprimido o decir más bien que la relación del sexo con el poder no es de represión corre el riesgo de no ser sino una paradoja estéril” (Foucault, 1976, pág. 7).

[11] Término que designa aquellas formas políticas que obran la muerte en dos formas: el hacer morir del soberano o la máquina disciplinada de matar. Aquella política que obra la muerte se encuentra, por una parte, en la posibilidad que tiene el soberano de decidir el derecho de muerte (Biset, 2012, pág 247).

1.2.2. Perspectivas de Judith Butler y Beatriz/Paul[12] Preciado sobre el cuerpo intervenido por el Estado.

Desde la perspectiva de Judith Butler (1993), el cuerpo es incapaz de funcionar o existir fuera de una construcción cultural. La autora sostiene que la materialidad de los cuerpos es en sí misma una construcción social, histórica, y cultural. Aunque advierte que la materialidad del cuerpo no es fácil de distinguir de su entorno: "No solo los cuerpos tienden a indicar un mundo más allá de ellos mismos, sino que este movimiento va más allá de sus propios límites, un movimiento de límites en sí mismo, parece ser bastante central a lo que los cuerpos "son" (1993, pág.9)". Butler insiste en que la materialidad tiene una cierta consecuencia verificable en la presentación del género. El sexo no es simplemente una categoría objetiva o natural, se ha convertido gracias a la sociedad patriarcal, en una normativa que rige, construye y determina lo valioso que puede ser un cuerpo por encima de otro, que finalmente ocupa el lugar de objeto (Butler, 1993).

La construcción de un cuerpo se realiza continuamente, independientemente de las restricciones, y tanto el cuerpo como el género son parte del discurso. En última instancia, es el discurso que describe e identifica el cuerpo como un asunto que está más allá de él. El centro de atención de Butler está en el "sexo" cuando compara el sexo biológico con el género cultural. La autora continúa diciendo que el género no es una construcción cultural superpuesta o impuesta a un sexo (o cuerpo) determinado. Esta perspectiva del género y el cuerpo resulta problemática, el primero es representado como un fenómeno que "absorbe y desplaza" al sexo (Butler, 1993, pág. 23). Por el contrario, mantiene la afirmación alrededor de la idea del sexo como un problema en sí, que se ha convertido en la norma regulatoria que ha liderado el concepto y valor del cuerpo de acuerdo a las costumbres culturales hegemónicas patriarcales a lo largo del tiempo.

Judith, a pesar de estar de acuerdo con las ideas de una construcción cultural del género y la del sexo erigida biológicamente, también observó que las diferencias sexuales en sí también se construyen culturalmente. Hace hincapié en la importancia de la recurrencia en el desarrollo de la segregación sexual, y señaló que "esta recurrencia es

[12] Se retoma el nombre con el cual se reconocía estx autorx de acuerdo al año cuando fue publicada la obra consultada.

necesaria y es un signo de que la materialización nunca es del todo completa, que los cuerpos nunca cumplen con las normas por las cuales se impulsa su materialización" (Butler, 1993, pág. 2).

El género femenino y su sexualidad se han construido culturalmente presionando con altas expectativas el quehacer diario de las mujeres. El papel materno es un rol importante, que define y señala normas a las cuales deben estar sujetas las mujeres, donde su propia sexualidad es redefinida, tachada y controlada. Ya no se les ve como mujeres con derecho a ejercer su libre sexualidad, son ahora cuerpos que tienen por único objetivo, el criar hijos.

Beatriz Preciado (2016) define al hombre y a la mujer, con sus respectivas preferencias, prácticas e identidades sexuales, como partes tecnológicas, flujos de energía y de información, define la sexualidad como tecnología. Amplía en los roles creados e impuestos socialmente a ambos, explicando que son engranajes que a su vez forman parte de un sistema vasto, en el cual se establecen conexiones que dan prioridad al uso del cuerpo como máquina, deshumanizando la sexualidad, así, se convierte en el cuerpo moderno heredado por la filosofía cartesiana.

En esta misma línea, Preciado (2016) dicta que "…la contrasexualidad no es la creación de una nueva naturaleza, sino más bien el fin de la naturaleza como orden que legitima la sujeción de unos cuerpos a otros" (2016, pág.12-13), ya que critica que la diferenciación entre género y sexo es el resultado de la sociedad heteropatriarcal que expide normativas acerca de la propia naturaleza del cuerpo, la sociedad se apropia del elemento corporal mientras el individuo apenas se da cuenta de esto. La clave de la que habla Beatriz es de reconocernos a nosotrxs mismxs, a nuestros cuerpos para poder reconocer a lxs otrxs y visibilizar el regimiento sexual-social al que estamos sometidxs.

A partir de la concepción del sexo como algo que forma parte de un mecanismo del Estado, de acuerdo a Judith y Beatriz, podemos entender que la sexualidad se reduce a un acto de dominación asimétrica entre los géneros femenino y masculino. Pareciera que la misma heterosexualidad determina el discurso de la femineidad y la reproducción; los

mismos roles sociales entre los géneros mencionados, son reglas inscritas en los propios cuerpos que aseguran la explotación material de un sexo sobre el otro.

El sistema de salud, tomando en cuenta los derechos de los individuos, en este caso de las mujeres, de poder ejercer y disfrutar plenamente de su sexualidad, puede actuar con un discurso que abogue por un cambio de acción y de conocimientos, revolucionar la ley y los conceptos que han sido reprimidos, optar por una versatilidad del propio valor mercantil atribuido a la sexualidad y a los que la ejercen. Un discurso que tenga claras tendencias ideológicas represivas, que quiera vigilar y someter a las mujeres, como la violencia obstétrica, es prueba clara del retroceso y estancamiento en el cual el propio Estado representado dentro del sistema hospitalarios medicalizado como la biopolítica y sus dependencias se encuentran implicados en un entramado de relaciones de poder.

De manera que las mujeres y sus cuerpos durante el embarazo son resultado de una mirada específica dentro del campo médico. Esa mirada productora del cuerpo abarca el conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza, orientados a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital ideológico específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción política, comercial, científica, profesional y sus derivaciones en la conformación de los cuerpos de las mujeres que cursan un embarazo. Objetivar el cuerpo femenino durante el embarazo, minimizando su función a un simple proceso rutinario que trae consigo un esfuerzo económico y sistemático para la institución pública, implica poner en riesgo la vida de la madre y el bebé, más allá que una desventaja económica para el Estado.

Dentro de la sociedad heteropatriarcal ha permanecido vigente una organización de dominación social en la que los hombres adultos blancos han obtenido poder por sobre las mujeres, incluyendo su sexualidad –sobreentendida en ámbitos privados y públicos como la dualidad entre la maternidad o el erotismo para el placer del hombre-. Delia Selene De Dios-Vallejo (2014) propone que, desde el feminismo, los cuerpos de las mujeres son territorios de experiencia creativa y de emancipación, así como un espacio de cautiverio que tiene dos dimensiones: una opresiva, “definida por la propiedad y el control de otros

sobre el cuerpo" (pág.73) y otra en la que se señala que el cuerpo debe adaptarse "de acuerdo con cánones sexuales, estéticos, morales y de salud" (pág.73). Se ha buscado que las mujeres mimeticen la maternidad como algo propio a ellas, internalizado a su identidad femenina, olvidando que el objetivo fundamental de la maternidad de acuerdo a Delia es "la supervivencia física, afectiva e intelectual, primaria y cotidiana, de los sujetos a lo largo de su vida… es el conjunto de procesos que mantiene a los sujetos en la vida e impide la muerte" (pág.74).

Fanny Consuelo Urrea Mora menciona que la construcción de la maternidad sitúa a las mujeres en depositarias de los deseos de otros al ser un producto señalado del imaginario social heteropatriarcal cuya función se objetiviza en el maternar. También es así que continuamente el embarazo ha implicado la autocensura de la madre y la búsqueda de aprobación por parte de la sociedad. Sin embargo, creo que el proceso de gestación invita a reconocer un análisis cultural de la maternidad a través de las relaciones que las mujeres desarrollan con lxs sujetxs cercanos dentro de la estructura social en la que se ven inmersas y con ellas mismas dado los cambios que están viviendo. Y es dentro de la práctica clínica donde se plantea una relación paternalista que se olvida de la autonomía de las mujeres y establece el control sobre sus cuerpos bajo la presión de actuar por el bienestar de los fetos, porque éstos siguen siendo más importantes que la mujer embarazada. De esta forma, la concepción sobre las mujeres gestantes, al considerarlas en posición vulnerable, se convierte en una situación tensa cuando se decide por sobre su autonomía y no se les permite expresar su voluntad. Al respecto Fanny explica que si las mujeres perpetúan la visión sobre sus cuerpos "como cuerpo-objeto y como el cuerpo de otros, es difícil que ellas mismas puedan verse y puedan ser vistas y reconocidas por ellas mismas y por otros como sujetas" (pág.100), y es su propia identidad la que se está terminando de formar por el reconocimiento o la falta de éste.

1.2.3. Ecología de ausencias.

De Sousa Santos, explica que el conocimiento científico es autoconocimiento ya que la ciencia no se basa en la previsión y el control de los fenómenos a estudiar. Por lo tanto, la

ciencia moderna no es la respuesta universal o la única posible a la realidad "…la explicación científica de los fenómenos es la autojustificación de la ciencia en cuanto fenómeno central de nuestra contemporaneidad. La ciencia es, así, autobiográfica" (Boaventura de Sousa Santos, 2009, pág.52). El rigor científico se distingue por su disciplina y su determinismo donde conocer significa dividir y clasificar para reconocer las relaciones semánticas entre lo separado, esto abarca a conocer la naturaleza para ser domada y controlada, con fines absolutos de transformación.

En su libro *Una epistemología del Sur* (2009), Boaventura de Sousa explica que nos encontramos en un modelo global donde la racionalidad científica es un modelo totalitario que niega el carácter racional a todas las formas de conocimientos que no se rigen por sus mismos principios epistemológicos y reglas metodológicas (2009, pág.21). Este paradigma científico posibilita como única una determinada forma de conocimiento verdadero –que pareciera inapelable- que minimiza valores de conocimiento instaurados individual o colectivamente, creados y utilizados para dar sentido a ciertas prácticas que la ciencia llama irrelevantes, ilusorias y falsas (2009, pág.20).

> …la epistemología de las ausencias confronta estas acciones y sus consecuencias sociales apelando a conocimientos y prácticas alternativos que puedan generar otras acciones y producir consecuencias alternativas, los límites de la representación de la ciencia convencional pierden su monopolio de representación y son forzados a la competencia con otros conocimientos y otras formas alternativas de representación. La epistemología de las ausencias, tanto de conocimientos ausentes como de agentes ausentes, nos permite revisar los límites de la representación en las ciencias sociales convencionales: los límites de la representación de la relevancia, de la identificación, de la duración y de la interpretación/evaluación. (2009, pág.92)

En el caso de la VO, se puede comprender cómo la doctrina que busca someter el cuerpo, el parto y las vivencias alrededor de éste, lo hace desde un paradigma utilitario y funcional. El autor propone que la ciencia moderna conceptualiza rigurosamente al conocimiento y "segrega una organización del saber orientada para vigilar las fronteras entre las disciplinas y reprimir a los que quisieran traspasarlas (2009, pág.47)". Sin

embargo, Boaventura de Sousa enfatiza la idea del conocimiento total y local, que es constituido dentro de aquellos proyectos de vida locales que buscan resolver los problemas producidos por las antiguas disciplinas. Podríamos decir que la búsqueda de alternativas –que no están planteadas en el rigor médico hegemónico- para llevar a cabo un parto, por ejemplo, con parteras o doulas, es una vía de reconstrucción, visibilización y retorno a conocimientos ligados a la cercanía humana y sus sentipensares. Partiendo de que generamos una construcción de conocimiento personal gracias a nuestras experiencias de vida, valores, creencias y prejuicios, y que este discernimiento nos puede permitir un acercamiento comprensivo e íntimo que nos vincule con los otros.

Ángel Infante (2013) rescata de Grosfoguel (2011; CLACSO, 2007) que existen dentro de la racionalidad occidental cinco formas sociales de no existencia o ausencias:

1. Monocultura del saber y del rigor científico: y por lo tanto, otros conocimientos no tienen validez ni el rigor del conocimiento científico (Infante, 2013, pág.407).
2. Monocultura del tiempo lineal: la idea de que la historia tiene un sentido, una dirección y de que los países desarrollados van adelante. Se ha formado en esta dirección el progreso, la revolución, modernización, el desarrollo y la globalización (Infante, 2013, pág.407).
3. Monocultura de la naturaleza de las diferencias: que ocultan las jerarquías, como ejemplo está la clasificación racial (Infante, 2013, pág.407).
4. Monocultura de la escala dominante: la idea de que hay una escala dominante en las cosas representada por el universalismo y la globalización (Infante, 2013, pág.407).
5. Monocultura del productivismo capitalista: el crecimiento económico y la productividad en un ciclo de producción determinan la productividad del trabajo humano (Infante, 2013, pág.407).

Lo propuesto por Grosfoguel, demuestra la rigurosidad detrás del sistema hegemónico y la evidente ausencia de inclusión de otras formas de saberes, que dicta que el conocimiento debe regirse por una estructura jerárquica, que beneficie económicamente al

régimen capitalista, siga la premisa de un desarrollo lineal que busca un progreso como lo dicta el Norte Global, dejando de lado la posibilidad de intercambio de conocimientos con aquellos núcleos de saber que se rigen por formas distintas de validación y que buscan alternativas a las establecidas por la racionalidad occidental. La salud homeopática y holística como lo es la partería es un ejemplo de esto, ya que ha sido –y todavía lo es- cuestionada, minimizada, ignorada y menospreciada por no apegarse o cambiar de acuerdo a las normas que dicta el sistema hegemónico de salud occidental.

Ángel Infante explica que la sociología de las ausencias es aquella sociología insurgente que busca mostrar que lo que no existe es producido activamente como no existente, como una alternativa no creíble, como una alternativa descartable, invisible a la realidad hegemónica (2013, pág.407). Esta epistemología parte de la idea de que las prácticas sociales son prácticas de conocimiento, que, aunque no están respaldadas por el sistema científico, no tendrían por qué verse menospreciadas, ya que buscan garantizar el desarrollo de constelaciones de conocimientos orientados a la solidaridad y a la emancipación del discernimiento conservador, que debe ser complementado "por la invención de subjetividades individuales y colectivas, capaces y deseosas de hacer depender su práctica social de esa misma constelación de conocimientos …los conocimientos emancipatorios se transforman gradual e insidiosamente, en conocimientos reguladores" (De Sousa Santos, 2009, pág.90).

Por lo tanto, para una contribución al panorama de la VO que analizo en este trabajo, se puede plantear el cambio social desde la perspectiva de De Sousa –y como veremos más adelante desde los círculos de acompañamiento y la sanación colectiva- para despatriarcalizar, desracializar, desmercantilizar y descolonizar el conocimiento –en este caso los saberes ancestrales trabajados por las parteras- a partir de una epistemología del sur, que defienda conceptos como justicia, equidad, el reconocimiento de la diferencia, la justicia histórica y la justicia cognitiva, considerando que los paradigmas socio-culturales están en constante evolución y que el reconocimiento para la prevención es clave para hablar de escenarios de desinvisibilización de la VO.

1.2.4. Cuerpoterritorio entre lo individual y lo colectivo.

El colectivo Geobrujas en su artículo "Subvertir la cartografía para la liberación" (2018), explican la función de la cartografía más allá de la representación gráfica de la Tierra, situándola en el primer territorio, el cuerpo. Es a través de esta herramienta que se examinan y recuperan conocimientos, sentipensares y dinámicas socio-espaciales de lo experiencial y lo subjetivo de cada individuo, promoviendo lo comunitario e incorporando un ambiente de diálogo e interacción que ayude a observar la diversidad de lo colectivo. Las Geobrujas plantean la consciencia del cuerpo, sus sentidos y sentipensares como parte de un proceso de autodescubrimiento que revela al cuerpo como "objeto y sujeto de poder, con la capacidad de accionar y transformar" (2018, p.42).

La cartografía corporal de las mujeres con las que trabajé, corresponde a retomar el control del cuerpo, del estar informada, de la feminidad, del dolor corporal y emocional, de la construcción social del rol materno, del vínculo entre lo holístico y lo científico, de los saberes propios y la intuición sobre los procesos y cambios del cuerpo gestante, de la contención de la violencia vivida en el cuerpo y del renacimiento a través de los vínculos sororos. Los ejercicios realizados dentro del círculo de reunión brindaron apoyo para identificar el dónde vivieron la enajenación, el cómo la desinformación generó esta misma enajenación a la vez que propició el cuerpo-territorio y la distinción entre espacios de terror –consultorios, hospitales, salas quirúrgicas- y espacios de reencuentro –círculos de acompañamiento, casa de parto, el hogar-.

> *Entonces ese fue más que nada el objetivo, darles información a las parejas, invitarles a escuchar la historia de otra pareja, a tener este círculo de la palabra también y que no solo sean las parteras las que tengan que dar la información, sino que cada una, el presentarse y decir porque está ahí, porque se interesa, el compartir sus inquietudes, sus dudas o sus objetivos, también pues ha sido muy favorable poder ver cómo las parejas pueden tomar decisiones (Minerva, 2020, entrevista 2).*

Algunos de los procesos biológicos de la maternidad, como lo son la gestación, el parto y la lactancia, suceden en cuerpos feminizados, lo cual deriva en una conclusión

moral y simbólica dentro del imaginario social, de que los cuerpos feminizados y la sexualidad femenina, social y culturalmente son los responsables innatos de ocuparse de la maternidad, por ello se plantea la maternidad como destino inmutable y plena realización de las mujeres. Cabe reconocer que la maternidad se refiere a hechos biológicos, sociales y culturales que se desarrollan tanto en lo íntimo como en lo público, sin embargo, la exigencia del rol heteropatriarcal sigue siendo el mismo que exige a la mujer realizar actividades de cuidado para otros y servidumbre voluntaria, sobreponiéndolas a su propio autocuidado.

> La necesidad de maternizar no queda satisfecha ni siquiera al tener hijos. En las madres se funda la permanente disponibilidad de las mujeres para cuidar a otros. Se trata de la dependencia vital emocional, afectiva e intelectual de cada mujer y corresponde con su dependencia en los otros aspectos de la sociedad y la cultura, tanto individuales como de grupo (De Dios-Vallejo,2014, pág.76)

Es importante reconocer que alrededor del tema corpóreo existe una tensión entre lo sociocultural y el Estado, ambos inciden dentro de la VO; y si bien la responsabilidad de las instituciones médicas, la academia y la familia que convergen en la invisibilización del maltrato al cuerpo femenino, son también los aspectos culturales los que siguen promoviendo la figura de la madre –y por lo tanto la de su cuerpo- como dócil, frágil, vulnerable y dispuesta a acatar cualquier orden que el/la obstetra señale. Al considerar a las madres como frágiles y no aptas para decidir por sí mismas lo que buscan o necesitan para su bienestar y el de sus bebés, la gestación pasó de ser un asunto privado a ser público, en tensión y maniobrado por el sistema de salud que define homogeneidades, trata de implementar políticas públicas de salud centradas únicamente en la salud vista como mercancía dentro de una estructura jerárquica que busca limitar las particularidades entre un embarazo y otro. Por ello, se debe buscar deconstruir las relaciones de reconocimiento relacionado con la autonomía de las mujeres gestantes para reclamar la visión integral de las madres sobre su cuerpo en general, que son sujetas con derechos y que pueden darse cuenta de la relación paternalista tradicional en las que se ven sumergidas dentro del sistema médico hegemónico provisto por el Estado.

La vida cotidiana ha sido aquel espacio de la reproducción y de la maternidad, que exige a las mujeres ser actores principales dentro de este escenario que sitúa la maternidad como un evento clave dentro de la sociedad heteropatriarcal, que a su vez sigue promoviendo a las madres como las únicas figuras que viven por y para los otros en una relación asimétrica que les exige la condición de entregarse total y completamente al cuidado de los otros -sus padres, sus cónyuges, sus hijos, sus hermanos y los parientes de su esfera de la vida-, a hacer de la maternidad, el papel a cumplir a la perfección, de acuerdo a valores morales tradicionales, durante toda su vida.

> La maternidad es sintetizada en el ser social y en las relaciones que establecen las mujeres, aun cuando éstas no sean percibidas a través de la ideología de la maternidad como maternales estas funciones y esas relaciones sociales, económicas, eróticas, nutricionales, ideológicas y políticas como contenido que organiza su ciclo de vida y que sustenta el sentido de la vida para ellas (De Dios-Vallejo,2014, pág.74).

La exigencia del rol de cuidadora es tal que cuando no es satisfecha –no por negligencia, sino que al no asumirse las labores de cuidado asignadas se crea un desbalance en el orden social heteropatriarcal-, los sujetos afectados –el propio sistema patriarcal y neoliberal- busca externar su hostilidad, así como culpar y sancionar a las mujeres por no resolver las funciones y roles sociales que se esperan de ellas. Delia expone que la modernidad ha entrado a los cuerpos de las mujeres y ha expropiado para las instituciones públicas esa parte de maternidad que es la procreación doméstica (pág.75).

Las características de la maternidad y el ser madre dentro de un contexto sociocultural demuestran que el imaginario social no cubre su amplitud, sin embargo, dentro de la función social se sigue naturalizando la protección, cuidado y vigilancia de lxs hijxs, se promueve la maternidad como un deber innato, que es necesario y cumple con ciertas particularidades correspondientes al escenario donde se desenvuelve. Existen variantes dentro de la construcción del imaginario de la maternidad en las mujeres, ya que por mucho tiempo el ser madre fue catalogado clave en la identidad femenina dado que formaba parte del discurso de lo que naturalmente conformaba la esencia del ser mujer.

1.3. Decisiones metodológicas.

Para la elaboración del conocimiento situado que desarrollé a partir de la información que me compartieron las mujeres entrevistadas, utilicé la investigación cualitativa para interactuar directamente dentro del contexto en el que las mamás y las parteras se desenvolvían; la fenomenología para priorizar las experiencias de las mujeres; las entrevistas semiestructuradas como una base de donde partir para ir tocando puntos sobre el embarazo, el trato con el personal médico, con las parteras, las interacciones dentro de los círculos y finalmente sus experiencias con la VO comprendiéndolas dentro del escenario de la vida real (en la vida de las mujeres, de sus embarazos y en los círculos de acompañamiento), especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes; y finalmente el análisis crítico del discurso como método de análisis para poder abordar la información rescatada de las entrevistas para posteriormente desarrollar una clasificación de familias y categorías que abarcaran los datos provistos.

Para esta investigación rescato el conocimiento situado y el punto de vista feminista como parte de la crítica al conocimiento derivado del sistema hospitalario como aquel total y unitario. Gracias a las entrevistas y a la ecología de saberes que fluyó dentro de los círculos de acompañamiento se puede comprender la función que mantienen el conocimiento situado y el punto de vista feminista como factor de cambio dentro de la estructura de saberes fijos y de la reapropiación del cuerpo.

Norma Blázquez, Fátima Flores, Maribel Ríos et al (2010) sostienen que la teoría del Punto de vista feminista plantea que el mundo se ve representado desde perspectivas epistémicas particulares posicionadas socialmente, así como también pone en duda la utilidad de mediciones y métodos que aíslan a quien conoce de lo que conoce, destacando al conocimiento situado, que gracias a las experiencias de las mujeres permiten visualizar una alternativa del mundo. Es la vida y las condiciones en las que se halla una mujer lo que le permiten construir su posición e intervención dentro de la realidad social. Las autoras retoman a Nancy Hartsock (2010, pág.30) en su explicación del punto de vista feminista, cuando plantea que es la perspectiva de las mujeres –sin importar edad, etnia, raza, clase o religión- la que ayuda a exponer el sistema opresivo patriarcal de dominación así como “lo

relevante es que todas las mujeres hacen “trabajo de mujeres” al ser las responsables institucionalmente de producir bienes y seres humanos, lo que constituye el punto de vista desde el cual todas las mujeres pueden y deben interpretar la realidad como es y cómo podría ser.”

En el texto también se menciona a Donna Haraway y la categoría que nombra conocimiento situado, refiriéndose a aquellos conocimientos derivados del/la sujetx, el proceso histórico cultural y semiótico que lo originó, así como la forma en la que convergen género, clase y etnia dentro del imaginario social, “…en tanto que acto enunciativo, esta forma de conocimiento supone que los sujetos implicados en su constitución se denotan mutuamente, e incluye al poder como un elemento indispensable en la explicación de la generación del conocimiento.” (2010, pág.237).

1.3.1. Investigación cualitativa.

La información recabada a través de las entrevistas semiestructuradas a las mujeres que entrevisté, junto con la fenomenología, ayudaron a ir construyendo el corpus del análisis de esta investigación. Analizar la relación entre las sujetas, los médicos y el espacio como red de apoyo donde se desenvuelven, me permitió explorar la naturaleza y el significado de estas relaciones. En mi búsqueda y análisis de distintas teorías que convergen con el trabajo de campo realizado, pude crear argumentos que abarcan la respuesta a los supuestos a lo largo de la investigación y a la pregunta de investigación.

Otra característica de utilizar la investigación cualitativa en relación con mis objetivos, es que ésta se puede basar en estudios de caso, experiencias personales, introspección, historias de vida, entrevistas, artefactos, textos y producciones culturales, junto con textos observacionales, históricos, interactivos y visuales (Lincoln, 2005). También el peso del trabajo de campo adquiere validez en la propia investigación con las sujetas, al ser multimetódica se apoya de la interpretación y de la comprensión de la realidad en la que las sujetas desarrollan y buscan significados de fenómenos de su propia realidad. Con la investigación cualitativa, se obtienen datos descriptivos: las propias palabras de las mujeres, habladas o escritas, y la conducta observable, lo cual me permitió problematizar mejor las familias y categorías para clasificar la información dada por las sujetas.

Para Herbert Blumer (1982) la investigación cualitativa es la única forma real de entender cómo la gente percibe, entiende e interpreta el mundo. Fue a través de un estrecho contacto e interacción directa con la gente, en un contexto de investigación que se desarrolla en su propio ambiente y de análisis inductivo, pude entender el mundo simbólico de las mamás. Con la labor realizada en mi trabajo de campo pude estudiar la vida social, así como sucede, como es concebida por y para las miembros (madres y parteras) de este círculo, al mismo tiempo que se rechaza cualquier intento de forzar el entendimiento de la realidad social a través del uso de modelos teóricos predeterminados.

La comunicación humana se realiza, según George H. Mead (1962), a través del intercambio de símbolos, tanto verbales como no verbales. En el mismo momento en que un gesto o un símbolo conlleva un mismo significado tanto en un agente como en un receptor, se puede decir que ha sido usado un símbolo significativo. El individuo a través de ello puede alcanzar sus metas, pronosticando las acciones de los demás a través de los significados de los símbolos usados, lo cual yo lo atribuyo a la asociación de testimonios compartidos por externos a las madres entrevistadas y su formación propia de su subconsciente. Para Mead (1962) debe la consciencia de la persona, sus pensamientos y sentimientos, estar en el centro del estudio social, de manera que la forma de su estudio está basada en observaciones de las actividades sociales cotidianas, en hechos al alcance de todos. En este caso las participantes del círculo al compartir sus memorias y observarse entre sí, priorizan el intercambio de estos símbolos y gestos de los que habla el autor.

La interacción social es en sí misma un fenómeno que implica que los sujetos traducen y anticipan las respectivas acciones y conductas. La interacción social no es por tanto un fenómeno aislado o difícil de alcanzar. La interacción tiene lugar entre personas que usan comunicación simbólica para producirla y a través de ello crear entendimiento mutuo. Las entrevistadas en este caso son sujetas inmersas en un proceso permanente de análisis e interacción consigo misma y con las demás, que al verse involucradas en una interacción con las otras integrantes del grupo generan significados, relaciones y comprensión mutua al saberse atravesadas por el mismo proceso –el embarazo y el parto-. Las cosas tanto concretas como abstractas existen a partir del significado que las personas

les asignamos. Los significados crecen a partir de la interacción humana y la existencia del objeto es una función de los significados que grupos sociales y sus miembros le dan.

1.3.2. Fenomenología.

La fenomenología es un enfoque que asume el análisis de los aspectos más complejos de la vida humana, de aquello que se encuentra más allá de lo cuantificable. Según Edmund Husserl (1998), es un paradigma que pretende explicar la naturaleza de las cosas, la esencia y la veracidad de los fenómenos. El objetivo que persigue es la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno del fenómeno. Conocer las vivencias por medio de los relatos, las historias y las anécdotas es fundamental porque permite comprender la naturaleza de la dinámica del contexto e incluso transformarla. (Fuster Guillen, 2019, pág. 202).

Elegí la fenomenología porque es la rama que mejor se adapta a estudiar el modo de percibir la vida a través de experiencias, los significados que las rodean y cómo son definidas en la vida psíquica del individuo. Este paradigma permite encontrar la relación entre la objetividad y subjetividad que se presenta en cada instante de la experiencia humana, así como intenta comprender estos relatos desde la perspectiva valorativa, normativa y prácticas en general; lo cual es de suma importancia para la visión de mi tema, ya que toma en cuenta las experiencias que las mujeres y las parteras han tenido respecto a la violencia obstétrica, incluyendo la información previa que pudieran o no haber tenido, así como las subjetividades construidas alrededor de la relación médico- paciente, que ayudará a desarrollar aquello que en las percepciones, sentimientos y acciones de las sujetas entrevistadas aparece como pertinente y significativo. Dentro de la investigación y con la ventaja de tener ya realizadas las entrevistas, pude observar y catalogar los datos que corresponden al espacio vivido, la corporeidad, la temporalidad que rodeó estas subjetividades y los lazos humanos creados y vividos dentro de la comunalidad, así como las categorías que fueron surgiendo.

1.3.3. Técnicas e instrumentos.

Elegí la entrevista semiestructurada a consecuencia de trabajar con un grupo de mujeres, que me permitió ser parte de los círculos y observar desde adentro, en su ambiente natural y preservando un balance. Esta técnica me facilitó recolectar datos al mismo tiempo que establecía una relación de confianza con ellas, la cual me permitió sensibilizarme con sus experiencias e interactuar con sus sentipensares.

Para la recolección de las vivencias colaboré con cinco mujeres -tres mamás y las dos parteras que dirigen los círculos de embarazo- desarrollando una entrevista semiestructurada con cada una, la cual fue grabada con su consentimiento para su posterior análisis de lo vivido y observado y así catalogarlas y organizarlas posteriormente. Al hacer uso de una entrevista semiestructurada, tuve una estructura básica de la entrevista, pero también tuve un margen de flexibilidad para relacionar respuestas que las entrevistadas comparten y pueden ser útiles para la construcción de nuevas preguntas. Me interesé por utilizar esta herramienta porque las preguntas se pueden preparar con anticipación. Esto me permitió estar preparada y a la vez facilitar a las sujetas la libertad de expresar sus opiniones en sus propios términos.

Realicé un borrador de un guion temático sobre lo que quería hablar con las mujeres, las preguntas fueron abiertas para invitarlas a compartir sus historias, expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso permitir desviarme del guion inicial cuando se atisban temas emergentes que es preciso explorar. El formato[13] utilizado tuvo preguntas abiertas, lo cual dio la posibilidad de discusiones que difieren de la guía de entrevistas, por lo que me apoyé grabando las entrevistas realizadas a través de la plataforma zoom para mantener la atención suficiente en lo que me relataban y como un soporte para la transcripción y posterior análisis del discurso.

1.3.4. Las entrevistas

Con las cinco entrevistas realizadas a las parteras y madres primerizas, planteadas alrededor de conceptos como las redes de apoyo y la VO, llevé a cabo una interpretación

[13] Los formatos de las entrevistas semiestructuradas dirigidas a las mamás y las parteras se encuentran en el anexo 1.

simultánea a medida que fui sistematizando, esto me ayudó a construir poco a poco el escenario del círculo de acompañamiento y de las vidas de las mamás a través de las variables y las evidencias. Ruth Sautu (2003) explica que este tipo de métodos holísticos vinculados a su contexto inmediato, tiene una fuerte orientación empírica y descriptiva en la cual el detalle y la particularidad no pueden ser dejados de lado. El todo se entiende en sus partes y éstas en el todo, como sucede con un sistema autocontenido. El contexto está definido dentro del sistema aun cuando las influencias externas puedan ser incorporadas como partes componentes del mismo (2003, pág.41).

Al plantear mis formatos de entrevista, en el contexto de la vida cotidiana de las sujetas dentro de la red de apoyo que crean continuamente -y que incluye la maternidad y sus experiencias atribuidas a la experiencia del parto-, se pudo construir la evidencia empírica a aApartir de mi propio estudio de campo -virtual- me fue permitido acceder a sus espacios íntimos y vitales, donde la interacción entre los conceptos teóricos y la evidencia que fui encontrando me permitió construir los casos.

Las limitaciones en las que se desenvolvió la investigación se centran en que debido a la situación del confinamiento por pandemia de Covid-19, únicamente pude entrevistar a tres de las mamás que asistieron a los círculos a través de videollamada, lo cual acortó la posibilidad de ampliar la preeminencia que fue atribuida a los datos, anclando la noción a datos empíricos, obstaculizando o reteniendo avances en otras direcciones productivas, como lo sería la comunicación no verbal y la interacción que se podía dar en entrevistas grupales. Otra limitante encontrada fue tomar los testimonios de las parteras desde su profesión y no desde su sentipensar como es que son madres, cosa que pude detectar a tiempo y empezar a clasificar la información que me brindaban dentro de las categorías correspondientes al abuso de poder, violencia obstétrica, redes de apoyo, etc.

1.3.5. Análisis crítico del discurso como método de análisis.

En mi investigación el Análisis Crítico del Discurso (ACD) me permitió examinar la información obtenida de las entrevistas y distinguir que el mundo construido alrededor de esas relaciones se revela a través del lenguaje, y los discursos que surgen permiten, como diría Ruth Sautu (2003), releer o reconceptualizar la dupla dominante poder/conocimiento. Él se refiere no solo al habla y discusiones espontáneas sino también a las organizadas de

acuerdo a ciertas formas de poder/conocimiento como parte de los discursos (Sautu, 2003, pág.45). Dentro de mi investigación estas corresponderían a los saberes ancestrales que las parteras rescatan y comparten, así como los conocimientos propios de las madres con los que intervienen en los círculos.

El ACD es, de acuerdo a la descripción de Virgil Van-Dijk (2016), una perspectiva crítica que toma una posición explícita y, de esa manera, buscan entender, exponer y, fundamentalmente, desafiar el abuso de poder y la desigualdad social (Van-Dijk, 2016, pág. 204). Es a través de esta herramienta que analicé el lenguaje empleado en los discursos de las entrevistas realizadas, que me fue posible conocer el cómo se rige y funciona la interacción social que tienen las mamás entre ellas y con las parteras y personal médico, es decir me enfoqué en los detalles de las interacciones reales y naturales que fluyen en la vida cotidiana, me interesó indagar en el habla, los modos de hablar y el foco de atención de lo que comunican.

Ruth Sautu (2003) afirma que hay tres supuestos de este enfoque: primero, la acción e interacción social exhiben en la conversación pautas de rasgos estructurales estables y recurrentes. Segundo, la acción comunicativa está doblemente contextualizada, moldeada por el contexto de expresiones (utterances) verbales y renovando ese mismo contexto. Tercero, ningún detalle puede ser descartado a priori (Sautu, 2003, pág.46). En mi caso, comencé con una lectura línea por línea de cada una de las entrevistas obtenidas -dos correspondiente a parteras y tres a mamás-, después con un análisis axial que me permitió armar categorías para ir clasificando la información extraída.

De acuerdo con Daniel San Martín (2014, pág.110-111), "la codificación axial es el proceso de identificación de relaciones entre las categorías obtenidas previamente, con sus subcategorías; esta relación está determinada por las propiedades y las dimensiones de las subcategorías y las categorías que se busca relacionar", Anselm Strauss y Juliet Corbin (según citado en San Martín, 2014) enuncian que una categoría representa un fenómeno o, sea, un problema, un asunto o un suceso que se define como significativo para los entrevistados.

Análisis axial: Primera revisión		
Familia	**Categoría**	**Códigos:**
Violencia	Violencia obstétrica	física, emocional, psicológica
	Situación emocional negativa	miedo, dolor, rabia, enojo, pena o vergüenza
	Desinformación	comunicación deficiente, información no provista
	Abuso de poder:	violencia patriarcal, sumisión, relación jerárquica, machismo, violencia de género
	Mercantilización del cuerpo femenino	procedimientos médicos innecesarios, capitalización del nacimiento
	Desconfianza hacia médico varón	falta de empatía, confusión de instrucciones
Espacios simbólicos	Redes de apoyo	experiencias, testimonios, círculos de embarazo, parteras
Revolución y adaptación de las pacientes	Adaptación y revolución de las pacientes	Identificación de violencia obstétrica, difusión de información, búsqueda de información.
	Feminidad, espiritualidad y	Vulva, sexualidad, mujer, energía,

	reapropiación del cuerpo	celebración, sabiduría interna, intuición, poder femenino, cuerpo, fluidez,consentimiento.

El cuadro anterior muestra el cambio que realicé en las categorías que tenía previamente, se agrupa por familias generales, después en categorías específicas y detalla los códigos que permiten identificación. Pensando que el lenguaje es tanto un proceso de comunicación como una manifestación de la cultura, y es parte también de la subjetividad de un individuo, planteo un ejercicio con el cuadro, que expone la información obtenida del análisis de las transcripciones con el propósito de determinar cómo las sujetas entienden mutuamente la situación por la que atraviesan.

En el cuadro anterior muestro el resultado del análisis axial realizado de acuerdo a las entrevistas realizadas, dos de ellas correspondientes a las parteras que están a cargo de los círculos de embarazo y los tres restantes de las mamás que asisten a los círculos mencionados anteriormente. A partir de las categorías empíricas, que fueron el resultado de la etapa de codificación abierta, se establecen nueve categorías descriptivas, todas ellas indican un aspecto distinto dentro del conflicto violencia obstétrica, círculos de embarazo y relación médico - paciente. Posteriormente se realiza el análisis que permite lograr el ejercicio conducente a discriminar entre las categorías analíticas que fueron objeto de un procedimiento que permitió centrar la atención en las relaciones que vinculan al conjunto de códigos con cada categoría analítica.

1.4. Conclusiones preliminares.

El proceso de construcción de categorías fue elaborado de acuerdo a las referencias que las mujeres entrevistadas me compartieron, al ir analizando entrevista por entrevista pude distinguir un patrón de repetición en ciertos temas, escenarios o situaciones por las que se veían atravesadas las sujetas. De ahí surgieron categorías que englobaban múltiples tipos de violencia que fui desglosando de acuerdo a la posición en la que se encontraba la madre, la relación con quien violentaba y también por otro lado condiciones de consolidar poder hacia las mujeres como lo serían la feminidad, las redes de apoyo y la revolución y adaptación de las pacientes.

2. Testimonios e intercambios de vivencias.

En este capítulo se profundizará en los testimonios recabados, citando partes de las entrevistas que ilustran detalladamente la construcción de las categorías propuestas, la cimentación de las subjetividades de las participantes alrededor de sus experiencias de embarazo, parto y episodios de VO, la visión de sus propios cuerpos, su cercanía con violencias múltiples –como la patriarcal, la desafección médica, la institucional, el machismo-, así como su cercanía y función dentro de una red de apoyo. Finalmente se abordará la idea de ecología de saberes de Boaventura de Sousa (2009), como base del funcionamiento del círculo de embarazo.

2.1 Sujetas de estudio.

Durante la investigación colaboré en círculos de embarazo y postparto, espacios de encuentro entre madres y padres que viven su proceso de embarazo, donde comparten sus dudas, vivencias y experiencias. Los círculos se realizan en San Pedro Cholula Puebla, lugar donde es reconocida tanto la labor de Minerva Ixehuatl como partera tradicional y hierbera, como los saberes ancestrales enfocados al cuidado de la salud. Estos círculos son guiados por dos parteras tradicionales Minerva Ixehuatl y María Luisa Segura, quienes enseñan y facilitan el responder dudas de los procesos naturales del embarazo y postparto por los que atraviesa la mujer y el bebé. Se reúnen el último sábado del mes aproximadamente dos horas, al principio las facilitadoras se presentan y ceden la palabra a cada persona que se encuentre en el lugar para que hagan una breve introducción de sí mismas, el tiempo que llevan embarazadas o cuánto tiempo tiene que parieron -en el caso de las madres y padres que asisten como invitados para compartir sus testimonios- y qué los llevó a asistir a ese espacio.

El grupo de mujeres con el que trabajé se ubica en un rango de edad entre 25 y 35 años -media que se presenta en las sujetas- de clase media. Para mi investigación la clase social y la edad de las mujeres elegida corresponde a mi hipótesis, donde sitúo que las mujeres usuarias de servicios médicos públicos y privados pueden llegar a distinguirse en medio de una situación violenta con el personal médico que las asiste. En otras palabras, la

violencia no está relacionada o es mermada por ninguna característica social, ya que sucede de distintas maneras y en mayor o menor medida, tanto en lo público como en lo privado.

Las participantes en la investigación tuvieron absoluta libertad para colaborar en el estudio y responder cada una de las preguntas que se les realizó. Se les explicaron los objetivos del mismo y lo que se requería de ellas. Se les garantizó el uso de seudónimos o anonimato si así lo preferían, así como la confidencialidad como premisas. En cada caso mostraron su conformidad a través de la firma de un documento contentivo de su consentimiento. Las grabaciones de las entrevistas y trascripciones de estas únicamente fueron utilizadas para el análisis requerido en este trabajo de investigación.

2.2. Construcción de categorías.

Para la realización de la tesis, el contacto y la interacción que tuve con mis sujetas de estudio me permitió recoger sus discursos completos, para proceder luego a su interpretación, analizando las relaciones de significado que se producen en la relación entre las pacientes y el personal médico, así como la convivencia que tienen dentro de los círculos de embarazo.

A partir de la transcripción y análisis axial de las cinco entrevistas realizadas, observé que algunas de las categorías que había establecido previamente estaban presentes en los testimonios leídos -violencia obstétrica, desinformación, abuso de poder, redes de apoyo, adaptación y revolución de las pacientes-, también surgieron otras como situación emocional negativa de la madre, mercantilización del cuerpo femenino, desconfianza hacia médico varón y feminidad, espiritualidad y reapropiación del cuerpo.

Para la construcción de las familias, categorías y códigos encontrados, primero delimité los temas principales que había investigado dentro de mi marco conceptual, de ahí es que surgen las primeras categorías preestablecidas antes del trabajo de campo. Posteriormente, a partir del trabajo de campo y lo revisado en las entrevistas, agregué y modifiqué categorías con sus propios códigos detonadores, y finalmente las dividí en familias. De igual manera para respaldar los argumentos que presento dentro de cada uno de los conceptos que se desarrollan en las distintas familias, rescato fragmentos de las entrevistas realizadas que ayudarán a visualizar de forma más tangible aquellos escenarios donde se desarrolla la VO y sus detonadores.

2.2.1. Familia 1: Violencia

La primera familia categorial se enfoca en la violencia como eje del cual surgen subcategorías que corresponden a diferentes caras del concepto principal y que se ven presentes dentro de la vida de las mujeres. El desarrollo está planteado de acuerdo a la información empírica que las entrevistadas me relataron de acuerdo a sus encuentros con violencia a lo largo de sus vidas.

- *Violencia obstétrica*

La violencia obstétrica es el tema central de esta tesis y se define como el concepto estereotipado de género socialmente difundido, en que la mujer, vista como sexo frágil, necesita ser mantenida sobre una autoridad patriarcal (en ese escenario, el médico), que va a decidir lo que es mejor para ella, transformando el nacer en un acto centrado en el profesional y pasible de las prácticas violentas (Jardim y Modena, 2018, pág.2). Como menciona Minerva Ixehuatl –partera tradicional-, la VO es persistente dentro del sistema médico hegemónico público donde se señala y juzga a aquellas mujeres que prefieren asistir con una partera en vez de continuar con sus citas en el seguro médico público. Muchas de ellas, al optar por esta decisión, se ven obligadas a seguir yendo con los médicos convencionales por el condicionamiento de actas de nacimiento, cartillas de vacunación y apoyos de programas gubernamentales.

> *Fíjate que algo que ha hecho el sistema médico y lo sigue haciendo, es condicionarlas mucho para las vacunas de sus bebés y la cartilla. Si no van a sus clínicas, cada comunidad tiene un centro de salud o una clínica en donde hacen censos y ven cuántas mujeres embarazadas hay en esa localidad y de acuerdo a eso, sí no van a consulta pues las tachan de irresponsables o de juzgarlas porque van con partera y le dicen que se ponen en riesgo y demeritan a la partera. Y eso pues hace que ellas elijan venir conmigo y al mismo tiempo, ir a la clínica. Y si han recibido sobre todo este condicionamiento, actualmente ya no están los programas sociales que se manejaban por los gobiernos, por ejemplo, había un programa que se llamaba Prospera, que les daba unas becas y que las apoyaba. Y si las mujeres*

no iban al parto o a sus consultas, no les daban el apoyo, entonces también de cierta manera se verían condicionadas a ir (Minerva, 2020, entrevista 2).[14]

- *Situación emocional negativa de la madre*

  La categoría situación emocional negativa de la madre fue incluida de acuerdo al clima emocional descrito por las madres durante diferentes episodios de violencia o estados de vulnerabilidad. Se toman en cuenta sensaciones como el miedo, dolor, rabia, enojo, pena o vergüenza por las que atravesó cada una de ellas en sus interacciones con personal médico, sus parejas o su familia. Todas las mujeres entrevistadas indicaron que en algún momento de su embarazo y parto se sintieron vulnerables por el trato que les era brindado y ése fue el indicador para buscar ser asistidas por las parteras. Alexia –una de las mamás entrevistadas- comentó que gracias a su formación como psicóloga tenía muy claro desde el principio de su embarazo que evitaría situarse dentro de un ambiente violento que la hiciera sentirse incómoda, *"…un día salí llorando de una consulta con mi esposo, él sí se sacó de onda y me dijo a ver relájate creo que éste no es el lugar adecuado en el que estamos ahorita" (Alexia, 2020, entrevista 5).*

- *Desinformación*

El concepto de desinformación o falta de información es una de las diferentes formas en las que se puede presentar la VO, esto se puede conocer a través de la descripción acerca de las interpretaciones de las mujeres embarazadas y en postparto. De acuerdo con las reflexiones compartidas por las entrevistadas, ellas mismas buscaron información referente a la gestación, parto y postparto, cuando sintieron que no estaban debidamente informadas. Al tomar sus propias decisiones acerca de su cuerpo, la búsqueda de datos se convierte en una herramienta que otorga poder. Marlene, la primera mamá entrevistada, relató que se dio cuenta que su obstetra no le brindaba la información suficiente o que no acababa de responder las dudas que le planteaba y optó por buscar información por su cuenta, que fue lo que la derivó a buscar ayuda de las parteras: *"Cuando me mencionó eso, dije aquí hay*

[14]Los extractos de las entrevistas tienen el nombre de la entrevistada, el año de la realización y el número de la entrevista.

algo que yo no sabía ¿no? Esto me lo contó cuando yo tenía 3 meses de embarazo y como que plantó la semilla de decir hay cosas de las que yo no sé qué sucede" (Marlene, 2020, entrevista 3).

- *Abuso de poder*

El abuso de poder tuvo un papel importante dentro de esta familia, ya que está planteado desde múltiples caras como la violencia patriarcal, la sumisión, la relación jerárquica entre el médico y la paciente, el machismo y la violencia de género. Cuando ideé esta categoría, estaba enfocada en el abuso de poder del personal médico hacia la mamá, pero gracias al trabajo de campo pude percibir que esta esfera incluía el abuso de poder en todos los escenarios alrededor de la madre (médico, de pareja y familiar). Dailys García y Zoe Díaz (2010) exponen a la atención biomédica y el uso de tecnología sofisticada como una estrategia del aumento de control en la profesión médica. Erika compartió que cuando ella estuvo bajo revisión de obstetras, si llegó a percibir que la figura de autoridad médica tiene mucho peso en la decisión de una mujer sobre cómo llevar a cabo su parto, en la mayor parte de los casos que ella conocía –de sus amigas y familiares- la mujer embarazada era redirigida a tener una cesárea a pesar de que no fuera su idea inicial: *"…pero si me quedé con eso de que es bien complicado… aunque vayas en contra de lo que te dice un médico y no tienes las herramientas para confrontarlo bueno no confrontar sino para refutar lo que te están diciendo y si no te ven a ti convencida, firme… ya saben cómo ingeniárselas para hacer que tú cambias de parecer…" (Erika, 2020, entrevista 4).*

- *Mercantilización del cuerpo femenino*

El concepto de la mercantilización del cuerpo femenino es abordado desde los procedimientos médicos innecesarios y la capitalización del nacimiento, los cuales forman parte de una relación regulada por estándares de productividad dentro de las instituciones hospitalarias con el fin de producir el resultado esperado: un/a bebé saludable (Sánchez, 2015, pág.100). Acudí a Dailys García y Zoe Díaz (2010), quienes enuncian que la excesiva intervención médica en el parto, traducida en la manipulación innecesaria del cuerpo de las mujeres, ha sido criticada desde diferentes ámbitos, sobre todo, "al proponer alternativas para proporcionar al nacimiento una atención más humana y digna, en la que, además de

reducir la medicalización, se contemple a las mujeres como sujetos de propio derecho" (2010, pág. 5). María Luisa, partera en la tradición que también dirige los círculos de acompañamiento, refirió que en sus tres embarazos –todos dentro de instituciones médicas- sufrió violencia obstétrica, *"...porque la gineco no llegó, llego hasta el final, cuando ya me iba a hacer la episiotomía y aparte me la hicieron súper mal" (María Luisa, 2020, entrevista 1).*

- *Desconfianza hacia médico varón*

Esta categoría no estaba contemplada al inicio de la investigación, surgió del trabajo de campo, donde las entrevistadas –de manera consciente e inconscientemente- demostraron inquietud hacia un médico varón en especial a que este les comentara –o no- lo que sucedería en sus cuerpos siendo del sexo opuesto. Dailys García y Zoe Díaz (2010) explican el proceso de medicalización del cuerpo femenino y su capacidad reproductiva, se basan en que la ginecología –una rama médica que sigue siendo supervisada por el sistema heteropatriarcal- históricamente lo ha asumido como patológico o defectuoso y las bajas tasas de natalidad, que constituyen un medio indirecto de control social de las mujeres, ya que la necesidad de controlar todos los embarazos y partos para que lleguen a buen término, abre el camino a la actividad normativa y controladora de la medicalización (2010, pág. 3). Tanto María Luisa como Minerva, puntualizan que el saber sobre el cuerpo femenino, el embarazo y el parto no deben ser únicamente compartidos desde el punto de vista de la medicina occidental, sino que se deben tomar en cuenta los saberes que las propias mujeres tienen y descubren en sus cuerpos. También comentan que el conocimiento femenino tiene más peso que el masculino en los procesos que solo las mujeres atraviesan como lo es la gestación, el parto y el postparto.

> *"Entonces sí el médico es hombre pues imagínate va a ser muy difícil que le puedas cuestionar a ese hombre que te está diciendo lo que según es" (María Luisa, 2020, entrevista 1).*

> *"Por ejemplo un médico hombre que te diga eso pues dices ´ ¿y ahora cómo le hago? ´, o sea esta parte empática, esta parte femenina de acompañar al cuerpo*

sabes que es desde ahí, desde que sabes cómo se siente un tacto (vaginal), desde que sabes cómo tienes que hacer un pujido" (Minerva, 2020, entrevista 2).

2.2.2. Familia 2: Espacios simbólicos

La segunda familia dialoga acerca de los espacios simbólicos donde hay una exposición de sentipensares y un escenario que promueve una construcción individual y colectiva de las mujeres que integran los círculos de acompañamiento. Es dentro de este ambiente que surge el compartir dudas, miedos, experiencias y catarsis alrededor del cuerpo cambiante, el proceso de embarazo y la espera de un bebé.

Para hablar de esta familia, aclararé que, si bien el consultorio médico y el hospital no son los espacios principales dentro de esta investigación, forman parte de los espacios simbólicos, evidenciando que estos lugares corresponden más a la prescripción e intervención ejercida por las relaciones de dominación y apropiación entre el/la obstetra y la mujer embarazada que acude. Dentro de estos espacios clínicos-hospitalarios –blancos, impolutos, neutros, impersonales, cuadrados que no dejan color o sensación alguna a la imaginación creativa- surgen evidentes apropiaciones simbólicas y de poder sobre el cuerpo feminizado como los procedimientos sin consentimiento, la humillación por ejercer la sexualidad o demostrar dolor, la violencia psicoemocional y física, así como el aislamiento. Este régimen médico también demuestra a la autoridad como jerarquía, una figura de poder que tiene dificultad para reconocer y expresar emociones a la paciente, a la que se le ha enseñado desde las instituciones académicas que la autosuficiencia y la invulnerabilidad ante el mensaje que transmita la madre es normal y que el conocimiento objetivo, absoluto y racional es el único a regir.

Al círculo de acompañamiento lo podemos distinguir a diferencia del espacio hospitalario, como un lugar físicamente abierto, libre e iluminado. Las reuniones se realizan en un espacio acotado al consultorio de María Luisa, un salón de baile grande con espejos y ventanales amplios que permitían visibilizar de adentro hacia afuera y viceversa. Las madres y padres se sientan en el piso formando un círculo y el diálogo es abierto por Minerva y María Luisa, que por dos horas dirigen los temas a discutir. En medio del círculo

formado por lxs asistentes se ponen una selección de frutas y semillas para compartir, así como una jarra de té. La fluidez dentro de este espacio es lo que permite física y emocionalmente abrirse al diálogo y la posibilidad de contemplar otras prácticas y representaciones alternativas, para la construcción de autonomía dentro del embarazo y parto.

- *Redes de apoyo*

Estos espacios de diálogo, como lo son los círculos de embarazo, pueden dar pie a que las propias mujeres que se encuentran en sus procesos de gestación y postparto, puedan entablar conversaciones acerca de sus propias experiencias relacionadas con el personal médico y la violencia obstétrica. Estos espacios contribuyen a fortalecer la identificación de patrones de violencia y la sanación colectiva entre mujeres víctimas. Estos círculos de embarazo corresponden a modelos de asistencia no hegemónicos para la atención del parto (García, Díaz y Acosta, 2013, pág.730), que pasan por centrar la perspectiva del proceso en su dimensión fisiológica, además de reconocer su valor como acontecimiento trascendente en la vida e implica que solo debe intervenirse cuando se adviertan o presenten desviaciones de la normalidad. Las madres entrevistadas comentaron que algo que las orilló a buscar ser asistidas por mujeres era la comprensión mutua sobre los cambios corporales, mentales y emocionales que solo otra mujer podría tener con ellas.

> *"…en los círculos lo que me gustaba era eso que llegabas un mes y tal vez al siguiente llegaba una pareja que ya había tenido al bebé y contaban cómo les fue, y al final como dice Minerva, es un proceso personal que también tienes que cómo decirlo como decía ella a veces soltar un poco el control de ti para que todo fluya…" (Erika, 2020, entrevista 4).*

Marlene mencionó que una de sus amigas le compartió que lo único que hubiera cambiado en su parto sería la falta de ese soporte femenino, *"…entonces me metió la idea de doula, me dijo´ ...porque sentí como esa necesidad de tener un apoyo femenino´ (Marlene, 2020, entrevista 3.*

2.2.3 Familia 3: Revolución y adaptación de las pacientes

La última familia abarca los actuares que las mujeres realizaron para cambiar aquello que las hacía sentir incómodas, faltas de apoyo o violentadas. Estas actitudes se daban tanto en lo individual como en lo colectivo, pero era en esto último donde fluían más los saberes y experiencias que respaldaban la revolución de las mujeres sobre sus propios cuerpos.

- *Adaptación y revolución de las pacientes*

Brigitte Jordan (1997) introduce el concepto de "conocimiento autorizado" como aquel construido socialmente dentro del sistema hegemónico médico que minimiza y quita importancia al saber de las mujeres y las parteras. Se sigue perpetuando un procedimiento que objetiviza y mecaniza el cuerpo de la paciente y da continuidad al estatus heteronormado y jerarquizador del conocimiento médico autorizado. En relación con el parto, su humanización implica que el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; a esto me refiero con la revolución de las pacientes, de volver a hacer propia sus experiencias de parto, donde coexista una actitud respetuosa y cuidadosa, la calidad y calidez de atención, que se estimule la presencia de los acompañantes que ella decida para su apoyo y contención emocional. En otras palabras, que la mujer sea el centro de la atención y los servicios ofrecidos sensibles a sus necesidades y expectativas (García y Díaz, 2010, pág. 5). La labor que realizan las parteras se inclina principalmente en brindar un ambiente cálido donde las mamás se sientan acompañadas, que sus sentipensares son priorizados y que en ningún momento se perderá el respeto sobre sus cuerpos y creencias. *"Pero es muy distinto cuando tú permites y te abres a decir sí, sí quiero a decir no, no la quiero. Entonces eso para la mujer ha sido tan importante, respetar su cuerpo ¿no? respetar su decisión" (Minerva, 2020, entrevista 2).*

- *Feminidad, espiritualidad y reapropiación del cuerpo*

Encontrar esta categoría fue muy peculiar, dado que en lo general estuve basándome en concepciones que tenían que ver con violencia o aspectos negativos relacionados a la VO, observé que se repetían ideas como la feminidad, lo holístico, la sexualidad femenina, la

energía y su fluidez, el parto como una celebración, la sabiduría interna de las mujeres, la intuición, el poder femenino, la aceptación y reconexión con el cuerpo, y finalmente el consentimiento. Hallar estos elementos asumidos dentro de lo espiritual y ancestral[15], que son decisivos en la búsqueda de una opción alternativa al parto, la asistencia de una doula, o re-conocer la guía de la intuición y sabiduría femenina, enriquecieron la noción de red de apoyo al ser vinculados con los círculos de embarazo, la contención y la sanación colectiva. Aún ahora en el siglo XXI, la decisión de parir en casa o asistida por una partera sigue siendo inusual en muchas partes del mundo y en la mayoría de los casos cuestionada por la familia de los padres[16], sin embargo, son muchas las familias que han buscado información y los beneficios que tiene tanto para la madre como para el bebé, optar por una opción diferente a las instituciones de salud públicas o privadas.

> *"Honestamente dije no, cuando me embarace voy a tener cesárea, ¿para qué voy a estar sufriendo?, pero al final leyendo como todos los beneficios del parto tanto para la mamá como para el bebé dije no, yo sí quiero que mi hijo nazca natural o sea la verdad y pues… Minerva sí fue mi gran aliada" (Erika, 2020, entrevista 4).*

> *"Entonces fue algo muy curioso porque de hecho esa parte la trabajo como mucho en la espiritualidad fue como un instinto o como un…, pues como una corazonada el hecho de que de repente sentí la necesidad de que tenía que buscar una partera tradicional, no sé de dónde y es todavía algo con lo que trabajo porque no sé de donde salió en mi ni de dónde surge, no tenía yo digamos alguien previo en mi árbol genealógico que ya hubiera parido con partera que yo supiera y tampoco tenía amigas o un círculo de amigas que ya haya parido con parteras. Entonces fue algo chistoso esta parte que me latió después tengo que buscar una partera porque creo que eso es lo más chido y regresar a lo que era antes, lo natural" (Alexia, 2020, entrevista 5).*

[15] Refiriéndome a los términos usados en sus testimonios y descripciones por las parteras y las mamás.
[16] A causa de la contingencia, Minerva y María Luisa llegan a atender hasta ocho partos cada semana cuando antes era de cuatro a cinco. https://www.periodicocentral.mx/2020/gobierno/item/6958-dar-a-luz-en-casa-poblanas-acuden-a-un-parto-asistido-ante-la-crisis-por-el-coronavirus#ixzz6shRk3HVg

2.3 Construcción de subjetividades.

La construcción de los imaginarios de las mujeres está estrechamente vinculada con el conjunto de relaciones de producción, de reproducción y por todas las demás relaciones vitales en que están inmersas las mujeres independientemente de su voluntad y de su conciencia, y por su forma de participar en ellas (Lagarde, 2019, pág.87). Erika menciona que en su familia ninguna de las mujeres sabía lo que sucedía en el parto o lo platicaban después entre ellas, lo único que nombraban era la sensación de miedo y así había pasado a lo largo de varias generaciones.

> *"…otro paradigma que tenemos o al menos yo tenía era pues que te iba a doler muchísimo ¿no? Que era el peor dolor de tu vida, pero todo el mundo te lo cuenta como con miedo. Cómo que vivimos con el miedo del parto y vimos con el miedo de parir porque así nos lo han ido pasando de generación en generación…y sobre todo esa parte de la violencia obstétrica esa nadie te lo dice. Yo sabía por ejemplo que mi mamá… ella sí me dijo que cuando tuvo a mi hermana -que fue su primero- fue en un hospital de monjas y que ella les decía que quería caminar, sentía la necesidad de caminar, y que desde que llegó al hospital la acostaron y le dijeron ´no, no se puede levantar´, y ella decía ´es que yo sentía la necesidad de y me dolía y no me dejaban moverme´, y casi casi la tenían amarrada, y dije ´ay no, yo no quiero eso´. Y la mamá de otra amiga lo mismo, cuando ella tuvo a su primer bebé también fue en un hospital de monjas y que la tuvieron así …que no la dejaban moverse…" (Erika, 2020, entrevista 4).*

Las subjetividades se ven condicionadas histórica, social, cultural, genérica[17] y sexualmente. Marcela Lagarde también agrega que aún en las más diversas sociedades, lo común exigido a las mujeres es que su núcleo vital sea la feminidad y sexualidad para los "otros", dividida y antagonizada en la sexualidad procreadora y la sexualidad erótica. Dentro de estas exigencias hacia la figura femenina, se encuentra la de la maternidad que se

[17] Lagarde plantea que la situación de las mujeres se refiere al conjunto de características que tienen las mujeres a partir de su condición genérica, en determinadas circunstancias históricas.

exige sea realizada sin quejas, miedos o dudas y balanceando el seguir siendo una figura erotizada para los estándares de la sociedad heteropatriarcal. Alexia rescata de su formación académica como psicóloga el que pudo discernir lo que quería en su embarazo desde el principio y el ambiente amable y cálido desde donde quería parir.

> *"...pues todo lo que había estudiado en la parte de sexualidad habíamos trabajado mucho a nivel individual la parte del maltrato, trabajar con el cuerpo, las violencias, pues todo en absoluto era un proceso muy fuerte para mí que me llevó a deconstruir muchísimo pues toda esa parte. Entonces pues justo estaba yo en el momento en el que, trabajando con el buen trato hacia mí, al amor propio, cómo visibilizar y deconstruir las violencias en las que estaba viviendo en ese entonces en todos los sentidos a nivel género, personal, familiar, de pareja, como en todos los sentidos. Entonces cuando me entero que estoy embarazada fue un momento de wow, creo que en todas las instancias se vive violencia invisibilizadas, normalizadas. y de todo tipo. Entonces pues sí fue un problema que a mí me preocupaba mucho no vivir porque pues primero para mí ¿no? Y en segunda pues que un nuevo ser que iba a llegar al mundo no llegará con violencia y que fuera lo más bien tratado y respetado posible…" (Alexia, 2020, entrevista 5).*

Los testimonios que me compartieron las entrevistadas en el trabajo de campo, me permitieron observar con más detalle la construcción de sus subjetividades como mujeres y como madres. Cada una de ellas nombraba conceptos alrededor del patriarcado, la violencia de género, la minimización de sus dudas por parte de las figuras médicas, el temor a parir dentro de un hospital entre otros. Aun cuando habían compartido espacio y diálogo en los círculos, algunas de las mamás entrevistadas nombraban aspectos similares que tenían claro desde el inicio de sus embarazos.

Las diferentes culturas incluyen concepciones y políticas hegemónicas dominantes alrededor de la maternidad, pero cada maternidad vivida es única y se limita a la experiencia identitaria individual de cada una de las madres, involucra no solo a la mujer desde su subjetividad y particularidades definidas por su rol social, sino también desde la materialidad de su cuerpo.

"…y darme cuenta que un montón de mujeres atrás en mis generaciones han parido desde el miedo, desde la violencia y encontrar que de ahí viene mi miedo porque yo decía bueno, pero ¿por qué me da tanto miedo parir si nunca lo he vivido, por qué me da tanto miedo? Y bueno, en un recuento era esa parte de, bueno, todas las historias que me han contado desde chiquita incluso mi propio nacimiento han sido tragedias de ´no… es que es horrible, pero bueno ya cuando nace es algo maravilloso´. Pero no, o sea, creo que es un tema muy importante al que hay que profundizar muchísimo y en el que si se le debe prestar mucha atención ¿por qué vienen todas esas historias y porque han vivido así las mujeres esas historias? Y bueno, retocando un poco el punto en el que me decías si otras mujeres han sido así violentadas y que si han vivido violencias, pues yo creo que casi todas, si no es que todas realmente pues sí nos hemos visto envueltas en un proceso así, por lo menos a las que yo conozco en donde ´ay es que trae el cordón enredado y es cesárea, o ay, es que ya te estás pasando de la semana 40 y ya es cesárea´ y todo para cualquier cosa es cesárea y no solo llegar a la violencia física sino a la violencia emocional obstétrica que quiere decir por ejemplo lo que lo viví ´es que a lo mejor tienes un aborto espontáneo´ y entonces todo ese terror psicológico que nos meten en el embarazo está del nabo, está muy feo…" (Alexia, 2020, entrevista 5)

2.4. Visión del cuerpo.

Durante el análisis de las entrevistas realizadas, observé que cada una de las mujeres poseía una visión distinta de su propio cuerpo y el de las otras. Sus propios relatos narraban la construcción de sus sentipensares alrededor de su concepción de ellas mismas, la relación que otrxs –personal médico, parejas, parteras- tenían con sus cuerpos, su vinculación con su feminidad y la parte holística de esta última. Ambas parteras, dado sus conocimientos ancestrales, rescatan la integración total de la psique y el cuerpo, es por ello que invitan a las mamás a abrazar su lado espiritual.

Si tú permites…tú eres energía, tú vas a saber cuándo es el momento ¿no? confiar en ti, en tu cuerpo, en que tu cuerpo está hecho perfecto y va a hacer todo lo necesario, que no tienes que darle órdenes ni hacer nada solo seguir lo que tu

cuerpo te está indicando, nada más. Ir con lo que estás sintiendo (Minerva, 2020, entrevista 2).

Dentro de las categorías abordadas anteriormente, para este apartado rescato *abuso de poder, la mercantilización del cuerpo femenino y feminidad, espiritualidad y reapropiación del cuerpo,* las cuales dan pauta a manifestar al cuerpo como primer vehículo de poder para y por nosotrxs, que inspira los diferentes patrones de cultura expuestos en la sociedad. Foucault (2002) los denomina disciplina, medio de dominación y forma de esclavitud moderna facilitadora de sumisión que vuelve dócil al cuerpo porque puede ser sometido, utilizado, transformado y perfeccionado. Faustina Manrique Ramírez (2018) plantea al cuerpo como un medio que capta y hace suyas las señales y símbolos que representan el poder, que busca adecuar y convertirse en ése cuerpo dócil a disposición del otrx. Y la relación cuerpo-poder convergen en una disciplina al servicio de la vigilancia, el control, el rendimiento, el incremento de capacidades y la utilidad, de forma tal que el cuerpo opera con las técnicas, la rapidez y la eficacia requeridas. Foucault considera como instrumentos de poder los siguientes: la regulación, la política, el discurso, la educación, la tecnología, los medios de comunicación, la ciencia y la salud, por solo nombrar algunos, en los que median técnicas, procedimientos y estructuras que se entretejen para gobernar, vigilar y dominar (2002, pág.138).

En la actualidad, la cultura médica involucra una serie de operaciones: observar, registrar, asignar valores, comparar, establecer correlaciones y procesos, etc. Martín de la Ravanal y Diana Aurenque (2018) advierten que estos análisis clínicos (registro, informes o historias médicas) distan notoriamente de los relatos de los pacientes. Se busca un racionamiento técnico basado en la precisión, control y exactitud, se trata de abarcar un mayor dominio sobre el cuerpo, predecir riesgos y alteridades, así como la manifestación de malestares físicos y psíquicos. Las parteras al brindar apoyo y guía a las futuras madres, recalcan la importancia de reconocer los cambios que suceden en el cuerpo, les reiteran el poder que tienen sobre sí mismas y no minimizan ningún síntoma que la mamá pueda llegar a manifestar, priorizan el autocuidado por sobre lo que pudiera llegar a decir el sistema médico hegemónico.

…si la mujer no conoce su cuerpo y no conoce la fisiología del embarazo, va a ser muy fácil que el médico la manipule, ya que es una mujer que no tiene autocuidado

y que siempre ha dependido de la medicina para estar bien, generalmente no se da cuenta de que está siendo violentada (María Luisa, 2020, entrevista 1).

La constitución de una mirada médica sobre el cuerpo, abordada y compuesta de interpretación, juicios e intereses, se interesa por lo enfermo, herido y envejecido. Pareciera que la rama de la salud no es solo el conjunto de saberes y técnicas sobre la salud y enfermedad de las personas, también se encarga de valorar y catalogar la salud como lo bueno y la enfermedad como lo indeseable. Martín de la Ravanal y Diana Aurenque (2018) hablan del poder médico que busca regularizar, disciplinar, normalizar cuerpos y poblaciones en función de volver a los individuos sanos, productivos, dóciles y útiles para las instituciones modernas. En otras palabras, el sistema médico hegemónico se manifiesta como una institución de y con poder. ¨Por su parte, Ivan Illich (1975), habla sobre la "medicalización" refiriéndose a la expansión de los sistemas de salud en casi todos los campos de la sociedad moderna y a la creciente dependencia de la población respecto de los servicios proporcionados por los profesionales de la salud e industrias farmacéuticas (pág.415). Se plantea que el objetivo de la medicina moderna es ajustar, conservar y dirigir la vida de individuos y grupos poblacionales para el cumplimiento de sus propios objetivos. El saber médico se va apropiando de las prácticas culturalmente adecuadas en varios ámbitos de la vida cotidiana de las personas, es decir, a la complejidad del proceso de medicalización. La vida biológica se convierte en un objeto de prácticas gubernamentales que buscan constituir un cierto tipo de subjetividad y normatividad. Que a su vez permite operaciones de exclusión/inclusión, de confinamiento y libertad, de acceso o restricción a redes laborales, educativas, sociales, etc.

La mercantilización del cuerpo y los procedimientos médicos innecesarios, son la fachada de un capital acumulado de "saberes profesionales costosos, innovaciones tecnológicas largamente desarrolladas y caras de adquirir, tiempo de trabajo humano e inversiones enormes en infraestructuras de asistencia y laboratorios, etc (Ravanal y Aurenque, 2018, pág.417)." Y debe circular dentro de los mercados y sistemas de salud para poder pagar sus costos de producción y producir ganancia, así como obligar a generar una demanda permanente de consumo. En muchas ocasiones el escenario que se presenta es la imposición por parte de la autoridad médica sobre algún procedimiento médico que

además de ser invasivo y costoso, no es lo que la mujer quiere. Nuevamente nos enfrentamos a la función de la figura jerárquica que influye en la psique de las mujeres y que en muchos casos dirige las decisiones sobre sus cuerpos.

> *…porque ella se dio cuenta, pero también te voy a decir que… si ella se hubiera dado cuenta conscientemente y hubiera tenido la fuerza para decir "se hace lo que yo digo porque es mi cuerpo", a lo mejor hubiera podido tener a su bebé, pero por alguna razón no tenía la fuerza…si ella hubiera dicho "a ver yo conozco mi cuerpo, yo creo en mí" a lo mejor se hubiera impuesto, pero no sucedió, que fue falta de creer en ella, aunque sabía lo que estaba sucediendo (María Luisa, 2020, entrevista 1).*

La medicalización de la vida permea un supuesto implícito y generalizado de enfermedad; la idea de que todas las personas puedan considerarse bajo un poder y control social inédito, la somatocracia o un gobierno sobre el cuerpo. También se ve intrínseca la economía de la salud que vela por el mejoramiento de salud, los servicios de salud y el consumo de salud como parte de los factores del desarrollo económico de los países más avanzados. La medicalización es parte de una biopolítica más general. Foucault dirá: "El cuerpo es una realidad biopolítica, la medicina una estrategia biopolítica" (1999, pág.366).

Rescato una división dentro de la medicalización que hace Magdalena del Carmen Morales Domínguez:

- La medicalización vista como *el establecimiento de salud*, es el ámbito donde se materializa este conocimiento a través de los actores y la estructura política y legal que la representa, para la atención formal y especializada del embarazo, el parto y el puerperio. (2017, pág.7).
- La medicalización vista como *una intervención del Estado*, en esta categorización el ejemplo de la gubernamentalidad se ve reflejado con el programa PROSPERA, para las mujeres es un actor vigilante en cómo atender su embarazo, su parto y su puerperio. (2017, pág.7).
- La medicalización vista como *violencia obstétrica*, las mujeres rechazan la atención de los establecimientos de salud o del médico, especialmente de los servicios

públicos por no tener un trato digno. Al no respetar sus condiciones de persona que siente y tiene derecho a decidir sobre su cuerpo. (2017, pág.7).

- La medicalización vista como *el medicamento*, el uso de insumos como los medicamentos, para solventar las "necesidades de las mujeres percibidas por los médicos" sin considerar la necesidad del cuerpo de la mujer con relación al contexto, sino que está establecido como algo natural. (2017, pág.7).
- La medicalización vista como *la reducción del gasto* en la atención del parto, en este sentido, se piensa que en el establecimiento público se gasta menos, teniendo Seguro Popular (2017, pág.7).

Foucault expone como clave del problema la extensión de un tipo de saber-poder médico que consolida su influencia y se alía a otras formas de control y vigilancia social. Cabe recordar que la medicina está conformada por una red de profesionales y prácticas médicas que trabajan e intervienen el cuerpo y la intimidad de los individuos. Ravanal y Aurenque (2018) hablan de cómo iniciativas privadas y estatales desarrollaron una nosopolítica[18], que puso a disposición los espacios "interiores" del sujeto: su cuerpo, su familia, su sexualidad, su vida de pareja, su higiene, su régimen de vida y ambiente habitacional (pág.420). El testimonio de María Luisa, permite observar cómo las mujeres se ven expropiadas de su capacidad de decisión sobre sus cuerpos, en muchas ocasiones por las posibles situaciones de violencia en la que se vieron durante sus experiencias vividas.

> *…también sale mucho esa parte de la mujer, cómo ha vivido y ha sido abusada de muchas maneras: física, mental. ¿Pero qué tiene que ver a final de cuentas con la sexualidad? entonces una mujer que no tiene una sexualidad sana y fuerte le va a costar mucho trabajo decidir por ella, entonces siempre va a estar decidiendo el marido o la pareja o el papá o una autoridad (María Luisa, 2020, entrevista 1).*

Es así que se refuerza el control social sobre la conducta del individuo y la relación que éste establece con su cuerpo, mientras se promueve una constante moralización del cuerpo compuesta de reglas, deberes y prescripciones provenientes de la medicina. Consecuentemente, el cuerpo también es visto como parte de la fuerza de trabajo que se vende por un salario, y como parte de una nueva economía y mercado de la salud y

[18] Ravanal y Aurenque (2018) se refieren a esta como una política de gestión de la enfermedad.

enfermedad. El cuerpo, en cuanto sufre y disfruta, siente bienestar o malestar, pertenece al mercado de la medicina (Ravanal y Aurenque, 2018, pág.426)

Gabriela Ramírez (2014) propone la noción de poder obstétrico –derivado del pensamiento foucaultiano del mecanismo de control y opresión- como una forma de poder disciplinario que produce cuerpos sexuados y dóciles, que patologiza el proceso de parir.

> Para producir unos cuerpos que obedecen a los mandatos de la socialización de género en la sociedad patriarcal, debe ejercerse un poder disciplinario capaz de moldearlos y someterlos a ese régimen de inteligibilidad. Y, en el caso de las mujeres, parte de ese disciplinamiento se ejerce por medio del poder obstétrico. (pág.147)

En su libro Calibán y la bruja (1998), Silvia Federici describe la forma en la que, durante la transición del feudalismo al capitalismo, las mujeres fueron desterradas de sus propios cuerpos de manera paulatina, fundamentalmente, en lo que a la sexualidad y a la reproducción se refiere. Durante esta etapa también se señaló y juzgó el saber de las mujeres -en especial de las parteras-, y se buscó a través de la cacería de brujas, un intento por controlar la natalidad y posicionar a las mujeres en etapa reproductiva al servicio de la fuerza de trabajo. Gabriela Ramírez (2014) rescata que "las parteras, las curanderas, las herbolarias, eran apreciadas dentro de las comunidades que atendían; al perseguir y aniquilar a las brujas se expropió a las mujeres de ese saber empírico relacionado con las hierbas y los remedios curativos (pág.150)". El testimonio de Minerva nos permite ver como actualmente los saberes ancestrales han sido retomados por mujeres en zonas urbanas y semiurbanas como herramientas para sus necesidades corpóreas y de su psique.

> *Y esa es realmente la conexión con tu poder femenino, con tu sabiduría interna, permitir que la mujer tenga esa oportunidad y realmente la tienen. Muchas mujeres a veces dudan o me dicen "pero ¿cómo le voy a hacer?, ¿cómo voy a identificar cuándo es el momento del parto?", y les digo "tú lo vas a saber, tú lo vas a identificar" (Minerva, 2020, entrevista 2).*

Ramírez a su vez expone la llamada colonización del útero, que de acuerdo a Nancy Ehrenreich (1993) se reconoce porque

> En la sociedad capitalista, el cuerpo es para las mujeres lo que la fábrica es para los trabajadores asalariados varones: el principal terreno de su explotación y resistencia, en la misma medida en que el cuerpo femenino ha sido apropiado por el Estado y los hombres, forzado a funcionar como un medio para la reproducción y la acumulación de trabajo. En este sentido, es bien merecida la importancia que ha adquirido el cuerpo, en todos sus aspectos –maternidad, parto, sexualidad–, tanto dentro de la teoría feminista como en la historia de las mujeres (Ehrenreich,2010, pág. 29-30 en Ramírez,2014, pág148)

Nancy Ehrenreich en su artículo "The colonization of the womb" (1993) analiza la articulación de las categorías raza, clase y género dentro de los mecanismos de opresión patriarcal que se manifiestan en torno a la reproducción. Ella explica la función de los poderes médico y jurídico, ejercidos no únicamente sobre los cuerpos femeninos, sino a través de ellos, y cómo a su vez construyen realidades: "La medicina controla a las mujeres al crearlas, inscribe sus burocráticas, mecanizadas y patriarcales imágenes de la realidad en sus propios cuerpos" (Ehrenreich, 1993, pág.576).

Gabriela Ramírez (2014) realiza una comparación del parto entre sociedades no-occidentales y las occidentales. En las primeras refiere a una libertad de la que goza la mujer sobre su propio cuerpo, donde pueden caminar, cambiar de posición en el momento que deseen o necesiten y también tiene apoyo y consejo de parteras, entre otras herramientas. En la cultura occidental, por el contrario, "el parto es percibido meramente en términos de la actividad uterina y de los actos del personal médico y dejan de lado a la mujer que está pariendo" (pág.153). La autora también menciona que, en los últimos 300 años, los cambios optados por los médicos favorecieron al parto en posición horizontal, y durante el siglo XVII en Francia se popularizó por la influencia de Francois Mauriceau en la corte de Luis XIV, donde al parecer, el Rey prefería esta posición para poder observar el nacimiento de sus hijos (pág.153).

Los saberes subyugados como aquel conjunto de conocimientos que son descalificados, considerados insuficientes o saberes ingenuos, los cuales en la mayoría de las veces corresponden al paciente (Foucault, 1980). Aquí es donde nos encontramos con un dilema ¿dónde se encuentra la reivindicación del saber femenino, de la libertad de

ocupar el propio cuerpo con los procesos fisiológicos que le corresponden durante un embarazo o parto? Se ha expuesto anteriormente que este saber-autoconocimiento es descalificado por no tener la base científica que el sistema hegemónico médico ocupa. Rescato de Ramírez (2014) que los saberes de las mujeres sobre sus propios cuerpos no están aprobados por el sistema médico hegemónico y se encuentran subyugados. Se encuentran oprimidos por no establecerse dentro de lo tradicional y por el lugar social donde se encuentran las mujeres dentro de la estructura social dominante de género que privilegia lo masculino sobre lo femenino. Las mujeres parturientas al no poseer conocimientos especializados en medicina y/o enfermería ni hablar en jerga médica, no son interlocutoras válidas en una relación que busca un dialogo (2014, pág.155). Se ven inmersas en una relación de poder.

Al respecto Marlene comenta que priorizó su saber propio y su comodidad al enfrentarse a una situación nueva que la involucraba a ella directamente y a su bebé, por encima de las opiniones de su obstetra*…como tal no desconfié de mí misma, sino más bien porque iba a ser algo nuevo y por qué me estaba decidiendo por optar por algo que estuviera fuera del contexto de medicina, de mi médico obstetra (Marlene, 2020, entrevista 3).*

Pareciera que el embarazo orienta a producir un cuerpo dócil y disciplinado, que al verse sometido a un control estricto se violenta su condición de sujeto moral dentro de una estructura social del patriarcado que busca dirigir la economía de la reproducción. El poder obstétrico vendría a ser esa forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir (Ramírez, 2014, pág.156).

Otra forma no tan sutil de control son las salas ginecobstétricas de un hospital, todo está monitoreado, hay un control en el ritmo, tiempo y finalmente en los cuerpos de las mujeres. Las decisiones están supervisadas y nada sucede sin autorización, así sea algo que vaya en contra de la voluntad de la paciente. Los propósitos son meramente utilitarios y la única propuesta visible para entrar en un estado de bienestar es la docilidad. El embarazo y el propio parto se ven construidos como procesos de alteración que si no son vigilados pueden terminar en un caos –se ve a la mujer como un cuerpo enfermo-. El ciclo de la vida

se ha medicalizado al igual que el proceso de salud-enfermedad. Por otro lado, los partos en casa se consideran –desde la institución médica patriarcal- un retraso que corresponde a la irresponsabilidad o la pobreza, en muchos escenarios la partera se idealiza como una figura rural, contraria a lo civilizado. Sin embargo, Alexa relata que desde el principio ella no quería ser ingresada a un hospital porque se le hacía un ambiente rodeado de perfección y rigurosidad, así que elegir parir en la Casa de Partos simbolizó intimidad y respeto para su proceso.

> *Y bueno al final pues ese espacio fue para mí, íntimo, cálido y a comparación de otros espacios que justo nos hacen creer que necesitamos parir en un hospital y un hospital no es lo más íntimo, respetuoso o cálido y no es tampoco lo más armonioso ni amoroso (Alexa, 2020, entrevista 4).*

Por otra parte, el poder obstétrico se ve intrínsecamente unido con el mandato patriarcal y la jerarquía del género, cuando se exige moralmente una tolerancia al dolor durante el parto, lo que se asocia con la aptitud de la parturienta para asumirse como madre. Es decir, un proceso que Adrienne Rich (1986) denominó "la institucionalización de la maternidad", una apropiación –esclavización- de los cuerpos femeninos históricamente instaurada por el patriarcado que fija el valor social de la mujer en su quehacer como madre. El modelo hegemónico patriarcal espera de las mujeres la sumisión de una mayor carga de dolor, la negación de sí mismas, el no cuestionar ni preguntar, así como el sometimiento. Gabriela Ramírez asume (2014) que el control sobre los cuerpos reproductores de la fuerza de trabajo y el disciplinamiento que los hace dóciles, domésticos, hieren al yo de la mujer al tiempo que producen la subjetividad de la madre en el sistema de dominación patriarcal (pág.157).

> *…si, no das tu consentimiento. Aunque por ejemplo en los hospitales manejan esto del consentimiento informado, de hecho, hay unos formatos que así dicen, pero solo los usan para la planificación familiar, no los usan en esta parte de la labor del parto… ¿de qué es lo que quieres?, ¿de qué es lo que no quieres?, es decir necesitas caminar, pero si ya te encamaron ya no te puedes parar, o sea esta libertad de movimiento. Si estas enclaustrada en una cama, ¿pues cómo?, o si estás*

con una solución fisiológica ¿cómo te mueves? no hay libertad (Minerva, 2020, entrevista 2).

Todo esto conlleva a una producción de saber, pero aquel aceptado y producido en el ámbito hospitalario ejercido en el marco de los procesos corporales ligados al ideal occidental y patriarcal de la maternidad, está enlazado de manera estructural a la dominación y opresión que discrimina el conocimiento de las mujeres sobre sus cuerpos, sensaciones y percepciones. Pareciera que los cambios corporales, el dolor y las experiencias relacionadas al parto solo serán existentes al validarse por la figura de autoridad médica. En algunos testimonios como el de Alexa, se refleja la historia de vida de ellas y de las mujeres en sus familias que solo conocían el parto hospitalario y las cesáreas, que se vieron rodeadas de figuras médicas que decidieron el proceso de nacimiento de sus hijxs por sobre las dudas que las mamás tuvieran.

…y darme cuenta que un montón de mujeres atrás en mis generaciones han parido desde el miedo, desde la violencia y encontrar que de ahí viene mi miedo porque yo decía "bueno, pero ¿por qué me da tanto miedo parir si nunca lo he vivido, por qué me da tanto miedo?" Y bueno en un recuento era esa parte de todas las historias que me han contado desde chiquita incluso mi propio nacimiento han sido tragedias… (Alexa, 2020, entrevista 5).

Y es aquí donde también podemos hablar del concepto foucaultiano de castigo, que dentro de la sociedad que disciplina y ve por el orden, busca someter a través de amenazas y el escarnio público a aquellas mujeres que se salen de los límites impuestos al mismo tiempo que envía una advertencia a las demás que comparten el espacio. Podemos decir que la violencia obstétrica es un mecanismo de poder disciplinario que busca retomar el control de los cuerpos de las mujeres dentro de las instituciones médicas para reforzar y continuar las relaciones de dominio que someten y subordinan la obediencia y docilidad femenina. Sin embargo, rescato de las entrevistas, que cada vez son más las mujeres que buscan información en otros medios o son acompañadas por otras mujeres que resuelven sus dudas y las respaldan, lo cual conlleva a un enfrentamiento entre las madres y el personal médico, donde la percepción propia sobre sus cuerpos y lo que desean en su parto es prioridad.

…cada quien decide, pues ahora sí que es su cuerpo su vida y todo… le digo "yo no estoy poniendo en riesgo a mi bebé tengo la opción de hospital, de hecho, la partera me dijo que ya está al pendiente de cualquier cosa, ella dice que sí ve algo mal tenemos que ir al hospital" (Erika, 2020, entrevista 4).

Tú vas a saber si te están violentando o no, en un segundo lo vas a saber y vas a conocer tu cuerpo, tal vez no vas a tener que ir tanto al médico porque tú vas de saber sobre ti… (María Luisa, 2020, entrevista 1).

Es en la actualidad que el 96% de los partos en México se atienden en hospitales, ocupando el cuarto lugar en el mundo y el segundo en América Latina en tasas de cesáreas, con un uso del 70%. La partería ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud como un elemento clave en la reducción de mortalidad durante el embarazo, parto y puerperio, así como la garantía de un trato digno para el bienestar de las mujeres y lxs recién nacidxs. Son las parteras, agentes de cambio que ayudan a concientizar a través de su labor sobre las diferentes opciones que existen al parir y garantizar el pleno respeto de los derechos humanos de las madres. A nivel global existe cada vez mayor consciencia sobre la importancia de considerar el parto como un proceso natural que no requiere intervención médica salvo cuando ocurren complicaciones, así como brindar atención de calidad en materia de salud sexual y reproductiva.

La patologización de la gestación y el parto dentro del imaginario colectivo tradicional resta capacidad a las mujeres de confiar en su capacidad de gestar, en sus emociones y en la conexión que tienen con sus propios cuerpos. Sin embargo, van aumentando la cantidad de mujeres que buscan alternativas, documentación y guía a través de las historias de sus iguales para tener distintas opciones durante sus experiencias de gestación y parto.

En la "Norma Oficial Mexicana 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida"[19], se manifiesta el trato digno que deben recibir

[19] "Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida", en Diario Oficial de la Federación, (México: Secretaría de Gobernación, 07 de abril, 2016).

las mujeres, así como el evitar realizar procedimientos invasivos para dar prioridad a las buenas prácticas que buscan ayudar a la madre sin ocupar técnicas innecesarias.

Es por ello que en la actualidad el movimiento del parto humanizado es una parte fundamental en la búsqueda de alternativas y del respeto de los derechos de las embarazadas. Implica un proceso que prioriza los derechos y decisiones de la madre, considerando las particularidades de su entorno personal a la vez que se le informa en tiempo real de lo que está sucediendo. Al buscar el bienestar del binomio madre-bebé, también se trata de asegurar la mínima intervención innecesaria posible como son tactos, rotura de membranas, maniobras para acelerar el nacimiento, entre otras prácticas consideradas obsoletas o violatorias de los derechos reproductivos de la mujer. Sin embargo, en México todavía son pocas las mujeres que pueden acceder a este tipo de trato en los centros de salud, haciendo énfasis en las instituciones de salud públicas; las opciones para tener un parto humanizado siguen siendo enfocadas a grupos económicos privilegiados que pueden adquirir paquetes de servicios donde es ofertada la humanización –enfatizo lo ilógico de la oración-.

A pesar de ello, la autonomía prevalece y es conformada por pensamientos, sentimientos y juicios dentro de la capacidad de los seres humanos que ayuda a sensibilizarse con lo considerado bueno. Aunque el principio de autonomía exige el respeto a la capacidad de decidir de las personas, y el derecho a que se respete su voluntad, se ve restringida interna y externamente. En el escenario obstétrico, esta implica que las mujeres que acuden a instancias de salud –sean públicas o privadas- debe verse libre de señalamientos sobre su cuerpo, tienen el derecho tanto de ser informadas –con el consentimiento informado por escrito- sobre cualquier intervención, como de decidir sobre su propio cuerpo y el de su bebé.

2.5. Violencias múltiples (patriarcal, desafección médica, institucional, machismo).

Revisando los relatos de las entrevistadas, me pude percatar de distintas descripciones de violencia dirigidas hacia ellas, algunas por personas cercanas como sus parejas, padres o amigos y en otras por parte de médicxs, enfermerxs y otrxs integrantes del personal médico.

"Seguí mi proceso con el ginecólogo, pero fue muy atropellado porque en mi intención de no ser violenta y no recibir un maltrato en mi embarazo o a mi bebé, pues ya cuando me di cuenta ya lo estaba haciendo porque el ginecólogo estaba muy especializado en la parte de papiloma y hacía investigación de todo eso. Entonces como que todo lo llevaba a ese punto, y en realidad a mí me trataba como por ser amigos, porque teníamos una relación amistosa previo a mi embarazo y justo me estaba yo haciendo un chequeo de rutina normal cuando nos enteramos que estaba embarazada, entonces dijo "bueno no hay problema yo te puedo seguir tratando durante tu embarazo, pero por fuera del hospital", porque íbamos a un hospital público. Entonces me comenzó a tratar de manera particular, pero entonces él me empezó a decir "no pues es que tienen una infección", y así me empezó a tratar muchos temas que hoy me doy cuenta que en realidad no tenían nada que ver con lo que tenía en ese momento. Y de pronto ya me estaban haciendo estudio donde me hacían papanicolau o procesos demasiado invasivos para mí y mi cuerpo, que ya me lastimaban y no era grato recibirlos durante mis primeros 2 o 3 meses de embarazo. Entonces eso no me gustó, y de pronto ya las consultas eran como "oye es que la infección que tienen en cualquier momento puede hacer que tengas un aborto espontáneo, hay que tratar de que el embarazo se prolongue lo más que podamos por lo menos hasta la semana 35 o 36, ya con que logremos que llegue el embarazo a esa semana ya la armamos". Pero en su discurso de repente yo entre las tantas emociones que surgen en un embarazo, el encontrarme con nuevos medios, con nuevas preocupaciones, te digo mi preocupación por no ser maltratada en ese proceso y vivirlo de una manera muy espiritual, bonita y profunda, pues ya cuando me di cuenta ya lo estaba haciendo y pues eso no me gustó para nada…" (Alexia, 2020, entrevista 5).

Alexia menciona la incomodidad que atravesó en los procedimientos médicos agresivos que su obstetra le hacía, los relaciona con eso que ella no quería desde el principio de su embarazo, el sentirse invadida y atentada, únicamente por el punto de vista médico tradicional que la estaba evaluando. De acuerdo a Marcela Lagarde (2019), la

sociedad y el Estado –o cualquier otro órgano de poder-, tienen un conjunto de objetivos ligados al control, ordenamiento y a la sanción de la sexualidad, buscan dirigir las relaciones entre los géneros, observar que la división del trabajo y roles designados sigan su curso, así como controlar el cuerpo y mente de lxs ciudadanxs para poder establecer y llevar a cabo la política requerida de acuerdo con sus intereses (2019, pág.166).

> *"Entonces le pregunté a Minerva –sobre lugares donde practicaran el parto humanizado- y ella nos había dicho de un hospital acá en Puebla que ella había ido a hacer acompañamientos. Entonces fuimos a ese y nos dijeron que sí, que si el ginecólogo indicaba eso se podía hacer sin problema…" (Erika, 2020, entrevista 4).*

El patriarcado y la cultura occidental establecen la división genérica y jerárquica en la sexualidad, que antagoniza los espacios, actividades, visiones y relaciones con lo sagrado y el poder. Está basada en lo que Lagarde llama "ley del padre"[20], por los privilegios patriarcales masculinos y la opresión de las mujeres y de las minorías, que se caracteriza por el desprecio, inferiorización y violencia que son "bases de la viril identidad masculina" (Lagarde, 2019, pág.169). En su entrevista Erika ilustra esta "ley del padre" al comentar las dudas que su propio padre le compartía por su decisión de parir asistida por parteras en su casa.

> *…en una ocasión y papá después me habló y me dijo 2yo sí quiero que me expliques ¿por qué quieres tener a tu bebé en casa?" y pues yo con todas mis razones le dije "por esto, por esto y por eso". Le dije "le voy a dar más beneficio para él –el bebé-, porque es un lugar amoroso, porque no quería que nos separaran" y le dije todo lo que yo pensaba. Y sí se quedó, así como de "okay, te veo más tranquila aparte yo confío en lo que tú crees…" (Erika, 2020, entrevista 4).*

Históricamente las mujeres se han relacionado desde la desigualdad, se enlazan con los otros, específicamente los hombres, para encajar en lo requerido para ser mujeres de acuerdo con el esquema impuesto de femineidad, caracterizado también por su

[20] (Lagarde, 2019, pág.168)

sometimiento al heteropatriarcado y a las instituciones que lo promueven. Marcela Lagarde menciona que existen complejas estructuras heteronormadas desde la opresión que buscan la apropiación de la sexualidad femenina, su sujeción, exclusión, dependencia y la especialización en la reproducción como base de la existencia (2019, pág.92). Alexia describe que al verse inmersa en esa forma de funcionamiento de las estructuras dirigidas en su mayoría por un médico varón, cuestionó el papel de los hombres en la medicina relacionada a los cuerpos femeninos.

> *"...y además como que tuve mucho enojo '¿por qué todos los ginecólogos son hombres?, ¡deberían ser mujeres!' Entonces fue un tema de mucha confrontación, de mucho descubrimiento..." (Alexia, 2020, entrevista 5).*

2.6. Experiencias como nodos de una red de apoyo.

Parte importante de este trabajo es el análisis de la construcción de los círculos como espacios-redes de apoyo que han podido ayudar a madres a compartir e intercambiar experiencias que en su mayoría son similares, estos espacios de encuentro vivido y percibido (Ezquerra, 2013) brindan una apertura a regresar a las enseñanzas ancestrales y a revalorizar tanto la partería como la sororidad[21] que envuelve la apropiación del propio cuerpo. Las dos parteras que guían estas reuniones han superado la homogeneidad y uniformización que exigen el capitalismo del nacimiento[22] (Lefevre en Ezquerra, 2013, pág. 129) para permitir desarrollar las diferencias que cada integrante del círculo expone y comparte.

Recupero a Floriberto Díaz Gómez (2001) cuando habla acerca de que una comunidad va más allá de casas y personas, porque cada persona tiene su historia y que, dentro de esto, la comunalidad tiene la tarea de explicar lo fenoménico y la inmanencia de la comunidad, me parece que este es un escenario presente en las experiencias individuales que después se vuelven colectivas dentro de los círculos de embarazo.

[21] Se profundizará en este concepto en el capítulo 3
[22] Falta agregar concepto

Cabe recordar que el embarazo y el parto pasaron de ser un suceso que transcurría en el interior de un grupo sororo con la ayuda y el apoyo general de sus integrantes, a convertirse progresivamente en un acto de interés social con un importante valor político y económico, que "debe" ser controlado. Con esto cambia el lugar de nacimiento y sus participantes y se introducen nuevas formas de percibirlo, de nombrarlo y limitarlo, que conducen a nuevas maneras de representarlo (García y Díaz, 2010, pág. 2)

> Como hecho social, el proceso reproductivo, suele ser compartido por la mujer con sus redes de apoyo, desde lo afectivo hasta lo económico, por lo que el control del proceso no debe ser exclusivo de la gestante, sino incluir el criterio de la familia y en especial la pareja. De modo que el protagonismo que sugiere el concepto de humanización del parto[23], debe ser extendido al padre. Este constituye un elemento a considerar además en la humanización de cada etapa de atención, desde el embarazo y hasta el puerperio. La presencia de un acompañante fortalece a la gestante, pero a su vez contribuye a consolidar los valores y actitudes relacionados con la responsabilidad familiar ante la presencia de un nuevo miembro, implica a otros y condiciona la cohesión y solidaridad de la familia en función del nacimiento que se espera y las nuevas funciones que deben desarrollarse en torno a este. (García y Díaz, 2010, pág. 5)

2.7. Posibilidad de diálogo entre saberes.

Las creencias que conforman los imaginarios de cada individuo son parte fundamental de las identidades y subjetividades. Aunado a ellas, existen las ideas originadas por la búsqueda de respuestas para limitar la incertidumbre. Esencialmente, ésta es una distinción entre ser y tener: nosotros somos lo que creemos, pero tenemos ideas (De Sousa, 2018, pág.184). La relación que existe entre creencias e ideas con respecto a la ciencia, muestra

[23] Definido por Nueve Lunas como "Una práctica no violenta de atención del embarazo, parto y nacimiento, asegura el respeto de los derechos fundamentales, de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, parejas y bebés reduciendo complicaciones perinatales, la mortalidad materna y los costos de asistencia médica. Se le ha llamado "parto humanizado" al modelo que pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio…"
Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/50016052/atencion-humanizada-del-parto-y-nacimiento-nueve-lunas/5>

dos modos de experimentar socialmente la ciencia. Este escenario donde se presentan ambos polos propone "el reconocimiento de la diversidad cultural en el mundo no necesariamente significa el reconocimiento de la pluralidad epistemológica en el mundo" (2018, pág.185). La premisa acerca de las diferentes ramas socioculturales presentes en el mundo ha empezado a ser aceptada, lo cual indicaría un reconocimiento de la existencia de diversos conocimientos más allá del conocimiento científico hegemónico. Existen múltiples formas de conocimientos, conceptos de lo que es aceptado como conocimiento y criterios de validación.

Boaventura de Sousa (2018) propone el concepto de ecología de saberes como una contra-epistemología frente a una estricta estructura del saber y rigor científico, promoviendo una amplitud y diálogo con diferentes saberes populares, tradicionales, ancestrales, científicos entre otros. La ecología de saberes plantea que no existe la ignorancia ni el saber absoluto, general o abstracto. Procura un pensamiento propositivo y pluralista, donde "los conocimientos interactúan, se entrecruzan y, por tanto, también lo hacen las ignorancias. No hay unidad de conocimientos ni unidad de ignorancia. Las formas de ignorancia son tan heterogéneas e interdependientes como las formas de conocimiento" (2018, pág.185).

> La ecología de saberes está basada en la idea pragmática de que es necesario revalorizar las intervenciones concretas en la sociedad y en la naturaleza que los diferentes conocimientos pueden ofrecer. Ésta se centra en las relaciones entre conocimientos y en las jerarquías que son generadas entre ellos, desde el punto en que las prácticas concretas no serían posibles sin tales jerarquías. Sin embargo, más que suscribirse a una jerarquía única, universal y abstracta entre conocimientos, la ecología de saberes favorece jerarquías dependientes del contexto, a la luz de los resultados concretos pretendidos o alcanzados por diferentes prácticas de conocimiento (2018, pág.189).

El conocimiento, experiencias y dudas compartidas dentro de los círculos de acompañamiento, generado por las parteras y por las mamás participantes, permite aprender otros conocimientos sin olvidar lo de una misma y comparar los saberes que se están adquiriendo con aquellos que pudieran ser olvidados o desaprendidos. Se llega a explorar la

pluralidad de lo holístico y lo científico, comprendiendo que el abogar por un conocimiento no-científico no implica desacreditar el que sí lo es, buscando una interacción e interdependencia entre ambos. Los espacios de diálogo han ayudado a borrar la línea entre un sujeto de conocimiento y un objeto de conocimiento priorizando el saber cómo intervención en la realidad. Los saberes holísticos empleados por las parteras han prevalecido en las periferias del mundo moderno donde "la creencia en la ciencia moderna es más tenue, los enlaces entre la ciencia moderna y los diseños de la dominación imperial y colonial son más visibles, y otras formas de conocimiento no-científico y no-occidental prevalecen en las prácticas diarias" (Boaventura de Sousa, 2018, pág. 185).

Dentro del concepto de ecología de saberes, se enfatiza que "ningún tipo de conocimiento puede dar explicación a todas las intervenciones posibles en el mundo, porque todos ellos son incompletos en diferentes modos" (2018, pág.188). Todas las formas de conocimiento son a su vez testimonios desde una perspectiva de la realidad que mantiene experiencias y constituyen sujetos, son prácticas que permiten o impiden intervenciones en la vida cotidiana. El autor también habla de la supuesta incompatibilidad entre dos sistemas de conocimiento, ambos involucrados en la misma intervención y que brindan una inconmensurabilidad que no limita la comunicación y que puede crear lazos de complementariedad, buscando la identificación de aristas comunes y enfoques complementarios (2018, pág.192). La construcción social alrededor de estas vertientes de conocimiento, deben contemplar escenarios donde se experimenten formas excéntricas o marginales de creación de subjetividades, por haber sido anteriormente rechazadas de acuerdo a los criterios establecidos. Una de las características de la ecología de saberes implica encontrarse a sí misma en un cuestionamiento constante y de respuestas incompletas, que ayuda a tener una visión aún más amplia de lo desconocido y lo conocido e involucra la concientización de lo que se carece en nuestro saber inmediato.

Los saberes de la partería tradicional se ven en tensión al tratar de aplicarse a una sociedad regulada por un sistema de jerarquización integrado por el Estado, instituciones de salud y los mercados capitalistas, los cuales han resultado mecanismos reguladores excluyentes. Las parteras a través de su trabajo han propuesto una revalorización de espacios sociales y de formas alternativas de pensamiento, han buscado restablecer un equilibrio entre formas de producción y prácticas comunitarias, identitaria e interculturales

vinculadas a la búsqueda y prevalencia de la dignidad humana. Helder Binimelis-Espinoza y Andrés Roldán Tonioni (2017) puntualizan que la ecología de saberes pretende ayudar en la búsqueda de saberes y prácticas que han sido marginadas, con el objetivo de revalorizar experiencias silenciadas contra los proyectos hegemónicos así como dar paso a la construcción de nuevas subjetividades individuales y colectivas que brinden la posibilidad de emancipación "y, como principio epistemológico exige el ejercicio de exploración arqueológica a través del estudio de saberes y prácticas producidos constantemente como no inexistentes" (2017, pág.227).

Rescato de Binimelis-Espinoza y Roldán Tonioni la premisa de priorizar un avance entre saberes que contemple aquellos surgidos desde las experiencias del espacio privilegiado de la comunidad y los saberes con pretensiones teóricas generales o universales, siempre buscando un permanente equilibrio entre formas de conocimiento ya que "una de las constantes amenazas para el pensamiento crítico y para la búsqueda de emancipación social es la tendencia moderna a fijar y, por tanto, a establecer nuevos o renovados mecanismos de regulación" (2017, pág.231).

En el sistema económico capitalista en el que nos encontramos se ha priorizado enfocar a la salud como una mercancía medicalizada dominada por el capital, a pesar de que las necesidades humanas no deberían ser negociadas o utilizadas como moneda de cambio. Javier E. García De Alba García (2012) reconoce una necesidad de desarrollar un enfoque integral dentro del sistema de atención médica actual que tome en cuenta la perspectiva de los actores para realizar una práctica salutógena comprensiva, de calidad y con calidez. Involucrar los valores, las tradiciones, el significado y el sentido que las personas dan al proceso salud-enfermedad-atención ha resultado de singular importancia en la aplicación exitosa de programas de salud (2012, pág.92).

> Combatir el consumo resulta una empresa titánica que requiere trabajar tres conceptos fundamentales con la población: conciencia, cultura y sensibilización (Suárez Lugo 2010 en De Alba García, J. 2012). Para lograrlo desde la cultura requerimos conceptuar la salud como una necesidad y no como un producto para adquirir. Si admitimos de inicio que la salud es una necesidad vital —que cubre los

aspectos biopsico— y una necesidad de relación —que garantice lo sociocultural— (2012, pág.90).

Anderson Rocha-Buelvas (2017) aborda la generación de conocimiento desde las visiones indígenas[24] en salud colectiva como una propuesta decolonial del movimiento indígena y no indígena por reivindicar y legitimar el conocimiento indígena en espacios de pensamiento crítico y de prácticas sociales alternativas tratando de mantenerse en construcción y reflexión constante "para superar las injusticias de la matriz de inequidad y explotación del modelo capitalista, cuyas relaciones de opresión están dirigidas al sexo/genero, etnia/raza y clase social, es decir a la subalternidad" (2017, pág. 1150).

> Entendiendo que la sabiduría se refiere al acontecer, al sentido común, al saber popular, es decir, a una realidad social situada culturalmente, por tanto, es necesario que la salud colectiva con el fin de producir conocimiento desde y para los pueblos indígenas apunte a la ecología de saberes o a las epistemologías del sur, ya que el conocimiento y la sabiduría son procesos de conocimiento con trascendencia histórica (AGÜERO SERVIN, 2011 en Rocha-Buelvas, 2017), por tanto reclaman justicia cognitiva (2017, pág.1150)

Rescato del autor que gracias a sus imaginarios colectivos los pueblos indígenas tienen una visión particular de interpretar, actuar y ser en el mundo. Se requiere articular los procesos de producción del conocimiento en cada comunidad indígena con la valorización de saberes y conocimientos sobre estos grupos sociales que han sufrido la discriminación y la opresión histórica y sistemática ejercida por la naturalización de las desigualdades orientadas por el capitalismo y el colonialismo (2017, pág.1151). Por lo tanto, la ecología de saberes deberá enfrentar distintos retos:

a. El pensamiento indígena se instala en los fenómenos de la naturaleza para luego enunciar sus saberes y conocimientos (PIÑACUÉACHICUE, 2014 en Rocha-Buelvas, 2017, pág.1151).
b. Para los indígenas, la "naturaleza es la única maestra y fuente de sabiduría" (LAME, 2004, en Rocha-Buelvas, 2017, pág.1151), es por ello, que la

[24] Se rescata el trabajo de Rocha-Buelvas (2017) vinculándolo con las matrices culturales que las parteras- en específico Minerva por ser partera de linaje- practica ya que retoman prácticas holísticas de grupos indígenas y emprenden un diálogo epistémico entre conocimientos.

experiencia del territorio-creencia-saber debe ser el principio instituido en el colectivo.

c. El conocimiento ancestral se configura en los antepasados no de forma lineal sino a manera de espiral, el pasado es también presente y asimismo es futuro porque los jóvenes retoman el conocimiento de los mayores (Rocha-Buelvas, 2017, pág.1151).
d. La práctica del pensamiento indígena se configura a escala "local-global", es decir, las ideas se debaten en un escenario doméstico y se agotan en un escenario multitudinario de discusión colectiva, como lo son los congresos de las organizaciones indígenas (PIÑACUÉACHICUE, 2014, en Rocha-Buelvas, 2017, pág.1151).

De modo que desde esta investigación se pretende promover la interdependencia entre los conocimientos científicos y no científicos, comprendiendo que los saberes pueden ser construidos y transformados colectivamente, respetando la relación armónica y holística entre la cosmovisión de los pueblos indígenas con la naturaleza con el objeto de producir experiencias comprensibles del mundo. Se plantea a la ciencia hegemónica como un sistema con posibilidad de ser complementado por otros como el indígena y los populares, que son el resultado de la experiencia acumulada de los pueblos y colectividades urbanas y rurales y de su compartición (co-aprendizaje) mediada por muy diversas formas de interacción comunicativa. "La salud colectiva como heredera de la medicina social debe ejercer su epistemología como ciencia crítica y con las luchas de las organizaciones sociales en contra de la dominación a partir del profundo cuestionamiento epistemológico y ético-político que producen conocimiento" (2017, pág.1156). Revalorizar el saber ancestral y comunitario implica una reformulación de las bases epistémicas del conocimiento dominante en las universidades y en la mayoría de los profesionales, independientemente de la carrera, la ideología política, la edad y el género. La ecología de saberes implica una reconstrucción, formulación y legitimación de alternativas para una sociedad más justa.

2.8. Conclusiones preliminares.

En este segundo capítulo se discutió a las subjetividades dentro de las categorías y familias que se hallaron en el análisis de las entrevistas, de la visión que las sujetas tenían de sus propios cuerpos y su experiencia siendo un nodo más dentro de la red tejida en el círculo. Para cerrar el capítulo se propuso una posibilidad de diálogo entre saberes que ofrezca una opción distinta de acompañamiento en el embarazo y asistencia en el parto que la establecida dentro del sistema médico hegemónico patriarcal.

3. Redes de apoyo.

Introducción.

El propósito del tercer capítulo es presentar y analizar los círculos de embarazo a partir de dónde se realizan, quiénes los dirigen, qué actividades hacen y cómo funcionan al tejer redes de apoyo entre las mamás que asisten a ellos. También se analizan fragmentos de las entrevistas realizadas para respaldar los ejercicios que se dan en el espacio compartido. Finalmente se abordarán los círculos de acompañamiento como actos de resistencia ante la desafección médica y por otra parte el desarrollo de la sanación colectiva que gira entorno a los círculos de acompañamiento.

3.1 El trabajo de las parteras frente a las ausencias médicas deliberadas.

En los apartados 1.2.3 y 1.4.7 se abordan los conceptos de la sociología de las ausencias y la ecología de saberes, brindando la posibilidad de un paradigma que reconoce la labor que las parteras hacen dentro de los círculos de acompañamiento y el tejido comunitario y familiar que crean. De esta forma confrontan a las ausencias deliberadas del personal médico, así como la jerarquía hegemónica que prioriza la medicina basada en el uso de datos disponibles procedentes de la investigación científica

Boaventura de Sousa (2018) explicaba que, si bien el rigor científico ha sido el método para buscar respuestas a interrogantes durante mucho tiempo, no es "la única respuesta o realidad", sino una de las vías más ocupadas para hallar conocimiento que ha rechazado otras formas de saberes que no siguen los mismos pasos dentro del modelo totalitario científico. El autor también explica a la epistemología de las ausencias –y los conocimientos ausentes- como claves para reconocer una brecha grande de representación, identificación e interpretación de aquellos saberes que no entran en las ciencias sociales convencionales. Dentro de la labor de las parteras, ellas enfatizan en el conocimiento transmitido y creado dentro de una comunidad a través de las creencias, valores y experiencias de vida que permiten una construcción de saberes personales que deviene colectiva, en contraste del rigor científico que busca dividir y clasificar aquel conocimiento

absoluto del cuerpo –no de la persona, en este caso de las mujeres-, embarazo y parto que es observado desde la disciplina médica alópata y lo funcional. La partería y el trabajo que realizan las parteras de acompañamiento, no solo a mujeres y sus familias sino a comunidades a través de sus saberes y conocimientos milenarios, se ha visto enfrentada a los conocimientos hegemónicos pertenecientes al sistema de salud que no reconoce el valor de la partería en la construcción de procesos de comunidad y acompañamiento entre mujeres, y que ha ejercido control sobre ella bastante tiempo. El papel de las parteras se ha negado o se le ha asignado a un imaginario pre-moderno que no sigue las pautas del desarrollo lineal ni responde a las prácticas de la modernidad capitalista. Se trata de un papel que no está cualificado con las credenciales científicas hegemónicas adecuadas para tratar un embarazo o parto, de acuerdo al progreso lineal que el sistema hegemónico dicta.

Infante (2013) mencionaba a la sociología de las ausencias como aquella que comprende que hay múltiples conocimientos en el mundo más allá de los respaldados por el sistema científico hegemónico, que buscan garantizar prácticas sociales amigables y alternativas que se emancipan de la subjetividad rígida conservadora, la cual no responde a las necesidades que demandan las mamás. Desde el quehacer que las parteras realizan se brindan saberes emancipatorios capaces de garantizar solidaridad y un paradigma de salud que toma en cuenta a la madre como sujeta de su sentipensar y que actúa priorizándose a ella y a su bebé. Minerva y María Luisa han reivindicado la resistencia de la partería como alternativa al camino tradicional de la medicina alópata y han demostrado que ellas tienen la disposición de trabajar desde lo tradicional holístico junto con lo racional científico para brindar ayuda de calidad a las mujeres que buscan ser asistidas por ellas. Los círculos de acompañamiento son una forma de organizarse desde una base epistémica que busca el reconocimiento de la lucha de las mujeres sobre el autoconocimiento, la feminidad ancestral, sus cuerpos, sus embarazos y sus bebés. Parte del quehacer de las parteras reside en el reconocimiento que las mujeres y la comunidad a la que asisten legitiman en su trabajo, lo cual les permite continuar con su trabajo al incidir en el tejido comunitario.

Al mantener una relación personal basada en la confianza, cooperación y lo holístico, el trato entre una partera y una mamá permite una apertura más familiar, al contrario del sistema de parto hospitalario que es formal, despersonalizado y jerárquico, y

que, a diferencia del primero, se centra en la labor médica y no en la mujer. La partera posiciona al nacimiento como un suceso biológico, emocional y espiritual, donde la sujeta principal es la mamá, quien puede controlar su trabajo de parto y la partera únicamente asiste y apoya emocionalmente. Es de suma importancia reconocer que las prácticas y creencias alrededor de un parto y un nacimiento se ajustan al imaginario sociocultural de las personas involucradas.

La medicalización del parto se ha convertido en un hecho generalizado que a partir del saber científico busca homogeneizar las experiencias y la atención a la mujer durante su parto -regido por una estructura piramidal que limita cuáles son las autoridades con ejercicio de poder por sobre el cuerpo- lo cual deriva en una crisis en la atención al parto que trae como consecuencia la violencia obstétrica. Es por lo anterior que mujeres y familias están buscando construir sus experiencias de nacimiento alternativas con la ayuda de parteras que, apoyadas en sus cosmovisiones, miran, se relacionan y reconocen a las mujeres que las buscan.

Minerva Ixehuatl, partera tradicional de la comunidad semiurbana de San Sebastián Tepalcatepec, Cholula obtuvo sus conocimientos de partería gracias a su madre y su tía que eran parteras, y la instruyeron a medida que fue creciendo. Posterior a eso ella quiso ampliar sus conocimientos y tomó diversos cursos por cuenta propia –uno de ellos fue el manejo del parto en agua-. Minerva es también la fundadora de la casa de partos que se encuentra en su comunidad y busca proveer de un servicio digno y accesible a las mujeres de su entorno, ella mencionó que es una manera de retribuirle a las mujeres de su comunidad la confianza que han tenido en ella para guiarlas en sus partos.

María Luisa Segura Ramírez, naturópata y partera en la tradición [25], formada en la escuela Luna Llena de la organización Nueve Lunas S.C., dicha organización buscaba promover la partería tradicional en México y en específico en Oaxaca donde tenía su sede. Una de las propuestas de visibilización de la partería era a través de la formación de parteras en la tradición, mujeres con “el llamado/el don” que buscaban aprender estos

[25] La partería tradicional o de linaje es aquella que Minerva describe como “haber recibido de transmisión de conocimientos ancestrales de mi abuela y de mi mamá”, a diferencia de la partería en la tradición que es aprendida de parteras tradicionales por estudiantes que no tienen vínculo familiar directo.

saberes de abuelas parteras de distintas partes de la República que acudían a Nueve Lunas a dar ponencias y supervisar las prácticas de las alumnas.

Minerva llegó a la vida de María Luisa gracias a que ésta última debía completar su formación como partera al hacer sus prácticas con una partera tradicional, en el caso de Puebla, Minerva es de las pocas parteras que públicamente hablan de su trabajo, brindan entrevistas y su trabajo es reconocido. Ambas formaron un equipo de trabajo que busca acompañar a madres y padres en su travesía por el nacimiento de sus hijxs, son las creadoras de los círculos de acompañamiento en el embarazo analizados, espacios de encuentro entre madres, padres y parteras durante su experiencia de gestación, donde comparten sus dudas, sus vivencias y experiencias.

Los círculos se realizan en San Pedro Cholula, Puebla, lugar donde es reconocida tanto la labor de Minerva Ixehuatl como partera tradicional y hierbera, como los saberes ancestrales enfocados al cuidado de la salud. Minerva y María Luisa enseñan y facilitan el responder dudas de los procesos naturales del embarazo y postparto por los que atraviesa la mujer y el bebé. Las reuniones de este grupo antes de la pandemia se llevaban a cabo el último sábado de cada mes con duración aproximadamente de dos horas, habían sido realizadas desde 2019 y son –hasta ahora 2021- el único espacio de acompañamiento en el embarazo dirigido por parteras en Cholula y Puebla. La dinámica inicial es sencilla, al principio Minerva y María Luisa actúan como facilitadoras, se presentan y hablan acerca de su trabajo como acompañantes durante el embarazo, para después ceder la palabra a cada persona que se encuentre en el lugar para que hagan una breve introducción de sí mismxs, el tiempo que llevan embarazadas, cómo llegaron a ese grupo y qué les llevó a buscar ese espacio. Muchas de las mamás han llegado con las parteras por recomendación de conocidas que parieron asistidas de ellas y al compartir sus experiencias fue que se vieron interesadas. Al final de la reunión, las parteras preguntan ¿qué se llevan del círculo? Así surge el diálogo y la retroalimentación entre lxs participantes, buscando la horizontalidad del conocimiento y reconociendo que todxs tienen algo que aportar.

> *Y esta parte de confianza que se crea hacia las parteras en decir "pues si esta pareja pudo y tuviste experiencia con ellas, pues eso me da confianza". Entonces ese fue más que nada el objetivo, darles información a las parejas,*

invitarles a escuchar la historia de otra pareja, a tener este círculo de la palabra también y que no solo sean las parteras las que tengan que dar la información, sino que cada una, el presentarse y decir por qué está ahí, por qué se interesa, el compartir sus inquietudes, sus dudas o sus objetivos, también pues ha sido muy favorable poder ver cómo las parejas pueden tomar decisiones. (Minerva, 2020, entrevista 2)

Aparte de acoger a madres y padres que están en el proceso de gestación también se invita a una pareja que ya haya tenido a su bebé para compartir su historia de nacimiento, cómo fue su experiencia con el parto en casa o en la Casa de Partos[26], esta técnica fue apropiada de Ina May Gaskin, partera norteamericana que escribió *Partería espiritual (1975)*, un libro que contiene historias de nacimiento en Estados Unidos.

Entonces esta parte de compartir tu historia hace que las parejas tomen decisiones, tuvimos de hecho los círculos, los empezamos a hacer desde el año pasado (2019) desde octubre, con ese objetivo de dar a conocer nuestro trabajo, pero también que al mismo tiempo las parejas, las mujeres que nos buscan pueden tener este enlace de confianza de decir que confío plenamente en mi partera y está capacitada en poder acompañarme y ayudar si se necesita. No es tan fácil porque el sistema médico y la misma educación, nos ha enseñado eso a que si nos enfermamos pues acudimos al hospital, confiamos en el médico, pero no dice que hay otra opción, esas son las únicas. (Minerva, 2020, entrevista 2).

La mayoría de las madres y padres que acuden son aquellxs que han decidido parir en casa –pero se han relacionado con obstetras para chequeos mensuales-, así que el contenido de las reuniones gira entorno a la información de qué conlleva un embarazo, el parto en casa –si es en agua o no-, qué sucede en los distintos trimestres, la alimentación de

[26] "De hecho, el construir este lugar (la Casa de Partos) también fue como esta recompensa y reconocimiento de que la comunidad me ha dado mucho y que las mujeres aquí, no todas tienen la oportunidad de tener un lugar digno, limpio. Sus casas son pequeñas y también por eso vienen aquí, el hecho de que tengan un baño aquí, muchas de ellas ni baño tienen y al venir aquí y que esté limpio y que puedan sentirse respaldadas, contenidas, acompañadas, pues eso ha hecho la diferencia. Es brindar un servicio más amoroso, más respetuoso" Minerva, 2020. El Centro de Nacimientos Metzonalli ubicado en San Sebastián Tepalcatepec Cholula, es un espacio creado por la partera tradicional Minerva Ixehuatl dentro de la comunidad a la que pertenece, para asistir a las mujeres embarazadas durante sus partos.

la madre, el cuidado de su piel, la importancia de la lactancia, el uso de plantas medicinales y las emociones que pueden surgir. Siempre se busca el entorno cálido para que los padres varones se sientan incluidos para compartir sus sentipensares, sus miedos y lo que les pueda surgir en el momento, ya que son a quienes más trabajo les cuesta abrirse.

> *Entonces un círculo de embarazo es también para que esta pareja o una mamá que no viene con pareja, se sienta acompañada, y que no se sienta sola en esta decisión loca, porque luego dicen que son decisiones locas el tener un bebé así. Generalmente la familia se espanta, les empieza a llegar mucho bombardeo y de "¿cómo es posible?, ¿si hay doctores por qué lo quieres hacer antiguo?", cosas así. Entonces se sienten respaldados y ven que, así como ellos hay otros que han decidido tener a su bebé así entonces que no se sientan solos (María Luisa, 2020, entrevista 1).*

> *Sí, realmente definitivamente aprendí mucho más con Minerva… fue algo que me dejó apoderarme de mi proceso. Me dejó tanto a mí como a mi pareja, porque cuando él lo entendía pues también era una forma de poderme apoyar, de poder entenderme de empatizar conmigo ¿no? Y también él decía como de que "wow que todo eso están viviendo ustedes las mujeres", y era muy cañón porque era una parte de sensibilizarse desde su masculinidad y estaba chido" (Alexia, 2020, entrevista 5).*

Los círculos también surgieron como una alternativa de educación femenina respecto a lo biológico-fisiológico para que las propias mujeres embarazadas pudieran conocer lo que sucedía en sus cuerpos, los cambios que estaban pasando o pasarían en el futuro, qué esperar en el parto y los cuidados que deben priorizar en el postparto. Las parteras contemplan la sexualidad como un concepto natural y amoroso que implica la responsabilidad por uno mismo, por la pareja sexual y en estos casos por el bebé, invitan a los padres a abrazar su lado sexual y dejar de restringirlo para facilitar el parto natural. Si las madres tienen más apertura a conocer sus propios cuerpos de la mano de mujeres dispuestas a enseñar, pueden llegar a ver su parto sin miedo o tabúes.

Iniciamos este proyecto cuando empezamos a trabajar Luisa y yo, ya lo traíamos en mente, pero por una cosa u otra no se había logrado, hasta que pudimos concretar el lugar de tener un espacio donde hacerlo, pero en sí el objetivo de hacer un círculo entre mujeres y entre las parejas era dar a conocer lo que nosotras hacemos, porque, aunque las mujeres nos buscan para el parto, cómo que no lograban aterrizar, de decir si confiar totalmente en la partera. Nuestra educación gubernamental no tiene un programa de educación femenina, no lo hay en ninguna área ni en la primaria, secundaria o prepa mucho menos en la universidad fuera que en otros países. Esta educación femenina de cómo es el cuerpo desde este contexto biológico - fisiológico, pero también de conexión porque no solo en el cuerpo como tal, sino esta conexión de cómo siento, de cómo me reconozco como mujer. Esta parte pues es importante tenerla presente y bajo este desconocimiento de hecho muchas parejas pues nos han dicho "ay es que nunca nos imaginamos que en el embarazo tuviéramos que aprender tantas cosas", entonces no queríamos nosotras como hacer un curso de preparación para el parto como los que hacen las educadoras perinatales, sino más bien en un círculo en donde las mujeres y hombres puedan compartir su experiencia (Minerva 2020, entrevista 1).

Minerva y María Luisa, al ser parteras que siguen saberes ancestrales holísticos, ocupan técnicas como plantas medicinales, rituales, listas, quema de intenciones y miedos. Todas estas herramientas son aplicadas con las mamás, tanto en sesiones colectivas como individuales –las que conllevan un trabajo emocional profundo son en consultas individuales-, siempre con la aprobación de cada unx de lxs participantes. Como mencioné anteriormente, las personas que acuden a los círculos en su mayoría han decidido parir en casa y se muestran interesadas en buscar alternativas a la medicina hegemónica occidental, como los conocimientos ancestrales y la homeopatía.

Entonces fue algo muy curioso porque de hecho esa parte la trabajo como mucho en la espiritualidad fue como un instinto o como un…, pues como una corazonada el hecho de que de repente sentí la necesidad de que tenía que buscar una partera tradicional, no sé de dónde y es todavía algo con lo que trabajo porque no sé de

> *donde salió en mí, ni de dónde surge, no tenía yo digamos alguien previo en mi árbol genealógico que ya hubiera parido con partera que yo supiera y tampoco tenía amigas o un circulo de amigas que ya haya parido con parteras. Entonces fue algo chistoso esta parte que me latió después tengo que buscar una partera porque creo que eso es lo más chido y regresar a lo que era antes, lo natural (Alexia, 2020, entrevista 5)*

Este espacio ha propiciado que las personas que acuden formen lazos de igualdad por la situación similar que están viviendo. Minerva menciona que las mamás se sienten fortalecidas y llegan a hacer una alianza al entender que no están solas, que hay otras mujeres que comprenden lo que están sintiendo, pensando y que están en búsqueda de apoyo. Es ahí donde surge una amistad entre ellas, ya que, al ir acompañándose en sus trimestres, la empatía entre ellas es espontánea.

3.2 Círculos de acompañamiento como actos de resistencia ante la desafección médica.

Desde la práctica ginecobstétrica que realizan Minerva y María Luisa existe una ruptura hacia la medicalización hegemónica, cuando a través de distintos saberes ancestrales y holísticos visualizan al nacimiento como un acto único que conlleva tiempo y ninguna mujer experimenta de la misma manera, por lo tanto, el trato es particular hacia cada una de ellas. A diferencia del sistema médico hegemónico que busca agilizar el proceso de partos, por protocolo, falta de insumos o control capitalista.

Cuando las mamás buscan alternativas de información, atención y cuidado durante su gestación y parto, se encuentran organizando una resistencia desde sus cuerpos hacia aquella ausencia que deja la medicalización en este periodo de sus vidas. Obtener segundas opiniones, como ser asistidas con parteras en el parto, ofrece a las mamás la oportunidad de asumirse como protagonistas de su salud, dejando de ser un objeto de la atención a tomar parte activa de su autocuidado. Toman una parte activa en la decisión, inclusive en el caso de los círculos al permitirse hablar entre las mamás que comparten una situación semejante, contrastando la información que les hayan brindado.

La búsqueda de información y otras opiniones debería ser impulsada desde el sistema sanitario, ya que contribuiría a mejorar la calidad asistencial, las variables

innecesarias y puede incrementar la confianza de la mamá minimizando sus temores y dudas respecto al proceso por el que está atravesando. Algo que encuentro positivo es que a medida que las mamás obtienen conocimientos alternos, su nivel de exigencia hacia el sistema sanitario puede irse incrementando por la evidente falta de confianza hacia lxs profesionales.

En todas las entrevistas, tanto las parteras como las mamás mencionaron algún acto de desafección médica que vivieron directamente, fue mencionado por alguna conocida suya o lo vieron en algún soporte audiovisual. Estas acciones eran reflejadas en su mayoría como comentarios hechos por obstetras o personal médico indicando un escenario donde eran necesarias intervenciones no contempladas, pero las madres no sentían que hubiera suficiente información o la posibilidad de contemplar otras técnicas no invasivas.

> *Mi amiga de Suecia me contó que allá no les permiten tener cesárea a menos de que sea extremadamente necesario, tuvo a su bebé naturalmente y ella me dijo "¿sabes qué? si yo pudiera cambiar algo sería tener una mujer a mi lado, una doula porque solo tuve a mi esposo y no, no fue lo suficiente, no fue lo necesario, yo sentía que tenía que tener otras mujeres a mi lado ¿no? en ese momento porque igual es duro, es difícil, etcétera" (Marlene, 2020, entrevista 3).*

La clave para comprender la desafección médica vivida partió de preguntarles a las mamás entrevistadas si habían escuchado de la violencia obstétrica, el cómo había sido su relación con lxs médicos con lxs que acudieron, o si en algún momento se sintieron violentadas de cualquier manera por el personal médico. Todas respondieron que el concepto de VO lo encontraron durante sus propias investigaciones alrededor del embarazo y parto o que alguna amiga lo había mencionado, en el caso de Alexia lo había visto en su formación académica como psicóloga. La relación que mantuvieron con sus obstetras fue distinta entre ellas, pero lo similar entre sus testimonios fue la sensación de tener poca o nula información y sentir que lxs obstetras ignoraban sus inquietudes, lo que las orilló a buscar por sí mismas y pedir segundas opiniones o decidirse a parir asistidas por parteras. Solo una de ellas mencionó que se había sentido violentada directamente –a través de procedimientos invasivos en su cuerpo-, las otras dos mencionaban más el sentirse no escuchadas y que sus médicos no compartían el suficiente conocimiento con ellas.

Marlene asistió con un obstetra hasta el séptimo mes, que fue cuando contactó a Minerva para que la acompañara en lo que restaba de su trimestre. Ella relata que desde el principio le comentó al obstetra que quería un parto vaginal y él apoyó esa decisión diciéndole que siempre que todo marchara bien. Sin embargo, Marlene expresó que no sentía que su obstetra le estuviera dado la información adecuada, porque cuando le preguntaba sobre qué vitaminas tomar o qué dieta llevar el médico no abordaba todo lo que ella quería saber por más que le insistiera. Así que prefirió buscar todo por su cuenta y tener más opiniones.

> *(...) los círculos eran con mamás novatas como yo, entonces pues todas estábamos encaminadas con Minerva y no teníamos historias de ese tipo (VO), tal vez sería bueno hacer estos círculos de embarazo más común al público general para tener ese tipo de testimonios. Pero sí recuerdo verlos en El renacimiento del parto, se llama la serie de Netflix, son tres documentales y ahí sí hablaban de esas experiencias así devastadoras y las mujeres llorando, no fue muy fuerte para mí también y más como que me reforzó este punto de no, o sea es una brutalidad lo que está pasando ¿no? con los médicos obstetras y tal vez lo que me llegó de otras personas no, no en círculos de parto ni pude hablar directamente con ellas ya, pero enterarme de esa situación como tal tenerlas presentes y yo poder identificarlo y no todo es como por segunda mano (Marlene, 2020, entrevista 3).*

Erika describe que decidió cambiar de ginecólogx cuando su primera opción le dijo que por su edad tendría que tener una cesárea a pesar de que ella le expresó que no la quería. La ginecóloga con la que acudió después le comentó que no era necesario realizar la cesárea, pero Erika también describe que sentía que le faltaba información por parte de la médico, y tuvo que buscar por sí misma respuestas de lo que tenía duda. Llegó a buscar a Minerva por recomendación de una amiga suya, quien también acudió con la partera, si bien al principio no tenía contemplado parir en casa, al asistir a los círculos de embarazo se decidió por ello. Erika también compartió que, durante uno de sus ultrasonidos, la suplente de la ginecóloga le mencionó que su bebé venía con doble vuelta de cordón umbilical alrededor de su cuello, por lo cual le sugerían hacer una cesárea, al hablarlo con Minerva ella le dijo que aún con las vueltas era posible tener un parto vaginal.

Bueno yo estaba tranquila porque ya yo había leído lo de las vueltas, y Mine, cuando acudimos a nuestro primer círculo justo la chava que llegó a dar su testimonio habló sobre el nacimiento de su bebé, dijo que a ella le habían dicho que su bebé tenía tres vueltas de cordón y que aun así tuvo su parto normal, y que el bebé ni siquiera traía las vueltas al final. Entonces a mí como que ese testimonio se me quedó muy grabado y fue bonito, nos explicó su experiencia que fue muy bonita para ella y que no la cambiaba, y nosotros íbamos más que nada a escuchar experiencias de las parejas y demás, pero justo ahí como que nos convenció, y a mi esposo también, y él terminó diciéndome "pues si quieres tener el parto en casa adelante ¿no?" Que para mí fue algo raro porque él es más… pues se preocupa más ¿no? Entonces cuando él me dio esa confianza …okay ahora es cuando, y entonces yo ya me acerco a hablar con Mine y le dije "¿sabes qué? vamos a cambiar de estrategia, sí queremos el parto contigo y que la segunda opción sea el hospital". Porque es lo que te dice Minerva, que siempre haya una reservación por cualquier cosa, no para que te programes que algo va a salir mal pero nunca sabes las condiciones que puedan darse.

(…) yo creo que si hubiera sido con el ginecólogo nada más al final hubiera tenido una cesárea. Si yo no hubiera conocido esta parte de Minerva, de los círculos, de las chavas que dicen "no, es que a mí me dijeron los ginecólogos… y tuve el parto natural", de las vueltas del cordón… que no recuerdo que otro caso hubo que le habían dicho que tenía que hacer cesárea y al final Minerva le dijo que no y éste …Pero bueno, o sea, como que los círculos, yo siento que a mí me dieron como fortaleza de defender mi parto, de conocer y empoderarse sobre lo que podía o no pasar. Porque también no sabes, yo creo que desgraciadamente tanto la sexualidad como lo del parto, maternidad y lactancia son un tabú todavía en nuestra sociedad no sé ni porqué. (Erika, 2020, entrevista 4)

Alexia estando en búsqueda de una partera que la asistiera en su parto acudió con el obstetra que normalmente la revisaba –amigo suyo- para sus consultas mensuales. El médico estaba especializado en investigación de papiloma y eso influenció su visión del cuerpo de Alexia, ya que desde el primer trimestre le indicó que tenía una infección que debía ser tratada con urgencia porque podría llegar a producir un aborto espontáneo. Alexia

relata que no se sentía cómoda con los exámenes que le mandaban a hacer, los veía invasivos, que la lastimaban y demasiado intrusivos con su embarazo.

> *Entonces eso no me gustó, y de pronto ya las consultas eran como "oye es que la infección que tienes en cualquier momento puede hacer que tengas un aborto espontáneo, hay que tratar de que el embarazo se prolongue lo más que podamos por lo menos hasta la semana 35 o 36, ya con que logremos que llegue el embarazo a esa semana ya la armamos". Pero en su discurso de repente, yo entre las tantas emociones que surgen en un embarazo, el encontrarme con nuevos medios, con nuevas preocupaciones… te digo mi preocupación por no ser maltratada en ese proceso y vivirlo de una manera muy espiritual, bonita y profunda… pues ya cuando me di cuenta ya lo estaba haciendo y pues eso no me gustó para nada" (Alexia, 2020, entrevista 5).*

De acuerdo a los testimonios de Marlene, Erika y Alexia, los círculos fueron una herramienta de apoyo durante sus embarazos donde hallaron información y alternativas a procedimientos que lxs obstetrxs con lxs que acudían les presentaban como única opción viable. En algunos casos como el de Erika, ella pudo escuchar un testimonio de algo que le sucedería después a ella –la doble vuelta de cordón que traía su bebé-, y al recordar que ese caso terminó en un nacimiento vaginal –algo que ella quería desde el principio- se sintió menos asustada para confrontar a la obstetra que la estaba atendiendo. Alexia encontró ese apoyo y sabiduría holística que buscó desde el principio de su embarazo, a pesar de no conocer a nadie que hubiera parido con parteras y al saber –por su formación profesional- acerca de violencia de género y VO, quería evitar entrar en el sistema de salud tradicional durante su parto. Marlene, en su búsqueda de obtener más información que la que le brindaba su médico, halló tanto a Minerva y María Luisa dirigiendo los círculos de los cuáles formó parte, como material audiovisual que la ayudó a acabar de decidirse por ser acompañada por parteras. En el caso de Marlene ella ha buscado replicar la información que obtuvo por su cuenta, por los sentipensares de las mamás y por la guía de las parteras para compartir su experiencia de parir en casa, que un parto humanizado es posible y no debe ser cobrado como un extra en las instituciones médicas privadas, y finalmente evitar a toda costa verse involucrada en una situación de VO por saberse informada a través de un

podcast en inglés que ella misma realiza. Las tres coinciden que los círculos las ayudaron a sentirse en comunidad, ser escuchadas, conocer más sobre lo que sucedía con los diferentes escenarios del embarazo, aprender saberes distintos a los que conocían, querer sus cuerpos y enfrentar lo incierto acompañadas de mujeres iguales a ellas. En los testimonios de las tres madres, podemos observar que la VO se manifiesta de formas distintas: abuso de poder, falta de información, procedimientos invasivos, entre otros. Es claro que estas violencias se dieron en circunstancias que exponen una relación jerárquica entre la figura de autoridad médica y la madre, donde se busca priorizar el conocimiento científico antes que el sentipensar de la mujer, un claro indicador de la desafección médica. La red de apoyo creada y compartida en los círculos de acompañamiento, formuló una estrategia contra la propia desafección médica, las mamás al haber escuchado los vivires entre ellas tuvieron respaldo al enfrentarse a lxs obstetras que les planteaban un escenario que en muchos casos podía evitarse y que no era lo planeado por ellas desde el inicio.[27]

3.3 Sanación colectiva.

Parte del objetivo principal de la investigación realizada y de esta tesis es ahondar en el reconocimiento de la VO y las dinámicas que surgen en los círculos de acompañamiento para sanar las experiencias. Al preguntarle a las mamás y parteras acerca de la VO, encontré que si bien las líderes del grupo compartían consejos acerca de las prácticas que podían surgir en las consultas con lxs obstetras –tanto positivas como negativas-, hablaban sobre el parto respetado y los derechos que las mujeres tenían como usuarias dentro de las instituciones de salud, no existía como tal información sobre la VO –preventiva o las acciones que debían hacer ante la negligencia médica-, era poco nombrada. Sin embargo, se realizaban actividades como la escucha activa y el diálogo entre ellas que priorizaba el compartir conocimientos y testimonios alrededor de sucesos que involucraban VO. En otras palabras, no era parte de los saberes compartidos desde un inicio, pero si surgía en cualquier momento se formaba un grupo de contención.

[27] La práctica de cesáreas innecesarias es una violación a los derechos humanos y cualquier intervención innecesaria durante la atención del parto se considera una forma de maltrato a las mujeres, lo que redimensiona su problematicidad y le otorga, me parece, otro tipo de visibilidad. https://www.animalpolitico.com/diversidades-fluidas/la-violencia-obstetrica-de-las-cesareas-innecesarias-en-mexico/

Pero definitivamente eso en lo personal, a mí me empoderó y de hecho gracias a eso tuvimos el control por completo, el control de saber qué es lo que hay que hacer en cada momento y de saber cómo actuar de saber. Que esto que está pasando es normal y todo eso (Alexia, 2020, entrevista 5).

Durante la construcción de la categoría de VO y de abuso de poder hacia la madre, observé que ambas parteras planteaban el que si una mujer –una mamá- ha tenido experiencias de violencia de género en su trayectoria de vida, es muy probable que no se enfrentara a las figuras de autoridad como lxs obstetras –masculinas en la mayoría de los casos- aun cuando ella no estuviera cómoda, informada o de acuerdo con lo que le indicaban. Tal como lo hablaba Foucault, la violencia y la autoridad que sustenta su naturalización son prácticas heteropatriarcales que se ven reflejadas en la vida cotidiana y que poco a poco las mujeres que han vivido con ellas presentes a lo largo de sus vidas las van normalizando por la propia construcción cultural alrededor de la feminidad y de la reproducción, que como Butler y Preciado lo exponían, son simples actos de dominación, control y explotación de un sexo sobre el otro.

(…) en las consultas tú misma te das cuenta lo que trae la mamá, y después ella te va diciendo qué es lo que no la deja avanzar, y vas checando cómo fue su infancia y cómo se lleva con sus padres. Y hay algunas que se abren y otras que tardan en abrirse. Les propones ciertas opciones de cómo abordarlo y la mayoría de veces dicen que sí y que confían. Cuando son mamás muy sensibles trato de no meter cosas muy fuertes. También hacemos otra técnica que es hablar con el bebé y cortar energías pasadas, hacemos muchas cosas (María Luisa ,2020, entrevista 1).

La acción colectiva en este grupo se hace tanto individual como colectivamente. En los párrafos anteriores describí la alianza que se forma en los círculos que permite hablar libremente sobre actitudes o acciones que las propias madres sentían invasivas. A nivel individual, las parteras aplican técnicas como la bendición de útero, un ritual que ayuda a la madre a conectarse con su energía ancestral femenina y ayuda a limpiar aquello emocional que no le permite desarrollarse plenamente en su embarazo. María Luisa comentó que añadió a esta herramienta la programación neurolingüística y la hipnosis, que aprendió en la naturopatía, explica que lo que realiza en esta bendición de útero es usar algo con lo que la

mamá está batallando, algo que quiere cambiar o sanar -que la mayoría de las veces son experiencias de la infancia- y es cuando también añade las terapias Línea del tiempo y Renacimiento –parecida al Rebirthing- orientadas a sanar lapsos traumáticos desde el nacimiento guiado por recuerdos. Minerva coincidía que tratar de crear un espacio seguro y amoroso con la madre, donde ella pudiera fluir y compartir sus problemas ayudaba a su proceso personal y a su maternidad.

> *Siempre procuramos que sí vamos a darle una información a la mamá, la que sea, que impacte de manera positiva, porque también creemos que las palabras tienen poder, entonces puedes empoderar a una mujer con tus palabras como también la puedes bloquear, entonces si tenemos mucho cuidado con lo que le decimos (Minerva, 2020, entrevista 2).*

Algunas de las mujeres que han acudido a los círculos no son madres primerizas y ya han experimentado el embarazo con obstetras y sus partos en hospitales. Ellas, gracias a esas experiencias previas, decidieron buscar alternativas menos invasivas y más respetuosas como el parto en casa. Minerva describe que incluso algunas de ellas le comentaron que tenían miedo de pasar nuevamente por una episiotomía -procedimiento sumamente común en los partos medicalizados- y que le preguntaban si este método era necesario durante el parto en el que ella las asistiría. La partera explica que la episiotomía a pesar de ser utilizada frecuentemente por obstetras dentro de los hospitales, como herramienta para evitar los desgarres, no era necesaria en la mayoría de los casos, y en distintas ocasiones el corte realizado era mal hecho lo cual traía consecuencias en la salud de la madre. “Al final te digo, hemos tenido que checar eso, reparar eso (experiencia de la episiotomía), y pues también ayudar a las mujeres a que superen ese trauma del corte.” Minerva, 2020.

Dos de las madres entrevistadas comentaban que dentro de la sociedad en la que vivimos se tiene idealizada y romantizada la maternidad, pero que, al verse en su proceso de embarazo y parto, el escenario cambiaba abruptamente influenciado por la historia de vida de cada una de ellas. Algunas describían que al notar lo que sucedía en sus cuerpos durante y después de su embarazo, tenían miedo por los cambios hormonales, y habían empezado a sentir que caían en una depresión postparto. Fue aquí que buscaron contención por parte de las parteras y del círculo de acompañamiento

Ese grupo de mamás creo que sí es demasiado importante y bueno no solo de mamás, sino también de instituciones, colectivos y personas que nos ayuden a encontrarnos con esa parte del conocimiento, porque sin ello no sé qué haría, o sea la maternidad es muy compleja como para estar sin ello…pero también escuchar las historias de junto y saber no soy la única que tiene miedo o tal vez lo que a mí me funciona o lo que estoy pasando a ti te puede servir para aprenderlo de una forma…pues desde la teoría ¿no? cosas así y estaba padre esa parte, estaba muy bonita (Alexia, 2020, entrevista 5).

3.4. Conclusiones preliminares/parciales.

En este capítulo se abarcó lo que implica una red de apoyo como lo es el círculo de acompañamiento en el embarazo, un espacio que brinda conocimientos y seguridad para las madres y padres que asisten a estas reuniones, que al verse juntxs, acompañándose mutuamente en sus procesos, pudieron intercambiar sus experiencias. A continuación, se discutió sobre la desafección médica y como cada una de las entrevistadas, expresó desde su punto de vista haberla vivido en sus casos particulares. Sin embargo, también afirman que los saberes transmitidos dentro de los círculos, les ayudó a que pudieran identificar y actuar enfrentándose a las figuras de autoridad médica que trataban de imponer una orientación hacia procedimientos que ellas no querían sobre sus cuerpos. Finalmente se llegó a la conclusión que esta ecología de saberes que se forma en estos espacios de contención entre mujeres invitan al diálogo y ayudan de manera individual y colectiva apostando a un cambio social micro en relación a los cuerpos de las mamás y sus bebés.

4. Revolución y adaptación de las pacientes.

En este capítulo se plantea el concepto de revolución y adaptación de las pacientes como aquel giro que las mujeres entrevistadas dieron a sus cuerpos permitiéndoles reapropiarse de sí mismas y de sus procesos de embarazo. Se abordará la desinformación y el cuerpo enajenado de sí mismo, distinguiendo entre cuerpo como un espacio controlado y el cuerpo como un territorio. Para concluir se retoman las herramientas y estrategias con las cuáles se

realizó la reapropiación del cuerpo, rescatando los motivos para readueñarse de sí mismas y construir las subjetividades a partir del compartir vivencias.

4.1 Desinformación y cuerpo enajenado de sí mismo.

El cuerpo asemeja un mapa que expone, delimita y denuncia luchas y resistencias, abordarlo como un territorio que a su vez ha sido un espacio de dominación o apropiación -prioritariamente heteropatriarcal- durante décadas, aterriza la materialización del poder que entreteje estrategias para controlar lo personal -lo femenino-. Giulia Marchese (2019) utiliza las metáforas de templo, jaula, cárcel y territorio para definir el cuerpo femenino (pág.10), así mismo, la autora expone al cuerpo femenino como aquel vehículo de experiencia con el mundo, "que está estructuralmente marcada por una violencia selectiva, parametrizada según sexo/género, raza, color de piel, edad, nacionalidad y condición de clase" (2019, pág.10).

Amandine Fulchirone (2018) dentro de su tesis doctoral[28], habla del cuerpo como un lugar de expresión de la subjetividad propia que se convierte en un espacio donde se une la historia colectiva con la individual, "donde el mundo se hace humanidad" (2018, pág.21). Describe que el cuerpo es aquel sitio con el cual creamos nuestras propias representaciones sociales y culturales que se transforman en aquellas premisas que ocupamos para relacionarnos con el mundo y nuestro actuar en él. Crecer como mujeres en una sociedad patriarcal, racista y clasista ha permeado en las construcciones de nuestras subjetividades, nos ha orientado a ser "cuerpos-para-otros" (Basaglia,1983 en Fulchirone,2018) a disposición de los deseos, intereses, conocimientos y políticas de los hombres, con plena disposición de la reproducción para favorecer la comunidad y la nación "cuyos contenidos y fronteras fueron pactados por ellos sobre nuestros cuerpos, los cuales les sirven de terreno de mediación o de campo de batalla" (Fulchirone, 2018, pág.122). Al no ser consideradas mujeres con autonomía, el patriarcado ha logrado despojarnos de nuestro poder de decidir sobre nuestros deseos e intereses propios, y orienta a una dependencia-obediencia ante lo considerado superior e indudable: el Estado, la figura de autoridad, el médico, el padre o el marido.

[28] Donde desarrolla el contexto del acompañamiento a mujeres sobrevivientes de violación sexual en situación bélica en Guatemala.

> La concepción del cuerpo como integración con el todo y el todo integrado en él, construye formas de ver y relacionarse con el mundo más horizontal y circular. La interpretación de lo vivido es distinta cuando nos sentimos parte del universo –en vez de verse separada, superior y dueña del mismo–…permite desarticular la jerarquía patriarcal entre mente/cuerpo que establece una dinámica de superioridad e inferioridad entre el ser que "piensa" -por definición masculino y superior– y el ser que siente –por definición femenino e inferior– (Fulchirone, 2018, pág.130).

Pero es en y desde el propio cuerpo donde se puede resimbolizar lo vivido, realizar justicia propia y transformar nuestra propia vida. Se desarticulan las ideas hegemónicas en nuestro imaginario para abrazar las necesidades y deseos propios, creando nuevos lazos liberadores para las mujeres. Como dice Amandine, "sanar es justicia" (2018, pág. 134)[29], ella retoma en su tesis doctoral la justicia restaurativa como parte clave de la sanación colectiva que las mujeres sobrevivientes llevan a cabo a través de técnicas de arte y autocuidado para explorarse a ellas misma y sus duelos. Retomo la re-simbolización de justicia por el mismo camino que la trabajan Actoras de Cambio[30], al hablar de sanación y justicia, hay que contemplar un proceso de creación de condiciones para la escucha activa, el reconocimiento y la aceptación de las mujeres y sus testimonios de gestación y parto. Dentro de los círculos y las entrevistas, jamás se habló de buscar justicia legislativa, denunciar o buscar alguna reinstauración del maltrato recibido, me parece que todavía el planteamiento utilizar el marco jurídico no es conocido, se ve como algo lejano o simplemente no es contemplado para nada. Erika mencionaba que alguna conocida suya le comentó que a pesar de las actitudes violentas que recibió durante su cesárea, "al menos mi bebé nació sano y salvo y eso es todo lo que importa" (Erika, 2020, entrevista), ejemplo claro de la poco sabido acerca de la VO. Es por ello que la justicia debe partir del reconocimiento de la historia de vida y romper el silencio y la invisibilización de la VO dentro de las comunidades y la sociedad, como una forma de intervención colectiva en beneficio tanto de las mujeres que ya atravesaron por un embarazo y parto, como por las

[29] Recordemos que el contexto social que abarca la autora corresponde al conflicto armado en Guatemala, donde miles de mujeres fueron abusadas sexualmente y son pocos –hasta la fecha- los responsables que han sido llevados ante tribunales

[30] Organización feminista guatemalteca de defensa de los Derechos Humanos. Denuncian y trabajan por la justicia de las violaciones sexuales sistemáticas que se llevaron a cabo durante la Guerra Civil por parte del ejército de Guatemala.

que lo viven hoy y las que piensan en maternar en el futuro. A través de la difusión de testimonios podría tenerse más impacto e incluso la creación de conciencia de la vulnerabilidad psicoemocional de la que pueden ser parte las mujeres gestantes, que con las pocas –casi nulas- campañas de la secretaría de salud sobre los derechos de las mujeres embarazadas y la VO.

En el apartado donde planteo la construcción de categorías, enfatizo que una herramienta importante es la búsqueda de información, ya que les otorga a las mamás una forma de poder que respalda sus argumentos o dudas frente a la imposición médica. La información ha resultado relevante en la re-construcción de subjetividades, y no únicamente la científica, sino una variedad de saberes que abarcan lo corporal, lo emocional y el sentipensar por el que la madre se ve atravesada. Las mujeres que acuden a los círculos han aprendido a reconfigurar sus subjetividades gracias a su intuición que las llevo a ahondar en otros espacios de acompañamiento no tradicionales, donde han observado distintas técnicas, testimonios y formas de vivir la gestación, que enfrentan a aquellas aprobadas únicamente por el sistema médico hegemónico.

En las entrevistas que realicé, las mamás expresaron que se sentían insatisfechas con la mínima información que sus obstetras les proveían, conocimientos sobre nutrición, el cordón umbilical alrededor del cuello del bebé, los cuidados que debían de tener con sus cuerpos después del parto, si necesitaban tomar vitaminas o algún suplemento alimenticio durante su embarazo, qué era la episiotomía y si era necesaria en sus casos particulares, posibles infecciones vaginales mientras desarrollaban su gestación y si se necesitaba algún chequeo –que en el caso de Alexia consideraba invasivo e incómodo-. Tanto Marlene, Erika y Alexia compartieron sus dudas con Minerva y María Luisa, en las sesiones grupales del círculo y sus citas individuales, donde las parteras les brindaron respuestas a sus interrogantes, pero también sus compañeras del círculo expresaron sus experiencias alrededor de las dudas que tenían. Por cuenta propia, las mamás entrevistadas también buscaron conocimientos en la internet, libros, podcast y material audiovisual[31] del cual se

[31] Marlene compartió el nombre de tres documentales: Birth Wars de Janet Jarman, Parir de Florencia Mujica y El renacimiento del parto de Eduardo Chauvet.

apoyaron y enriquecieron, posteriormente ellas mismas compartían este material con conocidas suyas dentro y fuera del círculo que les confiaban interrogantes acerca del parto.

4.1.1. Cuerpo como territorio.

Dentro de la dicotomía cartesiana cuerpo/mente, la sexualización del cuerpo es enfocada históricamente desde la esfera pública como aquello contrario a la "política" o lo visible; asociada a lo íntimo, lo privado y/o privatizado, ha sido confinada en los márgenes y las periferias de los conocimientos políticos. Pero al ser vistos y organizados como espacio, nuestros cuerpos están construidos por la dialéctica público/privado, imponiendo, por un lado, las acciones alrededor de la maternidad como pertenecientes a lo íntimo, y por el otro, la exigencia de cuerpos, partos y pospartos dóciles, silenciosos y expuestos públicamente como perfectos. Es este contexto, "donde es necesario retejer el rol de la domesticación de las mujeres y los cuerpos femeninos en la producción de la esfera pública y privada" (Federici, 2014 en Marchese, 2019).

Giulia Marchese (2019) señala que, dentro de las ciencias sociales, el territorio ha sido ubicado como la parte del espacio que pertenece a un Estado, en donde se extiende el terror, el poder, la autoridad o la jurisdicción que ejercen. En la sociedad capitalista el cuerpo femenino ha sido apropiado por el Estado –en específico en esta investigación el sistema de salud también- sistema de salud y los hombres, para ser explotado como un medio para la reproducción y la acumulación del trabajo; se ve necesaria la dominación para continuar el concepto de propiedad-privada construido en los cuerpos de las mujeres que, al ser identificadas y controladas desde su sexualidad, se prioriza su útero como un dispositivo de construcción social al servicio de los hombres y del Estado.

Dentro de esta idea heteropatriarcal de territorio, el cuerpo es observado como una simple herramienta de trabajo dentro del sistema político-económico capitalista, sin embargo, desde un análisis más apegado al feminismo indígena lo corpóreo da lugar a la memoria, las emociones, la lucha, la resistencia y la posibilidad de visualizarlo como espacio de sanación personal y colectiva. Las madres reunidas en los círculos poco a poco han visualizado sus cuerpos, principalmente como suyos, permitiéndose sentir y abrazar la memoria corpórea que les indica las intervenciones médicas agradables de las intrusivas, en

lo colectivo les permite verse en la otra, juntas dentro de la lucha y reforzamiento de su autoridad sobre sí mismas, sus sentipensares y la ecología de saberes que van creando de la mano.

En el caso de la VO, ésta instituye cuerpos tanto reproductivos como encarcelados en sí mismos. Pareciera que la normativa de proteger de la labor médica, al mismo tiempo busca confirmar una vulnerabilidad y la no autonomía de la reproducción femenina. Los cuerpos en una situación vulnerable, como lo es la gestación y el parto, son atravesados por una sobreexposición a la violencia y sometidos a repetidos intentos de definición, sujeción y control para ser expulsados de la racionalidad y convertidos en máquinas para la reproducción.

Gilberto Giménez (2005) define al territorio como aquel "espacio apropiado por un grupo social para asegurar su reproducción y la satisfacción de sus necesidades vitales, que pueden ser materiales o simbólico", donde "el espacio es un recurso escaso debido a su finitud intrínseca, y por lo mismo, constituye un objeto en disputa permanente dentro de las coordenadas del poder" (Giménez, 2005, pág.9). Desde mi punto de vista, considero al territorio como una extensión de superficie que puede ser tangible o no, ser libre o estar en disputa, estar intervenido o conservar su estado inicial, cuya definición puede encontrarse en diálogo con los movimientos sociales, sus identidades y su uso como instrumento de lucha y de transformación social. (pág.268)

> Tanto el cuerpo como la tierra son elementos que generan las condiciones para la reproducción de experiencias vitales, y para reapropiarnos de nuestros territorios es un esfuerzo fundamental para contraponer y erradicar la violencia. Cada cuerpo tiene una historia y una geografía distinta, pero es necesario un proceso colectivo para reconocer el territorio y reapropiarlo para su rehabitabilidad (Marchese, 2019).

La relación cuerpo-territorio que propongo en esta tesis se refiere a voltear a mirar que dentro de la sociedad dinámica y con relaciones complejas, donde prevalece una visión heteropatriarcal reforzada por procesos de dominación y explotación –que poco a poco se vuelve más individualista- cada unx de nosotrxs tiene autonomía sobre su individualidad, por lo tanto, por sobre nuestro cuerpo, haciendo presente la resistencia del poder de la

corporeidad ante la jerarquía autoritaria. Un claro ejemplo es el que brinda el feminismo indígena de Brasil que articula su proceso de lucha en defensa del maltrato hacia sus cuerpos, espíritus y territorios, abordando la vida misma como lo comunitario y resaltando la importancia del cuerpo como "primer territorio de lucha" (Haesbaert, 2020, pág.279) dentro de las distintas escalas de opresiones desde donde se resiste.

El cuerpo como aquel territorio expropiado por los pactos patriarcales, puede ser recuperado con acciones de defensa que lo ubiquen como un espacio con memoria corporal y memoria histórica, por lo tanto, como un lugar que puede ser sanado, emancipado, liberado y reivindicado. Reapropiarse del cuerpo-territorio, implica un autoreconocimiento individual y colectivo, que busca re-entenderlo, sanarlo y construir espacios de conciencia que apoyen a visibilizar las violencias atravesadas.

La territorialidad, el mecanismo de construcción y producción social del territorio, tiene bases que buscan reafirmar la propiedad a través del ejercicio de poder sobre los cuerpos femeninos. La centralidad del pensar en términos de cuerpo-territorio se afirma también en el sentido en que el territorio asume características del cuerpo femenino, es feminizado en el momento de la conquista, la ocupación, el despojo, la funcionalización. Es por ello necesario abordar al territorio como una relación social, visibilizar los extremos de la relación y entender el posicionamiento en las jerarquías de poder. El cuerpo-útero, de acuerdo a Giulia Marchese, ha sido históricamente depositario del derecho de propiedad, es el espacio fundamental del control, el espacio en que nace la soberanía, a través del gobierno del cuerpo.

Pero ¿cómo salir de este entorno de violencia?, ¿cómo reconocerla para erradicarla, ¿cómo revivir experiencias para sanarlas? A través del trabajo de campo realizado pude observar que las entrevistadas identifican al cuerpo como un lugar donde persisten las estructuras institucionales e institucionalizadas, también se perpetúa una violencia intergeneracional donde se inscriben historias de vida, autobiografías, conocimientos situados y un constante esfuerzo anticolonial y libertario. Dentro del espacio de acompañamiento, las madres y las parteras buscan realizar ejercicios de autorepresentación, confianza en la intuición y búsqueda de más de una opinión, aceptación de la resistencia que se hace desde el cuerpo –siendo este el primer territorio por el que tanto la madre como

el bebé se ven atravesados mutuamente-, reconocimiento corpóreo y de los sentipensares, empatía hacia los cambios físicos y psicoemocionales que surgen, buscando llevar a cabo un proceso colectivo desde el cual recuperar el cuerpo y el movimiento corporal, trabajarlo como un ensamblaje territorial para su sanación.

Rita Segato (2014) habla del cuerpo femenino como aquel campo de batalla donde se agrede, desmoraliza, amedrenta, desmoviliza y eventualmente, se clavan las insignias de la victoria y se significa en él, se inscribe en él la devastación física y moral del pueblo, tribu, comunidad, vecindario, localidad, familia que ese cuerpo femenino por un proceso de significación propio de un imaginario ancestral, encarna. Se sigue comprendiendo ese cuerpo como frágil, débil e indefenso, por lo tanto, surge una necesidad por parte del patriarcado de aplicar un dominio "sobreprotector" en él y es por el paradigma del biopoder que persiste la idea de jurisdicción y pertenencia sobre y en el cuerpo, tratándolo como un territorio del Estado-Nación. La autora complementa lo anterior con la premisa del biopoder como la forma última de total control sobre este nuevo territorio, que demanda lealtad y antagonismo ostensivo (pág.352).

4.1.2. Cuerpo como espacio controlado.

Dentro de las entrevistas realizadas en el trabajo de campo, observé el ejercicio de poder y decisión sobre el cuerpo de las mujeres embarazadas. En la mayoría de los casos, se prioriza la decisión u opinión del personal médico, de la familia, de la pareja (varón en la mayoría de lo caso) y se relega al final la de la propia mujer. Sin embargo, en al menos dos de mis entrevistas, ellas impusieron su decisión de optar por parir en casa y con una partera/ doula, exteriorizando a su familia que era su cuerpo y ellas tenían el dominio de él. La construcción de un cuerpo se realiza continuamente, independientemente de las restricciones, y tanto el cuerpo como el género son parte del discurso. En última instancia, es el discurso que describe e identifica el cuerpo como un asunto que está más allá de él.

El género femenino y su sexualidad se han construido culturalmente presionando con altas expectativas el quehacer diario de las mujeres. El papel materno es un rol importante, que define y señala normas a las cuales deben estar sujetas las mujeres, donde su propia sexualidad es redefinida, tachada y controlada. Ya no se les ve como mujeres con

derecho a ejercer su libre sexualidad, son ahora cuerpos -me atrevería a decir espacios intervenidos por diversos factores patriarcales- que tienen por único objetivo, el criar hijos.

Instituciones como la hospitalaria, la jurídica y la familiar han sido aquellas que a través de los supuestos patriarcales de la configuración con las que se rige el Estado, han posicionado los derechos de las mujeres, de poder ejercer y disfrutar plenamente de su sexualidad, en un ambiente de represión al contrario de actuar con un discurso que abogue por un cambio de acción y de conocimientos, revolucionar la ley y los conceptos que han sido agredidos y optar por una versatilidad del propio valor mercantil atribuido a la sexualidad y a las que la ejercen. Objetivar el cuerpo femenino durante el embarazo, minimizando el trabajo y su función a un simple territorio transgredible, compararlo a un proceso rutinario que trae consigo un esfuerzo económico y sistemático para la institución pública, más allá que una desventaja económica para el Estado, implica poner en riesgo la vida de la madre y el bebé, ya que el maltrato físico, la humillación y la agresión verbal, los procedimientos médicos sin el consentimiento plenamente informado, las graves violaciones de la intimidad, la denegación de admisión a los centros de salud, el abandono de las mujeres durante el parto que puede llevarles a sufrir complicaciones evitables y que puede amenazar su vida, así como la detención de las mujeres y sus hijos recién nacidos en los centros, tras el parto, debido a su incapacidad para hacer frente al pago, no solo viola los derechos de las mujeres también pone en peligro su derecho a la salud, respeto e integridad física.

Giulia Marchese en su trabajo “Del cuerpo en el territorio al cuerpo-territorio: Elementos para una genealogía feminista latinoamericana de la crítica a la violencia” (2019), retoma un ejercicio cartográfico que propone un análisis del territorio-cuerpo y espacio que se encuentran en conflicto, buscando erradicar la violencia y reconstruir condiciones de habitabilidad y con-vivencia (2019, pág.9). La autora plantea que la idea de que la guerra tiene necesariamente que involucrar un enfrentamiento armado entre ejércitos de dos Estados-Naciones distintos, sin embargo, no se plantea la importancia de puntualizar a la guerra vivida en los cuerpos, la intervención sexualizada, colonizadora, racista y clasista en cada una de las dimensiones de la organización social. Giulia dice que la guerra se manifiesta en la sexualidad, es atravesada por ella y, a la vez, se despliega como

dispositivo y mecanismo del poder… “el cuerpo siempre es una situación, es una ficción performativa, una construcción discursiva que siempre está sexuada” (De Beauvoir, 2005, en Marchese, 2019).

En el caso de la VO, la violencia se vive no en una situación bélica a gran escala, como lo retoma Giulia en su trabajo, sino desde un entorno micro donde no hay dos polos enfrentándose, sino que el sistema de salud –representando al Estado- es el principal actor públicamente visible encargado únicamente de invisibilizar las violencias y los conocimientos que las frenan. En los testimonios revisados se ve reflejada esta situación donde a las mujeres que se encuentran dentro de escenarios violentos no les es evidente que lo están –en muchas ocasiones porque la violencia se ha manifestado de distintas formas a lo largo de su vida-, de igual manera les es difícil expresarlo como violencia extrema al estar normalizado por la voluntad del propio Estado. Pero desde la escala donde las mujeres que asisten al círculo se sitúan, es donde radica la posibilidad de una re-organización y resistencia frente a la VO como posibilidad de cambio.

Sin embargo, otro actor principal que perpetúa la VO es la dinámica socio-cultural que continúa repitiendo patrones heteropatriarcales que señalan a las mujeres sus roles estereotipados donde su sexualidad se ve limitada al maternar –sin dolor, quejas, expresiones de cansancio o en algunos casos depresiones postparto-, a ser únicas responsables del cuidado de otros y a minimizar experiencias negativas por las que se vean atravesadas. La violencia presentada en distintos escenarios de la vida de una mujer junto con la construcción de su imaginario personal que está integrado por distintos aspectos de su entorno e historia de vida son factores clave para el comportamiento que tiene la sujeta al enfrentarse a estos escenarios o si busca otorgar la responsabilidad de su propio cuerpo a alguien más.

> *…pero por alguna razón no tenía la fuerza. Entonces ella sí se dio cuenta de que estaba sufriendo violencia obstétrica, pero algo no la hizo alzar la voz que también tiene que ver no sé con muchas cosas de ella como mujer tal vez nunca ha alzado la voz y también es bien fuerte darte cuenta de que está sucediendo algo qué no quieres, pero por miedo a alzar la voz sucedió. Y no sabes cómo lloraba, yo le hice*

un baño posparto y lloraba muchísimo, ella estaba segura de que podía tener un parto, pero no sé supo defender.

…también sale mucho esa parte de la mujer cómo ha vivido y ha sido abusada de muchas maneras física mental entonces, pero que tiene que ver a final de cuentas con la sexualidad. Entonces una mujer que no tiene una sexualidad sana y fuerte le va a costar mucho trabajo decidir por ella entonces siempre va a estar decidiendo el marido o la pareja o el papá o una autoridad.

Es bien fuerte, porque como te digo pueden (los padres) agarrar y decirle al médico "ustedes hagan lo que tengan que hacer" y le das la responsabilidad del nacimiento de tu hijo. Entonces otorgas el poder (María Luisa, entrevista 1, 2020).

Reitero las palabras de Amandine (2018) cuando explica que el desarrollarse como un cuerpo feminizado dentro de una sociedad patriarcal, racista y clasista, que se organiza a partir de la expropiación y del acceso violento a nuestros cuerpos, ha permeado en nuestras vidas y la constitución de nuestras subjetividades. Los cuerpos feminizados han sido en muchas ocasiones territorio de mediación, de pacto entre comunidades, clanes y naciones. En distintos escenarios se ha buscado despojar lo humano del cuerpo decidiendo por sobre las mujeres y sus cuerpos, lo que ha generado como resultado una construcción de subjetividades sujetadas, subordinadas y colonizadas. Se ha materializado una dependencia y obediencia inconsciente ante la figura jerárquica masculina considerada superior e inapelable -la pareja, el padre, el médico, el jefe y el Estado-. Dentro de los grupos de acompañamiento, se ha buscado construir un paradigma de cambio, un espacio de reencuentro, sanación y renacimiento, que permita operar una revolución que recupere el cuerpo colonizado y retome el control de las decisiones sobre éste.

El ver parejas que llegaban en ese momento con su bebé tal como a mí me tocó después de hacerlo que nos comparten su historia y cómo les había ido, eso me dio muchísima certeza de que es posible de que las personas quedan satisfechas, de que son personas que igualmente se interesaron por estar bien educadas, informadas de los beneficios que este parto natural humanizado con parteras trae tanto a la mamá como el bebé, para la familia en general y pues yo con ese ímpetu que traen de

generar un cambio de conciencia, un cambio en el ser humano pues va todo como muy pegado. Entonces esa fue mi motivación y los círculos de embarazo sirvieron tanto para conocer a otros papás que iban hacerlo y a otras embarazadas, como para informarme, seguir reafirmando ¿no? la decisión, entonces fueron de gran apoyo sobre todo la información de lactancia que muchas veces uno se enfoca a veces en ay voy a dar a luz pero no en lo que pasa después ¿no?, entonces hablar del posparto, de cómo es, de la cuestión emocional, del apoyo que puede dar el esposo, la familia, el dejarse apoyar (Marlene, 2020, entrevista 3).

…si ella exterioriza es porque algo está sintiendo y también tú puedes guiarla y decirle está bien no pasa nada, le das argumentos y ya ella va a decidir (María Luisa, entrevista 1, 2020).

La herramienta que el heteropatriarcado ha utilizado para amedrentar e infravalorizar a las mujeres ha sido la sexualización y la concepción del cuerpo femenino como apropiable, desechable y violentable, justificando la necesidad de control, exclusión, domesticación y dominio sobre la sexualidad. La mirada deshumanizante hacia las mujeres orienta a señalar, juzgar y catalogar entre lo bueno y lo malo, lo puro y lo sucio, justificando una superioridad sexual colonial rodeada de brutalidad en contra de lo femenino, del cuerpo, su despojo y destrucción. Esta mirada crítica es fácil de visualizar en la VO, dado que el personal médico –incluyendo a pasantes, enfermerxs y médicxs- puntualiza aquello que es reprobable en la conducta, hacer o ejercicio del cuerpo de una mujer, menospreciando sus sentipensares y exigiéndoles silencio, cambio de actitudes y sumisión total que corresponda al estereotipo de mujer abnegada.

La verdad es que el médico no se quiso esperar, empezó a decir a la familia que ella estaba exponiendo al bebé. Cuando ella decía "no, yo sí siento que mi cuerpo está funcionando bien, si voy bien siento que voy bien" … pero aquí también fue una manera de manipulación porque él (el médico) sabía que con ella no iba a poder lidiar porque ella estaba en su posición de que estaba sintiendo su cuerpo y se sentía bien, así que el médico fue con la familia a decir que ya estaba exponiendo al bebé, presión social.

Entonces las mujeres se están empezando a dar cuenta, y a los ginecos cuando les llega una mujer que le empiece a cuestionar se ponen nerviosos, así como de "¿cómo que esta sabe más que yo? o ¿cómo me pregunta cosas que yo no tengo la menor idea?" (María Luisa, 2020, entrevista 1).

Esta desestimación, sumada con la falta de información provista por el personal médico genera una enajenación del personal médico hacia la madre y de la mujer hacia su propio cuerpo, que la expone a situaciones de negligencia. La desinformación configura un cuerpo-territorio en estado vulnerable con necesidad de ser controlado y supervisado por aquellos que tienen el conocimiento científico y comprenden en su totalidad el cuerpo femenino. Sin embargo, es en estos cuerpos donde también se desarrollan resistencias contrahegemónicas, que asumen al cuerpo con todas su partes y experiencias, es desde las propias experiencias y encuentros que tienen las mujeres del círculo de acompañamiento que comienzan a mirar que no están solas, sino que todas han experimentado violencias machistas, pero también que todas tienen el deseo común de enfrentarlas y cuestionarlas.

…conocí a María Luisa que es la otra partera y a través de escucharla, de la sabiduría que compartía, pues me dio mucha más confianza ¿no? fue como conocernos mejor y saber que iban a estar ahí en ese momento ya decisivo ¿no? entonces creo que es bien bien esencial, es también algo que promuevo la idea de juntarse… (Marlene, 20202, entrevista 3).

Entonces qué bonito es que esta pareja sienta una contención donde no van a ser juzgados, al contrario, van a ser sostenidos porque saben que, si no sanan, este bebé va a cargar otra vez lo mismo y se repite de generación en generación. (María Luisa, entrevista 1, 2020).

Las madres han creado juntas mecanismos de comprensión, contención y autocuidado donde se ha planteado una nueva manera de vivir el embarazo, la maternidad y la sororidad, para mejorar nuestras vidas. Fulchirone cita un trabajo suyo previo con Paz y López (2009), en el que expone que "el ensañamiento contra el cuerpo de las mujeres ilustra el odio y desprecio profundo hacia ellas, arraigado en las prácticas sociales y las conciencias colectivas" (Fulchirone, Paz y López, 2009, pág.194 en Fulchirone, 2018, pág.124).

…no todo es color de rosa, más bien la maternidad no es color de rosa, el parto no es color de rosa, … casi nada de lo que nos cuentan es tan cierto entonces pues sí hay que meternos como a leer y a preguntar. Pero es padre en los círculos lo que me gustaba era eso que llegabas un mes y tal vez al siguiente llegaba una pareja que ya había tenido al bebé y contaban cómo les fue y al final como dice Minerva es un proceso personal que también tienes que … a veces soltar un poco el control de ti para que todo fluya (Erika, 2020, entrevista 4).

Yo les digo si tú quieres estar conmigo, si tú quieres venir a parir conmigo, yo te propongo esto y tú me dices si se avientan o no, porque van juntos. Es una aventura de autoconocimiento, de los dos porque hacemos cosas juntos rituales, listas, quemamos intenciones, ¿miedos y trabajamos con ellos no? (María Luisa, entrevista 1, 2020).

El continuum de violencias que sostiene a la VO y que es acumulado en los cuerpos señala una trayectoria que, "más que ser un punto en el mapa de la violencia, es el mismo territorio que se vuelve espacio del mapa. Nos volvemos la misma representación que hicieron de nosotras, el mapa que nos dibujaron encima, la identidad que nos asignaron" (Marchese, 2019). Siendo el cuerpo femenino una experiencia vital, una demostración del yo, una manifestación de territorialidad y un espacio de representación, debe considerarse como una exposición de la memoria que cuenta la historia acumulada en él. A lo largo de los años, el cuerpo de las mujeres ha sido aquel campo de batalla donde los hombres han intervenido, modificado y demandado para servirlo. También ha sido aquel transmisor que permite interactuar y desenvolverse en el mundo –una de esas experiencias es a través de la maternidad-, marcada según sexo/género, raza, color de piel, edad, nacionalidad y condición de clase. Es en la cotidianidad que la violencia impone códigos, conductas y significados como márgenes de vida, los cuáles dictaminan una forma de educación para las mujeres, condicionada por el sistema heteropatriarcal que promueve un rol de género femenino conservador, de obediencia y servilismo.

El ser y devenir mujeres, de acuerdo a Giulia (2019), implica re-corporalizar la condición sexualizada y racializada y su significado histórico, que pretende ir más allá de

una toma de consciencia sobre la condición y propia localización en las estructuras de poder, desde la cual deconstruir y reconstruir la vida contra las políticas de jerarquización, desigualdad y opresión sexual. El ensamblaje corporalizado de las relaciones de género, raza, clase, sexualidad y edad condicionan nuestro estar en el mundo, pero al mismo tiempo son el ensamblaje desde el cual re-situarnos.

Al estar en un círculo de reencuentro consigo mismas, las participantes se desenvuelven con más confianza cuando se sensibilizan desde un ambiente de respeto y cuidado, para así desarrollar conciencia sobre sus cuerpos, otorgándoles poder, control, socialización y la creación de procesos de construcción comunitaria (Geobrujas, 2018, pág.43).

> Se puede abandonar físicamente un territorio sin perder la referencia simbólica y subjetiva al mismo a través de la comunicación a distancia, la memoria, el recuerdo y la nostalgia. (Giménez, 2005, pág.23)

Gilberto Giménez desarrolla el término de territorio como aquel "espacio apropiado por un grupo social para asegurar su reproducción y la satisfacción de sus necesidades vitales, que pueden ser materiales o simbólicos" (2005, pág.9). Este espacio es un recurso en disputa permanente que es producido, regulado y protegido por los grupos de poder. El autor agrega que para apropiarse del territorio hacen falta una serie de operaciones de "delimitación de fronteras, de control y jerarquización de puntos nodales… y del trazado de rutas, de vías de comunicación y de toda clase de redes" (2005, pág.10).

Hay dos formas de apropiación, predominantemente utilitaria y funcional o predominantemente simbólico-cultural. La primera considera al territorio como una fuente de recursos y subsistencia que es explotada bajo un ámbito de jurisdicción del poder, enfatizando "el polo utilitario o funcional de la apropiación del espacio" (pág.10). En cambio, la segunda forma ubica al territorio como parte de una historia, tradición, paisaje o patrimonio cultural, respetando la simbolización identitaria que el espacio tiene dentro de uno o varios grupos. Estas variantes de apropiación del territorio –en el caso de esta investigación *cuerpo-territorio*- explican la clara dicotomía en la que se ubica al cuerpo gestante, por una parte, el cuerpo de la mujer embarazada que se desarrolla en un ambiente clínico-hospitalario bajo la observación constante de los saberes científicos y el sistema de

salud que da prioridad a lo práctico y la inmediatez, priorizando los recursos y la capitalización de los procedimientos médicos. En cambio, la segunda forma de apropiación corresponde a la dinámica que se produce dentro de los círculos de acompañamiento y en la relación que se da entre la partera y la mamá. Es en este espacio donde el *cuerpo-territorio* existe al ser representado y percibido por las mujeres, al reconocer los símbolos alrededor de la gestación, lo femenino y lo holístico-espiritual, distinguiéndolo –en palabras de Giménez- como símbolo de identidad socioterritorial con un fuerte apego afectivo sobre el cual las sujetas proyectan su imaginario, sus valores y su identidad.

4.2 Reapropiación del cuerpo (herramientas y estrategias).

Es a través de la reflexión sobre lo vivido y la experiencia de habitar el cuerpo dentro del espacio de acompañamiento, que surge la posibilidad de desarticular las imposiciones hegemónicas respecto al cuerpo gestante, las creencias alrededor de la maternidad y del parto, así como de los mandatos sociales establecidos, buscando resignificar lo vivido para transformar los imaginarios y nombrar las necesidades propias. El círculo de maternidades, al ser un escenario de enunciamiento, proveyó referentes simbólicos para trabajar herramientas de reconexión con el cuerpo, que permitieran desarrollar nuevos registros corporales a través de la escucha activa, los masajes, los baños, las plantas y la guía holística.

Al integrar el conjunto de saberes que cada participante aportó, se reconocen, valoran y potencializan a sí mismas y al desaprendizaje de las normas, creencias y tabúes sexuales que aíslan del propio cuerpo. Poco a poco, cada una de las mujeres acompañadas por Minerva y María Luisa, se permitieron construir un puente de integración y reapropiación amorosa hacia sus propios cuerpos, abrazando su feminidad y su sexualidad como parte clave de reconocer sus cuerpos embarazados que atraviesan cambios biológicos y psicoemocionales.

> *…sí definitivo con el conocimiento con aprender del cuerpo de la mujer y, pero sabes que también la pareja sepa cómo funciona el cuerpo de su mujer y eso es muy importante. Yo la verdad también me he dado cuenta de que en este camino que llevo de partera te metes en la vida de la familia, convives con su intimidad qué es algo qué agradeces, porque aprendes muchas cosas ¿y sabes qué también tiene que*

ver con cuando la mujer no tiene la fuerza para decidir qué quiere y que no quiere en su parto? el tema de la sexualidad. Generalmente las mujeres que se callan lo que sienten, que no dicen… son mujeres que también su sexualidad está muy vaga. No hablan de sexualidad y les da pena, no conocen realmente qué significa, qué es su sexualidad y no están conectadas con eso. Porque tú ves una mujer que su sexualidad no es abierta, entonces tensa y aprieta todo el tiempo es aprensiva y no se abre hasta no grita se queda calladita te das cuenta de todo y tiene que ver mucho la sexualidad. (María Luisa, 2020, entrevista 1).

Amandine Fulchirone (2018) explica que es la mirada feminista la que permite romper el silencio y desarticular el silenciamiento y aislamiento social por el que atraviesan las sobrevivientes de escenarios violentos (pág.145). Este enfoque feminista es visible en los vínculos que surgieron dentro del círculo, de una forma informal actúan colectivamente para co-construir procesos de sanación y sororidad. La experiencia corpórea de cada una de las mujeres dentro del círculo brinda la capacidad de enfrentar hábitos anteriores y recrear referentes positivos para cada una sobre las estructuras heteropatriarcales existentes. Se construye la posibilidad de retejer las subjetividades en crisis para dar el paso a aquellas en función de directrices internas que permiten construir un poder propio como base de sus identidades.

> Construir el poder propio sobre el cuerpo entre mujeres es construir el poder sobre la propia vida; es construir las condiciones para que las mujeres podamos ser sujetas...al recuperar el poder propio y colectivo, construyen su autoridad y se sienten con la legitimidad de actuar para transformar su vida y la vida de las otras... (Fulchirone, 2018, pág.147)

Dentro de las actividades realizadas se generó conocimiento a partir de acciones colectivas dirigidas a la escucha y difusión de información que cuestionan la lógica médico androcéntrica que prevalece por encima de los criterios personales de cada una de las mujeres en su función de usuarias de servicios de salud. En contraposición a estos valores médicos hegemónicos, se construyó una base de conocimiento compartido basado en la interacción, intercambio de saberes y cercanía afectiva al reconocerse junto y en la otra. El conocimiento construido horizontal, intercultural y colectivamente, implica una

transformación en la vida de cada una de las mujeres –principalmente-, de sus parejas y familias nucleares. Al acompañarse entre ellas, se colocan dentro del mismo proceso de cambio que permite el apoyo mutuo y las relaciones equitativas, donde si bien cada una conlleva su propia responsabilidad dentro de sus procesos, reflexionan juntas desde sus experiencias y buscan que las dudas y problemas individuales se vean reflejados dentro de la construcción del conocimiento dialógico interpersonal.

Las diferentes interpretaciones sobre lo vivido y los sentimientos de cada una de las integrantes del círculo contribuyen a la elaboración de una propuesta alternativa de desestructuración y transformación de un proceso médico hegemónico patriarcal que, al ser hermético, no brinda una oportunidad a las mujeres de sentirse involucradas con sus cuerpos durante su gestación y parto. Esta disposición a la transformación implica una labor comunitaria, que involucre a cada una de ellas, dialogando, compartiendo, sanando y construyendo junto a las otras, ya que involucra la vulnerabilidad de abrirse, validarse y aprender de sí mismas y de las demás. La guía de las parteras ha requerido confianza, contención y complicidad de las madres para reforzar el acompañamiento y la transformación de realidades, reconociendo las experiencias vividas de cada una de ellas y cómo estas vivencias aportan al trabajo de reconocimiento y recuperación del cuerpo. Al constituirse sujetas de sus procesos fue más sencillo trabajar la creación colectiva de saberes, el cuestionamiento de los comportamientos violentos y la distinción de los escenarios de vulnerabilidad materna.

> *Igual y va a ser de poco a poquito y de boca en boca de mujeres que han aprendido esto y se han dado cuenta entonces lo van a transmitir a sus hermanas, primas, amigas y así poco a poco.*
>
> *…es que, si tú guías a una mujer y le das herramientas, ella lo va a hacer con su hija, hermana, mamá y les va a platicar lo que ella vivió y lo que está sucediendo y así se va. y ella va a tocar a otras personas y se va a hacer una red (María Luisa, 2020, entrevista 1).*

Los resultados de esta actividad de reconexión corpórea son la apertura a los saberes ancestrales y holísticos, la exploración del cuerpo cambiante, el cuestionamiento de la opinión, decisión e imposición de las autoridades masculinas sobre los cuerpos. Al sentirse

conectadas entre ellas, redescubrieron y resignificaron imaginarios, cuerpos, feminidades y el propio significado de dar a luz.

> Plantear y repensar lo milenario y la sacralidad fundante en los pueblos indígenas ha sido parte de la llave de entrada para que las mujeres…pudiéramos llegar a trastocar la ancestralidad, lo antiguo, lo que siempre ha sido inamovible, preguntarnos mucho ¿por qué es sagrado? […] [Es una propuesta que] crea símbolos libertarios con contenido feminista e integra un nuevo imaginario de espiritualidad para una práctica transgresora (Cabnal, 2010, pág 13-24 en Fulchirone, 2018, pág. 154).

Compartir un espacio físico, verse, escucharse y observarse en la construcción de una restructuración de subjetividades, es una apuesta que requiere idear y elaborar herramientas colectivas propias que propicien reconocerse en la otra y promover una desarticulación de las premisas hegemónicas de cómo parir. Hacerse conscientes de las emociones, creencias y experiencias de la otra, ayudó a visualizar el propio proceso interiorizado, así como algunos elementos de opresión internalizados al servicio del sistema heteropatriarcal y contribuyó a liberar cargas emocionales.

Es importante recalcar la disposición de escucha activa libre de crítica que se generó dentro del círculo y que facilitó la confianza y apertura al encuentro de lo vivido por la otra para la construcción personal. La escucha ha permitido tejer a través de las historias e interpretaciones, reconociendo su legitimidad, un diálogo igualitario vivido desde y en el cuerpo, "escuchar desde el corazón representa un puente entre diferentes formas de abordar un problema, diferentes puntos de vista, diferentes cosmovisiones" (Fulchirone, 2018, pág.165). Es gracias a este grupo de acompañamiento que todas las participantes se han permitido validarse entre ellas, escudriñando entre sus relatos, tomando herramientas de ellas y complementando saberes colectivos. Poco a poco esta escucha sirve como base para revertir las lógicas de dominación heteropatriarcal que impone el silenciamiento de las mujeres, brindando una oportunidad creativa de sanación y contención intersubjetiva.

> Cuando el dolor de las memorias de violencia, opresión y colonización es escuchado, cuando tiene espacio para expresarse, liberarse y resignificarse, otra emoción puede tomar lugar y sustituir las memorias de dolor: el agradecimiento por la presencia de la otra en mi vida y el amor por lo que hacemos y construimos

juntas. Nos abrimos a reconocer que las otras tienen una importancia significativa en nuestra vida gracias a todos los sueños y deseos vitales compartidos, la magia de lo vivido y construido juntas. (Fulchirone, 2018, pág.167-168)

Profundizar colectivamente en reconocer las diferencias y similitudes que cada una está viviendo en su embarazo y posteriormente en su parto, contribuyó a mirarse desde sus miedos, alegrías, retos y dudas. Cada una de ellas se reapropió de su historia, de su sentipensar y de su cuerpo a través de reconocer el poder propio y la importancia de la construcción de sus propias maternidades. Ninguna de las integrantes es idéntica o ha experimentado su gestación de la misma forma, pero las une el proceso de llevar a cabo un embarazo en sus cuerpos, acompañándose entre ellas y con la guía de las parteras.

…si, de sentirse fortalecidas, de hacer una alianza. También de decir "ah, mira, ella está en lo mismo que yo, ella ya sabe qué estamos viviendo, de qué estamos hablando y también un apoyo, generar una reunión de apoyo y también como de amistad, también ha sido para algunas parejas que se conocieron pues ahí crearon estos lazos (Minerva, 2020, entrevista 2).

Cuando las mamás toman la decisión de erigir –o reconstruir- su poder sobre sus cuerpos, apropiándose de su plenitud, libertad y feminidad, el redefinir los estándares hegemónicos alrededor de la figura materna es atreverse a colocarse a sí mismas en un lugar distinto al que la sociedad heteropatriarcal las ha puesto; asimismo, dentro del grupo colectivamente se visualizan en una base colectiva donde cada una tiene un espacio y generan una diferencia constructiva. Al sentirse en comunidad, es más sencillo aceptarse tal como son y la energía creativa surge para validar su pluralidad, sus sentipensares y las acciones que unidas recrean en el grupo, sentirse aceptadas y comprendidas las impulsa a hacer algo en relación a las similitudes en las experiencias que comparten.

El ver parejas que llegaban en ese momento con su bebé tal como a mí me tocó después de hacerlo, que nos comparten su historia y cómo les había ido, eso me dio muchísima certeza de que es posible de que las personas quedan satisfechas, de que son personas que igualmente se interesaron por estar bien educadas, informadas de los beneficios que este parto natural humanizado con parteras trae tanto a la mamá como el bebé, para la familia en general y pues yo con ese ímpetu

que traen de generar un cambio de conciencia, un cambio en el ser humano pues va todo como muy pegado. Entonces esa fue mi motivación y los círculos de embarazo sirvieron tanto para conocer a otros papás que iban hacerlo y a otras embarazadas, como para informarme, seguir reafirmando ¿no? la decisión, entonces fueron de gran apoyo sobre todo la información de lactancia que muchas veces uno se enfoca a veces en ay voy a dar a luz pero no en lo que pasa después ¿no?, entonces hablar del posparto, de cómo es, de la cuestión emocional, del apoyo que puede dar el esposo, la familia, el dejarse apoyar (Marlene, 2020, entrevista 3).

Es en los momentos conflictivos o de dudas donde lo compartido y construido juntas dentro de las condiciones de amor propio y confianza permitió recuperar la confianza e impulsar a través de la ternura y la sororidad, para cuestionar aquello con lo que no se sentían cómodas abriendo espacios de recuperación y reparación del cuerpo, revolucionando aquellas ideas a las que estaban sujetas con anterioridad.

4.3.3. Conclusiones preliminares.

Al principio de este capítulo se planteó la premisa de la revolución, adaptación y cambio que las mujeres realizaron para visualizar que la falta de información y el desprendimiento del cuerpo como algo propio por sobre lo que se tiene autoridad. Al explicar la visión del cuerpo como un espacio que no ha permanecido autónomo, en el cuál existe una dicotomía que lo divide en algunos aspectos como algo público –donde se le tacha, señala, dicta como tiene que regirse-, y en otros como algo privado –donde la sexualidad de una madre debe invisibilizarse y no comentarse-, donde los aspectos socioculturales y el Estado tienen peso en el conflicto sobre ver el cuerpo como territorio a explotar. Es por ello que en la segunda parte del capítulo se busca poner en el mapa la reapropiación del cuerpo que se ha dado dentro de los círculos de acompañamiento entre mujeres que resisten y procuran su autocuidado ante la violencia vivida, los círculos han demostrado ser lugares de encuentro que permiten compartir lo vivido y difundir consuelo y sororidad para ayudar a construir una base en la que las mujeres se sientan respaldadas si deben enfrentarse a alguna autoridad médica y defender sus decisiones por sobre sus cuerpos.

5. Conclusiones generales.

La realización de esta investigación estuvo sujeta al contexto global de la pandemia por el virus del SARS-CoV2 (COVID-19), lo cual orilló a tomar medidas drásticas y hacer cambios en beneficio de todas las involucradas. Me atrevo a decir que incluso apuntó a cambiar de paradigma educativo en el que se busca el bienestar, la salud y la cuestión ética por encima de resultados inmediatos. Se priorizó el cuidado de las mamás, ya que todas se encontraban en el último trimestre de gestación en el verano de 2020, cuando se realizó el trabajo de campo, y las parteras –se les contempló como parte del personal médico que realizaba actividades vitales en la cuarentena obligatoria ya que se dio un incremento de mujeres que optaron buscar ser acompañadas por parteras para evitar ingresar a una institución de salud-, así como el autocuidado de la investigadora. Es crucial recalcar esto último dado que muchas veces quien realiza la investigación no se pone a sí mismx como prioridad.

Es importante recalcar que el campo de investigación alrededor de esta crisis es vital al considerar que las problemáticas sociales que ya existían desde antes, ahora tienen características derivadas del aislamiento, la readaptación del sistema médico hegemónico y las crisis institucionales y económicas. El trabajo de campo se realizó a partir de febrero del 2020, cuando acudí presencialmente a un círculo de acompañamiento y a partir de ahí todas las demás interacciones con las mamás fueron de manera online, y con las parteras –con su consentimiento y sugerencia- de forma presencial siguiendo los protocolos de protección y en semáforo amarillo.

A lo largo de los capítulos de esta tesis se aborda la violencia obstétrica, la matriz cultural heteropatriarcal que busca sostener la violencia obstétrica sobre y frente a aquellas prácticas médicas que reconocen y respetan a las mujeres y sus procesos de gestación y parto, el biopoder que impone el Estado tratando de determinar el rol femenino de la maternidad, las experiencias de las mujeres embarazadas que acuden a los círculos de acompañamiento, los cuerpos de las mujeres y la reapropiación de estos mismos a través de la ecología de saberes que surge dentro de las redes de apoyo. Retomando la pregunta de investigación *sobre cuáles fueron las experiencias de sanación y reapropiación individual*

y colectiva del cuerpoterritorio dentro de un escenario de violencia obstétrica vivida por las mujeres que acuden a los círculos de acompañamiento en el embarazo, puedo recuperar que las acciones realizadas dentro de los círculos de acompañamiento, tales como la escucha activa, las técnicas como el rebirthing, plan de nacimientos y la contención guiada por las parteras son las herramientas utilizadas exitosamente dentro de este espacio para crear lazos individuales y colectivos entre las madres y parteras asistentes. También reconozco las acciones individuales utilizadas por cada una de las mamás, como la búsqueda documentada, indagar segundas opiniones y cuestionar al personal médico con la información previa que obtuvieron por sí mismas y dentro del círculo. Las mamás se convirtieron en agentes de cambio que buscan constantemente difundir sus historias de vida y lo que aprendieron con las parteras para compartir con sus iguales sobre la VO, su contención y posible prevención.

Como lo plantean Judith Butler y Beatriz/Paul Preciado, el cuerpo se ha visto mermado por la intervención del biopoder que el sistema de salud ha ejercido durante mucho tiempo, donde se objetiviza al cuerpo femenino como una máquina de reproducción que sirve a los hombres y al régimen, y donde la sexualidad femenina se ve minimizada a la gestación y el parto. Lo anterior se puede constatar al observar los extractos de las entrevistas realizadas a Minerva y María Luisa, quienes ayudan a orientar a las mamás a ver sus cuerpos más allá de la cotidianidad clínica que reduce sus cuerpos, sus sentires y las experiencias por las que se ven atravesadas.

Se halló que al principio de las entrevistas individuales al cuestionar a las mamás si consideraban haberse visto involucradas en alguna situación donde la VO se manifestara, las tres lo negaron, sin embargo, a lo largo de la entrevista mientras más se hablaba sobre los términos y lo que englobaba la VO, surgían comentarios de ellas donde reconocían que ellas o alguien que conocían habían pasado por algún maltrato. Fue hasta la charla que cada una tuvo conmigo por separado que pudieron nombrar el maltrato como VO, aunque sí se hubiesen dado cuenta de que se sentían incómodas con alguna acción o falta de ella que el personal médico tuviese directamente con ellas.

Por otro lado, al preguntarles a las parteras si abarcaban pláticas sobre la VO dentro de los círculos y cómo lo hacían, me comentaron que como tal no dedicaban toda una

sesión para hablar sobre prevención o contención de la VO, sino que ellas iban dirigiendo poco a poco la información sobre sus derechos como mujeres que asisten a centros de salud, mencionaban testimonios de otras mamás y el mal trato recibido en instancias de salud o si alguna mamá presente en el círculo compartía alguna experiencia de VO realizaban técnicas de contención amorosa al respecto. Recupero algo que nombraba María Luisa, ella explicaba que, si una mujer ha sido atravesada por la violencia a lo largo de su vida, era muy probable que la normalizara y dejase de distinguirla como algo que la lastimaba, por lo tanto sería difícil que pudiera distinguir algún maltrato en sus citas médicas o en su parto.

Retomar la ecología de ausencias y la de saberes, ayuda a ampliar la visión de cómo el embarazo y el parto pueden ser llevados con una perspectiva que incluya el retomar saberes ancestrales –como los que practican las parteras- que no tienen que estar en conflicto con los conocimientos científicos hegemónicos. Es posible complementar uno con el otro, siempre y cuando ambas partes estén dispuestas a trabajar en conjunto. Como se observó en las entrevistas, Minerva y María Luisa ya han trabajado con obstetras y están dispuestas a colaborar con ellos si es lo que la mamá desea.

La Comunicación para el Cambio Social me permitió comprender cómo las aristas que intervienen dentro de este trabajo y que se desenvuelven en la problemática de la VO actúan como tal. Desde el diálogo de saberes, como lo plantea De Sousa Santos, es posible comprender que no existe una única rama de conocimientos, que podemos cuestionar lo que se ha establecido desde otros saberes, y que es posible cohabitar entre múltiples conocimientos para el bienestar de –en este caso- mujeres embarazadas que están atravesando muchos cambios físicos y mentales.

Los círculos de acompañamiento, la guía de las parteras y la sanación colectiva que se empezó a generar dentro de este espacio de reunión parten de la misma idea de la ecología de saberes, sirve para generar encuentros que permitan abordar una línea distinta a la hegemonía médica, que si bien desde el contexto de San Pedro Cholula no está en conflicto directo con lxs obstetras busca brindar alternativas cálidas para parir acompañadas de parteras, informadas y provistas con herramientas necesarias para reapropiarse, respetar y preservar sus cuerpos durante y después de su embarazo. Es también desde los círculos

que surge el último punto importante que vinculo con la Comunicación para el Cambio Social, el reconocimiento para la prevención, arista clave dentro de este trabajo de investigación, porque es a través del reconocimiento en sí mismas y en las otras que las mamás pudieron identificarse en los relatos que se compartían dentro del círculo, y en casos como el de Erika pudo defender su punto de vista a pesar de la imposición que su obstetra parecía indicarle. Los espacios de contención y resistencia como lo son los círculos que trabajan la construcción de maternidades informadas para vivirse plenamente, son lugares de transformación social para las madres, la concepción del maternar, las vías de atención de un embarazo, la sororidad y prevención e identificación de las principales formas de violencia obstétrica.

Por otra parte, es claro que la acción colectiva surge de una conciencia común de las injusticias existentes, los movimientos sociales como el feminismo y sus ramas surgen gracias a las pequeñas brechas entre los cambios estructurales que permiten generar una conciencia colectiva. Es gracias, en este caso, al propio feminismo que se forma un campo de exploración variado que engloba como uno de sus temas principales la defensa de la autonomía del cuerpo feminizado y sus derivados incluyen desde el aborto, los derechos sexuales y reproductivos, la menopausia, la menstruación digna, la lactancia, el parto humanizado, la partería tradicional y la violencia obstétrica, entre otros. Han sido los múltiples feminismos los que ponen en la mira a las autoridades y el sistema oficial dentro de una lucha política colectiva.

El parto humanizado y la partería en las últimas décadas se han convertido en agentes de cambio dentro del cambio social, el activismo político de las parteras dentro de los contextos del parto implica el cambio de perspectiva del parto para considerarlos nuevamente como algo natural y no como algo patológico, el reconocimiento de sus saberes híbridos como una postura contracultural, el desafío que propone la autonomía de su quehacer ante la definición clínica de los derechos reproductivos de las mujeres y su activismo contra la VO y a favor de la humanización del parto dentro del sistema hospitalario. La partería es un movimiento que rescata la visibilización de derechos humanos, tanto de las mujeres que ejercen autoconocimiento sobre sus cuerpos como de las parteras en su profesión.

A nivel personal, algo que surgió de esta investigación fue que al compartir el tema de la violencia obstétrica con mujeres cercanas a mí que son mamás y la identificación que ellas mismas tuvieron en la experiencia de su gestación respecto a la violencia obstétrica, todas pudieron relatarme breves señalamientos que correspondían a esta categoría de maltrato, incluso mi madre comentó que en su primer embarazo –yo- el médico le indicó que debía hacerse una cesárea ya que el cordón umbilical daba tres vueltas alrededor de mi cuello y eso impediría que se diera mi expulsión a través del parto vaginal, de igual manera en la sala de operaciones fue privada de su movilidad al ser atada a la cama hospitalaria para impedir que se moviera agitadamente y se lastimara a sí misma. Hasta el día de hoy, concluida la investigación, cuando comparto información sobre la violencia obstétrica con mujeres que estuvieron embarazadas, es inusual encontrarme con alguna que no comente un indicador violento de parte de su obstetra o enfermerx.

A partir de este trabajo, surgen preguntas que quedan sin responderse como lo son ¿por qué a pesar de la implementación de programas de concientización de la VO, algunxs miembrxs del personal médico lo siguen llevando a cabo?, ¿por qué las mujeres profesionistas de la salud replican situaciones de violencia con sus congéneres?, ¿tiene que ver con tratar de encajar dentro de un sistema machista que no las dejará avanzar si no se comportan de manera violenta como sus colegas varones?

Desde esta investigación exhortamos a que cualquier mujer que se encuentre en su proceso de embarazo deseado, debe ser informada de todo lo que se puede presentar durante su gestación, así como de las variantes a tener un parto. Si la mamá elige un parto vaginal o una cesárea –en casos de urgencia médica como lo establece la OMS-, que sea siempre con su consentimiento y pleno conocimiento del proceso y derivados. Es obligación del sistema de salud –esto incluye a nivel público y privado- proveer la información necesaria, traducida al idioma local, con lenguaje claro y sobre todo amable con la mamá de todo lo que conlleva el embarazo, parto y postparto; a la vez que es necesario recalcar y condenar dentro de la formación profesional médica la violencia de género –y de cualquier índole- que deriva en VO por la falta de ética, escrúpulos y tacto con la que varios miembrxs de la comunidad médica tratan a sus pacientes.

Referencias.

Binimelis-Espinoza, H. y Roldán, A. (2017). Sociedad, epistemología y metodología en Boaventura de Sousa Santos. *Convergencia, 24(75),* 215-235.

Biset, E. (2012). Tanatopolítica. *Nombres (Córdoba), (26),* 245-274.

Blazquez Graf, N., Flores Palacios, F., & Ríos Everardo, M. (2010). Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales. *Universidad Nacional Autónoma de México.*

Blumer, H. (1982). Perspectiva y método. *Hora. Barcelona, España.*

Butler, J. (2011). *Bodies that matter: On the discursive limits of sex*. Routledge.

Cámara de Diputados. (2011). Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia. LGAMVLV Catálogo de Leyes. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión. México: Diario Oficial de la Federación.

Castro, R., y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista Conamed, 19(1),* 37-42.

Código Penal Del Estado Libre Y Soberano De Puebla. Artículo 343 Ter. 20 De Septiembre De 2016 (México)

Código Penal Del Estado Libre Y Soberano De Puebla. Artículo 346 Bis. 20 De Septiembre De 2016 (México)

Cohen, C. J. (2005). Punks, Bulldaggers, and Welfare Queens: The Radical Potential of Queer Politics? En *Black queer studies* (pp. 21-51). Duke University Press.

De Alba García, J. (2012). Saberes culturales y salud: una mirada de la realidad polifacética. *Desacatos, (39),* 89-104.

De Dios-Vallejo, D. S. (2014). Equidad de género y embarazo. *Perinatología y reproducción humana, 28(2),* 71-78

De Sousa Santos, B. (2009). *Una epistemología del Sur.* México: Siglo XXI Editores.

De Sousa Santos, B.. (2018). Introducción a las epistemologías del sur. *Epistemologías del sur*, 25-61.

Ehrenreich, N. (1993). Colonization of the Womb, The. *Duke LJ, 43,* 492.

Fisiosite. (2017). Posiciones durante el parto: análisis de las posturas más comunes. Fisiosite Blog. https://www.fisiosite.com/blog/fisioterapia/posiciones-parto-analisis-posturas-mas-comunes/

Foucault, Michel. 2000. *Historia de la Sexualidad I. La Voluntad del Saber*. Editorial Siglo Veintiuno.

Foucault, Michel. (2001). *Los anormales.* Akal.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo Veintiuno Editores.

Fulchirone, A. (2018). *La ley de mujeres: amor, poder propio y autoridad. Mujeres sobrevivientes de violación sexual en guerra reinventan la justicia desde el cuerpo, la vida y la comunidad.* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México]

Geobrujas, C. (2018). Subvertir la cartografía para la liberación. *Revista de la Universidad de México, (7),* 40-43.

Giménez, G. (2005). Territorio e identidad. Breve introducción a la geografía cultural. *Trayectorias, 7(17),* 8-24.

GIRE (2015). *Violencia Obstétrica Un enfoque de derechos humanos*. GIRE. https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf

GIRE (2013). *Capítulo 4: Violencia obstétrica. Omisión e Indiferencia. En: Derechos reproductivos en México.* GIRE. http://informe.gire.org.mx.

Gómez, D. F. (1999). Medicalización del parto humano. Una lectura desde los textos de Michel Foucault. *Acta Académica*, 1-52.

Haesbaert, R. (2020). Del cuerpo-territorio al territorio-cuerpo (de la tierra): contribuciones decoloniales. *Cultura y representaciones sociales, 15(29),* 267-301.

Herrera, C. A. (2018). Feminismos latinoamericanos: deseo, cuerpo y biopolítica de lo materno. *Debate feminista, (55),* 27-58.

Illich, I. (1975). *Medical nemesis. Némesis médica: la expropiación de la salud* (No. Sirsi) i9788421103302).

Infante, A. (2013). El por qué de una epistemología del Sur como alternativa ante el conocimiento Europeo. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología, 23(68),* 401-411.

Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 26*.

Jordan, B. (1997). *Authoritative knowledge and its construction. Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives,* 55-79.

Lincoln, N. K. D. Y. S. (2005). *The Sage handbook of qualitative research.* Sage.

Ley Estatal de Salud para el Estado de Puebla, Artículo 62, Puebla, Puebla, 2000

Manuales MSD. (2020). *Introducción al puerperio (período posparto*). Manual MSD versión para público general. https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/el-puerperio-per%C3%ADodo-posparto/introducci%C3%B3n-al-puerperio-per%C3%ADodo-posparto

Manrique Ramírez, F. (2018). Los cuerpos dóciles: caso de la educación contable. *Revista Científica General José María Córdova, 16(24),* 131-153.

Marchese, G. (2019). Del cuerpo en el territorio al cuerpo-territorio: Elementos para una genealogía feminista latinoamericana de la crítica a la violencia. *EntreDiversidades, 6(2 (13)),* 9-41

Mayo Clinic. (2019). Doula. En Mayo Clinic. Recuperado en 24 de febrero del 2021, de https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/expert-answers/doula/faq-20057910?reDate=28022021

Mead, G. H. (1962). *Mind, Self, and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist.* 1934. Chicago: U of Chicago P.

MedlinePlus. (2020). Episiotomía. En MedlinePlus. Recuperado en 24 de febrero del 2021, de https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000482.htm

Mora, F. C. U. (2012). El cuerpo de las mujeres gestantes: un diálogo entre la bioética y el género. *Revista Colombiana de Bioética, 7(1),* 97-110.

Morales Domínguez, M. D. C. (2017). *La medicalización y la autonomía de las mujeres: caso de mujeres embarazadas de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas México.* In V Seminario Internacional Desigualdad y Movilidad Social en América Latina 31 de mayo y 1º y 2 de junio de 2017 Ensenada, Argentina. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales.

ONU Mujeres. (2011). *Convención sobre la Eliminación de todas formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).* Recuperado 18 marzo de 2020, de https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2011/12/cedaw

OMS. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Recuperado 18 marzo de 2020 de Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/

Pisa. (s. f.). Enema Evacuante. Recuperado 24 de febrero de 2021, de https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_4_2.htm

Preciado, B. (2016). *Manifiesto contrasexual*. Barcelona: Anagrama.

Ramajo García, B. (2014). *Género y Sexualidad: Aproximaciones multidimensionales y violencias fantasmas heteropatriarcales* (TFM). http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/131211/1/TFM_B%C3%A0rbara%20Ramajo%20Garcia.pdf

Ramírez, G. A. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, 11(1),* 145-169.

Ravanal, M. D. L., & Aurenque Stephan, D. (2018). Medicalización, prevención y cuerpos sanos: la actualidad de los aportes de Illich y Foucault. *Tópicos (México), (55),* 407-437.

Rocha-Buelvas, A. (2017). Pueblos indígenas y salud colectiva: hacia una ecología de saberes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 27,* 1147-1161.

Saffioti, H., Ramos, A., Candido, A., Santiago, S., Ribeiro, D., Schwarz, R., . . . Dagnino, E. (2018). CONTRIBUCIONES FEMINISTAS PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. In Bringel B. & Brasil A. (Eds.), *Antología del pensamiento crítico brasileño contemporáneo* (pp. 585-602. CLACSO. doi:10.2307/j.ctvnp0k3f.29

Sánchez Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata, (18),* 93-111.

Sautu, R. (2003). *Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación*. Lumiere.

Segato, R. L. (2014). Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres. *Sociedade e Estado, 29(2),* 341-371.

Šimonović, D. (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. *Asamblea General de las Naciones Unidas, 11,* 1-26.

Tovar, P. (2004). El cuerpo subordinado y politizado: reflexión crítica sobre género y antropología médica. *Revista colombiana de Antropología, 40,* 253-282.

Van-Dijk, T. A. (2017). Análisis crítico del discurso. *Revista Austral de Ciencias Sociales, (30),* 203-222.

Villanueva Egan, L. A., Ahuja Gutiérrez, M., Valdez Santiago, R., y Lezana Fernández, M. Á. (2016). ¿ De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?. *Revista Conamed, 21(S1)*, 7-25.

7. Anexo.

Entrevista semiestructurada sobre conocimientos acerca de la violencia obstétrica

Guía de preguntas

Maestría en Comunicación y Cambio Social de la Universidad Iberoamericana Puebla UIA

Tema: Identificación y experimentación de la violencia obstétrica por parte de las mujeres urbanas de San Andrés Cholula

Objetivo: Recolectar las descripciones que se identifican sobre la violencia obstétrica.

Dirigido a: Mujeres en postparto que acuden a círculo de embarazo en San Andrés Cholula, Puebla.

Tiempo aproximado de la entrevista: 1hr

Recursos: Guía de preguntas, cámara o dispositivo móvil para el audio o video.

Observación: Actividad investigativa solamente para fines académicos.

Se busca que la información y datos personales sean brindados bajo el consentimiento informado y expreso de las participantes, el uso de ellos será únicamente con fines académicos bajo el resguardo de la investigadora.

Si las participantes así se sienten más cómodas, se tiene contemplado el anonimato y/o uso de seudónimos.

Preguntas:

-¿Cómo fue su relación, interacción o comunicación con el personal médico (enfermerxs y médicos) durante su embarazo?

-¿Le brindaron la información que requería a lo largo de su embarazo, fue fácil de comprender o se quedó con alguna duda? ¿A través de qué medio fue informada?

-¿En algún momento de su embarazo se sintió mal consigo misma por cuestionar algún procedimiento indicado por el personal médico?

- ¿Sintió la necesidad de no relacionarse con ellos?

- ¿Cómo considera que debe ser el trato entre un médico y la paciente embarazada?

-¿Recuerda haber identificado alguna acción violenta (burla, insultos, toqueteos innecesarios, discriminación, intervenciones innecesarias e invasivas, entre otras) que el personal médico le haya infligido?

- ¿Durante su labor de parto, le ofrecieron realizarle una cesárea o se la realizaron sin consultarle?

- ¿Cree que el tiempo de su estancia en el hospital fue el adecuado o debió ser más largo/corto? ¿Por qué?

- ¿Ha escuchado hablar de la violencia obstétrica? ¿Dónde?

- ¿Qué le gustaría proponer para un mejor reconocimiento de la violencia obstétrica?

- ¿Qué la hizo decidir acudir a un círculo de embarazo?

- ¿De qué manera el acompañamiento de las parteras y las otras integrantes del círculo la ha ayudado?

- ¿Cómo es que el intercambio de experiencias y dudas dentro del círculo, contribuyeron a su experiencia de embarazo?

- ¿Qué piensa de los círculos donde se fomenta la compañía entre mujeres durante el embarazo? ¿Lo recomendaría, por qué?

Nota final: Agradecimientos por la participación y aporte para la construcción de conocimiento en este proceso de formación.

Entrevista semiestructurada sobre conocimientos acerca de la violencia obstétrica

Guía de preguntas

Maestría en Comunicación y Cambio Social de la Universidad Iberoamericana Puebla UIA

Tema: Identificación y experimentación de la violencia obstétrica por parte de las mujeres urbanas de San Andrés Cholula

Objetivo: Recolectar las descripciones que se identifican sobre la violencia obstétrica.

Dirigido a: Parteras que dirigen los círculos de embarazo en San Andrés Cholula, Puebla.

Tiempo aproximado de la entrevista: 1hr

Recursos: Guía de preguntas, cámara o dispositivo móvil para el audio o video.

Observación: Actividad investigativa solamente para fines académicos.

Se busca que la información y datos personales sean brindados bajo el consentimiento informado y expreso de las participantes, el uso de ellos será únicamente con fines académicos bajo el resguardo de la investigadora.

Si las participantes así se sienten más cómodas, se tiene contemplado el anonimato y/o uso de seudónimos.

Preguntas:

-¿Qué tan común es la violencia obstétrica en su área?

- ¿Sus pacientes han acudido a usted como una alternativa a evitar el maltrato médico?

- ¿Sus pacientes le han reportado ser violentadas por médicos o personal médico?

-¿Cómo identifican las acciones violentas (burla, insultos, toqueteos innecesarios, discriminación, intervenciones innecesarias e invasivas, entre otras) que el personal médico les haya infligido?

-¿Qué tan clara es la información sobre la violencia obstétrica a lo largo de un embarazo? ¿Cómo se distribuye esta información?

¿Es común que las mujeres se sientan mal por cuestionar los procedimientos indicados por el personal médico?

- ¿Qué sugeriría para evitar la violencia obstétrica?

-¿Cómo funcionan los círculos de embarazo?

-¿El acompañamiento que brindan puede ayudar a que las mujeres identifiquen si fueron víctimas de VO?

- ¿Cómo es que el intercambio de experiencias y dudas dentro del círculo, pueden contribuir a la experiencia del embarazo?

- ¿Qué actividades realizan para que las mujeres puedan reconocerse autónomas y dueñas de sus propios cuerpos?

Nota final: Agradecimientos por la participación y aporte para la construcción de conocimiento en este proceso de formación.