



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

POSGRADO EN CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS

¡Y me dijo el doctor que ya le había cortado las alas a la cigüeña y yo ni sabía!

Experiencias de parto hospitalario entre mujeres de Teopancingo, Puebla

Ana Teresa Peña Hernández

Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas

Director:

Dra. Laura Valladares de la Cruz

Asesores:

Dra. Paola María Sesia

Dra. Lina Rosa Berrio Palomo

Ciudad de México

Marzo 2023

Para Brisa Elizabeth. Hija de Teresa

Agradecimientos

Parir una tesis siempre es un camino lleno de emociones, y llegar al final es sin duda una mezcla de felicidad, ansiedad y cansancio. Esta investigación es particularmente importante para mí, no solo porque es la tercera que hago en mi vida para obtener un grado académico, sino porque me permitió recuperar un poco de lo que más me importa en esta vida, mi madre y mis raíces.

Es por ello, por lo que el primer agradecimiento es para ella, para Teresa Hernández Garrido que nació en Teopancingo, Puebla, al igual que las 34 mujeres que me permitieron hablar con ellas y las 20 que abrieron sus experiencias hasta el llanto. Sin duda, entonces el segundo gran agradecimiento es para cada una de ellas que, sin tener necesidad de hacerlo, me regalaron sus historias.

Me siento la más afortunada por haber contado con una beca por cuatro años que me permitió desarrollarme profesionalmente y además sobrevivir en pandemia, cuando tanta gente no sobrevivió y otra, lo perdió todo. Por eso agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y a la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa por unirme a sus filas.

Desde hace muchos años admiro y quiero a la Dra. Laura Valladares de la Cruz, y sin duda ha sido un honor el que me haya dirigido en este camino. Asimismo, a la Dra. Paola Sesia y a la Dra. Lina Berrio, grandes académicas, les agradezco por su guía y comentarios siempre constructivos.

Por último, vale la pena señalar que no sería nada en este mundo sin los que me han sostenido y enseñado, mis mentoras, la Dra. Silvia Gómez Tagle y la Dra. Dalia Barrera Bassols, mi familia, Sandra, Gaby, Claudia, Zare, Gloria, Estela, Arturo, Javier, Carlos, Modesto, José, Pedro. Mi pareja, Eric Ismael, mis amigos y amigas, que son mi familia elegida y afortunadamente son muchos para mencionarlos a todos. Mi guía en este mundo complicado, Raquel, mis perritos y mis apegos como muelino y Reyna.

Lo que a continuación podrán leer es el fruto de cuatro años de trabajo constante. Gracias vida, por permitírmelo.

ÍNDICE

Introducción: de la violencia obstétrica a la experiencia de atención del parto y puerperio

Capítulo 1. Experiencias de mujeres sobre la atención del parto y puerperio inmediato en servicios de salud

Introducción y selección de la literatura

1.1 Prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato en instituciones de salud

1.2 Factores asociados a la prevalencia de prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato en instituciones de salud

a) Mujeres proclives a experimentar prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato en instituciones de salud

b) Explicaciones sobre los factores asociados a la prevalencia de prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato en instituciones de salud

c) Reflexiones sobre los actores que perpetran prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato en instituciones de salud

1.3 Propuestas sobre cómo evitar prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato en instituciones de salud

1.4 Abordajes teóricos presentes en la literatura sobre el estudio de las prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato en instituciones de salud

1.5 La experiencia de parir más allá de la violencia. Emociones y vivencias corporales

a) Pautas culturales en la experiencia de parto

b) El dolor en la experiencia del parto

c) El cuerpo en la experiencia de parir

1.6 Posicionamiento sobre mi investigación

Capítulo 2. “Coordenadas teóricas para el análisis de las experiencias de atención del parto hospitalario de un grupo de mujeres de Teopancingo, Puebla”

2.1 La categoría de experiencia. Genealogía del concepto y definición para esta investigación

a) La experiencia desde la filosofía y la historia

b) La experiencia desde algunas miradas sociológicas

c) La antropología de la experiencia

2.2 Berger y Luckmann. Categorías útiles para el análisis de los relatos sobre las experiencias durante la atención del parto y puerperio inmediato, de un grupo de mujeres de Teopancingo, Puebla

2.3 Geertz. Un enfoque semiótico de cultura para analizar las experiencias de parto y puerperio inmediato, de un grupo de mujeres de Teopancingo, Puebla

2.4 Le Breton. La experiencia social del dolor para el análisis de las experiencias durante la atención del parto y puerperio inmediato, de un grupo de mujeres de Teopancingo, Puebla

2.5 Medicalización del embarazo, parto y puerperio

2.5.1 ¿Por qué y para qué hablar de violencia obstétrica durante las experiencias de atención del parto y puerperio?

2.5.2 Definiciones de violencia obstétrica

2.5.3 Tipos de violencia obstétrica

2.6 La categoría de género para el análisis de las experiencias de parto y puerperio

2.6.1 Raza, etnia y clase social. Intersecciones que moldean la experiencia de atención del parto y puerperio

a) sobre el concepto de raza

b) sobre el concepto de etnia

c) sobre el concepto de clase social

d) reflexiones sobre el apartado

Capítulo 3. Rumbo a Teopancingo en tiempos de coronavirus. Estrategia metodológica

3.1 Investigando desde mis 33 años y sin haber parido

3.2 Aproximación cualitativa a las experiencias sobre la atención del parto y puerperio inmediato de un grupo de mujeres

3.3 Herramientas metodológicas

3.4 Tres momentos distintos: el reconocimiento, la entrevista inicial y la entrevista semiestructurada

3.5 Primer sondeo. Entrevistas a 34 mujeres. Resultados

- a) Datos sociodemográficos
- b) Aspectos económicos
- c) Bienes
- d) Historia reproductiva
- e) Percepción de la atención en su último parto

3.6 Selección del universo de estudio

3.6.1 El campo habló, conformación del universo de estudio

3.7 Codificar veinte entrevistas sobre la experiencia en la atención del parto y puerperio

3.8 ¿Y yo que gano si me entrevistas? Trabajo de campo con COVID, sin internet y en medio del bosque. Dificultades y retos

Capítulo 4. Parir en Teopancingo: tierra de manzanas y neblina

4.1 Trabajo de campo a prueba de bosque. Palabras introductorias

4.2 Teopancingo, en donde siempre llueve. Vida cotidiana

4.2.1 Se levanta uno con el sol, y se acuesta con la tarde

4.2.2 La luz no alcanza en Teopa

4.2.3 Entre combis, trocas y caballos

4.2.4 Bestias, becerros y perros flacos

4.2.5 El futbol y los domingos de misa

4.2.6 El bosque ya está pelón y no se regenera

4.3 Teopancingo. Breve contexto sociodemográfico

4.3.1 Teopancingo, entre Hidalgo y Puebla

4.3.2 Truchas, animales y siembra

4.3.3 Quelites y tortillas de masa azul

4.3.4 La tienda DICONSA y otras tienditas

- 4.3.5 Escuelas sin acceso a internet
- 4.3.6 Entre mexicanos y jueces de paz
- 4.4 Características sociodemográficas de las veinte mujeres entrevistadas
 - 4.4.1 Edad y ocupación
 - 4.4.2 Escolaridad y estado civil
 - 4.4.3 Número de gestas. Religión y etnicidad
 - 4.4.4 Migración y origen
 - 4.4.5 Ingresos mensuales
- 4.5 Indicadores económicos cualitativos
 - 4.5.1 Juntos, pero no revueltos. Tipos de vivienda
 - 4.5.2 Bienes que poseen las entrevistadas
- 4.6 Atención a la salud en Teopancingo durante el embarazo, parto y puerperio
 - 4.6.1 La atención de la salud en general
 - 4.6.2 Oferta de atención durante el embarazo, parto y puerperio
 - 4.6.3 Las parteras en la atención del embarazo, parto y puerperio en Teopancingo
 - 4.6.3.1 Isis, Catalina, Yolanda, Lupita y Tatiana. El parto de antes
 - 4.6.4 La partería en 2022 en Teopancingo
- 4.7 Huauchinango. Un lugar cercado de bosques
 - 4.7.1 Población, vivienda, educación y actividades económicas
 - 4.7.2 Oferta de atención a la salud. Farmacias similares, herbolarias y laboratorios
- 4.8 Veinte mujeres que parieron en Huauchinango, Puebla

Capítulo 5. Voces de un grupo de mujeres de Teopancingo acerca de la atención de su último parto y puerperio

- 5.1 Mujeres que parieron en hospitales públicos: Teresa, Adriana, Alicia, Amalia, Ana, Blanca, Dianelly, Elena, Lupita, María, Sarahí y Sonia

5.-2 Mujeres que parieron en hospitales privados: Sofi, Denisse, Francisca, Mariana, Natalia, Samara, Sofía y Soledad

Capítulo 6. Reflexión analítica sobre la atención del parto y puerperio inmediato, de un grupo de mujeres de Teopancingo, Puebla.

6.1 Antesala del parto: embarazo

6.1.1 Embarazo de alto y bajo riesgo

6.1.2 Red de apoyo durante el embarazo

6.1.3 Decisiones reproductivas en el embarazo

6.1.4 Atención médica durante el embarazo: parteras y consultas privadas

6.1.5 Ultrasonidos particulares

6.1.6 Embarazo en pandemia

6.1.7 Expectativas sobre el parto

6.2 Dolor y sangre, avistamiento del nacimiento

6.2.1 Dolor de pasaditas

6.2.2 Del dolor al sufrimiento

6.2.3 El dolor que desaparece y se resignifica

6.2.4 Dolor producido por procedimientos médicos

6.2.5 Huellas del dolor, episiotomías y entuertos

6.2.6 Lactancia y dolor

6.3 Atención en el parto hospitalario

6.3.1 Percepción positiva de la atención

6.3.2 Percepción negativa de la atención

6.3.3 Representaciones sobre el cuerpo atendido

6.4 Violencias durante la atención del parto

6.4.1 Significados en torno a la violencia

6.4.2 Violencia obstétrica

a) Violencia obstétrica psicológica y formas elementales de abuso

b) Discriminación sociocultural

c) Violencia obstétrica física

6.5 Resistencias y agencias

6.5.1 Uso de anticonceptivos

6.5.2 Ironías y reclamos

6.5.3 Desobediencia, auto explicaciones sobre el trato recibido

6.6 Acashanarse, puerperio inmediato

6.6.1 Lactancia

6.6.2 Cuidados en la cuarentena

7. Reflexiones finales

8. Anexos

a) Guion I

b) Guion II

c) Carta presentación

d) Formato de consentimiento informado

9) Aparato crítico

INTRODUCCIÓN: DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA A LA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO

En las siguientes líneas presento la investigación realizada durante cuatro años de doctorado, la cual se intitula ¡Y me dijo el doctor que ya le había cortado las alas a la cigüeña y yo ni sabía! Experiencias sobre la atención durante el manejo del parto hospitalario entre mujeres de Teopancingo, Puebla.

Dicho título ha sufrido diversas modificaciones que han respondido a la madurez del texto y al rumbo que ha tomado mi pesquisa. Inicié el doctorado planteando un proyecto de investigación sobre violencia obstétrica en una zona en la que previamente había trabajado, la Huasteca hidalguense, sin embargo, este plan se vio frustrado al prohibirse el trabajo de campo dentro del programa doctoral que cursé, producto de la crisis sanitaria del COVID-19.

Ante ello me encontré con la necesidad de elegir entre hacer una tesis teórica, monográfica o utilizando la etnografía virtual, empero, la solución que tomé fue realizar mi trabajo de campo en una zona más cercana, que conocía y en donde no había habido casos de COVID hasta ese momento: Teopancingo, Puebla.

Teopancingo es un lugar frío y boscoso que toca los límites entre el estado de Hidalgo y el estado de Puebla, sus habitantes son en su mayoría campesinos y acuicultores. La atención del embarazo, parto y puerperio se resuelve, en la mayoría de los casos, dentro de clínicas y hospitales tanto privados como públicos. Actualmente, la presencia de parteras es casi nula y muy pocas mujeres recurren a esta figura durante la etapa de embarazo para que “las sobe y les acomodé al bebé”. En *Teopa* conocí a treinta y cuatro mujeres que me brindaron sus historias reproductivas, sin embargo, sólo a veinte de ellas entrevisté de manera más profunda. Sus experiencias sobre la atención del parto hospitalario y el puerperio inmediato son el cuerpo central de este trabajo.

Es menester mencionar que inicié este camino con un objetivo claro: describir y analizar, desde una mirada antropológica y de género, las experiencias sobre la violencia obstétrica durante la atención del parto y puerperio de un grupo de mujeres de Teopancingo. Para ello, construí un arsenal de material bibliográfico especializado, en su mayoría textos etnográficos y de las ciencias sociales, que hablaban sobre múltiples violencias ejercidas durante el parto y puerperio en entornos

hospitalarios; al mismo tiempo, dicho material me proporcionó un entramado teórico que me permitió leer la violencia –física, psicológica y formas elementales de abuso– como categorías fundamentales para interpretar las formas particulares en las cuales la violencia se presentaba en una comunidad rural y cuáles eran sus significados culturales.

Al estar en campo y escuchar a las mujeres me di cuenta de que no bastaba con dar cuenta de que las mujeres sí experimentaron violencia obstétrica en una o más formas durante la atención de su parto, sino que la riqueza de la investigación radicaba en entender que sus experiencias (que iniciaban desde el embarazo) estaban siempre enclavadas en significados culturales que valía la pena tratar de desentrañar.

A la luz de estas circunstancias, la pregunta inicial —que versaba sobre el ejercicio de violencia obstétrica— se modificó. No obstante, aún me resultaba importante dar cuenta de las experiencias de las mujeres durante el parto; por ejemplo a Sofía el personal médico le dijo en medio de su trabajo de parto “que no gritara y que se callara”; Denisse se sintió “como un objeto” por estar amarrada durante su cesárea y le daba “gracias a Dios por no volver a tener otro hijo y por no darle mujeres para verlas sufrir”; también lo que le sucedió a María y a Soledad: “les cortaron las alas de la cigüeña sin darse cuenta”, es decir, las esterilizaron sin su consentimiento.

La escucha de las vivencias de las mujeres hizo más específica la pregunta de investigación, aunque con mayores retos: ¿cómo experimentan la atención médica durante el manejo del parto hospitalario, un grupo de veinte mujeres jóvenes que viven en Teopancingo Puebla? Describir y analizar las experiencias (a través de los relatos de las propias mujeres), me permite comprender la atención del parto y puerperio desde una mirada antropológica, fenomenológica y de género, ya que los significados que ellas construyen sobre el embarazo, la atención médica, el dolor, las violencias y las resistencias ante las violencias influyen en cómo viven el parto, por ejemplo, resignificando el dolor después de dar a luz o ejerciendo resistencia física ante las violencias que recibieron.

Al confirmar el supuesto inicial en donde la violencia estaba presente y asociada con diversos factores como: i) la presencia de condiciones de desventaja social; ii) naturalización de un *deber-ser* por parte de las mujeres, que bien puede ser leído como violencia simbólica; iii) falta de información sobre derechos sexuales y reproductivos; iv) discriminación sociocultural, así como la organización del modelo hegemónico de salud patriarcal y vertical, que restringe la autonomía de las mujeres dentro de sus procesos reproductivos, mis preguntas cambiaron.

Las nuevas interrogantes de investigación giraron en torno a dilucidar cómo describían estas mujeres la experiencia de ser atendidas en hospitales públicos y privados, e indagar cuáles fueron los factores que moldearon sus experiencias de parto y qué significados culturales rodeaban esta experiencia. Sólo desde esta mirada, yo como investigadora, podría entender sucesos como el de Alicia, que, ante la muerte de su hija a los diez días de nacida, se explicó a sí misma la causa de la muerte combinando narraciones desde su cosmovisión, pero también desde lo que ella percibió como negligencia médica. A continuación, reproduzco sus palabras:

Mi bebé se puso mal en la madrugada, mi bebé ya estaba fría y con los ojos hacia atrás, estaba viva. Los doctores dijeron que había sido síndrome del recién nacido, pero yo creo fue la negligencia pues me tardaron tres días en atender, no me querían atender de parto y yo con dolores. También creo que fue la bruja porque en eso creemos por acá, y es que sangraba mucho. No sabré qué fue nunca (Alicia, mujer campesina de 30 años. Entrevista elaborada en Teopancingo, 2021).

La redefinición metodológica y epistémica me hizo preguntarme ¿cuál era la especificidad de mi investigación? La respuesta más honesta y a más de cuatro años de trabajo, es que mi tesis es enriquecedora no sólo por su aporte empírico en una región en donde no existen investigaciones sobre salud ni salud reproductiva, sino porque son pocos los estudios que hablan de la experiencia sobre la atención en una comunidad campesina, con recursos limitados y que, con todo y ello, atienden su parto en nosocomios privados.

Además, el hecho de poder investigar durante la pandemia me permitió entender que el contexto influyó en las formas de vivir el embarazo, parto y puerperio. Esto se refleja en el testimonio de Samara quien me comentó que la mayor preocupación durante su último embarazo fue dar a luz en un hospital público, “pues en la colectiva escuchaba que mataban a la gente cuando entraban al hospital y decían que habían muerto de COVID”.

Para finalizar esta introducción es necesario mencionar que la presente tesis está dividida en seis capítulos. En el capítulo uno “Experiencias de mujeres sobre la atención del parto y puerperio inmediato en servicios de salud”, muestro la revisión de la literatura nacional e internacional en dos grandes bloques; el primero se compone por investigaciones cualitativas, de ciencias sociales y que abordan la experiencia de la atención médica poniendo énfasis en las experiencias de violencia durante el parto y puerperio.

El segundo bloque lo elaboré después del trabajo de campo, debido a la necesidad de revisar literatura que se centrara en la experiencia sobre la atención del embarazo, parto y puerperio, sin que su foco fuera necesariamente la violencia, pero sí las pautas culturales, el dolor y el cuerpo.

Estas investigaciones provienen también de las ciencias sociales, son cualitativas y utilizan como principales herramientas de investigación las entrevistas a profundidad y la observación participante.

En el segundo capítulo “Coordenadas teóricas para el análisis de las experiencias de atención del parto hospitalario de un grupo de mujeres de Teopancingo, Puebla”, presento los conceptos teóricos de los cuales eché mano para leer mis hallazgos. Comienzo con un gran recorrido por la categoría de experiencia, que me permitió hablar de la vivencia individual de las mujeres, pero sin olvidarme de que ésta compartía significados sociales con otras personas y que, para entenderlos, o por lo menos para poder describirlos, debía hacer uso del lenguaje como principal herramienta.

Después continué desarrollando el concepto de violencia obstétrica como una consecuencia de la medicalización del embarazo, parto y puerperio, así como las maneras en las que se expresa: violencia física y psicológica. La decisión de ocupar este concepto y no otros como la calidad de la atención, se debió a que gran parte de la literatura revisada, sobre todo latinoamericana, utilizaba esta episteme para referirse al fenómeno de las violencias durante la atención del embarazo, parto y puerperio. El abordar este concepto desde sus definiciones, usos y obstáculos me permitió clarificar que se trataba de una categoría polisémica e inacabada, pero que a mí me serviría para explicar una parte de la experiencia de estas mujeres.

El tercer y último concepto que exploré fue la categoría de género, desde sus orígenes hasta sus críticas, que devela la necesidad de considerarse en intersección con otras categorías como la clase, la etnia y la raza. Este corpus conceptual me resultó útil para ubicar el fenómeno dentro de una realidad amplia en donde estas mujeres viven contextos patriarcales, discriminatorios y rodeados de desigualdades, que influyen en sus experiencias de parir.

En el capítulo tres “Rumbo a Teopancingo en tiempos de coronavirus. Estrategia metodológica”, desarrollo mi aproximación desde una mirada cualitativa de investigación. Describo mis herramientas metodológicas, la entrevista semiestructurada y la observación participante, así como mi trabajo de campo dividido en tres grandes etapas: el reconocimiento inicial, la entrevista a 34 mujeres y la entrevista semiestructurada a 20 mujeres.

Termino mostrando la manera en la que codifiqué y convertí mis datos en categorías analíticas y las problemáticas con las que me enfrenté durante todo mi recorrido doctoral; entre las

que destacaron el contexto de pandemia, la renuencia de mis entrevistadas, el clima y limitantes tecnológicos y la desconfianza por parte de las autoridades médicas.

En el capítulo cuatro, intitulado “Parir en Teopancingo: tierra de manzanas y neblina”, describo etnográficamente esta región, así como las características sociodemográficas de mi universo de estudio. Finalizo ubicando la oferta de atención en el embarazo, parto y puerperio que tuvieron mis entrevistadas, lo cual me llevó a describir también el municipio de Huauchinango Puebla, lugar en el que ellas parieron, debido a que, desde hace diez años, en el único centro de salud que existe en Teopancingo, no se atienden partos, por instrucciones de la Secretaría de Salud.

El capítulo cinco “Voces de un grupo de mujeres de Teopancingo acerca de la atención de su último parto y puerperio”, es un apartado descriptivo y etnográfico en el cual resumo los relatos de cada una de estas veinte mujeres, retomando sus voces. Este apartado está dividido en dos bloques, en el primero hablo de las mujeres que parieron en hospitales públicos, Teresa, Adriana, Alicia, Amalia, Ana, Blanca, Dianelly, Elena, Lupita, María, Sarahí y Sonia, y en el segundo de las que lo hicieron en nosocomios privados, Sofí, Denisse, Francisca, Mariana, Natalia, Samara, Sofía y Soledad.

Por último, el capítulo sexto “Reflexión analítica sobre la atención del parto y puerperio inmediato de un grupo de mujeres de Teopancingo, Puebla”, contiene mis hallazgos leídos a la luz de la teoría y en diálogo con la revisión de la literatura especializada. Este capítulo final comienza con el embarazo como antesala al parto, describiendo el tipo de embarazo, las decisiones reproductivas, las redes de apoyo, las expectativas del parto y la atención médica.

Enseguida continúo con el avistamiento del nacimiento, haciendo un análisis sobre el dolor y cómo lo vivieron mis entrevistadas. Es además interesante que hago una diferencia entre el dolor y el sufrimiento y me detengo en los factores que desencadenan los dolores tales como aquellos producidos por los procedimientos médicos y la lactancia. Por último, presento un apartado sobre las percepciones positivas y negativas sobre la atención de las mujeres, que me permiten terminar con una lectura emic sobre la violencia obstétrica y las respuestas ante la violencia de este grupo de mujeres.

Espero que, al leer las más de 300 hojas de esta tesis, puedan al igual que yo, entender que la experiencia de parir dentro de un hospital es un fenómeno de la vida cotidiana que debe seguir mirándose, porque a partir de este, se desvelan inequidades, violencias, y falta de acceso a la salud

pública. Sin embargo, también se explica como un hecho cultural que acompaña el nacimiento de otro ser humano. Tengo la certeza de que, desde una mirada antropológica y fenomenológica pude experimentar, por lo menos desde los relatos, las vivencias de un grupo de mujeres que sin duda tienen y tenían mucho por decir.

CAPÍTULO 1

EXPERIENCIAS DE MUJERES SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO EN SERVICIOS DE SALUD

Introducción y selección de la literatura

El capítulo que presento a continuación tiene como objetivo mostrar un panorama general sobre algunas investigaciones que abordan las experiencias de diversas mujeres con respecto a la atención recibida durante el parto y el puerperio inmediato (pp) en servicios de salud públicos y privados. Este capítulo está dividido en dos grandes bloques: en el primero muestro la literatura nacional e internacional en cuatro categorías analíticas que permiten entender cómo se ha abordado la atención del parto y puerperio, poniendo énfasis en las experiencias de violencias vividas por las propias mujeres.

En la primera categoría señalo las prácticas que, según la literatura, las mujeres han identificado como prácticas violentas durante la atención del pp; la segunda categoría aborda los factores asociados a la prevalencia de dichas prácticas, incluyendo quiénes han sido las mujeres proclives para experimentar violencia durante estas etapas, las explicaciones sobre los factores asociados a la prevalencia de estas, y las reflexiones sobre los actores que perpetran la violencia. La tercera categoría retoma las propuestas que se han generado para evitar prácticas violentas, y, por último, la cuarta categoría refleja los abordajes teóricos desde donde se ha trabajado el tema.

El segundo gran bloque lo elaboré debido a la necesidad descubierta durante el trabajo de campo de revisar literatura que se centrara en la experiencia sobre la atención del embarazo y parto y puerperio, sin que su foco fuera necesariamente la violencia.

La selección de la literatura la llevé a cabo en cuatro fases: en la primera hice una revisión exhaustiva en diferentes bases de datos¹, la cual me arrojó cientos de títulos que se relacionaron con investigaciones acerca de la experiencia del embarazo, parto y puerperio, y su relación con la violencia. De esa revisión seleccioné y fiché 72 textos.

¹ Consulté las siguientes bases de datos: Redalyc, Google, Google académico, Google noticias, Dialnet, SCIELO, DOAJ, El Colegio de México (biblioteca y recursos electrónicos -red de bases de datos-) UNAM (tesis y bibliotecas de ciencias sociales) JSTOR, UAM (bibliotecas y repositorios de tesis), CIESAS (repositorio institucional).

En la segunda fase establecí algunos criterios de selección y elegí solamente aquellas investigaciones que cumplieran con los siguientes criterios: 1) investigaciones que retomaran la experiencia de las mujeres y en menor medida de otros actores como el personal de salud o los familiares 2) investigaciones que privilegiaran la metodología cualitativa para rescatar la experiencia de las mujeres 3) investigaciones que se centraran únicamente en las etapas del parto y puerperio inmediato 4) investigaciones que contaran con una estructura narrativa sólida en donde se señalara su metodología, acercamientos conceptuales y marco contextual. Eliminé del análisis 46 textos que dividí en grandes temas, según su contenido.

Tabla I. Primera fase de selección de la literatura: textos no incluidos en el análisis

AUTORES	TEMA	AUTORES	TEMA	AUTORES	TEMA
Castro, et.al (1991)	Significado sobre EPP	Earth (2001)	Transición al parto medicalizado	Sesia (2017)	Violencia y salud materna
De Morales, et.al (2012)	Significado sobre EPP	Fleischer (2006)	Transición al parto medicalizado	Herrera (2010)	Violencia y salud materna
Drake (2014)	Significado sobre EPP	Kelsey (2008)	Transición al parto medicalizado	Sesia (2018)	Violencia y salud materna
Luque (2005)	Significado sobre EPP	Bellón (2015)	Violencia obstétrica	Sachse, et. al (2012)	Calidad de la atención
Alarcón y Nahuelcheo (2008)	Significado sobre EPP	Pozzlo (2016)	Violencia obstétrica	Sesia y Yañez	Calidad de la atención
OMS (2014), (2015), (2016), (2018)	Marco normativo y violencia	Villanueva (2016)	Violencia obstétrica	Aranau, et.al (2012)	Parto normal y humanizado
Belli (2013)	Marco normativo y violencia	Zárate y Ortiz (2018)	Violencia obstétrica	Castrillo (2015)	Parto normal y humanizado
Mesevici (2019)	Marco normativo y violencia	Baeza (2013)	Migración y parto	Nieto, et. al (2011)	Satisfacción sobre cuidado enfermería
CNDH (2018), (2017)	Marco normativo y violencia	Moya y Moral (2014)	Migración y parto	Cicek y Mete (2018)	Satisfacción sobre cuidado enfermería
Gire (2015)	Marco normativo y violencia	Nieto, et.al (2011)	Embarazo y violencia	Bastos y Ferreira (2006)	Satisfacción sobre cuidado enfermería
ONU (2011)	Marco normativo y violencia	Gutiérrez, et.al (2013)	Embarazo y violencia	Villanueva, et. al (2003)	Satisfacción sobre la atención
Silva (2013)	Mortalidad materna	Larios (2018)	Embarazo y violencia	Srivastava,et.al (2015)	Satisfacción sobre la atención
Larguía, et. al (2006)	Maternidades	Castro (2014)	Habitus médico autoritario	Matejic, et.al (2014)	Satisfacción sobre la atención
Menéndez (1990)	Antropología médica, teoría	Sesia, Van Dijk, Sachse (2014)	Manejo obstétrico y características	Goodman, et.al (2003)	Satisfacción sobre la atención

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la literatura

Así, incluí en el primer bloque un total de 26 investigaciones que cumplieron con las características anteriores. Se trató de literatura reciente, producida en la última década (del 2000 al 2017), de la cual, ocho de esas investigaciones estuvieron situadas en México, y 18 en otros países tales como Argentina, Brasil, Colombia, España, Ghana, Serbia, Macedonia, Tanzania, Venezuela, Líbano, y en una de ellas se retomó la experiencia de mujeres de 24 países dentro de África, Asia, Oceanía y Europa. La mayoría de éstas se centraron en la etapa del parto y solo dos en el parto y puerperio inmediato. Las herramientas metodológicas que mayormente se utilizaron fueron entrevistas, cuestionarios, grupos focales y observación participante.

Me encontré que, de las 26 investigaciones, 17 no discriminaron dentro de su muestra a mujeres que parieron por vía vaginal o cesárea, seis solamente incluyeron a mujeres que parieron por parto vaginal, y cuatro incluyeron únicamente a mujeres que habían parido por cesárea. Asimismo, puedo mencionar que 20 investigaciones retomaron la experiencia de mujeres que habían parido en instituciones de salud públicas, dos incluyeron a mujeres que parieron en instituciones públicas y privadas, y cuatro de ellas no especificaron el tipo de institución de parto.

Tabla 2. Características generales de la literatura

AÑO	PAÍS	TEXTO: AUTORES	ETAPA REPRODUCTIVA	HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS	TIPO DE PARTO	TIPO DE INSTITUCIÓN
2016	México Nacional	Castro y Frías	Parto	análisis factorial	vaginal y cesárea	públicas y privadas
2017	México Huasteca Central	Rangel y Martínez	Parto y puerperio inmediato	entrevistas grupales	vaginal y cesárea	públicas
2013	México Oaxaca	Sachse, et.al	Parto y puerperio inmediato	cuestionarios semicerrados	parto vaginal	públicas
2013	México Morelos	Valdez, et.al	Parto	encuesta	vaginal y cesárea	públicas
2017	México Ciudad de México	Carrera	Parto	entrevista	vaginal y cesárea	públicas
2012	México Ciudad de México	Covarrubias, et.al	Parto	observación participante	vaginal y cesárea	públicas
2003	México: Sonora, Querétaro, Distrito Federal, Veracruz, Morelos	Castro y Erviti	Parto	testimonios, observación participante	vaginal y cesárea	públicas
2015	México Puebla	Sánchez	Parto	observación participante, entrevista semiestructurada	cesárea	no específica
2009	Córdoba, Argentina	Fornes	Parto	entrevistas y observación participante	cesárea	no específica
2017	Brasil, Río Grande	Da Silva y Santana	Parto	entrevista	parto vaginal	públicas
2015	Brasil, Río Grande	Centenaro, et. al	Parto	entrevista semiestructurada	vaginal y cesárea	públicas
2008	Brasil, en el Estado de Ceará	Meneses de Amorim, et.al	Parto	entrevistas, observación participante	vaginal y cesárea	públicas
2002	Sau Paulo, Brasil	Aparecida	Parto	observación participante y entrevistas	parto vaginal	públicas
2010	Sau Paulo, Brasil	Marques y Pires	Parto	entrevistas	parto vaginal	públicas
2016	Colombia	Restrepo, et.al	Parto	entrevistas a profundidad, grupos focales, observación p.	vaginal y cesárea	públicas y privadas
2015	24 Países diferentes	Bohren	Parto	revisión bibliográfica	vaginal y cesárea	no específica
2015	España	Guillén	Parto	no específica	vaginal y cesárea	no específica
2011	Belgrado, Serbia, y de Skopje, Macedonia	Janevic, et.al	Parto	grupos focales	vaginal y cesárea	públicas
2014	Tanzania, Región Morogoro	McMahon, et. al	Parto	entrevistas a profundidad	parto vaginal	públicas
2015	Venezuela, Maracaibo	Camarco, et.al	Parto	cuestionario	vaginal y cesárea	públicas
2013	Venezuela, Caracas	Terán, et.al	Parto	cuestionario	vaginal y cesárea	públicas
2015	Colombia, Medellín	Giraldo, et.al	Parto	entrevistas a profundidad	vaginal y cesárea	públicas
2018	Brasil, Tocantís	Guimares, et.al	Parto	entrevistas	vaginal y cesárea	públicas
2008	Río Grande, Brasil	Wolf y Waldow	Parto	entrevistas, asociación libre de ideas	vaginal y cesárea	públicas
2000	Libano, Bekaa, Akkar y Beirut	Kabakian, et. al	Parto	entrevistas semiestructuradas	parto vaginal	públicas

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la literatura

En la tercera fase de revisión me preocupé particularmente por conocer investigaciones que se desarrollaran en el entorno de mi investigación. Comencé a buscar investigaciones en el municipio de Huauchinango, así como en la comunidad de Teopancingo, sin embargo, no encontré trabajos en esta región.

Las investigaciones halladas se situaban en su mayoría en el municipio de Huauchinango y abordaban las siguientes temáticas: partería, campesinado, hombres homosexuales, etnicidad, organización social, patrimonio cultural, migración, defensa del territorio, sistema de cargos, organización social entre los nahuas, comercio, uso de suelo y patrimonio biocultural.

Con la intención de no dejar cabos sueltos hice una revisión electrónica de noticias que pudieran relacionarse con la temática, obteniendo dos clases de contenido periodístico sobre el municipio de Huauchinango y el estado de Puebla, noticias que anunciaban distintos planes y reformas para combatir la violencia (entre ellas la violencia obstétrica) contra las mujeres², así como noticias en donde se evidenciaba la presencia de violencia obstétrica³.

² Nucamendi (2020), Hernández (2020), Martínez (2020), Sánchez (2017).

³ Galeana (2020), Ureste (2017), Domínguez (2017).

En la cuarta y última fase de revisión incluí trabajos que, si bien hablaban sobre la experiencia de atención del pp, también se centraban en las pautas culturales de las mujeres que paren, en el dolor como una sensación presente en el parto y en la manera en la que las mujeres se relacionaban con su cuerpo durante el embarazo, parto y puerperio.

1.1 Prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato en instituciones de salud

En este apartado daré cuenta de las prácticas violentas durante la atención del parto y puerperio que fueron categorizadas por los investigadores dentro de la literatura consultada. Cabe señalar que no en todas las investigaciones se les denominó prácticas de violencia. **Dentro de la literatura nacional** algunos conceptos utilizados fueron violencia obstétrica (Castro y Frías, 2017; Valdéz, et.al, 2013; Sánchez, 2015), maltrato físico y psicológico (Rangel y Martínez, 2017; Castro y Erviti, 2003), formas elementales de abuso (Castro y Erviti, 2003), baja calidad de la atención (Sachse, Sesia y García, 2013), violencias durante el parto (Carrera, 2017), y violencia durante la atención hospitalaria (Covarrubias, Salas y Meléndez, 2012).

La literatura nacional arrojó que las formas de violencia que las mujeres identificaron fueron las siguientes: abuso verbal expresado en gritos, palabras vejatorias, sobrenombres, chistes sobre el cuerpo de las mujeres, humillaciones y desacreditación de sus saberes, así como infantilización de las mujeres con motes como hija, madrecita o nena, dejándolas en una posición de subordinadas con respecto al personal de salud. La violencia verbal se hizo mayormente presente cuando las mujeres no acataron las órdenes del personal de salud y cuando manifestaron dolor, recibiendo insultos que venían marcados siempre con un tinte culpabilizador con respecto a la sexualidad femenina (Castro y Frías, 2017; Valdez, et. al 2013; Carrera, 2017; Castro y Erviti, 2003; Sánchez, 2015; Covarrubias, Salas y Meléndez, 2012).

Otras violencias fueron la atención poco oportuna que se manifestó en largos tiempos de espera y omisiones en el cuidado y atención de las mujeres durante el parto (Castro y Frías, 2017; Sánchez, 2015). La negación de la información cuando las mujeres realizaban preguntas sobre el proceso de parto o sobre la salud de sus hijos (Castro y Frías, 2017; Carrera, 2017; Covarrubias, Salas y Meléndez, 2012). El obligar a las mujeres a permanecer en una posición incómoda durante el parto, posición supina, y no permitirles el movimiento libre (Castro y Frías, 2017; Sachse, Sesia y García, 2013, Carrera, 2017; Sánchez, 2015). La negación de la anestesia (Castro y Frías, 2017; Valdéz, et. al). El no permitir que las mujeres vieran a sus hijos dentro de las primeras cinco horas

de su nacimiento (Castro y Frías, 2017; Sachse, Sesia y García, 2013). El obligar a las mujeres a utilizar forzosamente métodos anticonceptivos, a pesar de no informarles acerca de las posibles consecuencias de utilizarlos (Castro y Erviti, 2003; Castro y Frías, 2017; Sánchez, 2015).

El llevar a cabo cesáreas sin la existencia de una justificación médica y sin explicarles a las mujeres cuál había sido el motivo de su cesárea (Castro y Frías, 2017; Valdéz, et.al, 2013; Carrera, 2017). El practicar esterilizaciones forzadas (Castro y Erviti, 2003; Castro y Frías, 2017; Covarrubias, Salas y Meléndez, 2012). El no dejar que las mujeres expresaran libremente su dolor y sus emociones durante el parto, y por el contrario acusarlas de no cooperar y de poner en riesgo la vida de sus hijos. (Rangel y Martínez, 2017; Covarrubias, Salas y Meléndez, 2012).

Otras formas de violencia fueron la negación de la presencia de algún acompañante durante el parto (Rangel y Martínez, 2017; Sachse, Sesia y García, 2013, Sánchez, 2015; Covarrubias, Salas y Meléndez, 2012). La falta de privacidad que iba desde estar completamente desnudas a la vista del personal de salud, hasta que el personal de salud grabara sus partos con su celular sin su autorización (Rangel y Martínez, 2017, Carrera, 2017; Covarrubias, Salas y Meléndez, 2012). La realización de tactos vaginales repetitivos y llevados a cabo por más de una persona (Rangel y Martínez, 2017; Sachse, Sesia y García, 2013, Sánchez, 2015, Valdez, et. al 2013). La hipermedicalización del parto que se manifestó en prácticas como la aceleración del parto con soluciones parentales y oxitocina, aplicación de enemas evacuantes, episiotomía de rutina y revisión manual de cavidades uterinas (Sachse, Sesia y García, 2013; Valdez, et. al 2013; Carrera, 2017; Covarrubias, Salas y Meléndez, 2012; Sánchez, 2015).

El no permitir a las mujeres rehidratarse por vía oral (Sachse, Sesia y García, 2013, Sánchez, 2015). El llevar a cabo el corte del cordón umbilical de forma acelerada (Sachse, Sesia y García, 2013; Carrera, 2017). El otorgar poca o nula información sobre el puerperio (Sachse, Sesia y García, 2013). El abuso físico como golpes o pellizcos (Valdez, et. al 2013).

Asimismo, estuvo presente la discriminación y estigmatización por su condición de madres adolescentes o bien de multigestas, o por llevar tatuajes (Carrera, 2017; Sánchez, 2015). El incumplimiento de los estándares de atención (Sánchez, 2015). La comunicación ineficaz y poco rapport entre mujeres y personal de salud que se tradujo en un trato distante, frío, deshumanizante, funcional, vertical, y que incluso se asemejó con el trato que las personas reciben en centros penitenciarios (Covarrubias, Salas y Meléndez, 2012). La atención en instalaciones sucias y

precarias (Sánchez, 2015). Negligencia médica (Sánchez, 2015) y utilización del cuerpo de las mujeres para fines didácticos (Castro y Erviti, 2003).

Las investigaciones mostraron que se llevaron a cabo una o más prácticas violentas durante la atención del parto, además de que como señalaron Sachse, Sesia y García (2013), Sánchez (2015) y Covarrubias, Salas y Meléndez (2012) fueron pocas las ocasiones en las que se tomaron en cuenta las recomendaciones de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre prácticas deseables durante el parto, tales como el permitir que las mujeres se rehidrataran por vía oral, que pudieran moverse libremente durante el trabajo de parto, que pudieran estar acompañadas durante el parto y que tuvieran el derecho a elegir la posición para parir.

Por el contrario, el rasurado de vello púbico, la introducción de sondas por meato urinario y por el ano para vaciar vejiga e intestinos, el ayuno prolongado, la episiotomía, y los tactos vaginales continuos y realizados por distintas personas, así como la revisión manual de cavidades uterinas se llevaron a cabo de forma rutinaria, siendo que la OMS recalca que las primeras tres prácticas no están recomendadas y las demás solo deberían ser llevadas a cabo de forma restrictiva y en el caso de la revisión manual de cavidades uterinas bajo analgesia.

Si bien muchas de las mujeres pudieron reconocer prácticas de violencia durante la atención del pp, autores como Rangel y Martínez (2017) señalaron que las mujeres que entrevistaron, provenientes de seis municipios de la Huasteca Central no reconocieron procedimientos médicos como la episiotomía, la maniobra de kristeller y la administración de oxitocina como violencias, a pesar de no haber manifestado su consentimiento. Con relación al puerperio inmediato, las mujeres no identificaron que el no tener a sus hijos cerca se tratara de una práctica violenta. Asimismo, el hecho de que se les condicionara el acceso a programas sociales si no elegían un método anticonceptivo tampoco fue señalado como un acto violento.

Covarrubias, Salas y Meléndez (2012) señalaron además que el recién nacido desde que nace es sometido también a intervenciones médicas que se presumen como necesarias y que se aceptan sin cuestionarlas. A los bebés por ejemplo al nacer, se les introduce una sonda por la boca, se les administra vitamina k y se les pone medicamentos en los ojos, dichos actos, para las autoras reflejaron una idea en la cual pareciera que el cuerpo, desde el primer minuto de nacimiento, necesita de la intervención médica para sobrevivir.

Dentro de la **literatura internacional** los autores para referirse a las prácticas violentas durante la atención del parto y puerperio utilizaron diferentes términos:

Encontré trabajos en los que se refieren a ellas como prácticas de violencia obstétrica (Da Silva y Santana, 2017; Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016; Guillén, 2015; Camarco, et.al, 2015; Terán, et.al, 2013; Guimaraes, Jonas y Rute, 2018), violencia durante el parto (Wolf y Waldow, 2008; Meneses, et.al, 2008), maltrato y cultura del abuso durante el parto (Bohren, et.al, 2015; McMahon, et.al, 2014), violencia institucional (Marques y Pires, 2010; Meneses, et.al, 2008), falta de gratificación y satisfacción en la experiencia de parto (Giraldo, González y Henao, 2015), comunicación ineficaz en la atención del parto (Caron y Silva, 2002), violencia de género en el parto (Fornes, 2009) y baja calidad de la atención en el parto (Centenaro, et.al, 2015; D' Ambruoso, 2005; Kabakian, et.al,2000; Janevic, et. al, 2011).

Bohren, et.al (2015) llevaron a cabo un estado de la cuestión basado en la evidencia, producto de una minuciosa y amplia búsqueda sobre investigaciones de maltrato a mujeres durante el parto en los servicios de salud, en bases de datos como PubMed, CINAHL y Embase. Su búsqueda no discriminó latitudes, tipo de institución de salud en donde se llevó a cabo el parto, tipo de parto, y clasificó entre trabajos cualitativos, cuantitativos y mixtos. Asimismo, no se profundizó en el análisis de las características particulares de las mujeres que conformaron los estudios.

La investigación cuantitativa les permitió obtener diversos datos numéricos sobre el maltrato, sin embargo, la información que sistematizaron tuvo que ver con las 65 investigaciones de corte cualitativo de 24 países: 11 países en África subsahariana, cinco en Asia, dos en Oceanía, cuatro en Europa, cinco en el medio África Oriental y del Norte, dos en América del Norte y cinco en América Latina, que recabaron el maltrato que recibieron las mujeres, desde sus propias voces y percepciones.

Los autores encontraron siete tipos de maltrato presentes en las investigaciones de todo el mundo: 1) abuso físico, 2) abuso verbal, 3) abuso sexual, 4) estigma y discriminación debido a condiciones de clase, etnia y edad, 5) incumplimiento de los estándares de atención, 6) mala relación entre las mujeres y los proveedores de salud, y 7) condiciones estructurales del sistema de salud.

Dentro de sus hallazgos fue importante destacar que el abuso físico durante el parto iba desde tocar a las mujeres con fuerza, hasta actos de violencia como golpizas. Sobre el abuso verbal, ellos encontraron que fue la variable que apareció en todas las regiones y niveles de ingresos de los países.

Las formas de abuso verbal que pudieron identificar fueron insultos despectivos durante el parto, comentarios inapropiados con respecto a su sexualidad (sobre todo en mujeres solteras y adolescentes), frases con la intención de ridiculizarlas o regañarlas por diversos motivos como por su incapacidad de amamantar, por no haber asistido a atención prenatal y por no contar con alguna pareja durante el parto.

Los autores se detuvieron en específico en el caso de la literatura presente en Canadá donde identificaron que existieron juicios dolosos con respecto a la forma de los genitales de las mujeres refugiadas que habían sufrido algún tipo de corte genital. La literatura arrojó también que las mujeres reportaron la presencia de amenazas sobre su salud y la de sus hijos, si es que ellas no se mostraban “cooperadoras”.

Una modalidad de violencia que reportaron fue la crítica que las mujeres percibieron por parte de los médicos y que tuvo que ver tanto con su condición económica, así como por sus usos y costumbres, en particular por la utilización de remedios tradicionales como té o medicamentos a base de hierbas, los cuales no fueron aprobados por los médicos, debido a que según ellos ponían en riesgo el proceso de parto. Con respecto a la cuestión del estigma y discriminación durante el parto, encontraron que las mujeres fueron discriminadas por cuestiones étnicas, de raza y religión, así como por la edad, por el estatus socioeconómico o por padecer afecciones médicas tales como el VIH.

Otra modalidad de maltrato la denominaron como incumplimiento de los estándares profesionales de atención; en ésta se refirieron a todas aquellas experiencias en donde las mujeres creyeron que no se habían cumplido con los procedimientos básicos de cuidado durante el parto como la solicitud de consentimiento informado, la confidencialidad, la conducta apropiada en los exámenes y procedimientos médicos, sobre todo en los tactos vaginales que describieron como dolorosos y frecuentes, así como el no abandono de la mujer durante el parto, cuando las mujeres expresaron la necesidad de obtener medicación para el dolor.

Las pocas o malas interacciones (poco rapport) entre el personal de salud y las mujeres, fueron una de las constantes que los autores encontraron dentro de la literatura. Se describió como mala interacción el hecho de que las mujeres no recibieran información sobre lo que pasaba durante el parto. Asimismo, la interacción en general fue descrita como irrespetuosa, hostil, negativa o poco amable, además se trató de una comunicación ineficaz e incapaz de resolver sus dudas y necesidades.

La literatura consultada les permitió también ahondar en la falta de cuidados de apoyo como otra práctica violenta, que hiciera que las mujeres experimentaran un sentimiento de soledad. Asimismo, el negar el derecho a las mujeres a ejercer sus prácticas tradicionales con respecto a, por ejemplo, el uso de los residuos placentarios también fue algo que la literatura reportó como una práctica que ocasionó que las mujeres no se sintieran seguras en el momento de sus partos.

Lo antes mencionado trató de las experiencias de mujeres que los autores recogieron con respecto a las interacciones entre mujeres y proveedores de salud, sin embargo, existieron otros factores a los que ellos denominaron condiciones y limitaciones del sistema de salud, los cuales también contribuyeron a que existiera un ambiente y una cultura de abuso durante el parto, éstos fueron la falta de recursos, la escasez de personal y la existencia de instalaciones de salud precarias. Si bien este tipo de características fueron descritas por las mujeres como algo abusivo o que las hizo sentirse maltratadas, también pudieron identificar (o justificar) que se trató más bien de una característica estructural, ajena al personal de salud, el cual “con todo y ello hizo su trabajo”.

En concordancia con los resultados de Bohren, et.al (2015), en mi propia revisión de literatura internacional encontré que las formas de violencia que las mujeres identificaron fueron las siguientes: abuso verbal expresado en regaños, humillaciones, burlas, críticas por no saber pujar o amamantar, además de culpabilizarlas de cualquier daño al feto o a su salud cuando no se mostraban cooperadoras o cuando expresaban dolor. Las agresiones verbales denotaron además valores morales con respecto a la sexualidad de las mujeres. (Bohren, et.al, 2015; Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016; Guillén, 2015; Terán, et.al, 2013; Da Silva y Santana, 2017; Centenaro, et.al, 2015; Mc Mahon, et.al, 2014; D’Ambruoso, 2005; Caron y Silva, 2002; Marques y Pires, 2010; Guimaraes, Jonas y Rute, 2018; Kabakian, et.al, 2000).

Atención poco oportuna que derivó por ejemplo en sufrimiento fetal para sus hijos o en la coronación sin vigilancia del personal de salud (Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016; Janevic, et.

al, 2011), negación de la información sobre los procesos que se llevaban a cabo en su cuerpo y sobre la salud de sus recién nacidos (Bohren, et.al 2015; Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016; Guillén, 2015; Da Silva y Santana, 2017; Mc Mahon, et.al, 2014; Caron y Silva, 2002; Guimaraes, Jonas y Rute, 2018; Kabakian, et.al, 2000), obligar a las mujeres a parir en una posición incómoda, provocando muchas veces en las mujeres fatiga (Giraldo, González y Henao, 2015; Da Silva y Santana, 2017), negación de la anestesia (Bohren, et.al, 2015; D' Ambruoso, 2005; Marques y Pires, 2010; Guimaraes, Jonas y Rute, 2018; Kabakian, et.al,2000).

Otras violencias identificadas fueron el no permitirles a las mujeres ver de forma inmediata a sus hijos recién nacidos (Camarco, et.al, 2015; Terán, et.al, 2013; Kabakian, et.al, 2000), arrebató del consentimiento informado para realizar procedimientos como cesáreas y episiotomías (Bohren, et.al, 2015; Camarco, et.al, 2015; Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016; Guillén, 2015; Terán, et.al, 2013; Caron y Silva, 2002; Centenaro, et.al, 2015; Kabakian, et.al, 2000), practicar cesáreas sin una justificación médica (Fornes, 2009; Guillén, 2015; Terán, et.al, 2013), impedir que las mujeres estuvieran acompañadas de alguna persona de su elección durante el parto, lo cual aumentó sentimientos como la soledad y el miedo (Centenaro, et.al, 2015; Janevic, et. al,2011; Meneses, et.al, 2008; Guimaraes, Jonas y Rute, 2018), falta de privacidad (Bohren, et.al, 2015; Guillén, 2015; Guimaraes, Jonas y Rute, 2018; Meneses, et.al, 2008; Kabakian, et.al, 2000; Wolf y Waldow, 2008), realización de múltiples tactos vaginales por diversos miembros del personal de salud (Bohren, et.al, 2015; Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016; Guillén, 2015; Terán, et.al, 2013; Guimaraes, Jonas y Rute, 2018; Giraldo, González y Henao, 2015; Kabakian, et.al, 2000; Wolf y Waldow, 2008).

Hipermedicalización del parto que se manifestó en prácticas como la aceleración del parto con soluciones parentales y oxitocina, aplicación de enemas evacuantes, episiotomía de rutina y revisión manual de cavidades uterinas; la última práctica implicó que después del parto las mujeres fueron nuevamente medicadas para acelerar la expulsión de la placenta. (Camarco, et.al, 2015; Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016; Guillén, 2015; Terán, et.al, 2013; Guimaraes, Jonas y Rute, 2018; Giraldo, González y Henao, 2015; Kabakian, et.al, 2000; Fornes, 2009). Así como no permitir que las mujeres se rehidrataran por vía oral durante el parto (Giraldo, González y Henao, 2015).

Abuso sexual y violación por parte del personal de salud (Bohren, et.al, 2015), estigma y discriminación debido a su condición social, color de piel, edad o ser portadoras de VIH (Bohren,

et.al, 2015; Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016; Centenaro, et.al, 2015; Marques y Pires, 2010; Janevic, et. al,2011; Mc Mahon, et.al, 2014), incumplimiento de los estándares de atención (Bohren, et.al, 2015; Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016; Centenaro, et.al, 2015; Janevic, et. al,2011; Caron y Silva, 2002; D'Ambruoso, 2005), condiciones estructurales del sistema de salud tales como sobornos que condicionaban los tiempos de espera y la calidad del tratamiento de las mujeres; altos costos en la atención; trámites burocráticos excesivos, que en el caso de la investigación de Centenaro, et. al (2015) con adolescentes de Río Grande, Brasil se manifestaron aún más difíciles pues las mujeres siendo menores de edad necesitaron de la figura de un adulto para hacer cualquier trámite, volviendo la atención lenta e inoportuna; ambiente deteriorado y precario que se materializó en colchones desgastados, equipos médicos defectuosos, cuartos de baño sucios y llenos de alimañas (Bohren, et.al, 2015; Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016; Janevic, et. al,2011; Mc Mahon, et.al, 2014; Meneses, et.al, 2008; Guimaraes, Jonas y Rute, 2018; D' Ambruoso, 2005).

Prohibir el uso de residuos placentarios según sus cosmovisiones fue otra de las violencias que la literatura internacional reportó (Bohren, et.al, 2015; Mc Mahon, et.al, 2014). Poco rapport y comunicación ineficaz o no terapéutica⁴ por parte del personal de salud que se manifestó en la ausencia de explicaciones sobre los procedimientos llevados a cabo en los cuerpos de las mujeres, en la reprimenda por manifestar sentimientos como el dolor, sobre todo cuando se llevaban a cabo procedimientos invasivos como las episiotomías.

De igual manera se consideró no terapéutica cuando se usó lenguaje inaccesible para algunas de las partes o se denotó falta de empatía, así como otros sentimientos que bloquearon la comunicación y que por el contrario buscaron coaccionar a las mujeres para que se limitaran a acatar órdenes, evidenciando así la existencia de relaciones de poder jerárquicas y unilaterales entre el personal de salud y las parturientas. (Bohren, et. al, 2015; D' Ambruoso, 2005; Meneses, et.al, 2008; Caron y Silva, 2002; Guimaraes, Jonas y Rute, 2018; Wolf y Waldow, 2008; Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016; Janevic, et. al, 2011; Centenaro, et.al, 2015; Kabakian, et.al, 2000).

⁴ Para Caron y Silva (2002) La comunicación entre las mujeres y el personal de salud puede considerarse, según como se desarrolle, como terapéutica, eficaz, positiva o efectiva, o bien como no terapéutica. Resulta terapéutica cuando tiene la capacidad de ayudar a la persona a lidiar con los acontecimientos de la vida, en el caso de la relación entre las mujeres que paren y el personal de salud, se considera terapéutica cuando logra proporcionar confianza, comodidad y apoyo. De la misma forma, se considera como no terapéutica cuando se usa lenguaje inaccesible para algunas de las partes o se denota falta de empatía, así como otros sentimientos que bloquean la comunicación.

Negligencia médica que tuvo graves secuelas en la salud de las mujeres, tales como la necesidad de cirugías posteriores al parto, dolores, dificultad para la recuperación, incontinencia y relaciones sexuales dolorosas producto de las episiotomías, entre otras (Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016; Guimaraes, Jonas y Rute, 2018) y violencia psicosocial que se refirió a cualquier acción que afectó la salud emocional o psíquica de la mujer, o bien cualquier acción que alteró sus vínculos sociales con otras personas como sus familiares (Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016).

Me gustaría mencionar en este apartado que algunos autores como Meneses, et.al (2008) y Restrepo, Rodríguez y Torres (2016) se dieron a la tarea de analizar las respuestas, en el caso de haberlas, que tuvieron las mujeres dentro de sus investigaciones frente a la violencia que recibieron.

Al respecto comentaron que las mujeres resistieron de forma física, es decir a través de reacciones corporales como cambiarse de posición, caminar, a pesar de que el personal de salud se los había prohibido, o bien, impedir con sus manos, por ejemplo, la realización de tactos vaginales; o verbal, la cual consistió en reclamos, ironías, palabras y gestos de inconformidad que las mujeres mostraron al personal de salud.

En el siguiente apartado daré cuenta de cuáles fueron los factores, las reflexiones y explicaciones que en la literatura se asociaron a la prevalencia de prácticas violentas durante la atención del pp.

1.2 Factores asociados a la prevalencia de prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato en instituciones de salud

a) Mujeres proclives a experimentar prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato en instituciones de salud

Uno de mis mayores intereses era identificar las características de las mujeres que sufrían mayor o menor violencia durante la atención del pp. Cabe señalar en primera instancia que uno de los vacíos que encontré fue que la descripción de las mujeres dentro de **las investigaciones nacionales** era sucinta y se limitaba en el mejor de los casos a describir variables como la edad, la ocupación, la escolaridad y el estado civil. Solo en algunos casos se tomaba en cuenta la etnicidad u otras variables como el hecho de si se trataba o no de un embarazo planeado, o si las mujeres tenían alguna discapacidad.

Tabla 3. Características de las muestras dentro de la literatura nacional

INVESTIGACIÓN	MUESTRA DE MUJERES (Tipo de mujeres)
Castro y Frías	mujeres de 15 a 49 años que hubieran parido en los últimos 5 años al momento de la encuesta
Rangel y Martínez	mujeres de 14 a 44 que hubieran parido en los últimos doce meses al momento de la entrevista
Sachse, Sesia y García	mujeres jóvenes, escolaridad promedio primaria completa, unidas, indígenas
Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas	jóvenes, casadas y en unión libre, multigestas y primigestas, no hablantes de lengua indígena y que no presentaban alguna discapacidad
Carrera	mujeres con un promedio de edad de 32 años, clase media, educación superior . La mitad planeó su embarazo junto con su pareja.
Covarrubias, Salas y Meléndez	no describe su muestra
Castro y Erviti	no describe su muestra
Sanchez	mujeres de 16 a 38 años, cinco están casadas y dos en unión libre; seis son amas de casa y sólo una tiene una actividad remunerada. Escolaridad de primaria a bachillerato trunco

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la literatura

La literatura nacional dejó ver con base en esas mismas variables que existieron mujeres más o menos proclives a experimentar prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato. Las mujeres que reportaron experimentar mayor violencia fueron las mujeres más jóvenes y las mujeres solteras, siendo así la edad y el estado civil variables que influyeron en el hecho de recibir mayor violencia.

Con respecto a la escolaridad y al ámbito de residencia (urbano y rural), las explicaciones iban en dos sentidos: la primera en el sentido de que las mujeres rurales y con menor escolaridad recibían más violencia, y el segundo sentido que marcaba que eran las mujeres urbanas y con mayor escolaridad las que reconocían mayormente estar sujetas a violencia, esto debido a que, a menores desventajas sociales, mayores fueron las posibilidades de identificar y reconocer la violencia. En el siguiente apartado abordaré precisamente cuáles fueron los factores que se asociaron a la prevalencia de dichas prácticas.

Al igual que en la literatura nacional, dentro de las **investigaciones internacionales** no se describió ampliamente a las mujeres de sus muestras, empero, pude observar que sí se distinguieron variables como la edad, estatus socioeconómico, ascendencia, número de hijos, ocupación, edad gestacional y lugar de residencia, además de puntualizar como otro dato más el hecho de que las mujeres participaron libremente en las investigaciones.

Tabla 4. Características de las muestras dentro de la literatura internacional

INVESTIGACIÓN	MUESTRA DE MUJERES (Tipo de mujeres)
Fornes	mujeres argentinas con más de un hijo
Da Silva y Santana	mujeres que parieron por parto vaginal a niños vivos y que estaban en condiciones físicas y emocionales para responder la entrevista
Centenaro, Marin, Da Silva y Golembiewski	adolescentes de entre 13 y 18 años, de niveles socioeconómicos bajos y que habían tenido su primer hijo en hospitales públicos de esa región
Meneses de Amorim, Nations y Luz	mujeres mayores de 16 años, capaces de expresarse oralmente y que estuvieron internadas para parir
Aparecida	mujeres con partos de bajo riesgo
Marques y Pires	mujeres de entre 16 y 42 años que habían tenido un parto normal. Más de la mitad era de ascendencia africana
Restrepo, Rodríguez y Torres	mujeres de distintas edades, clases sociales, niveles educativos, lugares de procedencia y años transcurridos en el parto.
Bohren	no específica
Guillén	mujeres españolas que parieron en distintos hospitales de España
D'Ambruso, Abbey y Hussein	mujeres de entre 18 y 38 años, que habían parido hace no más de cinco años al momento de realizar su trabajo de campo
Janevic, Sripad, Bradley y Dimitrievska	mujeres de 14 a 44 años, que tenían un promedio de 2.5 hijos y que o no contaban con escolaridad o contaban con escolaridad primaria; casadas o en unión libre. 5 de ellas eran mujeres refugiadas
McMahon, et al	mujeres que parieron sin ninguna complicación médica por parto vaginal en los 14 meses anteriores a la fecha en la que llevaron a cabo su trabajo de campo
Camarco, Ramírez, Lanza y Herrera	no define su muestra, solo dice que se trata de una muestra intencional con mujeres que se encontraban en la sala de emergencia obstétrica
Terán, Castellanos, González y Ramos	mujeres en promedio de 23 años de edad, que parieron ya sea por parto vaginal o cesárea y en su mayoría con estudios de nivel medio
Giraldo, González y Henao	ocho primigestantes, cuatro secundigestantes y una multigestante, con un promedio de edad de 25 años, de estratos socioeconómicos 2 y 3 y edad gestacional promedio de 38.2 semanas
Guimares, Jonas y Rute	mujeres que parieron entre 2010 y 2013 en hospitales de salud pública. Tres de ellas eran menores de edad y solo dos tenían más de 40 años.
Wolf y Waldow	33 mujeres que habían dado a luz y habían permanecido en trabajo de parto vaginal y cesárea por lo menos 6 horas
Kabakian, et. al	mujeres rurales y semi rurales de entre 20 y 40 años, clase social baja y con educación primaria y amas de casa. Urbanas de entre 19 y 40 años, poseedoras de educación secundaria y amas de casa

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la literatura

La literatura internacional me dejó ver con base en esas mismas variables que existieron mujeres más o menos proclives a experimentar prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato, éstas fueron: mujeres migrantes, refugiadas, pertenecientes a minorías étnicas y religiosas, mujeres con VIH, madres solteras, madres adolescentes. Vale la pena mencionar que Terán, Castellanos, González y Ramos (2013) en su estudio con mujeres de Caracas, Venezuela observaron además una tendencia mayor a percibir el trato deshumanizante por parte de las mujeres que poseían mayor nivel educativo, la cual pudieron inferir se debía a un mayor conocimiento sobre sus derechos reproductivos y sexuales, que de alguna manera influyó en el hecho de percibir la violencia más fácilmente. Asimismo, a mayor nivel educativo ellas pudieron observar que fue menor la práctica de procedimientos sin su consentimiento, esto una vez más lo relacionaron con el hecho de que las mujeres que poseían más educación formal podían interactuar de una forma más horizontal, en cambio las de nivel educativo más bajo, eran tratadas bajo una actitud paternalista.

b) Explicaciones sobre los factores asociados a la prevalencia de prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato en instituciones de salud

La revisión de la literatura en México me permitió develar las explicaciones que las y los autores asociaron al hecho de que continúen existiendo prácticas violentas durante la atención del pp. Entre ellas se encontraron: 1) la condición de desventaja social, 2) la naturalización de un deber-ser por parte de las mujeres, 3) la falta de información sobre derechos sexuales y reproductivos, 4) el hecho de que las mujeres lleven su control de embarazo en el primer nivel de atención hospitalaria, pero

tengan que parir en el segundo nivel de atención hospitalaria, y 5) mecanismos de tipo institucionales.

La primera de ellas se refirió a la condición de desventaja social en la que viven algunas mujeres, la cual, en muchos de los casos no les permitió reconocer la violencia. Es por eso por lo que Castro y Frías (2017) en sus hallazgos entre mujeres de México (nacional), encontraron que hubo mayor abuso, conforme el nivel socioeconómico de las mujeres bajaba, empero, y muy relacionado con lo anterior, hallaron que en el estrato calificado como “muy bajo”, las mujeres no reportaron la violencia. De la misma manera pudieron analizar que a mayor escolaridad, se presentó mayor abuso y violencia, ya que ésta pudo ser reconocida más fácilmente.

Rangel y Martínez (2017) por su parte encontraron que las mujeres indígenas de la zona centro de la Huasteca Central que entrevistaron, al haberse desarrollado en contextos donde el maltrato y la discriminación fueron habituales a lo largo de su vida influyó en el hecho de que ellas no pudieran reconocer del todo las prácticas de violencia obstétrica que sufrieron durante su parto.

La segunda explicación se refirió a la naturalización de un deber-ser por parte de las mujeres que no les permitió identificar la violencia. Sánchez (2015), en su estudio en un hospital intercultural de Cuetzalan Puebla, cuando preguntó a las mujeres entrevistadas si la atención que recibieron la calificarían como satisfactoria, ellas respondieron de manera afirmativa, a pesar de haber sufrido prácticas que pudieron tipificarse como violencia obstétrica. Además, observó que las mujeres introyectaron un deber-ser (inclusive antes de ingresar al hospital) que incluyó el hecho de ser mujeres obedientes que no expresaban dolor, esto con la intención de recibir un buen trato. Cabe señalar que esta actitud fue asumida por las mujeres debido al aprendizaje en sus partos anteriores y también por la recomendación de otras mujeres.

Asimismo, la autora se dio cuenta de que las mujeres desconocían el término de violencia obstétrica y lo que significaba, esto según ella debido a la falta de información y conocimiento en torno al tema, así como a la invisibilización y normalización del maltrato, fomentado también por una sociedad de tipo patriarcal que desvaloriza a los cuerpos de las mujeres y normaliza la violencia.

La tercera explicación tuvo que ver con la falta de información y el desconocimiento de las mujeres sobre los derechos humanos y sexuales y reproductivos que poseen, además de no tener

una idea clara del impacto negativo que las prácticas de violencia obstétrica tienen en sus cuerpos y en el de sus hijos, tal como lo demostraron Rangel y Martínez (2017).

El hecho de que las mujeres lleven su control de embarazo en el primer nivel de atención, pero tengan que parir en el segundo nivel de atención hospitalaria fue otra de las explicaciones que arrojó la literatura. Sachse, Sesia y García (2013) en su estudio con mujeres de zonas rurales de Oaxaca abonaron a la discusión encontrando que en este contexto se atendieron cada vez menos partos en el primer nivel, siendo éste el que tuvo un mayor conocimiento de las mujeres, pues estuvo a cargo de su atención durante el embarazo. Para las autoras el migrar del primer al segundo nivel expuso a las mujeres a una atención menos personalizada y más enajenante e hipermedicalizada.

Por último, la quinta explicación se centró en una serie de mecanismos institucionales. Buscando la raíz de la violencia en la propia formación médica, Covarrubias, Salas y Meléndez (2012) en su estudio en la Ciudad de México mencionaron que el hecho de que la formación de los médicos fuera vertical y violenta, propició que esta violencia fuera replicada por los propios médicos que fueron violentados, tanto hacia otros médicos como hacia los propios pacientes.

Castro y Erviti (2003) en su estudio con mujeres de Sonora, Querétaro, Distrito Federal⁵, Veracruz y Morelos descubrieron que hubo tres tipos de mecanismos que operaron en el abuso de las mujeres durante el parto. Los primeros fueron mecanismos de tipo institucionales, en donde se desincentivaba a las mujeres a identificar al personal de salud que ejercía el maltrato, ya sea, debido al hecho de que nunca sabían quiénes habían sido las personas que las habían atendido (ya que los médicos y personal de salud no se identificaban), o porque el personal estaba en constante rotación (y tampoco se le podía identificar), o porque existían amenazas tácitas y veladas que asociaban las quejas de las mujeres con una atención más sufrida o con la negación de la atención en el mismo momento del parto, o en ocasiones sucesivas que se pudieran requerir.

Otro tipo de mecanismos y el que desarrollaron de una manera más amplia los autores, fueron aquellos mecanismos que describieron las mujeres y que operaron desde el personal de salud y que fueron clasificados de la siguiente manera, aquellos que: a) premiaron y promovieron a las mujeres como obedientes y conformes con su atención, b) los que descalificaron los conocimientos y opiniones de las mujeres, c) los que desacreditaron a las mujeres como sujetos que sufrían, d) los

⁵ Ciudad de México.

que relativizaron el papel de las mujeres, relegándolas a cooperadoras y no a protagonistas de sus propios partos, e) los que amenazaron y castigaron físicamente a las mujeres, sobre todo a las pobres o a las que no obedecieron instrucciones, f) los mecanismos de obtención del consentimiento bajo presión, g) los mecanismos alusivos a la sexualidad, es decir aquellos mecanismos que se utilizaron para castigar a las mujeres por expresar dolor, haciendo énfasis en que “la relación sexual sí había sido placentera y por ende se debían aguantar el dolor durante el parto”, o inclusive aquellos que reprobaban que las mujeres tuvieran algún tipo de placer durante el parto.

Los autores concluyeron que este tipo de abusos se debieron en primera instancia a la forma vertical y jerárquica de organización presente en los servicios de ginecología y obstetricia, así como al hecho de que la formación de los médicos fue violenta y poco enfocada en la persona, y en tercera, a la forma en la que se concibieron las propias mujeres, como sujetas sin derechos y obedientes.

Por su parte, la revisión de la literatura internacional me permitió develar las explicaciones que las y los autores asociaron al hecho de que continúen existiendo prácticas violentas durante la atención del pp. Entre ellas se encontraron: 1) la violencia simbólica, 2) la organización del modelo hegemónico del sistema de salud, 3) el racismo, 4) la mirada tradicional de género por parte de los y las médicas hacia las mujeres, y 5), el desconocimiento por parte de las mujeres de sus derechos sexuales y reproductivos.

La primera explicación fue la somatización y naturalización por parte de las mujeres de la violencia recibida, fenómeno que se explicó dentro de la literatura con el término de violencia simbólica del sociólogo Bourdieu.

Meneses, et. al (2008) al respecto clarificaron que:

La violencia simbólica para Pierre Bourdieu (1991) “ocurre cuando el poder impone su visión del mundo social y las distinciones entre las personas como legítimas, disfrazando intereses reales y prevaleciendo relaciones de poder desiguales hasta el punto de ser aceptables tanto para los dominantes como para los dominados”. (Meneses, et.al, 2008, p. 63) (Traducción propia).

McMahon, et. al (2014) en su estudio con mujeres de 16 aldeas y cuatro distritos de Morogoro, Tanzania se dieron a la tarea de ubicar cuáles habían sido las respuestas de las mujeres ante la violencia recibida durante la atención del parto, destacando el hecho de que las mujeres tuvieron respuestas que se asociaron al “no hacer nada ante la violencia”, debido a que sintieron

que no tenían la posibilidad de elegir y que de alguna manera era normal el hecho de haber sido maltratadas.

Caron y Silva (2002) en su estudio con mujeres de São Paulo, Brasil abonaron a la discusión señalando que las mujeres que entrevistaron durante el proceso de parto estuvieron doblemente sometidas, por una parte, en la relación profesional- paciente, y por otra como mujeres, dentro de una sociedad que les impuso roles como la sumisión. De alguna forma esta condición de sumisión fue asumida por las mujeres, sobre todo por las mujeres que pertenecían a clases sociales menos privilegiadas, pues fueron ellas las que percibieron una mayor distancia entre ellas y el personal de salud.

Marques y Pires (2010) y Centenaro (2015), en sus investigaciones, ambas en Río Grande Brasil, encontraron que las mujeres iban preparadas para no gritar durante el parto, a pesar de que sabían que se trataría de un momento doloroso. Retomaron incluso que las mujeres habían sido elogiadas por el personal de salud “por no hacer el ridículo ni gritar”.

Giraldo, González y Henao (2015) en su investigación con mujeres de Medellín, Colombia hicieron alusión al hecho de cómo a pesar de que las mujeres habían vivido como negativa su experiencia de parto, al nacer sus hijos, estas vivencias se habían diluido; el dolor y el estrés, por ejemplo, pasó a ser parte del proceso natural inherente de ser madre.

La segunda explicación se dirigió hacia la forma en la que funciona el modelo médico hegemónico en los sistemas de salud. Marques y Pires (2010) en su estudio con mujeres de Sao Paulo, Brasil, contextualizaron el hecho de que la medicina moderna hoy en día se caracteriza por la fragilidad de los vínculos de confianza en las relaciones entre profesionales de salud y pacientes, a la par de que también existe dentro de la ciencia médica un uso exacerbado de elementos tecnológicos. Este panorama según las autoras no facilita que se genere una comunicación efectiva entre pacientes y profesionales, y abre más la brecha de desigualdad entre ambos, que ya de por sí se encuentra pautada como una autoridad verdadera y que está legitimada socialmente debido a su veracidad científica.

Las autoras retrataron cómo dentro de la lógica del parto hospitalario fue difícil y no se ofreció posibilidad alguna para que las mujeres pudieran ejercer poder sobre su propio cuerpo. Las mujeres no solo no cuestionaron a los profesionales de salud, sino que no valoraron el conocimiento que podían tener sobre su propio cuerpo, de igual manera, delegaron el poder a los médicos y les

otorgaron un papel de confianza a pesar de que sobresalieron testimonios en donde la dinámica de poder se expresó en amenazas, críticas y reprimendas.

Wolf y Waldow (2008) en su investigación con mujeres de Río Grande Brasil mencionaron que en el momento del parto, al estar expuestos los genitales, la mujer se encuentra vulnerable y lejos del saber-poder femenino sobre el parto, caracterizado por la intuición y la experiencia que acompañaba al proceso de parto anteriormente, ahora, dentro del proceso de medicalización de la sociedad, y de los procesos reproductivos de las mujeres, el parto se ha transformado en un elemento a tratar por el saber- poder masculino del modelo médico hegemónico.

Camarco, et.al (2015) en su investigación con mujeres de Maracay, Venezuela complementan esta explicación diciendo que en las salas obstétricas se tiende a evaluar a las mujeres como pacientes de alto y bajo riesgo, a las últimas se les practican procedimientos de rutina y tratamientos, los cuales muchas veces no solo no son necesarios, sino, pueden ser perjudiciales para ellas y sus bebés, ocasionando efectos secundarios en su salud.

La tercera explicación tuvo que ver con el racismo que se desarrolló ampliamente en el trabajo de Janevic, Sripad, Bradley y Dimitrievska (2011) con un grupo de mujeres romaníes de Belgrado, Serbia, y de Skopje, Macedonia.

Estas autoras definieron el concepto de raza como una construcción social útil para referirse a ciertos grupos de personas que comparten características físicas y espacios geográficos, al racismo, por otro lado, como un sistema de estructuración que asigna valores en función de lo social, y por último, a la etnicidad como la descripción de un grupo que comparte características sobre todo culturales; y fueron justamente estos conceptos los que les permitieron leer el fenómeno de la atención en la salud materna de estas mujeres romaníes.

Las autoras mencionaron que se pudo observar cómo las mujeres romaníes poseían un racismo internalizado que se expresó en el ámbito de la atención en salud materna y sobre todo en la atención al parto. Muchas mujeres al describir esta atención lo hicieron con resignación e impotencia, e inclusive justificaron el maltrato debido a que aceptaron los estigmas racistas con los que han sido miradas por las poblaciones no romaníes a lo largo del tiempo. Estas mujeres se miraron a sí mismas como mujeres sucias, pobres, con poca educación y de alguna manera “entendieron” o por lo menos aceptaron el maltrato en los paritorios. Las autoras señalaron además

que, acrecentado por una cultura sumamente patriarcal, las mujeres romaníes no sintieron a su cuerpo como suyo, lo cual tampoco ayudó a que ellas percibieran el maltrato en las salas de parto.

Por su parte el personal de salud las miró bajo esa misma lógica racista y las catalogó como mujeres que no escuchaban, que eran ignorantes, que no asistían a consultas prenatales y que además tenían familias extendidas que las acompañaban a los servicios de salud “en manada”. Este fenómeno de racismo decantó en una discriminación sanitaria que las autoras definieron como la asignación o calidad diferencial basada en raza, etnia, estatus socioeconómico o estado de seguro de salud, en el ámbito de la salud.

Concluyeron con algo sumamente importante, su reflexión en torno a que resultó difícil medir la calidad de la atención en grupos sociales muy marginados, ya que muchas veces las mujeres romaníes (y también las mujeres de grupos sociales marginados) suelen tener bajas expectativas sobre lo que se merecen y sobre lo que les puede suceder durante el parto.

La cuarta explicación se refirió a la forma en la que los médicos y médicas miraron a las mujeres, condicionada por una idea de género patriarcal. McMahon, et. al (2014) enmarcaron que el género (y añadiría más bien, los estereotipos tradicionales de género) entendido en su texto como la elaboración sociocultural de la diferenciación sexual, contribuyó a que se les atribuyera a las mujeres ciertas características que se relacionan con la dominación y la sumisión.

Esto se observó en la subestimación de las mujeres por parte del personal de salud sobre el conocimiento de su propio cuerpo, y de sus saberes, en los señalamientos que hicieron alusión al cuerpo de las mujeres y sus secreciones como algo sucio; en la cosificación de los cuerpos de las mujeres, siendo tratados como objetos, y en ocasiones como objetos para la práctica médica, y en el uso de la dominación y el castigo como estrategias tomadas por el personal de salud para que las mujeres cooperaran. Las autoras mencionaron que las estrategias de dominación a veces fueron indirectas, se trató de silencios prolongados, o gestos y actitudes llevados a cabo por el personal de salud que les infundieron miedo o temor a las mujeres, las cuales, ante ello, muchas veces prefirieron parecer cooperadoras.

En la misma línea, Fornes (2009) en su estudio con mujeres argentinas planteó cómo a las mujeres se les naturalizó como madres, siendo su condición reproductora un determinante sobre el papel social que se supone deberían desempeñar. Esto, aunado al control hegemónico de la

medicina moderna sobre los cuerpos hizo que el cuerpo femenino no fuera valorado en sí mismo, y fuera sujeto de violencia.

En particular la autora analizó la práctica rutinaria de cesáreas y episiotomías que se llevan a cabo, a pesar de que organismos como la OMS han señalado que su práctica rutinaria conlleva consecuencias negativas para la salud de las mujeres. La autora concluyó sobre estas prácticas a las que denominó cortes y mutilaciones, que se deben leer como otra forma de control social sobre los cuerpos femeninos, control social que las mujeres aceptan tanto por el desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos como por el hecho de que consideran que el conocimiento médico-tecnológico posee un saber que no debería ser cuestionado.

Guillén (2015) en su trabajo en hospitales a lo largo de toda España mostró testimonios o como ella les denominó, “chistes de familia” que reflejaron el habitus autoritario (en palabras de Roberto Castro), que también hicieron evidente la cultura propia del sistema de salud en España, que entre otras cosas catalogó como misógino, autoritario, violento y patriarcal.

La quinta explicación tuvo que ver con el hecho de que las prácticas de violencia siguen reproduciéndose porque las mujeres desconocen sus derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, se señalaron otros factores tales como el condicionar la calidad de la atención al pago de sobornos y cuotas, y el desabasto de medicamentos.

En el siguiente bloque abordaré quiénes fueron las personas que ejercieron la violencia durante el parto y puerperio inmediato, según las investigaciones consultadas.

c) Reflexiones sobre los actores que perpetran prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato en instituciones de salud

Dentro de la literatura nacional, solamente en la de Castro y Frías (2017) se retomaron testimonios de mujeres que habían parido tanto en instituciones públicas como privadas, las demás investigaciones solo se centraron en instituciones públicas. Dicha investigación reveló que fue en las instituciones públicas en donde se ejerció mayormente la violencia durante el parto y puerperio inmediato.

El trabajo de Sánchez (2015) también se llevó a cabo con mujeres que parieron en un hospital público, empero, se trató de uno de los pocos hospitales interculturales de México, el hospital intercultural de Cuetzalan Puebla, en donde se promueve el parto intercultural y en donde convive la medicina alópata y tradicional, y en el caso del EPP, la atención de parteras y de médicos ginecobstetras.

Para Sánchez (2015) al pensarse como un hospital en donde existe una atención intercultural se podría intuir que la presencia de violencia obstétrica no estaría tan presente como en un hospital en donde no se tomaran en cuenta nociones como la interculturalidad o la idea de parto respetado, sin embargo si bien la autora encontró que hubo ciertos cambios, tales como la existencia de sillas para parto vertical o la atención simultánea de parteras, la violencia durante el parto siguió estando presente.

Solo en una de las investigaciones, la de Valdez, et. al (2013), se dieron a la tarea de preguntarles a las mujeres quiénes fueron las personas que ejercieron mayormente la violencia. En primer lugar, identificaron que las mujeres señalaron a las médicas, seguidas de las enfermeras. En menor medida nombraron a los médicos y a otro tipo de miembros del personal de salud.

Las investigaciones fuera de México que consulté se desarrollaron en su mayoría (13) en instituciones de salud públicas, solamente dos de ellas lo hicieron tanto en instituciones públicas como privadas, y tres no especificaron en qué tipo de instituciones se llevaron a cabo. En ninguna encontré algún dato en el cual las y los autores compararan si existió mayor o menor violencia entre el sector privado o público.

Por otro lado, en algunas investigaciones se dieron a la tarea de investigar qué miembros del personal de salud habían ejercido mayormente la violencia. En su estado del arte Bohren, et.al (2015) identificaron que las médicas y enfermeras fueron señaladas como las principales perpetradoras de violencia, seguidas de los médicos y otro tipo de personal de salud. La misma conclusión fue compartida en nuestra revisión por Marques y Pires (2010) y Terán, et.al (2013).

Centenaro, et. al (2015) además mencionaron que en su investigación las mujeres describieron como más amables al personal de salud más joven, en cambio señalaron como menos amables al personal de salud con mayor edad. Caron y Silva (2002) apuntalaron, por el contrario, a los hallazgos anteriores, que a pesar de que la comunicación entre las mujeres parturientas y el

personal de salud tendió a no ser terapéutica, fueron las enfermeras quienes mayormente se comunicaron de una forma terapéutica con las mujeres.

Es menester también retomar la reflexión de Marques y Pires (2010) producto de su investigación con mujeres de Sao Paulo, Brasil, pues las autoras se refirieron a cómo el poder se ejerció en los paritorios, específicamente entre las mujeres que paren y las médicas, las cuales a pesar de encontrarse en una posición de iguales en cuanto al género, se presentan como desiguales en cuanto a las jerarquías de poder en donde ellas representan a la medicina moderna, ejerciendo el mismo poder y en última instancia, la misma clase de violencia que los varones.

En los próximos bloques condensaré las propuestas halladas en la literatura para erradicar y disminuir la violencia en la atención del pp, así como los acercamientos teóricos desde los cuales se ha abordado el fenómeno.

1.3 Propuestas sobre cómo evitar prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato en instituciones de salud

En algunas investigaciones nacionales los autores emitieron propuestas para la mejora de la atención en el parto y la disminución o erradicación de la violencia obstétrica. Sachse, Sesia y García (2013) proponen elevar la calidad de la atención y la capacidad de resolver emergencias obstétricas contando con unidades equipadas que puedan brindar atención oportuna, aún en el primer nivel de atención en donde la tendencia es no permitir la atención de partos, siendo que es justamente en el primer nivel de atención en el que se lleva el control de embarazo de las mujeres y en donde conocen sus antecedentes médicos y parte de su entorno.

Rangel y Martínez (2017) proponen capacitar a las mujeres para que puedan reconocerse como sujetas que poseen derechos sexuales y reproductivos y sean capaces de exigir y denunciar cuando estos derechos no sean respetados.

Carrera (2017) se planteó como necesario capacitar al personal de salud en áreas como son los derechos sexuales y reproductivos. Hizo énfasis en que se debe conocer y reconocer el término de violencia contra la mujer y violencia obstétrica, así como las recomendaciones de la OMS para la atención al parto.

Valdez, et. al (2013) complementó la discusión mencionando que es necesario que el personal de salud reconozca a las mujeres como sujetas de derechos y como únicas dueñas de su propio cuerpo.

Asimismo, apuntaló que:

En tanto la institución y las autoridades de salud no regulen la realización de estas prácticas y maniobras, el atropellamiento de los derechos humanos de las mujeres seguirá siendo una práctica naturalizada en la atención obstétrica. Es urgente reconocer que el abuso del personal de salud es una práctica continua y naturalizada en las instituciones de salud en nuestro país. Sólo a partir de ello será posible intervenir a diferentes niveles dentro y fuera de la institución. (Valdez, 2013, p. 20).

Sánchez (2015), por su parte, consideró como una propuesta para erradicar la violencia durante el parto y puerperio el introducir “nuevas” formas de parir, tales como el parto humanizado, además de revalorar el conocimiento de las parteras como personajes capaces de atender eficazmente los partos y reducir la muerte materna. En el siguiente y último bloque retomaré cuáles fueron los abordajes teóricos presentes en la literatura consultada.

Dentro de las investigaciones internacionales existieron propuestas para erradicar la violencia durante el parto y el puerperio inmediato, las cuales englobé en tres grandes rubros: 1) humanización del parto, 2) comunicación terapéutica y 3), propuestas varias.

La humanización de la atención del parto debería incluir los siguientes elementos: una comunicación respetuosa, empática, solidaria, sensible, efectiva, entendible y accesible. Perspectiva intercultural para que la salud sea culturalmente situada y adaptada, y las mujeres no tengan que sufrir discriminación alguna. Un ambiente en donde ellas sientan que su privacidad es respetada y que ayude a que las mujeres evolucionen en el trabajo de parto sin necesidad de acelerarlo con medicamentos.

Se debe además individualizar el tratamiento del dolor, pues la manera de percibir el dolor varía socioculturalmente y se asocia también a cuestiones de tipo psicológicas, además de permitir que las mujeres se puedan mover libremente y elegir la posición para parir.

Una atención humanizada debería tener en cuenta el alivio de la sed a través de la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto, así como fomentar una correcta técnica de pujado para reducir la fatiga. Dentro del parto humanizado las mujeres podrían estar acompañadas

por alguna persona de su elección, además de que el personal de salud tendría que fungir también como un elemento positivo de compañía para ellas.

Tendría que considerar además la dimensión espiritual como un recurso para que las mujeres se sintieran cómodas y tranquilas durante su parto. Fomentaría valores como la dignidad, la autonomía, el respeto y la calidad de la atención. (Wolf y Waldow, 2008; Giraldo, González y Henao, 2015; Bohren, et.al, 2015; Mc Mahon, et.al, 2014; Terán, et.al, 2013; Da Silva y Santana, 2017; Kabakian, 2000).

Meneses, et. al (2008) en su investigación en el noreste de Brasil, en el Estado de Ceará, municipio de Fortaleza, mencionaron que la transformación del ambiente hospitalario hacia un entorno humanizado debería ir más allá de transformar las condiciones materiales de las unidades médicas; se presumiría más bien como necesaria una reestructuración de la propia institución y la disciplina médica, en la cual se analizaran los determinantes de tipo social que producen y reproducen las inequidades en salud y vuelven la experiencia de internamiento, un encarcelamiento de modelo gerencial, opresivo y discriminatorio.

La segunda propuesta se centró propiamente en la comunicación. Caron y Silva (2002) apuntalaron que para lograr que exista una comunicación terapéutica, hay estrategias que se pueden implementar en la interacción interpersonal con la paciente, las primeras son estrategias de expresión que tienen como objetivo lograr que las pacientes expresen sus sentimientos en un ambiente de confianza, y esto se logra a través de técnicas como brindar escucha, permanecer en silencio y verbalizar aceptación e interés. El segundo grupo de estrategias son aquellas que se refieren a la clarificación y que tienen el objetivo de esclarecer lo no entendido por el paciente. El último grupo de estrategias son las que buscan la validación: se trata de que, a través de repeticiones del mensaje o resúmenes del contenido de las interacciones, las pacientes logren entender el mensaje.

El personal de salud enfatizó, tiene sin duda que reflexionar acerca de la estigmatización que hacen sobre las mujeres de clases sociales no privilegiadas como entes ignorantes y agresivas, lo cual sin duda influye en la forma en la que establecen la comunicación con dichas mujeres. El proceso comunicativo deberá buscar mantener a la mujer confiada, segura y participante de su propia experiencia de parto, dándole la información que necesita, en los términos que ella entienda. La autora terminó diciendo que la humanización del parto implica revolucionar de fondo la práctica

médica y la actitud del personal de salud, el cual debe estar atento a desarrollar habilidades de tipo interpersonales para poder establecer interacciones efectivas con las mujeres, haciendo una diferencia sustancial y positiva en la calidad de la asistencia prestada.

Otras propuestas tuvieron que ver con la necesidad de reconocer el parto en casa como una opción válida y segura (Mc, Mahon, et.al, 2014), aunque autoras como Fornes (2009) señalaron el parto en casa no como un espacio libre de relaciones de género y/o de relaciones de poder, pues de alguna manera mencionan que se continúa restringiendo el parto al ámbito doméstico y privado, siendo que los derechos de las mujeres deberían contemplarse como derechos públicos.

Terán, et.al (2013) señalaron que se debe además reflexionar sobre la manera en la que se entendió y se aplicó la noción de consentimiento informado. Vale la pena por último retomar de Restrepo, Rodríguez y Torres (2016), las voces de las mujeres de su investigación desarrollada en Colombia quienes emitieron sus propias propuestas, según sus necesidades:

Que en ese momento somos vulnerables, que nos traten como personas, que estén más pendientes, que nos da miedo, que no se les olvide la pasión que tenían cuando escogieron estudiar una carrera de la salud, que se pongan en el lugar del paciente, que tengan sentido humanitario de persona a persona, que si es una mujer la que va a atender a otra sepa entender su situación, que nos expliquen, que haya alguien que nos pueda acompañar durante el parto, que alguien pueda pelear por mí, que el parto es un momento trascendental no solo físico, que su orgullo no cabe en ese momento, que los hombres conozcan lo que sucede, que tengan mayor cuidado al dar la información, que exista un mayor contacto de la pareja con el hijo, que la infraestructura de los hospitales brinde mayor confort, que somos personas no máquinas, que las limitaciones económicas no sean un problema para brindar la atención, que trabajen con pasión, que uno pueda elegir la posición para parir, que todos venimos de una mujer y que este tema se debe trabajar desde la formación del personal de la salud (Grupo Focal, 24 de septiembre de 2016). (Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016, p. 145).

En el siguiente apartado abordaré los acercamientos teóricos desde los cuales se llevaron a cabo las investigaciones que consulté.

1.4 Abordajes teóricos presentes en la literatura sobre el estudio de las prácticas violentas durante el parto y puerperio inmediato en instituciones de salud

Dentro de la literatura nacional encontré que hubo dos grandes marcos conceptuales en los que se enmarcaron las investigaciones, el primero fue el de la violencia obstétrica (Castro y Frías, 2017; Rangel y Martínez, 2017; Valdez, et.al 2013; Carrera, 2017; Covarrubias, Salas y Meléndez, 2012; Sánchez 2015 y Castro y Erviti, 2003), y el segundo el de la calidad de la atención (Sachse, Sesia y García, 2013).

Las investigaciones que partieron del concepto de violencia obstétrica coincidieron en el hecho de que el abuso de las mujeres durante el parto es un problema real que se vive en nuestro país y que ha sido estudiado desde la década de los ochenta. Asimismo, mencionaron que en América Latina se ha buscado mirar el problema desde su carácter estructural, utilizando así el concepto de violencia obstétrica, el cual retomaron de la primera definición que fue reconocida dentro de un marco jurídico constitucional latinoamericano, en Venezuela, en el año 2007.

La República Bolivariana de Venezuela estableció que se entenderá por violencia obstétrica:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización, y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (República Bolivariana de Venezuela, 2007).

La violencia obstétrica para estos autores es un término amplio que continúa reconfigurándose y que incluye ofensas en el plano físico y emocional. Además, señalan que son menos las investigaciones que incluyen todos aquellos procedimientos que se llevan a cabo sin justificación clínica durante el parto (hipermedicalización del parto).

Para Castro y Erviti (2003) dentro de la violencia obstétrica existe lo que ellos denominan formas elementales de abuso. Se trata de formas de maltrato que son casi imperceptibles y muchas veces son naturalizadas por las mujeres y por el personal de salud tales como las burlas, las ironías, los regaños, las humillaciones, la manipulación de la información y el arrebató del consentimiento. Para estos autores en estas formas elementales de abuso se encuentra el origen de formas de abuso más graves.

La investigación de Sachse, Sesia y García, (2013) partió del concepto de calidad de la atención:

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-007 -SSA2-1993 (NOM 007) la calidad es una secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario, y que comprende los tres aspectos de calidad, calidez y oportunidad de la atención. La calidad de la atención incluye elementos tales como la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario en cuanto a oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera y resultados de la intervención clínica. La calidez se refiere al trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio. La oportunidad se refiere a la ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera

y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada. (Sachse, Sesia y García, 2013, p. 20).

En su investigación en Oaxaca, ellas se centraron en un aspecto de la calidad de la atención, en las acciones, maniobras y decisiones incluidas en el marco normativo, que se llevaron a cabo o no por el personal de salud durante el parto y puerperio. Por último, es menester mencionar que existieron otros conceptos que también fueron parte importante dentro del entramado conceptual de las investigaciones, entre ellos encontré el concepto de género, poder, derechos sexuales y reproductivos y parto humanizado.

Con respecto a la literatura internacional me gustaría comenzar mencionando que a pesar de que la literatura que seleccioné solamente tomó en cuenta la perspectiva de las mujeres, por ende, su experiencia, en solo una investigación se hizo referencia al concepto de experiencia.

Restrepo, Rodríguez y Torres (2016) mencionaron al respecto que: la experiencia vivida es y constituye una de nuestras realidades básicas y debe organizarse a través del lenguaje. ‘Cada experiencia que narramos o que nos narran es un episodio de una historia posible; es una forma de resaltar nuestra hondura y singularidad a través de medios intersubjetivos y, paradójicamente, muchas veces típicos’’. (Díaz, 1997, p.12) Para esta investigación la experiencia vivida hace referencia a las narraciones de las mujeres acerca de su proceso de parto y el cuidado recibido por el personal de la salud (Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016, p. 30).

Mencionado lo anterior puedo decir que dentro de la literatura internacional encontré diferentes acercamientos teóricos. El primero se acercó a las prácticas de violencia desde el concepto de violencia obstétrica, el cual retomaron de la primera definición reconocida dentro de un marco jurídico constitucional latinoamericano, el de Venezuela, y que definí anteriormente en el apartado correspondiente a la revisión de la literatura en México. Asimismo, estas investigaciones coincidieron en el hecho de citar el marco normativo que sanciona la violencia obstétrica en los diferentes países en los que desarrollaron sus investigaciones (Da Silva y Santana, 2017; Camarco, et.al, 2015; Terán, et.al, 2013; Guimaraes, Jonas y Rute, 2018; Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016; Guillén, 2015, Giraldo, González y Henao, 2015).

Camarco, et.al (2015) además complementaron diciendo que en el capítulo cuarto del artículo 51 de la constitución de Venezuela se consideran como actos de violencia obstétrica:

Los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: – No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. – Obligar a las mujeres a parir en posición supina y con las

piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole a esta, la posibilidad de cargarlo/a y amamantarlo/a inmediatamente al nacer. – Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (Camarco, Ramírez, Lanza y Herrera, 2015, p.114).

Otro acercamiento fue desde el concepto de calidad de la atención (Centenaro, et.al 2015; D'Ambruso, et.al, 2005; Janevic, et.al, 2011; Kabakian, et.al, 2000). D'Ambruso, et.al se centraron en un componente de la calidad de la atención, la satisfacción, que según ellas buscó determinar cuáles fueron las percepciones de las personas acerca de la calidad médica que les fue brindada. Asimismo, mencionaron que las expectativas de las pacientes tienden a regir la satisfacción y que esto fue comprobado en su investigación.

Kabakian, et.al, 2002 apuntaron que la calidad de la atención que reciben las mujeres es un aspecto esencial durante la atención, y para desarrollar su investigación retomaron el marco de calidad de atención descrito por Bruce (1989, citado en Kabakian, et al, 2002) en donde se menciona que la atención de alta calidad debería incluir aspectos relacionados con la información dada sobre la condición de la mujer y el protocolo de tratamiento. Dentro de esta noción de calidad se enmarca el hecho de que las mujeres tendrían la posibilidad de hacer preguntas y recibir respuestas durante la atención, así como de tomar decisiones sobre su atención libremente y expresando sus preocupaciones.

El siguiente acercamiento conceptual presente en la literatura fue desde el concepto de violencia institucional (Meneses, et.al, 2008; Marques y Pires, 2010). Las primeras autoras mencionaron que la violencia contra las mujeres en los paritorios es una violencia de tipo institucional que está determinada por un lado por la violencia de género, y por el otro, por las relaciones jerárquicas entre las sujetas pacientes y el personal de salud. Asimismo, se entrelazan aspectos socioculturales con respecto a discriminaciones por clase social, etnia y raza. Del sociólogo Goffman retomaron el término de violencia institucionalizada al que se refirieron de la siguiente manera:

Quando el poder abusivo del Estado se realiza en espacios institucionales, tenemos la "violencia institucionalizada" (Goffman, 1963), caracterizada por el encarcelamiento y la tutela que controla la vida de algunos segmentos de la población. En las instituciones, la forma más insidiosa de violencia ejercida por sus agentes en las clases populares, según el sociólogo francés es la violencia simbólica. (Meneses, et.al, 2008, p. 63) (Traducción propia).

Marques y Pires (2010) además señalaron que la violencia institucional en las maternidades públicas no ocurre sin conflicto y resistencia por parte de las pacientes.

Otros conceptos desde los que se leyeron las prácticas violentas dentro de las investigaciones fueron la experiencia, trato inhumano en la atención obstétrica, género, representaciones de género, violencia de género, derechos sexuales y reproductivos, parto humanizado, poder, empoderamiento, parto humanizado, ritual, rito de pasaje, eficacia simbólica, comunicación, comunicación no terapéutica, comunicación terapéutica, racismo, racismo internalizado, violencia simbólica y teoría de los síntomas desagradables.

Me gustaría retomar la reflexión que llevaron a cabo Mc Mahon, et.al (2014) en dos sentidos, el primero, metodológico, cuando compartieron cómo al iniciar su trabajo de campo, en particular al llevar a cabo sus entrevistas, las mujeres describieron el trato durante el parto como un trato bueno o que estuvo bien, además de que se refirieron al personal de salud como un ente capacitado, empero, en la medida en la que la confianza entre ellas y los entrevistadores aumentó, los relatos cambiaron y las mujeres comenzaron a reconocer aspectos negativos dentro de la atención.

Y el segundo, en el sentido de una reflexión teórica que también compartieron Bohren, et. al (2015) cuando enfatizaron en que los conceptos de falta de respeto, abuso hacia las mujeres, atención deshumanizada, calidad de la atención y satisfacción de la paciente suelen ser multidimensionales y desafiantes para definir, inclusive cuando existen numerosos esfuerzos que han buscado clarificar las dimensiones analíticas de cada término.

Bohren, et.al (2015) mencionaron que en su revisión de la literatura, organizaciones y autores han usado términos como la violencia obstétrica, atención deshumanizada, falta de respeto y abuso, entre otras, para referirse a la violencia contra las mujeres durante el parto, empero dichas categorías son difíciles de diferenciar entre sí, por lo cual se dieron a la tarea de crear la categoría de maltrato a las mujeres como un término más amplio e inclusivo que según ellas captura mejor la gama completa de experiencias de mujeres y el personal de salud. En ésta incluyeron el abuso físico intencional y pasivo, el abuso verbal y las condiciones estructurales deficientes del sistema de salud.

En el siguiente y último bloque presento la literatura que me permitió entender la experiencia de parir más allá de las descripciones de la atención y de las violencias vividas en los servicios de salud, y en relación a las formas de vivir, sentir y representar el parto y puerperio.

1.5 La experiencia de parir más allá de la violencia. Emociones y vivencias corporales

En este breve pero sustancial apartado de la revisión de la literatura, me centré en explorar trabajos realizados a partir de la década de los noventa que partieran de la mirada sociocultural de la experiencia del parto y cuyos testimonios provinieran de las mujeres que parieron (mujeres asiáticas, brasileñas, europeas y latinoamericanas, de origen rural y urbano, y con adscripciones étnicas diversas). En estas pesquisas se utilizó metodología cualitativa, cuyas herramientas de recolección fueron entrevistas, grupos focales y etnografías virtuales y no virtuales.

Presento la literatura dividida en tres categorías analíticas: a) las pautas culturales de las mujeres que paren, con el fin de indagar sobre los componentes culturales que modelan las emociones y vivencias corporales en la experiencia del parto, b) una de las emociones presentes durante la experiencia del parto, el dolor, apuntando que si bien éste es la respuesta a un estímulo, la forma de expresarlo varía culturalmente y c) la manera en la que las mujeres se relacionan con su cuerpo durante el embarazo, parto y puerperio.

a) Pautas culturales en la experiencia del parto

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

En estas investigaciones resalta la existencia de dos sistemas de atención del embarazo, parto y puerperio. Por un lado, un sistema medicalizado moderno y, por otro, un sistema tradicional

al que tienen acceso mujeres indígenas y migrantes, además muestran que la forma de vivir, sentir y representar la experiencia del parto varía culturalmente, así como las expresiones de cuidado, los rituales y las prácticas culturales durante el embarazo, parto y puerperio.

Con el fin de mostrar cómo la experiencia del parto varía según la cultura, las investigaciones consultadas analizaron sistemas de cuidado durante el embarazo y el parto de comunidades diversas, algunas investigaciones (Alarcón, Ana y Yolanda Nahuelcheo, 2008; Drake, 2014), por ejemplo, se ocuparon de abordar el sistema de cuidados de la comunidad mapuche⁶, y de dar cuenta que en ésta existe un sistema de cuidados riguroso, ya que se considera que el parto y el posparto son periodos de riesgo donde se compromete la salud física de las mujeres y esto decanta en restricciones que tienen que ver con pautas de alimentación, con la prohibición de participar en eventos sociales, y otras como prevenir el encuentro con cierto tipo de espíritus.

En esta comunidad, la forma de salvaguardar la salud reproductiva combina elementos físicos como naturales, medioambientales y espirituales, que obedecen tanto a la medicina popular, como a la medicina mapuche. Asimismo, el concepto de bienestar es visto de forma holística como bienestar social, cultural, político, ambiental, territorial, religioso y cósmico. Muestran además que existe una idea generalizada con respecto a qué hacer con los residuos y fluidos corporales durante el parto, así, por ejemplo, la sangre y la placenta deben tener cuidados especiales, ya que depende de estos el bienestar en el futuro de la madre y del hijo.

Dentro de estas investigaciones se rescatan también las emociones que las mujeres expresan cuando están embarazadas y cuando nacen sus hijos, las cuales son positivas porque se relacionan con el deseo de que se perdure la identidad mapuche y con el hecho de que la maternidad sea un componente de género clave del “ser mujer” en esta comunidad. Otro ejemplo son los trabajos que se ocupan de analizar los sistemas de cuidado entre los q’eqchi, pueblo maya de Guatemala, las investigaciones al respecto mencionan que los procesos de gestación y reproducción en esta comunidad están basados en un modelo de conocimiento empírico, mágico, dinámico y evolutivo, la confianza que ellos otorgan a sus procesos de atención de la salud radica en sus creencias y vivencias, asimismo señalan que la cosmovisión de la mujer q’eqchi’, tiene una fuerte vinculación

⁶ Los mapuches son un pueblo originario del sur de Chile que actualmente convive con el Estado chileno en una relación de resistencia cultural y conflictos por el ejercicio de derechos políticos y sociales, y por el reconocimiento y auto determinación.

con el ser supremo, el cosmos y la naturaleza, que se refleja en las peticiones y ceremonias, así como en el embarazo.

Se da cuenta además del hecho de que la atención del embarazo de la mujer q'eqchi' se inicia con el diagnóstico de la comadrona y el servicio de salud público, sin embargo, los cuidados en su desarrollo se ven regidos por estas creencias que combinan tanto elementos naturales como sobrenaturales. Se ha señalado que el parto es un evento que reúne a familiares, y constituye una alegría para toda la comunidad, el esposo, la suegra y la comadrona son los personajes que toman las decisiones en torno a lo que se hará durante el embarazo, el parto y el posparto, esto tiene que ver con un sistema presente al interior de las familias, de organización de tipo patriarcal; es por ello que en la investigación se ha identificado que durante el parto, la compañía y apoyo del esposo y la comadrona es trascendental. (De Morales, Juárez y Aníbal, 2012).

En México, en una comunidad rural del Estado de Morelos, Ocuituco, también se han analizado los sistemas de cuidado durante el embarazo y el parto, dando cuenta del hecho de que las parteras juegan un rol importante en la atención y el sistema de salud en la etapa del embarazo, parto y puerperio. El embarazo en esta comunidad es atribuido a variables externas y muchas veces se utiliza como estrategia para evitar consecuencias negativas que puedan acarrear el uso de métodos anticonceptivos. Las investigaciones, además, han dado cuenta de que existen creencias populares en torno a los cuidados durante el embarazo que tienen que ver con restricciones sociales (no asistir a ciertos lugares), y alimenticias (satisfacer los antojos de las mujeres). Asimismo, señalan que la noción de cuidados del embarazo (secular), y la atención prenatal (moderna) difiere en sus definiciones. Con respecto al parto se señala que la figura del médico se utiliza para definir las funciones de la partera, y a su vez ellas se legitiman con el discurso moderno de la medicina e integran prácticas “modernas” a la atención, como el uso de inyecciones o la utilización de instrumentos quirúrgicos (Castro, Bronfman y Loya, 1991).

Las investigaciones muestran tres direcciones en las que se resuelve la existencia de concepciones de salud distintas. Una primera dirección es la que encuentran (Drake, 2014; Alarcón, Ana y Yolanda Nahuelcheo, 2008; Castro, Bronfman y Loya, 1991), cuando muestran un sincretismo entre los discursos modernos y los tradicionales respecto al parto; éstos coexisten y se da un proceso de negociación. La segunda dirección es la que siguen (Luque, Miguel y Oliver María, 2005; Moya, María y Paloma Moral, 2014; Baeza, 2013; Kelsey, E. Otis y John A. Brett, 2008), en donde esta convivencia provoca choques interculturales, cuya consecuencia es la

existencia de una atención no intercultural y prejuiciosa por parte de los detentores de la salud. En estas investigaciones se rescata que este tipo de atención hace de la experiencia de parto algo negativo para las mujeres, ya que ellas se sienten forzadas a asistir a los servicios de salud (lo cual muchas veces, mencionan, no está a su alcance y está limitado por las condiciones materiales que poseen), y con ello a modificar sus prácticas culturales durante el parto, las cuales, muestran, no siempre se empatan con la atención médica que ofrece el parto medicalizado.

El hecho de que los prestadores del servicio de salud compartan un contexto en donde se naturalizan las desigualdades para las mujeres que utilizan sistemas tradicionales de salud, y que existan estereotipos en torno a ellas en donde son representadas siempre como sumisas se hace evidente en estas investigaciones. Estas representaciones sobre cómo son, cómo piensan y cómo sienten las mujeres, remarcan, generan un “clima hostil” que en el contexto del parto medicalizado influye en el modo en que son tratadas por los profesionales de salud, y que autores como (Baeza, 2013) identifican que se convierten en desigualdades de género que tienen implícito en ocasiones componentes raciales y de clase social.

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

De igual forma describen la atención en el hospital como brutal, por lo cual prefieren la atención brindada por una partera. La tercera dirección es la que se muestra en los trabajos de (Fleischer, 2006; De Morales, Juárez y Aníbal, 2012; Earth, 2001) y que apunta que la convivencia entre el sistema de salud moderno y tradicional está propiciando nuevos modelos de parto (como el parto humanizado), de los cuales las mujeres se están apropiando y transformando.

b) El dolor en la experiencia del parto

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

Dentro de la bibliografía que seleccioné en donde se analiza la experiencia del parto con énfasis en la sensación del dolor destacan varias discusiones, la primera es el uso de la anestesia durante el parto, desde una posición crítica que va en dos direcciones, la primera es que la anestesia ha sido vista como un elemento que se puede asociar con una mayor agencia de las mujeres durante el parto, y la segunda que también puede resultar un impedimento que merme la capacidad de protagonismo de las mujeres. Otra discusión gira en torno al miedo al dolor durante el parto, el cual en la literatura se destaca como un miedo normalizado, cuya forma de normarlo varía a través del tiempo, dando cuenta del hecho de que los discursos transmitidos en torno al dolor y el parto han modelado la forma en la que las mujeres perciben el dolor, y que estos discursos han sido reforzados por el sistema médico y por los medios de comunicación.

La investigación sobre la experiencia de parto y dolor muestra cómo el dolor se ha convertido en una representación femenina sobre el parto, y esta representación ha influido en cómo se comporta la mujer embarazada y en los sentimientos que surgen alrededor del parto. En estas investigaciones se hace evidente la preocupación por conocer cuáles son los factores que provocan que la mujer sienta dolor durante el parto, al respecto se ha analizado que son las intervenciones dolorosas y los rituales obstétricos como los tactos, el ambiente hostil que se genera en el hospital, la falta de acompañamiento, la falta de control de la situación, la sensación de

alienación y de invasión a sus cuerpos, y el hecho de que el hospital no sea un lugar que provee un entorno íntimo, los factores que las hace sentirse más vulnerables y proclives al dolor.

Otra de las discusiones presentes es cómo influye el miedo durante el parto, al respecto se ha señalado que el miedo repercute sobre el protagonismo de la mujer en el parto, quienes basadas en este miedo pueden llegar a solicitar cesáreas o a pedir anestesia sin analizar riesgos y beneficios para ellas y para sus hijos. En estos trabajos se plasman una serie de propuestas que van en el sentido de que se amplíe la información prenatal, se cuestione al modelo de asistencia medicalizado y a las condiciones que lo rodean (que le otorgan al médico el control y poder sobre el parto, dándose así un fenómeno de transferencia de control de la embarazada al médico, quien se vale también de la representación social del miedo y del dolor, para persuadir a la mujer que acepte pasivamente procedimientos como las cesáreas), y que el dolor y sus reflejos sean suficientemente problematizados para que se generen al respecto otras interpretaciones que no obstaculicen el protagonismo y no influyan en la toma de la decisión de las mujeres en el proceso del parto.

c) El cuerpo en la experiencia de parir

La manera en la que las mujeres se relacionan con su cuerpo durante el embarazo, parto y puerperio es otro de los intereses presentes en la bibliografía en torno a la experiencia del parto, desde los conceptos de género, sexualidad, ciudadanía y cuerpo social y desde las nociones de agencia, protagonismo, edad, tipo de parto y expectativas de las mujeres. (Gayeski, Michele y Maria Bruggemann 2009; Pinho, Pamplona y García de Lima, 2010; Centenaro, Marin y Da Silva, 2015; Basso, Joelí y Marisa Monticelli, 2010; Rejane, Matos y Gualda, 2010). Estos trabajos han delimitado sus objetos de estudio a los tipos de parto y formas de parir, a la condición etaria y de salud de las mujeres que paren y su relación con el cuerpo, y a la sexualidad vivida desde el cuerpo. Las investigaciones que rescaté en este apartado para mostrar la forma en que se ha investigado sobre cómo se relacionan las mujeres su cuerpo durante el embarazo, parto y puerperio son aquéllas que lo hacen desde significados culturales y de género que les dan o les restan valor como seres que poseen cuerpos sociales. Estas investigaciones identifican que existen mujeres que se apropian de su cuerpo desde nociones relacionadas con la agencia y otras que son más ajenas a sus procesos corporales durante el parto. Uno de los intereses presentes es analizar cómo perciben las mujeres su cuerpo pariendo desde una posición ginecológica (recostada), en este sentido destacan los estudios que buscan comparar experiencias corporales de mujeres que parieron de forma recostada con experiencias de mujeres que lo hicieron en otras formas (como lo son el parto vertical). Al

respecto han encontrado que las mujeres han señalado aspectos positivos en torno a parir en posición vertical, que tienen que ver con que es más cómoda, reduce el esfuerzo de la expulsión, la parturienta aparece como protagonista, disminuye el dolor en la expulsión (comparado con el parto horizontal), y les permite observar el nacimiento.

Sin embargo, también refieren aspectos negativos que tienen que ver con que puede resultar una posición incómoda, y debido a que no hay intervención obstétrica que facilite el parto (episiotomía), las posibilidades de rasgarse son amplias. Con respecto a parir de forma horizontal han señalado también aspectos positivos que se relacionan con el hecho de que las mujeres perciben que el parto es más rápido y provoca una sensación de ayuda y seguridad, los aspectos negativos tienen que ver con el hecho de sentirse incómodas y no participar durante el proceso. Asimismo, han dado cuenta de que las razones para elegir una u otra forma de parir tienen que ver tanto con conductas instintivas como con procesos influenciados por normas culturales, y pocas veces con elecciones de las mujeres con respecto a la posibilidad de decidir de qué forma parir y con ello relacionarse con su cuerpo durante el parto desde la agencia (Gayeski, Michele y Maria Bruggemann, 2009). Otro de los intereses presentes en estas investigaciones ha sido analizar la relación que las mujeres que tienen la posibilidad de parir no solo desde una posición vertical, sino desde un parto distinto al medicalizado, es decir un parto humanizado, tienen con su cuerpo. Al respecto, la bibliografía ha señalado que estas mujeres se relacionan con su cuerpo en el embarazo y el parto, desde una noción de agencia que se hace evidente en las siguientes acciones: cuando ellas escogen el parto vaginal como primera opción para dar a luz, la segunda es cuando ellas seleccionan el tipo de atención obstétrica tanto para la preparación durante el embarazo como para la realización del parto. La tercera forma de apropiarse de su cuerpo es cuando ellas dicen y actúan reconociéndose como sujetos reflexivos y críticos delante de la realidad.

Asimismo, se apropian de su cuerpo durante el parto cuando se negocia y se dialoga con los profesionales de salud sobre las preferencias relacionadas a los procedimientos obstétricos, y por último cuando se construye un conocimiento propio acerca del proceso del parto. Otro objeto de estudio presente en la bibliografía ha sido la forma en la que las mujeres con un embarazo y parto de alto riesgo⁷ se relacionan con su cuerpo. Al respecto, se ha dado cuenta de que estas

⁷ “Según la NOM-007-SSA2-1993 embarazo de alto riesgo es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario” (Ávila, 2013:22). La identificación del embarazo de alto riesgo distingue entre alto riesgo obstétrico y alto riesgo fetal. “Según la OMS. La evaluación de los riesgos no es una medida única que se haga simplemente una sola vez, sino que es un

mujeres enfrentan un embarazo con miedo debido a su condición de salud, pero a su vez les representa la posibilidad de vencer dificultades, echando mano de soportes simbólicos como la religión.

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

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

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

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

procedimiento continuo durante todo el embarazo y el parto. En cualquier momento pueden aparecer complicaciones que pueden inducir a tomar la decisión de referir a la mujer a niveles atención más especializados (Ávila, 2013:22).

miedo a no estar cicatrizadas, a quedar embarazadas y preocupación, dolor e incomodidad por no tener un cuerpo que ellas consideran atractivo.

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

1.2.6 Posicionamiento sobre mi investigación

El primer bloque de mi revisión de la literatura me permitió entender en primera instancia que el maltrato a las mujeres, utilizando la categoría de Bohren, et.al (2015) es un problema grave no solo en México, sino en diversas latitudes. El maltrato se traduce en agravios físicos, verbales, sexuales, psicosociales, así como en prácticas de hipermedicalización en el parto, y en la omisión de prácticas benéficas durante la atención.

Asimismo, algunos factores estructurales de los sistemas de salud como el pago de cuotas y la existencia de instalaciones precarias fueron señalados también como parte de la violencia que las mujeres percibieron. Se señaló al abuso verbal como la violencia que estuvo mayormente presente, y al abuso sexual como la menos presente.

Una de mis inquietudes era saber qué tipo de mujeres habían sido mayormente violentadas, al respecto la literatura tanto nacional como internacional coincidió en el hecho de que las mujeres con mayores desventajas sociales fueron las que recibieron más violencia, sin embargo, también fueron las que menos pudieron reconocerla. En esta línea considero como un gran vacío en todas las investigaciones el hecho de que la descripción de las mujeres se limitara a dar cuenta de las variables socioeconómicas. No pude entender del todo la diferencia en la manera de percibir la violencia según características que apenas se mencionaron como la etnicidad, la raza, el número de hijos, la edad de las mujeres, entre otras.

Al explorar las explicaciones que se asociaron al hecho de que las prácticas de violencia siguieran existiendo, pude ver que algunas se inclinaron hacia factores de tipo institucionales que tuvieron que ver con la organización del sistema de salud, y otras, hacia factores más relacionados con el individuo, tanto con las mujeres como con el personal de salud. Fueron interesantes además

las reflexiones desde una perspectiva de género, que señalaron a las mujeres (médicas y enfermeras) como las principales perpetradoras de la violencia, empero, estas reflexiones estuvieron presentes en pocas investigaciones; no se profundizó en el análisis sobre quiénes, de qué manera y por qué razones se ejercía la violencia. La mayoría de las investigaciones se llevaron a cabo en instituciones públicas de salud por lo **cual tampoco pude hacer una comparación entre trabajos que se desarrollaran en instituciones públicas y en privadas.**

Me interesó conocer cuáles eran las propuestas para evitar prácticas de violencia durante el parto y puerperio porque resultaron una constante en las investigaciones, y encontré que las propuestas iban desde la reestructuración completa del sistema de salud, pasando por la introducción de “nuevas viejas” formas de parto como el parto en casa, y terminando, por la capacitación de las mujeres en áreas como los derechos sexuales y reproductivos.

De los hallazgos más importantes para nutrir mi investigación fue conocer desde qué conceptos se han acercado las investigaciones al estudio de las prácticas de violencia. Encontré diferentes conceptos teóricos para mirar el fenómeno, tales como la calidad de la atención, la violencia institucional, el abuso y maltrato, y la violencia obstétrica, dándome cuenta de que en cada uno se enlistaron los elementos que se iban a considerar como violencia durante el parto y puerperio. Empero, compartí la reflexión de algunos autores sobre el hecho de que la línea que separa dichos acercamientos a veces se diluye, ya que como se mencionó a lo largo de la revisión, se trata de conceptos polisémicos y en construcción.

El segundo bloque de la literatura me brindó herramientas para entender el parto y el puerperio como un hecho cultural, y que por ende puede variar según el entorno. Asimismo, me mostró cómo dentro de la atención del parto pueden existir uno o más sistemas de atención que pueden convivir entre ellos pero que también pueden chocar. Asimismo, se señaló que la noción de cuidados del embarazo (tradicional), y la atención prenatal (moderna) difiere en sus definiciones.

Los trabajos reflejaron que las formas de cuidado, los rituales y las prácticas culturales durante el embarazo, parto y puerperio también tienen límites culturales, y estos moldean la manera en la que las mujeres paren. Por último, se abordó el dolor como una expresión cultural que se significa de diferentes formas, pero que también se normaliza y se vive según los discursos transmitidos por los sistemas de atención y las pautas culturales.

Es muy importante resaltar que la literatura privilegió hablar del cuerpo como un cuerpo social del cual algunas mujeres se apropian desde nociones relacionadas con la agencia y otras que son más ajenas a sus procesos corporales durante el parto y el puerperio.

Para cerrar este primer capítulo, reconozco que mi estado del arte es acotado, en el sentido de la extensión y profundización en cada investigación, así como por el recorte de los textos seleccionados y de las categorías analíticas utilizadas, empero, me resultó sumamente útil para dar cuenta de cómo se ha abordado el objeto de estudio, así como para clarificar mi propia investigación, su objeto y su abordaje.

Considero prioritario trabajar dentro de mi entorno de investigación, la comunidad de Teopancingo, en el estado de Puebla, pues no existen investigaciones actualmente sobre la experiencia de parir. Para finalizar este apartado es menester mencionar que mi pregunta de investigación a la luz de la revisión de la literatura es ¿Cómo experimentan la atención hospitalaria del parto y puerperio inmediato un grupo de mujeres que viven en la localidad de Teopancingo, perteneciente al municipio de Huauchinango, dentro del estado de Puebla? En el siguiente capítulo desarrollaré ampliamente el marco teórico de referencia para mi investigación.

CAPÍTULO 2

COORDENADAS TEÓRICAS PARA EL ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN DEL PARTO HOSPITALARIO, DE UN GRUPO DE MUJERES DE TEOPANCINGO, PUEBLA

“En etnografía, la función de la teoría es suministrar un vocabulario en el cual pueda expresarse lo que la acción simbólica tiene que decir sobre sí misma, es decir, sobre el papel de la cultura en la vida humana” (Geertz, 1973, p.38)

En este capítulo mostraré los conceptos teóricos que me permitirán analizar los relatos sobre la atención de su último parto y puerperio de un grupo de mujeres de Teopancingo. Me ocuparé de abordar tres conceptos: experiencia, violencia obstétrica, y género.

Dentro del desarrollo de cada uno de estos conceptos comenzaré con una genealogía que permitirá ubicarlos epistemológicamente, después desarrollaré las categorías que se utilizarán propiamente en la investigación. **Estas categorías se mostrarán en tablas cuyo objetivo es volverlas operativas, es decir relacionarlas directamente con mi objeto de estudio.**

2.1. La categoría de experiencia. Genealogía del concepto y definición para esta investigación

a) La experiencia desde la filosofía y la historia

Los primeros usos de la categoría de experiencia se pueden rastrear en la filosofía. A continuación, haré una breve genealogía basándome en Hamui, et.al (2013), Xirau (2011) y Staroselsky (2015). Para estos autores Kant, en el siglo XVIII, fue uno de los primeros filósofos en reflexionar sobre la experiencia. Para éste, la experiencia surge cuando los sujetos establecen contacto con la realidad y la modifican. Kant diferenció entre dos tipos de experiencia, la experiencia externa (ligada a las percepciones⁸) y la experiencia interna (ligada a la intuición). A partir de esta idea:

⁸ Percepción. La percepción es el proceso que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno. El proceso de la percepción es de carácter inferencial y constructivo, generando una representación interna de lo que sucede en el exterior. Para ello se usa la información que llega a los receptores y se va analizando paulatinamente, así como la información que viene de la memoria tanto empírica como genética y que ayuda a la interpretación y a la formación de representaciones. Con base en la percepción, se constituye la experiencia y se formulan opiniones. (Hamui, et.al, 2013, p. 25).

La experiencia ha sido entendida como una actividad de observación a través de los sentidos y una actividad racional que se estructura desde el conocimiento empírico al que él llama conocimiento a posteriori, es decir, un conocimiento que se produce a partir de la experiencia y en relación con los conocimientos a priori que afectan a los sujetos. (Hamui, et.al, 2013, p. 26).

En concordancia con Kant, dos filósofos, Dewey y Dilthey (citados en Hamui et al., 2013) reconocen que la experiencia abarca las relaciones de los sujetos con su ambiente y también la manera en la que ellos las transforman y además agregan el hecho de que la experiencia presente adquiere sentido tanto por las experiencias pasadas como por las expectativas.

Desde la historia, Reinhart Koselleck (citado en Hamui et al., 2013) podría entablar un diálogo con ambos filósofos, pues su discusión sobre la experiencia gira en torno a la categoría de expectativa. Para este autor la historia está compuesta por un espacio de experiencias y un horizonte de expectativas (cargadas de valores y creencias) con las que se crean nuevas experiencias. Cuando las expectativas y experiencias se corresponden, el curso del cambio social es lento y cuando se alejan, existe la transformación. Distingue además entre experiencia original (inesperada), experiencia que coincide con la expectativa, y experiencia transgeneracional (social), ésta última tiene el potencial de ser reiterada, o de romperse y generar nuevas experiencias.

A diferencia de Koselleck existen autores como Gadamer (filósofo) (citado en Hamui et al., 2013) que apuntala que la experiencia solo se adquiere cuando lo que se vive es diferente a lo que se piensa. La experiencia auténtica como la denomina el autor es reflexiva y es capaz de distinguir y evaluar entre las expectativas y las experiencias reales.

Benjamin (citado en Staroselsky, 2015) también desde la filosofía, considera que la experiencia solo puede ser intersubjetiva (sujeto colectivo) y está configurada por imágenes dialécticas que se nombran y socializan. Asimismo, para este autor la experiencia pasada no representa un tiempo inerte sino una forma de redimir y crear experiencias en el presente.

Otro de los filósofos que abonan a la discusión de la experiencia es George Mead (citado en Xirau, 2011). Para Mead es mediante los actos de donde emerge la experiencia. Los actos contienen cuatro fases no lineales: fase de impulso, de percepción, de manipulación y fase de consumación del acto. Asimismo, existen actos individuales y actos sociales; los últimos pueden ser conscientes o inconscientes.

Pude observar que la experiencia para algunos autores se relaciona con la observación y los sentidos, así como con el conocimiento empírico adquirido (Kant, Dewey, Dilthey). Otros más han ligado a la experiencia con el concepto de expectativa (Koselleck, Gadamer) y hay quienes se han

centrado en su carácter intersubjetivo y social (Benjamin, Mead). A continuación, mostraré cómo desde algunas corrientes sociológicas se ha trabajado el concepto de experiencia.

b) La experiencia desde algunas miradas sociológicas

En este apartado me basé en dos autores, Ritzer (1997) y Núñez (2012). Dentro de las corrientes sociológicas según Ritzer (1997) el interaccionismo simbólico, la sociología fenomenológica y la etnometodología se han preocupado por la manera en la que las personas experimentan el mundo. El interaccionismo simbólico toma las bases de la filosofía de Mead con respecto a tres aspectos, el primero en el sentido de reconocer la importancia del análisis de la interacción entre el actor y el mundo, el segundo en situar al actor y al mundo no como un proceso estático, sino dinámico, y el tercero en tomar en cuenta la enorme capacidad que posee el actor para interpretar el mundo social. Bajo las premisas anteriores, Blumer en 1937 (citado en Ritzer, 1997) acuñó el término de interaccionismo simbólico, partiendo de la idea de que los actores tienen la capacidad de construir significados.

Para Goffman (citado en Ritzer, 1997), a quien se le puede ubicar dentro de esta corriente, los seres humanos experimentan el mundo aprendiendo y desempeñando papeles (más o menos conscientes), cargados de fachadas personales y sociales (mistificadas o no). Este autor quien ocupa la metáfora del teatro social para explicar el mundo de la vida cotidiana sostiene que cuando las fachadas sociales se institucionalizan, se vuelven representaciones colectivas.

Para Schütz (citado en Ritzer, 1997), representante de la sociología fenomenológica quien se centró en la intersubjetividad, los seres humanos aprenden (y crean) recetas en el proceso de socialización, con la cuales se relacionan. Las relaciones que se establecen pueden ser cercanas (relaciones nosotros) e impersonales (relaciones ellos). A diferencia de los interaccionistas simbólicos, Schütz reconoce una clara influencia entre los actores y las estructuras.

También desde la sociología fenomenológica, Berger y Luckmann (2000) sostienen que las personas, mediante el proceso de socialización toman los significados que existen en una realidad que ellos aprenden previamente estructurada y que se convierte en su propia realidad (y en sus propios significantes). Al igual que Schütz establecen que existen interacciones más próximas (cara a cara o relaciones nosotros) y relaciones más tipificadas (relaciones ellos). Mencionan que toda actividad humana puede ser tipificada e institucionalizada.

La etnometodología por su parte se basa en la premisa de que los seres humanos poseen un sentido práctico (racionalidad práctica) que utilizan en su vida cotidiana. Para Garfinkel (citado en Ritzer, 1997), representante de esta corriente, los seres humanos no solo producen las sociedades, sino las transforman. A diferencia de la sociología fenomenológica, para la etnometodología el orden social es realizado por los actores y no es una realidad previa a su existencia, a este proceso le denominan reflexividad.

Es preciso además mencionar a dos autores que son retomados por Hamui, et.al (2013), Veenhoven, sociólogo y Csikszentmihalyi, psicólogo, quienes señalan que dentro de la forma en la cual las personas experimentan el mundo se pueden distinguir las experiencias pico, las cuales se diferencian de una mera experiencia porque implican intensidad de emociones, y además tienen un carácter transitorio.

Las corrientes sociológicas que mencioné a lo largo de este apartado le asignan una gran importancia al lenguaje como uno de los principales vehículos por los cuales se transmiten los significados, sin embargo, para los etnometodólogos se debe prestar atención también a los elementos no lingüísticos presentes en la comunicación interpersonal.

En esta sección pude ver que algunos autores se centran en la experiencia como la capacidad de construir significados y de actuar conforme a éstos (Blumer, Goffman). Otros más reconocen en el actuar de las personas una influencia entre los actores y las estructuras, éstas últimas estructuran la forma en la que experimentan el mundo (Schütz, Berger y Luckmann), contrario a ello, Garfinkel menciona que las personas crean su realidad y no está dada previa a su existencia. Por último, hay quienes distinguen que dentro de las experiencias se pueden encontrar las experiencias pico que son intensas, emocionales y transitorias (Veenhoven, Csikszentmihalyi).

En el siguiente apartado haré un breve repaso sobre cómo se ha abordado la forma en la que las personas experimentan el mundo desde **algunas posturas antropológicas**.

c) La antropología de la experiencia

Como bien señala Rodrigo Díaz Cruz (1997) a partir de la década de los sesenta en la antropología y en otras ciencias sociales creció el interés por usar conceptos en el estudio de la vida social (objeto de estudio de las hasta ese entonces corrientes antropológicas dominantes como el culturalismo, el

estructural-funcionalismo, el neoevolucionismo y la antropología psicocultural), tales como los de símbolo, significado, proceso, acción, entre otros.

Los trabajos destacados en esta línea innovadora fueron los de Clifford Geertz (1973, 1994, 1996) y Victor W. Turner (Citado en Díaz Cruz, 1997). El primer autor con el estudio de los símbolos rituales, y el segundo con estudios de antropología política procesualista. Turner fue dirigiendo más tarde su enfoque hacia construir una antropología de la experiencia.

Con esta apertura, en los años ochenta además se incluyeron conceptos para estudiar la vida social tales como los de agente, agencia, persona, individuo, yo, experiencia, realización y performance, con lo cual se comenzó a vislumbrar la presencia de un sujeto activo, contrario al de las teorías sociales que concebían al sistema social como autorregulado y a los sujetos como pasivos.

Para Díaz Cruz la antropología de la experiencia se encargó (y se encarga) de:

Rescatar la idea de la experiencia vivida, pero en relación con lo común y general; defiende que una obra, acción, vivencia o expresión son totalidades singulares, no deducibles de lo común, pero elaboradas a partir de lo común, y cuya comprensión ha de partir de ello (Díaz, 1997, p. 3).

A partir de la cita anterior se puede comprender cómo la antropología de la experiencia ha ido configurando el objeto de su práctica en el estudio de la vivencia individual pero siempre en relación con el sistema social.

Según Ingrid Geist (2002), inicialmente, la noción de experiencia aparece en Turner como alusión indistinta a la vivencia emocional de un individuo y a la experiencia cultural de un grupo, sin embargo, después retrabaja el concepto incluyendo elementos como la experiencia cultural que define como un sistema cognitivo, afectivo y volitivo que se relaciona con la memoria.

Para Turner la experiencia vivida se organiza a través del lenguaje y se encuentra presente dentro de relatos, dramas sociales⁹, performances y narrativas. De forma dialéctica, las narrativas estructuran a la experiencia ya que en ellas se encuentran los géneros dominantes de expresión de la cultura, así como los referentes sociales.

⁹ Para Turner era importante investigar la vida social, la cual no consideraba estática, sino más bien en proceso y transición, y lo hizo a través de los dramas sociales que no son otra cosa que procesos sociales que se caracterizan por ser no armónicos, conflictivos y críticos. En contraste definió como empresa social a los procesos armónicos. (Citado en Díaz Cruz, 1997).

La experiencia para Turner “no es al modo ingenuamente empirista o conductista un acontecimiento interno o un estado psicológico que se pueda fijar permanentemente: no es inmediata y tampoco es estable” (Díaz, 1997, p.10).

En concordancia con Dilthey (citado en Hamui et al., 2013), Turner señala que cuando la experiencia se nutre de las experiencias pasadas surge el significado, y entonces la experiencia puede ser transformadora. Los significados de la experiencia se relacionan con el pasado (restauración de la experiencia), por la cual los seres humanos logran explicar esa vivencia y colocarla en un contexto sociocultural.

Asimismo, distinguió a las vivencias (meras experiencias) de las experiencias, que se caracterizan por tener un marcado periodo de iniciación y otro de consumación, contener en sí mismas un momento de performance, así como por irrumpir el devenir cotidiano con sentimientos como placer o dolor, además deben ser socializadas con otros (expresadas). Las experiencias (dependiendo de su fuerza) puede tener la capacidad para determinar qué otras experiencias sucederán.

Por su parte, Geertz (1973, 1994, 1996), sostiene que en la corriente de la experiencia (vida cotidiana de los seres humanos) se encuentran ancladas las formas simbólicas de la cultura, que se pueden observar en los comportamientos, las palabras, las imágenes y las instituciones. Este autor menciona que para develar dichas estructuras se deberán comprender los conceptos de experiencia distantes provenientes de otras culturas (y llevar a cabo una especie de traducción) para poderlos interpretar luego con conceptos teóricos y vincularlos dentro de una estructura global.

Asimismo, apuntala sobre el ejercicio antropológico que sus descripciones son interpretaciones de segundo y tercer orden (ficciones), que en la investigación social se encuentra presente la subjetividad del informante y del investigador, y que implica la existencia de una experiencia moral.

Marc Augé (1998) es otro antropólogo que se interesa por la experiencia desde una perspectiva etnológica y psicoanalítica. Parte del hecho de que el desarrollo de la vida social e individual solo puede darse eliminando algunos recuerdos de la memoria.

Asimismo, plantea que existen recuerdos de los que las personas no se pueden deshacer (pasado remoto) y que cuando se escudriña en ellos (traduciéndolos), éstos están plagados de

pantallas y ficciones. Menciona además que al definir a los sujetos de estudio como seres que viven una ficción se deben tomar en cuenta las ficciones que vive el propio investigador.

En este apartado observé que la antropología de la experiencia se encarga del estudio de la vivencia individual en relación con el sistema social. Turner resalta que la experiencia es un sistema cognitivo, afectivo y volitivo que se relaciona con la memoria (el pasado) y se encuentra anclado en la cultura. Para Geertz (1973, 1994, 1996), la experiencia se encuentra anclada en las formas simbólicas de la cultura, las cuales deben ser develadas mediante una especie de tarea de traducción. Por su parte, Augé, menciona que los seres humanos experimentan el mundo eliminando algunos recuerdos de su memoria, reconstruyendo así la experiencia vivida plagada de pantallas y ficciones.

En el siguiente apartado profundizaré sobre algunas categorías propuestas por dos sociólogos, Berger y Luckmann (2000), y dos antropólogos, Clifford Geertz (1973, 1994, 1996), y David Le Breton (1999). Sus planteamientos formarán el entramado conceptual a través del cual analizaré los relatos sobre las experiencias de las mujeres.

2.2 Berger y Luckmann. Categorías útiles para el análisis de los relatos sobre las experiencias durante la atención del parto y puerperio inmediato, de un grupo de mujeres de Teopancingo, Puebla

Berger y Luckmann (2000) son dos sociólogos que nacieron en Austria (1929) y Alemania (1927) respectivamente. Siendo muy pequeños vivieron la Gran Crisis Económica Mundial de 1929, y debido a la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), ambos migraron con sus familias a Estados Unidos y desarrollaron desde ese país su trabajo. Ritzer (1997) los clasifica dentro de la corriente de la sociología fenomenológica, sin embargo, también suelen ubicarlos como sociólogos de la vida cotidiana junto con otros como Heller y Garfinkel, debido a que gran parte de su obra se ha ocupado de dar cuenta del total de las relaciones que constituyen la vida cotidiana.

En su obra conjunta “La construcción social de la realidad (2000)” estos autores buscan entender cómo es que las personas experimentan el mundo. Comienzan diciendo que las experiencias forman parte de la vida cotidiana, sin embargo, profundizan en cómo es que se desarrollan dichas experiencias.

La realidad. Para estos autores las personas al llegar al mundo se encuentran con una realidad previamente estructurada de acuerdo con un orden y a un universo simbólico, el cual aprenderán mediante un complejo proceso de socialización, al cual le denominarán socialización primaria. Dicho proceso les permitirá adquirir los significados comunes de la sociedad, que a su vez se convertirán en sus propios significados. La socialización ocupa como medio principal el lenguaje que definen como un sistema de signos vocales.

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

Esta manera de experimentar el mundo "previamente establecido", estará delimitada también por el conocimiento que hayamos adquirido a lo largo de nuestra vida, por tanto, para estos autores el conocimiento estará distribuido socialmente y clasificado en campos semánticos.

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

La interacción. Los seres humanos experimentan el mundo a través de la interacción. Existen diferentes tipos de interacción, pero la que implica una mayor proximidad es la que se genera en los encuentros cara a cara (relaciones nosotros) con otras personas que han sido socializadas también bajo un mismo orden social; esto permite que se compartan significados de forma directa y se desarrolle el diálogo. Por otro lado, y siguiendo a Shütz (Citado en Berger y Luckmann, 2000), existe otro tipo de interacción que se genera en las relaciones-ellos en donde existe un mayor grado de tipificación, y por ende los significados no se comparten de forma directa. En estas interacciones se desarrolla una especie de rutina ya que los actuantes tienen claro los papeles o roles sociales que deben desempeñar. Así, las personas aprenden a las otras por medio de esquemas tipificadores (acumulación de significados y experiencias a través de la interacción).

Cuando las personas logran que exista un proceso recíproco de tipificación (acciones habituales) surge la institucionalización; toda actividad humana puede ser tipificada y cuando esto sucede los comportamientos colectivos se institucionalizan.

Estructuras sociales. Berger y Luckmann se preocuparon además por ampliar su análisis a las estructuras sociales, concebidas como el acumulado de tipificaciones. Nos dicen que estas instituciones no son fijas y pueden modificarse con el paso del tiempo. “El trabajo, la sexualidad y la territorialidad son otros focos probables de tipificación y habituación” (Berger y Luckman, 2000, p. 80).

El género es una estructura social y una institución que ha permanecido a lo largo del tiempo. “Las versiones masculina y femenina de la realidad se reconocen socialmente y este reconocimiento también se transmite en la socialización primaria” (Berger y Luckman, 2000, p. 209).

Tabla 5. Berger y Luckmann. Categorías útiles para el análisis de las experiencias de parto hospitalario de un grupo de mujeres de Teopancingo, Puebla

Categoría	Relación con el análisis sobre las experiencias durante el manejo hospitalario
Socialización primaria	Las mujeres que entrevisté experimentan su mundo siendo mujeres de diferentes edades y con los conocimientos que adquirieron a lo largo de su vida y a través de sus agentes socializadores.
Socialización primaria	La experiencia de parir si bien es individual, se enclava en significados comunes en torno al cuerpo, la sexualidad, la maternidad, el parto y el puerperio.
Socialización primaria	Las mujeres comparten significados en torno a la violencia, éstos podrían influir o no en su identificación durante la atención del parto y puerperio inmediato en unidades hospitalarias.
Campos semánticos	A pesar de que el personal de salud como médicos y enfermeros comparten una realidad con las mujeres que paren, los conocimientos o campos semánticos que cada uno posee pueden ser diferentes y contrastantes entre sí.
Relaciones nosotros	Los encuentros cara a cara durante la experiencia del parto entre las mujeres y personal de salud son rápidos y despersonalizados, ya que la dinámica hospitalaria no brinda condiciones necesarias para que éstos se desarrollen de forma personalizada.
Relaciones ellos	Durante la atención del parto en unidades hospitalarias de segundo nivel las relaciones que se establecen entre el personal de salud y las mujeres que paren son relaciones tipificadas o relaciones ellos.

Fuente: Elaboración propia

Además de las categorías de Berger y Luckmann que permiten entender que la forma en la que un grupo de mujeres de Teopancingo experimentan y narran su experiencia sobre la atención del parto es individual, pero está enclavada en significados sociales que comparten parcial o totalmente con otras personas durante las interacciones, decidí complementar este entramado teórico con algunas categorías sobre la experiencia de dos antropólogos, Geertz (1973, 1994, 1996) y David Le Breton (1999).

2.3 Geertz. Un enfoque semiótico de cultura para analizar las experiencias de parto y puerperio inmediato, de un grupo de mujeres de Teopancingo, Puebla

Clifford Geertz (1973, 1994, 1996) es un antropólogo y sociólogo estadounidense que nace en 1926 y desarrolla su obra en los años sesenta. Forma parte de la llamada antropología simbólica y además se le ubica también dentro de la antropología de la experiencia. Su obra versa principalmente en el estudio de la vida cotidiana (la experiencia) de las personas y en las formas simbólicas inmersas en la misma.

Para entender la forma en la que Geertz busca acercarse a la vida cotidiana de las personas es necesario mencionar que como antropólogo su enfoque de cultura es un enfoque semiótico que busca interpretar los significados dentro de las expresiones de lo social. **Para recuperar dichos significados es necesario identificarlos dentro de la experiencia; éstos se expresan en forma de palabras, imágenes, instituciones, y comportamientos.**

Para Geertz la cultura será entonces un documento público (porque contiene significados compartidos), activo y que se puede leer, y la tarea de la antropología será justamente describir y comprender la cultura de los otros, orientando dicha comprensión en función del actor, es decir, desde sus propios valores.

Estas descripciones presentadas en escritos antropológicos, menciona, son interpretaciones de segundo y tercer orden de manera que son ficciones, en el sentido de que son algo hecho o creado. Al ser ficciones el autor se pregunta entonces por la validez de dichas interpretaciones y al respecto apunta que la manera de garantizar la validez tiene que ver con la capacidad de describir de forma densa la conducta de los individuos. Entre más profundidad (densidad) se encuentre en las descripciones, mayor será la validez de los productos antropológicos.

Para poder describir la experiencia de los otros recurre a dos conceptos que retoma del psicoanalista Heinz Kohut: conceptos de experiencia próxima y conceptos de experiencia distante. Los primeros resultarán inteligibles y podrán ser empleados naturalmente, y los segundos no podrán entenderse de forma natural, y será justo la tarea del antropólogo, comprender mediante la etnografía¹⁰ los conceptos de experiencia próxima de los otros e interpretarlos con los conceptos distantes que en la teoría social suelen utilizarse.

Geertz señala que durante esta tarea el antropólogo o el etnógrafo no debe intentar “hacerse pasar” por uno de los otros, sino más bien debe estar atento a las experiencias de los otros en su propio contexto y su propia experiencia de sí, además se debe tomar en cuenta que:

El etnógrafo no percibe, y en mi opinión difícilmente puede hacerlo, lo que perciben sus informantes. Lo que éste percibe, y de forma bastante incierta, es lo que ellos perciben «de» — o «por medio de», o «a través de» ... o como quiera expresarse esa palabra—. En un mundo de ciegos (que no son tan distraídos como parecen), el tuerto no es rey, sino simple espectador. (Geertz, 1994, p.76)

Para Geertz la finalidad última del trabajo antropológico será reconstruir los sistemas simbólicos para poder vincularlos dentro de una estructura global, empero, reconoce que el análisis cultural será siempre incompleto en la medida en la que se profundice en las descripciones, pues los datos serán siempre infinitos, es por ello por lo que no tendrá como fin último llegar a duras conclusiones, sino, siempre buscará abrir nuevas discusiones.

Para finalizar con este autor es menester mencionar que en su obra “El pensar en cuanto acto moral: las dimensiones éticas del trabajo antropológico de campo en los nuevos Estados” Geertz analiza una parte importante del estudio de la vida cotidiana durante el trabajo de campo antropológico y es el cómo se vincula el propio investigador en los procesos de investigación. Para ello plantea que existen dos dimensiones éticas en el trabajo de campo que se deben tomar en cuenta, la primera es que los problemas sociales que se hagan evidentes durante el trabajo de campo difícilmente podrán ser resueltos por el antropólogo, ya que primero, no es su objetivo, y segundo muchas veces éste podrá carecer de las herramientas o la facultad para resolverlos. El segundo

¹⁰ En la antropología, es la etnografía el medio que según él posibilita el acercamiento a las realidades, las cuales para el autor tienen que leerse a través de, y siguiendo a Gilbert Ryle (Citado en Geertz, 1973), descripciones densas que no son otra cosa que descripciones profundas de las realidades, que logren atender, identificar y explicar las estructuras significativas de los seres humanos.

Hacer etnografía es como tratar de leer (en el sentido de "interpretar un texto") un manuscrito extranjero, borroso, plagado de elipsis, de incoherencias, de sospechosas enmiendas y de comentarios tendenciosos y además escrito, no en las grafías convencionales de representación sonora, sino en ejemplos volátiles de conducta modelada. (Geertz, 1973, p. 24).

dilema ético tiene que ver con la tensión moral que existe entre el investigador y sus objetos (sujetos) de estudio.

Con respecto al segundo dilema Geertz parte del hecho de que la investigación social implica encuentros directos con otras personas, tan directos que las sensibilidades y las subjetividades tanto de los informantes como del investigador están presentes todo el tiempo.

Una valoración de las implicaciones morales del estudio científico del hombre que vaya a consistir en algo más que en elegantes mofas o descerebradas celebraciones debe comenzar con un reconocimiento de la investigación científica como una variedad de la experiencia moral. (Geertz, 1996, p. 41)

Para Geertz el reconocer dichas tensiones no logra que los antropólogos sean del todo observadores imparciales, pero sí representa el esfuerzo por dar cuenta de que la investigación social puede ser solo si se conjugan la realidad comprometida y la analítica. “Un compromiso profesional de avistar los asuntos humanos de forma analítica no se opone a un compromiso personal de avistarlos en los términos de una perspectiva moral particular” (Geertz, 1996, p.62).

Tabla 6. Geertz. Cultura desde un enfoque semiótico para el análisis de las experiencias durante el manejo hospitalario de un grupo de mujeres de Teopancingo, Puebla

Categoría	Relación con el análisis sobre relatos de las experiencias de parto
Cultura (enfoque semiótico)	Para recuperar los significados sobre la experiencia de parir y el manejo hospitalario es necesario identificarlos dentro de la propia experiencia de las mujeres.

Fuente: Elaboración propia

Para mi investigación resultó fundamental retomar a este autor porque me permite entender que es justamente la experiencia (narrada por las propias mujeres), la manera en la cual puedo descubrir y describir cuáles son los significados que ellas le otorgan al manejo hospitalario durante su parto.

Es importante también entender que la experiencia es materialmente construida y por eso tal como lo menciona el autor será importante vincular mi estudio de caso dentro de una estructura global en donde se cruzarán estructuras como el género, la clase, la etnia y las violencias. Dichos significados podrán estar relacionados o no con lo que teóricamente definiré como violencia obstétrica dentro de este capítulo. Sin embargo, esos significados habrá que nombrarlos y

describirlos desde los conceptos de las propias mujeres, los cuales, siguiendo a Geertz (1996) nos pueden resultar conceptos de experiencia distantes.

Por último, pero no por ello menos importante, Geertz ayuda a reflexionar sobre cómo nuestras propias experiencias van a influir en la manera en la que leemos y escudriñamos las experiencias de los otros, lo cual, más que problemático, implica un reto para mi propia investigación. Cerraré este apartado sobre la categoría de experiencia retomando algunos conceptos de otro antropólogo, Le Breton (1999).

2.4 Le Breton. La experiencia social del dolor para el análisis de las experiencias durante el manejo hospitalario en la atención del parto y puerperio inmediato, de un grupo de mujeres de Teopancingo, Puebla

David Le Breton (1999) es un sociólogo y antropólogo francés que ha dedicado gran parte de su obra al estudio del cuerpo en la modernidad. Se le puede ubicar dentro de la corriente de la antropología y la sociología posmoderna. Decidí retomar a este autor pues en su obra “La antropología del dolor (1999)” desarrolla cómo los seres humanos experimentan una sensación específica, el dolor. Y me parece sumamente importante para mi investigación pues el proceso de parto es una experiencia que se vive desde el cuerpo, y que está asociado con sensaciones físicas como lo es el dolor.

Es necesario comenzar diciendo que para Le Breton el cuerpo, más allá de su evidente materialidad es también una estructura simbólica que contiene en sí misma representaciones sociales que varían culturalmente, es decir, el cuerpo y sus significados son resultados de visiones particulares del mundo.

Siguiendo esta lógica, el autor menciona que las sensaciones corporales estarán también ancladas a los significados sociales de pertenencia, en el caso particular del dolor, este se vive y se manifiesta según los simbolismos que se le otorguen dentro de los límites de cada sociedad humana; estos simbolismos mencionan se arraigan en los primeros años de vida. Le Breton menciona en cuanto al dolor que cada grupo social define la legitimidad del dolor, es decir, delimita qué circunstancias deberían o podrían resultar dolorosas y cuáles no.

“El parto es un ejemplo de ello. La dosis de dolor esperada y las maneras convencionales de responder a él se transmiten de generación en generación o por grupos de semejantes, que son comunicadas a las enfermeras, comadronas o médicos” (Le Breton, 1999, p. 66). Asimismo, menciona que cuando las personas transgreden o se salen de los límites de ese dolor aceptable, se puede poner en duda su reputación.

David Le Breton aborda también el hecho de que los grupos humanos buscan dotar de significado al dolor, y dentro de esa búsqueda de sentido a veces se encuentra la necesidad de mitigarlo. En la cultura occidental es el médico el que da nombre y reduce el dolor, pero existen otras medicinas elaboradas desde paradigmas culturales distintos. Le Breton menciona que, si los seres humanos no pueden inscribir el dolor dentro de un entramado significativo, éste se vive desde el sufrimiento.

El cuerpo no es una colección de órganos y de funciones dispuestas según las leyes de la anatomía y de la fisiología, sino ante todo una estructura simbólica. En otras palabras, el saber biomédico, saber oficial del cuerpo en nuestras sociedades occidentales, es una representación del cuerpo entre otras, eficaz y legítima en las prácticas que la sostienen. Pero son igualmente eficaces, en su propia dimensión, las medicinas fundamentadas en concepciones muy diferentes del mal y del cuerpo, elaboradas en el seno de otras culturas. (Le Breton, 1999, p.71).

Muy pertinente para mi investigación fue retomar dos últimos aspectos relacionados con la forma de experimentar el dolor, el primero tiene que ver con el hecho de que el dolor cuando es acogido por la familia o los terapeutas tiende a ser más llevadero, y por el contrario cuando hay abandono existe sufrimiento.

El acompañamiento, la escucha, la capacidad de contener la ansiedad, la acogida por los terapeutas o la familia de la palabra sufriente, ejercen un efecto de apaciguamiento del dolor. En tal contexto, a veces, para aliviar al enfermo bastan dosis mínimas de antálgicos. Por el contrario, el abandono, la soledad, atizan el fuego de un dolor que traduce un intenso sufrimiento, un grito dirigido a los allegados o a los terapeutas, última señal de una voluntad de existir. (Le Breton, 1999, p. 94)

El segundo aspecto tiene que ver con el hecho de que el autor menciona que no solo la persona que experimenta el dolor lo hace desde su propia concepción del mundo, sino que también quien lo atiende proyecta sus valores y prejuicios sobre el doliente.

Tabla 7. Le Breton. La experiencia social del dolor para el análisis de los relatos sobre la atención del parto y puerperio inmediato, de un grupo de mujeres de Teopancingo, Puebla

Categoría	Relación con el análisis sobre relatos de las experiencias
Dolor	El dolor durante el parto será experimentado por las mujeres desde los significados otorgados por su propio grupo social.
Dolor	El dolor puede traducirse en sufrimiento cuando no se puede integrar en un entramado de significación y cuando el entorno social o los terapeutas no brindan apoyo al doliente.

Fuente: Elaboración propia

En la página 180 de la obra antes citada de Le Breton aparece una cita que toma de Verdier y que es importante traer a colación:

Por ejemplo, el testimonio de las mujeres de Minct, de medio rural y popular, en Simone Verdier: «Todo el mundo no pare igual. Hay quien no tiene dolores, quien pare como si nada, y también hay otras que sufren largo tiempo», Y. Verdier, *Façons de dire, façons de faire*, Gallimard, París, 1979, p. 93. (Le Breton, 1999, p. 180).

Dicha cita me permite resumir por qué resulta útil retomar la manera en la que este autor conceptualiza el dolor dentro de mi propia investigación. Para acercarme al relato de las mujeres sobre la atención hospitalaria durante su parto, es necesario partir del hecho de que cada mujer reconocerá y le dará diversos significados a las emociones y sensaciones que ocurran en su cuerpo al momento de parir. Estas sensaciones incluidas el dolor estarán ancladas a significados sociales y estarán en parte determinadas por los límites de cada cultura.¹¹

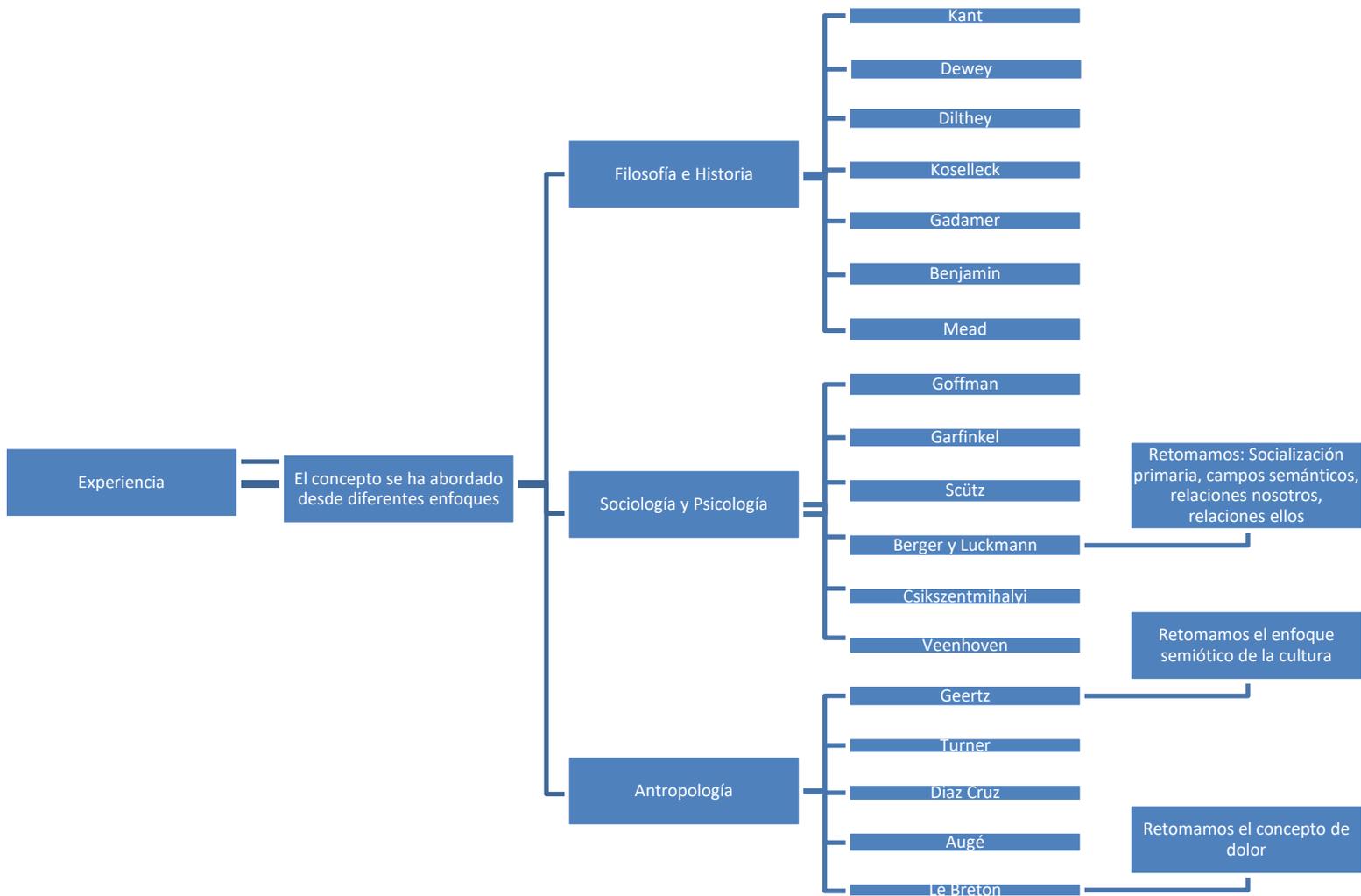
De la misma manera Le Breton me brinda elementos para el análisis de la atención hospitalaria, en el sentido de que según el autor las personas (en este caso las mujeres que parieron y nos cuentan su historia) pueden sentir satisfechas algunas de sus necesidades de cuidado, e incluso pueden sentir menos intenso el dolor cuando son acogidas por la familia o los terapeutas en momentos de dolor (en nuestro caso el parto), y por el contrario vivirán el proceso con mayor sufrimiento cuando no se sientan apoyadas o bien cuando no puedan dotar al dolor de algún significado.

¹¹ Dentro de mi estado del arte pude encontrar un ejemplo sobre cómo el dolor puede revalorarse y mirarse según se le dote de significados. Giraldo, González y Henao (2015) en su investigación con mujeres de Medellín, Colombia hicieron alusión al hecho de cómo a pesar de que las mujeres habían vivido como negativa su experiencia de parto, al nacer sus hijos, estas vivencias se habían diluido; el dolor y el estrés, por ejemplo, pasó a ser parte del proceso natural inherente de ser madre.

Para finalizar diré que el hecho de que el autor mencione que las personas encargadas de mitigar el dolor (el personal de salud para el caso de mi investigación) miran el dolor desde su propia visión del mundo abre la posibilidad de analizar si los significados en cuanto al dolor durante el parto son compartidos o no entre las mujeres que paren y el personal de salud, y si esto influye o no en la atención hospitalaria.

En el siguiente apartado abordo otro de los conceptos claves para mi investigación, el concepto de violencia obstétrica ya que inicialmente uno de mis intereses fue indagar si existió (desde la perspectiva de la investigadora) violencia obstétrica y de qué tipo, durante la atención del parto y puerperio inmediato de mis informantes.

Esquema 1. La categoría de experiencia



Fuente: Elaboración propia

2.5 Medicalización del embarazo, parto y puerperio

Antes de abordar propiamente la manera en la que se ha discutido y definido la categoría de violencia obstétrica, consideré necesario contextualizar que la violencia obstétrica se ejerce dentro de un contexto de parto hospitalario,¹² en unidades públicas y privadas de salud de diferentes latitudes, tal como lo presenté en el capítulo I.

Me gustaría comenzar retomando a Laura F. Belli (2013) quien señala que en todas las culturas han existido mecanismos de poder para regular la maternidad de las mujeres, sin embargo, especifica que fue en Europa, hacia finales del siglo XIX cuando la biomedicina se encargó de elaborar y sistematizar modelos de atención para la salud y para la enfermedad, los cuales de forma paulatina se implementaron en la atención de la salud, también en Latinoamérica.¹³

Según Menéndez (2003) el modelo de salud biomédico a partir de la década de los sesenta hasta la actualidad se caracteriza por su enfoque profesional y técnico, por basarse en investigaciones biomédicas, en la producción de fármacos y en la medicalización:

Pero además la expansión opera a través de lo que se denomina proceso de medicalización, es decir un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran acontecimientos ciudadanos. (Menéndez, 2003, p.193).

Otras características que este autor señala sobre el modelo biomédico son las siguientes:

A-sociabilidad, a-historicidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médica/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 2003, p. 194).

¹² En esta investigación entenderé como parto hospitalario aquel que se lleva a cabo dentro de instituciones de salud que siguen el protocolo determinado por el paradigma médico biológico que, entre otras cosas, como señalan (Menéndez 1990) (Bellón, 2015) y (Hernández y Echeverría, 2015), promueve el uso de medicamentos para la aceleración y atención del parto, y se legitima como conocimiento científico, superponiéndose a otros de tipo tradicional.

¹³ Menéndez (2003) señala que, en muchas de las sociedades latinoamericanas, entre ellas México, existe lo que él denomina pluralismo médico, que se refiere al hecho de que a pesar de que el modelo biomédico funge como el modelo hegemónico de atención a la salud y la enfermedad, a la par existen otras formas de atención de tipo tradicional que se utilizan en sí mismas y en conjunto con la biomedicina. Asimismo, menciona que en la actualidad sobre todo en las sociedades más desarrolladas se están utilizando medicinas alternativas o paralelas que provienen de distintos contextos.

Dentro de este contexto, el embarazo, el parto y el puerperio (EPP) que hasta antes del siglo XIX se resolvían en el entorno familiar, comenzaron a ser también atendidos en los hospitales, permeando así discursos médicos en los que la mujer pasó a ser vista como una mujer enferma que necesitaba atención médica durante estas etapas.

La medicalización del EPP, trajo consigo no solo la estandarización de la atención de la obstetricia moderna, sino diversas consecuencias que autores como Bellón (2015), Menéndez (1990) y Belli (2013) han explicitado: se eliminó la posibilidad de que cada mujer tuviera una atención personalizada, adaptada a sus necesidades y expectativas; por lo cual al convertirse en procesos sistemáticos y rutinarios, las condiciones culturales, sociales y psicológicas de las mujeres no fueron tomadas más en cuenta. En el caso particular del parto, el cuerpo de las mujeres pasó a ser visto como un cuerpo que se tenía que disciplinar, tanto que la mujer dejó de convertirse así en protagonista y se le relegó a la calidad de paciente.

Estos autores sostienen que existen una serie de elementos que han contribuido al hecho de que la mayoría de los países de occidente perciban a la biomedicina como el conocimiento legítimo y autorizado (en detrimento de otros sistemas de salud tradicionales) para atender los procesos no solo de salud y enfermedad, sino, también los procesos reproductivos.

El primero se debe a la promoción por parte de los Estados, el segundo al hecho de que detrás del conocimiento biomédico exista un cuerpo universitario, avalado por métodos científicos que capacitaron (y lo siguen haciendo) a aquellas personas que podrán poseerlo (personal de salud), y el tercero se refiere al uso de la tecnología dentro de la medicina moderna y en particular en la obstetricia cuyo fin (por lo menos en el ámbito del discurso) es eliminar cualquier tipo de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio.

Sin embargo, estos autores apuntalan que a partir de la década de los ochenta se comenzó a revisar cómo funcionaba el modelo biomédico dentro de la atención del EPP, por parte de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta revisión fue el resultado de la lucha de movimientos feministas y la sociedad civil organizada quienes abrieron paso a la denuncia de violaciones a los derechos humanos, y derechos sexuales y reproductivos¹⁴ de las mujeres durante estas etapas.

¹⁴ Según Martínez (2005) en México los derechos sexuales y reproductivos son aquellos derechos específicos que se desprenden de los derechos humanos en general, y que se refieren a la posibilidad de gozar de salud sexual y

Tabla 8. Pluralismo médico, parto hospitalario y modelo de salud biomédico. Categorías útiles para el análisis de las experiencias de atención del parto y puerperio

Categoría	Relación con el análisis sobre relatos de las experiencias de atención
Pluralismo médico	Las mujeres de Teopancingo combinan modelos de atención de salud durante el parto y puerperio inmediato. Esto podría relacionarse o no con la manera en la que ellas perciben la atención hospitalaria.
Modelo de salud biomédico	Las características señaladas por Menéndez (2003) sobre el modelo de salud biomédico contribuyen al análisis sobre los relatos de las experiencias de parto.
Parto hospitalario	La experiencia sobre la atención del parto y puerperio de las mujeres se genera dentro de un parto de tipo hospitalario.

Fuente: Elaboración propia

Retomé de Eduardo Menéndez (2003), antropólogo argentino, quien ha orientado gran parte de su obra hacia la antropología médica, tres conceptos que me serán útiles a lo largo de la investigación. El primero, pluralismo médico, que se relaciona directamente con los modelos de atención a los que las mujeres recurren durante el parto y puerperio inmediato. El segundo, modelo de salud biomédico es un concepto que engloba ciertas características que me permitirán entender el modelo de salud que está detrás de mi tercer concepto, parto hospitalario, tipo de parto que vivieron mis informantes y del cual me narrarán su experiencia. A continuación, presentaré la discusión conceptual sobre la categoría de violencia obstétrica.

reproductiva. A estos derechos se les han agrupado en tres ejes según lo que buscan promover, ya sea el respeto a los derechos sexuales y reproductivos; el acceso a la información o el acceso a los servicios de salud. De forma más específica se les ha dividido en: a) Derecho a la autodeterminación sexual y reproductiva, b) Derecho a la atención de la salud sexual y reproductiva, c) Derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, d) Derecho a recibir información al respecto, e) Derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, f) Derecho a la no discriminación y a la no violencia.

2.5.1. ¿Por qué y para qué hablar de violencia obstétrica durante las experiencias de atención del parto y puerperio?

Según Sadler (2020) las discusiones que abordan la violencia y el abuso durante el parto en Latinoamérica se remontan a la década de 1980.¹⁵ **Como lo presenté en el capítulo uno, a este fenómeno se le ha denominado de diferentes maneras**¹⁶ tales como maltrato físico y psicológico, violencias durante el parto, maltrato y cultura del abuso durante el parto, entre otras, sin embargo dichos conceptos han sido criticados por diversos autores como (Sadler, 2020; Castro y Erviti, 2014; Castro y Frías, 2020; Bellón, 2015) **pues tienden a centrarse en los actores que ejercen la violencia pero no en su carácter sistémico, estructural, y en las desigualdades y violencias (institucionales y de género) que subyacen a esta problemática.**

Atendiendo a dichas críticas surge en América Latina el concepto de violencia obstétrica producto de “la movilización activista en torno al tema, la incorporación de la violencia obstétrica en leyes contra la violencia de género, así como la existencia de un conjunto de etnografías e investigaciones que muestran la experiencia desde el punto de vista de las mujeres” (Sadler, 2020, p. 5).

Para Sesia (2018) la violencia obstétrica es un concepto de reciente creación que se encuentra en un terreno de disputa política, ya que por lo menos, en el caso del Estado mexicano, algunas autoridades en materia de salud, así como una parte del gremio médico, niegan su existencia como problema social. Sin embargo, es cada día más utilizado en el campo de los estudios sociales de salud, así como en el terreno jurídico como herramienta de denuncia y en el terreno de la legislación¹⁷. Sesia especifica que:

¹⁵ Con respecto al panorama internacional, la Organización Mundial de la Salud ha señalado que “En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación” (OMS, 2014). Es por ello por lo 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).

¹⁶ “En 2010 se publicó la primera revisión sistemática sobre la falta de respeto y abuso en la atención institucional del parto. El informe propuso siete categorías para organizar las formas de abuso reportadas en la atención del parto: abuso físico, atención no consentida, atención carente de confidencialidad, atención que vulnera la dignidad, discriminación basada en atributos específicos, abandono durante la atención, y detención en instituciones de salud. Estas categorías se constituyeron en la base conceptual para dos importantes manifiestos posteriores: “Promoviendo un Cuidado Materno Respetuoso: Los Derechos Universales de las Mujeres en Edad Reproductiva”, de la White Ribbon Alliance, en 2011, y la “Declaración para la Prevención y Erradicación de la Falta de Respeto y el Maltrato durante la Atención del Parto en Centros de Salud” de la OMS, en 2014” (Sadler, 2020:12).

¹⁷ Al respecto (Sesia, 2020, p.19) apunta que en México: “Pese a la oposición frontal del gremio médico y la negación de las autoridades federales de salud, la episteme violencia obstétrica ha ingresado firmemente no solo en las leyes

Admitir su existencia tiene consecuencias concretas que se perciben como amenazantes por el personal y las autoridades de salud, aunque no necesariamente por las mismas razones. Reconocer que la violencia obstétrica existe, conlleva admitir la existencia de responsabilidades institucionales sistémicas por parte de las autoridades, y la identificación, atribución y/o deslinde de responsabilidades individuales para el personal de salud, ante mujeres víctimas. En ambos casos, implica la adopción correspondiente de medidas sistémicas de respuesta. Finalmente, conlleva un cuestionamiento profundo de una práctica obstétrica hegemónica profundamente enraizada y naturalizada en el sistema de salud; cuestionamiento que sobre todo muchos ginecobstetras no están dispuestos a escuchar; ni a aceptar como un problema real, tangible y profundo, y que necesite transformarse. (Sesia, 2018, p. 96).

Castro y Erviti (2014) además señalan que el concepto de violencia obstétrica permite sumar un enfoque de género y de derechos humanos a la atención de las mujeres durante el EPP. De igual manera, para algunos autores (Sesia, 2020; Herrera, 2020; Muñoz y Berrio, 2020) el concepto de violencia obstétrica al develar su carácter sistémico y estructural permite pensar la problemática desde un enfoque interseccional en donde se cruzan violencias y desigualdades debido a la etnia, clase, género y edad.

Encontramos que es común que se compartan de manera imbricada por lo menos tres representaciones sociales (Jodelet, 1989) hegemónicas, en las cuales las diferencias de clase, etnicidad/raza y género permean concepciones esencialistas establecidas con respecto a una naturaleza pasiva y sumisa de la embarazada y parturienta indígena y de clase social baja. Por un lado, estas mujeres se conciben como parte de la otredad, consideradas no solo diferentes, sino inferiores en la jerarquía social (atrasadas, ignorantes, sin educación, incapaces de hablar bien español) con respecto al nosotros el gremio médico, pero también de enfermería) que se considera a sí mismo como educado, científico, moderno y urbano. Al mismo tiempo, las mujeres indígenas se conciben como pacientes obedientes, dóciles y receptivas que, por naturaleza, no cuestionan el trabajo del personal médico o de enfermería. Finalmente, es común considerarlas como muy nobles en espíritu y corazón y, en general muy agradecidas por la atención gratuita que el hospital les ofrece, independientemente de cómo son tratadas y los resultados de la atención recibida. (Sesia, 2020, p. 10).

estatales en contra de la violencia de género, sino también en la defensoría de los derechos humanos en el país. En 2014, la Comisión Nacional de Derechos Humanos emitió su primera recomendación utilizando el argumento de violencia obstétrica”.

“En julio de 2017, la Comisión Nacional de Derechos Humanos emitió la Recomendación General 31 para todo el sector salud mexicano, para enfrentar y buscar soluciones ante la problemática sistémica de violencia obstétrica (CNDH, 2017). La recomendación reconstruye la genealogía reciente del concepto y reconoce plenamente su poder explicativo para entender, nombrar y actuar ante un fenómeno complejo de ejercicio de violencia de género y violencia institucional donde se imbrican relaciones asimétricas de género, el patriarcado, sexismo y autoritarismo de la ciencia médica y la obstetricia en particular, el poder de la medicina como depositaria de un conocimiento legitimado, la expropiación del cuerpo de la mujer y la sobremedicalización y patologización de un evento fisiológico en el cual a la mujer se le quita autonomía, decisión y protagonismo de manera rutinaria”. (Sesia, 2020: 20).

Carlos Herrera, y retomando ejemplos de México y Perú señala además que:

La violencia obstétrica “reescribe” a las mujeres indígenas como sujetos “hiperfértils” cuya reproducción o existencia dentro de una sociedad significan una barrera para metas de reducción de pobreza o atención médica y, por consiguiente, deben ser excluidas de la sociedad. Este uso excluyente de la violencia muestra cómo la violencia obstétrica puede afectar de modo distinto a mujeres por razones de raza, estatus socioeconómico, creencia religiosa, entre otras dimensiones de desigualdad. (Herrera, 2020, p.42).

2.5.2. Definiciones de violencia obstétrica

Para comenzar a definir qué entenderé por violencia obstétrica es pertinente retomar a Castro y Savage (2018) quienes sostienen que en América Latina y en el Caribe, la mayoría de las definiciones de violencia obstétrica se han centrado en algunos aspectos tales como la forma en la que el parto ha sido medicalizado, las maniobras médicas que no siempre son necesarias durante el parto (como las cesáreas y las episiotomías), las esterilizaciones forzadas y también las interacciones (dinámicas de poder) que existen entre las mujeres y el personal de salud.

En el capítulo I, estado de la cuestión, di cuenta de cómo las investigaciones que parten del concepto de violencia obstétrica citan a la primera definición de violencia obstétrica reconocida dentro de un marco jurídico constitucional latinoamericano como punto de partida para contextualizar qué se entiende por violencia obstétrica.

La República Bolivariana de Venezuela en 2007 estableció que se entenderá por violencia obstétrica:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización, y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007)¹⁸.

¹⁸ Paola Sesia (2020) menciona que: La definición venezolana es general y ejemplificativa, por lo que presenta, de alguna manera, incongruencias en lo que contiene explícitamente pero también en lo que excluye, ya que las especificaciones de cuáles son los actos definidos y castigables no incluyen todas las posibles manifestaciones de lo que hoy hemos llegado a considerar situaciones de violencia obstétrica. Por ejemplo, no especifica todas las posibles situaciones de trato deshumanizado o todos los posibles abusos en la medicalización del evento obstétrico. No desagrega cada gran categoría incluida en la definición de en qué consiste la violencia obstétrica, dejando de lado otras ocurrencias de trato deshumanizado como el descuido, abuso verbal y actitudes denigrantes, entre otras. Al mismo tiempo, no incluye otras prácticas obstétricas que son realizadas frecuentemente, aunque no sean basadas en la evidencia científica actualizada, ni están recomendadas, causando dolor innecesario y posiblemente daño y lesiones a la madre y/o al recién nacido. (Sesia, 2020, p.6).

A partir de esta definición algunos autores complejizan, robustecen e incluso debaten esta definición. Luis Alberto Villanueva (2010) y el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2015) ponen el énfasis en su carácter institucional y definen a la violencia obstétrica como:

Una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud —públicos y privados—, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género. (Villanueva, 2010, p. 120).

Para GIRE:

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, p.12).

Laura Belli centra su mirada en observar a la violencia obstétrica como una violación a los derechos humanos:

La violencia obstétrica constituye también una violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano (Villaverde, 2006). El derecho a la salud está vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos de los cuales también depende. No puede ser tomado como un derecho aislado, sino que debe ser comprendido desde una concepción integral de los Derechos Humanos. La existencia de este derecho obliga a los Estados a propiciar las condiciones en las cuales los ciudadanos puedan vivir lo más saludablemente posible y estas condiciones incluyen el acceso a los servicios de salud, pero también condiciones de trabajo saludables y seguras, alimentos nutritivos, trato digno y otras condiciones que muestran que el derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano (Belli, 2013, p.31).

Gabriela Arguedas mira a la violencia obstétrica como una forma de ejercicio de poder obstétrico que define como: “Una forma de poder disciplinario fusionado con la jerarquía masculinista del género, que naturaliza funciones socialmente construidas, con respecto a la gestación, el parto y la maternidad” (Arguedas, 2020, p.87).

Para Sesia (2020) la categoría violencia obstétrica, y aterrizándola al contexto mexicano:

Logra desnaturalizar el carácter patriarcal de la obstetricia hospitalaria, evidenciar la apropiación de procesos fisiológicos por parte de una biomedicina en expansión, y enseñar el carácter imbricado de clase social, etnia-raza y género en un trato discriminatorio

diferenciado entre las pacientes atendidas. Violencia obstétrica como constructo explicativo revela que estos problemas son inherentes a las formas en que el sistema biomédico institucional público de salud está organizado en México y las formas en que la obstetricia es enseñada y practicada en el país. Su capacidad argumentativa y analítica integral no es alcanzable por otros conceptos, como abuso o maltrato, presentes en la literatura y preferidos en la política global en salud materna. (Sesia, 2020, p.23).

Graciela Muñoz (2020) define a la violencia obstétrica en su tesis doctoral en la cual analizó las trayectorias de atención y queja médica de cinco mujeres mexicanas como:

...Aquella que no se presenta en relación con diferentes niveles y expresiones de la misma (Galtung), que puede ser directa, velada y pasiva (Campiglia), que se presenta de manera sistemática afectando no solo a mujeres en contextos de pobreza y vulnerabilidad sino también en espacios de alta especialidad, afectando a mujeres preparadas y empoderadas. La violencia obstétrica que propongo es un continuum (Sheper-Hughes & Bourgois) que no se limita a la atención, ni al espacio clínico, sino que deriva en otras formas de riesgo y reproduce condiciones de vulnerabilidad de las mujeres sobrevivientes (Muñoz, 2020, p.260).

Considero que lejos de dar cuenta de un cúmulo mayor de definiciones sobre violencia obstétrica, vale la pena continuar presentando las definiciones que han sido tipificadas en México como delito dentro de algunas leyes estatales, así como una reflexión de Patrizia Quattrocchi (2020) que muestra algunos puntos de encuentro entre algunas definiciones de violencia obstétrica. Por último, será necesario puntualizar qué entenderé en esta investigación por violencia obstétrica.

A partir de 2008, el concepto de violencia obstétrica fue incorporado en el orden jurídico de algunas entidades federativas, como los Estados de Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Tlaxcala, Nayarit, Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo, Tamaulipas, Campeche, Colima, Estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí. En los estados de Veracruz, Guerrero, Chiapas y Estado de México, esta conducta se encuentra tipificada como delito. (CNDH, 2017).

En el capítulo I de la Ley Número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, se especifica que se entenderá por violencia obstétrica:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad. (Gobierno del Estado de Veracruz, 2014, p.7)

En el estado de Guerrero en el artículo 203, sección tercera del Código Penal¹⁹, se establece que se entenderá por violencia obstétrica: “Violencia obstétrica: Acción u omisión intencional por

¹⁹ Herrera (2020) hace una interesante crítica al respecto sobre el abordaje de la violencia obstétrica a partir del derecho penal. “Si, en efecto, se decide dar curso a dicha intervención, la construcción de la responsabilidad penal por violencia

parte del personal de la salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia en su atención médica” (Gobierno del Estado de Guerrero, 2017, p.67).

En el Estado de Chiapas, en la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, en el artículo sexto, sección séptima, se especifica que se entenderá por violencia obstétrica:

Violencia Obstétrica. Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad. (Gobierno del Estado de Chiapas, 2016, p.6)

Asimismo, en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México, capítulo quinto bis, se hace referencia a la violencia obstétrica enunciando lo siguiente:

La violencia obstétrica se configura por parte del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud cuando se dañe o denigre a la mujer durante el embarazo, el parto, post parto o en emergencias obstétricas, vulnerando sus derechos mediante tratos crueles, inhumanos o degradantes. (Gobierno del Estado de México, 2008, p.13)

Pude observar que las definiciones de Chiapas, Guerrero, Puebla y Veracruz retoman los principios básicos de la Ley de Venezuela, sobre todo en el hecho de centrarse en las prácticas de hipermedicalización del parto. El estado de Guerrero pone énfasis en los actos de violencia obstétrica que pueden conducir negligencia médica, y, por último, el Estado de México vuelca su definición hacia la identificación de los sujetos que ejercen la violencia obstétrica.

Si bien en el estado de Puebla, como lo mencioné anteriormente, la violencia obstétrica no está tipificada como delito, en la Ley para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Puebla, en el capítulo primero, artículo décimo, apartado sexto, se define la violencia obstétrica como:

Violencia obstétrica.- Es toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, considerando como tales la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; practicar el parto por vía de cesárea, sin que cumpla con los criterios médicos acordes a la normatividad

obstétrica debe identificar y considerar las particularidades del origen social del abuso y el maltrato en los prestadores de servicios de salud materna” (Herrera, 2020, p.50).

oficial en ésta materia; el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, así como obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer. (Gobierno del Estado de Puebla, 2019, p. 8).

Además, el 15 de mayo de 2020, en la primera sesión virtual de la LX Legislatura del Congreso del Estado se aprobaron por unanimidad una serie de reformas a la Ley para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, adicionando una sección referente a la violencia obstétrica, la cual reproducimos a continuación, de manera textual:

Como parte del orden del día, durante el desarrollo de la sesión, las y los diputados aprobaron por unanimidad reformas a la Ley para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia por la que se adiciona una sección en materia de violencia obstétrica. En su oportunidad, la diputada Rocío García Olmedo reconoció la importancia de la iniciativa para atender la violencia contra las mujeres y este dictamen incluye una fracción para señalar la dignidad e integridad de las mujeres y separar una sección en materia de violencia obstétrica en el que se amplía el término, donde se considera que violencia también sería negar el acompañamiento en el momento del parto. Mientras que la diputada Nora Merino Escamilla señaló que las mujeres deben tener el derecho de estar acompañadas por una persona de confianza durante el parto, por lo que se consideraría violencia que no se le permita ingresar a alguien de confianza, también, se considera que haya negativa al exceso de personal o la toma de fotografías y video si no es consensuado. Por su parte, la diputada Mónica Lara Chávez, reconoció la iniciativa y señaló que es complementaria a una propuesta que presentó y confía en que en breve sea dictaminada para cerrar la pinza de reformas a favor de las mujeres en esta materia. (Congreso del Estado de Puebla, 2020).

Como lo he presentado, las definiciones de violencia obstétrica pueden centrarse en elementos distintos, empero, me parece importante reproducir *in extenso* la reflexión que hace Patrizia Quattrocchi (2020, p.197) sobre cuáles son los aspectos en los que parece estar de acuerdo el debate actual sobre la violencia obstétrica.

La violencia obstétrica es una violencia estructural. En tanto se ejerce de manera sistemática y a menudo de forma indirecta por ciertos agentes (individuos, instituciones, grupos, etcétera) pertenecientes a un determinado orden social en donde se naturaliza la opresión o la subordinación (económica, social, cultural, política, etcétera) de otros y otras (Farmer, 2003 citado en Quattrocchi, 2020).

La violencia obstétrica es multicausal y multidimensional. Entre las distintas dimensiones y causas se reconocen factores que remiten a la dimensión médico-obstétrica, política, económica, social, cultural, laboral, logístico-organizativa; así como a la interpretación colectiva que una sociedad construye con respecto a la reproducción y a la maternidad.

La violencia obstétrica es violencia de género: se ejerce sobre las mujeres por el solo hecho de serlo. Remite entonces a la construcción sociocultural de lo masculino y de lo femenino en un contexto histórico determinado y a una relación asimétrica de

poder entre los géneros, donde el colectivo femenino se encuentra subordinado al masculino.

La violencia obstétrica es violación de los derechos humanos, de los derechos a la salud y de los derechos a la salud reproductiva. Tiene que ver con el respeto de los procesos de parto, de los cuerpos de las mujeres, de los tiempos, de la privacidad, de la integridad, de la autonomía y libertad de elección, y de todos los derechos que tenemos en tanto personas. La violencia obstétrica es un asunto de poder: de la institución hacia el individuo, del médico o la médica hacia la paciente, de un superior hacia otro profesional, de la sociedad hacia la mujer. Tiene que ver con jerarquías, estatus y roles bien definidos, que reproducen el orden establecido a través de dispositivos de control y de represión de lo que se desvía de lo esperado.²⁰

La violencia obstétrica es violencia institucional en cuánto se ejerce a través de un abuso de poder de las instituciones de salud o de sus agentes a través de normas explícitas (por ejemplo, cierta aplicación de los protocolos sanitarios) o reglas implícitas y/o costumbres que refuerzan los mecanismos establecidos de dominación.

La violencia obstétrica es violencia laboral, ejercida hacia las personas que trabajan (profesionales de la salud) que a veces no tienen la posibilidad de desarrollar sus tareas en condiciones adecuadas —psicológica y físicamente— y se encuentran obligadas a ejercer violencia hacia otros y otras (pacientes o compañeros y compañeras), sin que eso fuese su voluntad.²¹

La violencia obstétrica comprende el proceso reproductivo femenino en su conjunto y no solo el momento del parto y del embarazo. En este sentido podemos hablar de violencia ginecoobstétrica que refiere a otros momentos de la vida de las mujeres (por ejemplo, visitas ginecológicas que no tiene que ver con embarazo, menopausia, fecundación asistida, aborto espontáneo o inducido, muerte perinatal, etcétera).

La violencia obstétrica se extiende también al bebé. Tiene que ver con su nacimiento, con las prácticas rutinarias innecesarias aplicadas durante los primeros

²⁰ Muy en concordancia con los derechos sexuales y reproductivos, Arguedas (2020) lanza una crítica hacia la noción de violencia obstétrica y menciona que:

“En las investigaciones empíricas y desarrollos teóricos sobre la violencia obstétrica no se ha contemplado hasta ahora el caso de la denegación o el entorpecimiento del acceso al aborto terapéutico como una forma de violencia obstétrica” (Arguedas, 2020, p.80).

²¹ Autores como Roberto Castro y Joaquina Erviti (2014) han dedicado gran parte de su obra al estudio de los valores presentes y las actitudes de algunos miembros del personal de salud, y los han vinculado a la ideología de género y a la existencia de un habitus médico autorizado entendido como:

El conjunto de predisposiciones incorporadas — esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales — que, a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación, y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos en su quehacer cotidiano. (Castro y Erviti, 2014).

El habitus autoritario en México se forma en las escuelas de medicina, así como en la residencia y la especialización, y descansa en elementos como las jerarquías de la profesión, la desigualdad de género y los castigos como recurso didáctico. Estos autores han reflexionado además que el sistema de salud en México se caracteriza por ser normativo, excluyente, masculinizado y paternalista. En el caso de la atención a las mujeres, sobre todo en la salud reproductiva, este sistema refuerza una visión de mujeres como pacientes y sujetas tuteladas, y no como ciudadanas con derechos y obligaciones.

momentos de su vida, con la imposibilidad de estar cerca de la madre en esos momentos, con la imposibilidad de ser amamantado de manera precoz, entre otras.

La violencia obstétrica se ejerce en todo el mundo. Interesa tanto a los países de altos ingresos como a los de bajos ingresos. Lo que cambia en los distintos contextos son las modalidades en la cual se construye, se ejerce y se percibe. (Quattrocchi, 2020, p.197) (Subrayado propio).

A continuación, presentaré la definición de violencia obstétrica que voy a utilizar en esta investigación.

Tabla 9. Violencia obstétrica. Categoría útil para el análisis de los relatos sobre la atención hospitalaria

Categoría	Elementos que retomaremos para el análisis de las experiencias durante el manejo hospitalario del pp
Violencia obstétrica	Violación a los derechos humanos y reproductivos/ violencia institucional/ violencia de género (Villanueva, 2010).
Violencia obstétrica	Violencia contra las mujeres/ Menoscaba su derecho a decidir sobre su cuerpo. (GIRE, 2015).
Violencia obstétrica	Poder obstétrico masculinista (Arguedas, 2020).
Violencia obstétrica	Desnaturaliza el carácter patriarcal del sistema médico. Permite una mirada interseccional. (Sesia, 2020, p.23).

Fuente: Elaboración propia

En esta investigación retomaré algunos elementos de diferentes autores (como se muestra en la tabla nueve) para reconstruir la definición de violencia obstétrica que utilizaré.

Entenderé la violencia obstétrica como:

Una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud —públicos y privados—, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género. (Villanueva, 2010, p. 120).

Coincido además con GIRE (2015) en el hecho de que esta violencia menoscaba la capacidad de las mujeres para decidir de manera informada y libre sobre sus cuerpos y procesos reproductivos, y que además como señala Arguedas (2020), se trata de una forma de poder que naturaliza funciones socialmente construidas, con respecto a la gestación, el parto y la maternidad.

Considero que la episteme violencia obstétrica me es útil pues como bien señala Sesia:

Logra desnaturalizar el carácter patriarcal de la obstetricia hospitalaria, evidenciar la apropiación de procesos fisiológicos por parte de una biomedicina en expansión, y enseñar el carácter imbricado de clase social, etnia-raza y género en un trato discriminatorio diferenciado entre las pacientes atendidas. (Sesia, 2020, p.23).

En el siguiente apartado presentaré cuáles son las prácticas a las que se les ha denominado violencia obstétrica y en cuáles me centraré propiamente en esta investigación.

2.5.3 Tipos de violencia obstétrica

Las definiciones de violencia obstétrica según Paola Sesia suelen distinguir entre dos grandes tipos de violencia, la física y la psicológica.

Las definiciones distinguen entre violencia obstétrica física o psicológica. La primera contempla procedimientos o maniobras invasivas y suministro de medicamentos que no están justificados o cuando no se respetan los tiempos ni la evolución del parto fisiológico. En otras palabras, cuando se medicaliza y patologiza el cuerpo de la mujer sin necesidad, transformándola en una recipiente pasivo de decisiones clínicas externas. La violencia psicológica, por otro lado, incluye “el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica”. (Medina, 2009, p. 4 citado en Sesia, 2017, p. 76).

Algunos autores se han dado a la tarea de mencionar específicamente cuáles son las prácticas que dentro de la atención hospitalaria se pueden considerar como violencia obstétrica. Castro y Savage (2018) crean seis tipologías de lo que se puede entender como prácticas de violencia obstétrica: 1) abuso verbal, 2) mala relación entre las mujeres y el personal de salud, entre las que destaca la falta de comunicación por parte del personal de salud hacia las mujeres acerca de los procesos y procedimientos que se llevan a cabo en su propio cuerpo, 3) discriminación sociocultural, 4) abuso físico, psicológico y sexual, 5) incumplimiento de los estándares profesionales de atención en salud como negligencia y demoras intencionales, y 6) condiciones del sistema de salud como falta de privacidad, infraestructura insuficiente, etc.

Based on these definitions and on reviews of English, Spanish, and Portuguese-language publications that gathered various dimensions of mistreatment during childbirth (Bohren et al. 2015; Castro, Savage, and Kaufman 2015; Savage and Castro 2017), we have created six typologies of obstetric violence. These are: verbal abuse, such as harsh and disrespectful language, patient blaming, public humiliation, scolding, and name-calling; poor rapport with women, such as miscommunication of procedures and processes, and language and communication barriers; sociocultural discrimination based on socioeconomic position, cultural insensitivity, and lack of intercultural care; physical abuse, such as performance of unconsented or unnecessary examinations and procedures, hitting, slapping, or touching women in painful or uncomfortable ways, refusal to administer pain medication, and sexual abuse; failure to meet professional standards of care, such as delays and purposeful neglect, denial of medical attention for both minor and life-threatening health concerns, lack of accountability to patients, lack of supportive care, and breaches of confidentiality; and health

system conditions, such as failure to ensure privacy, assigning multiple patients to a single hospital bed, lack of resources to provide more comfort to women, and refusal to allow visitors or family members present. All these constitute forms of reproductive governance that lead women to lose control of their own reproductive processes. (Castro y Savage, 2018, p.126).

Villanueva (2010) por su parte especifica que:

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su ‘consentimiento’, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos” (Villanueva, 2010, p. 120).

Por su parte, en el artículo 51 de la República Bolivariana de Venezuela se establece qué actos serán considerados como violencia obstétrica:

No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas; Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical; obstaculizar el apego precoz del recién nacido a su madre, sin causa médica justificada; alterar el proceso natural de un parto normal medicalizándolo de manera innecesaria, por ejemplo, mediante fármacos que aceleran el parto, sin obtener el consentimiento voluntario e informado de la mujer; practicar el parto por cesárea, sin que haya necesidad de la misma y sin el consentimiento voluntario y plenamente informado de la mujer. (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007).

En el capítulo I de la Ley Número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave se consideran como actos de violencia obstétrica:

Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; y cualesquiera otras que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, la integridad o libertad de las mujeres. (Gobierno del Estado de Veracruz, 2014, p.7).

En el estado de Guerrero en el artículo 203, sección tercera del Código Penal, se establece que se entenderán como actos de violencia obstétrica²²:

Un trato deshumanizado que se exprese en un abuso de medicación y patología de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad; considerando como tales, la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (Gobierno del Estado de Guerrero, 2017, p.67).

En el estado de Chiapas, en la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, en el artículo sexto, sección séptima, se considerarán como actos de violencia obstétrica:

Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural. (Gobierno del Estado de Chiapas, 2016, p.6).

En la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México, capítulo quinto bis se señala que:

Son actos u omisiones constitutivos de violencia obstétrica, de manera enunciativa, pero no limitativa, los siguientes:

- I. No atender o no brindar atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.
- II. Presionar psicológica u ofensivamente a una parturienta.

²² Herrera (2020) hace una crítica al respecto de la definición del Estado de Guerrero y de la definición de la República Bolivariana de Venezuela y apuntala que:

Los ejemplos existentes de delito de violencia obstétrica en Venezuela y el Estado de Guerrero no protegen a las mujeres embarazadas de acciones que distintas disciplinas en las ciencias sociales consideran violentas. Esto se debe a la rigurosidad requerida por la Constitución sobre el derecho penal, quien ordena a los legisladores a redactar específicas acciones u omisiones que consideran punibles. (Herrera, 2020, p.49).

Amplía mencionando que:

Por otra parte, en la determinación de cuáles acciones u omisiones en la violencia obstétrica constituyen un delito por parte del legislador venezolano o de Guerrero persiste la ausencia de acciones u omisiones que afectan de forma más desproporcionada a ciertas mujeres por razón de raza, religión, estatus socioeconómico, entre otras dimensiones de desigualdad. Conforme presenté anteriormente a la creación del delito de violencia obstétrica como una etapa de formalización de significados que involucra diferentes disputas, actores e instituciones, este proceso tiene el poder de visibilizar o invisibilizar el carácter interseccional de la violencia contra las mujeres. Así, cuando el derecho penal invisibiliza la posibilidad de que una mujer desee cursar su embarazo, parto o puerperio acorde a sus usos, costumbres o tradiciones, excluye la exteriorización de la identidad de mujeres indígenas. (Herrera, 2020, p.50).

III. Obligar a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas, aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical.

IV. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

V. Practicar el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, no obstante, de existir condiciones para el parto natural.

VI. Obstaculizar, sin causa médica justificada, el apego de la niña o el niño con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer.

VII. Intervenir quirúrgicamente sin consentimiento o autorización de la paciente, en términos de las disposiciones aplicables.

VIII. Realizar la esterilización sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, así como las consecuencias físicas y psicológicas de dicha intervención.

IX. Cualquier otra forma análoga que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de la mujer. (Gobierno del Estado de México, 2008, p.13).

Es necesario apuntalar que para Castro y Erviti (2003) **dentro de la violencia obstétrica existe lo que ellos denominan formas elementales de abuso**. Se trata de formas de maltrato que son casi imperceptibles y muchas veces son naturalizadas por las mujeres y por el personal de salud tales como las burlas, las ironías, los regañones, las humillaciones, la manipulación de la información y el arrebato del consentimiento. Para estos autores en estas formas elementales de abuso se encuentra el origen de formas de abuso más graves.

Sin hablar propiamente de violencia obstétrica pero íntimamente relacionado con las prácticas de violencia obstétrica; la Organización Mundial de la Salud especifica en la “Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea” que:

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. (OMS, HRP, 2015).

GIRE complementó lo anterior mencionando que:

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho públicos una serie de lineamientos que ha clasificado como: 1. Prácticas evidentemente útiles, que tendrían que ser promovidas; 2. Prácticas claramente perjudiciales o ineficaces, que habría que eliminar;

3. Prácticas sobre las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema y, 4. Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente. Entre las prácticas recomendadas destacan, entre otras: no hacer intervenciones médicas innecesarias, es decir no hacer episiotomía, rasurado, monitoreo fetal y enema como prácticas de rutina; restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia; mantener la tasa de cesáreas recomendada por la OMS, máximo entre 10 y 15% de los nacimientos. (GIRE, 2015, p. 120).

En esta investigación analizaré dentro de las experiencias de atención del parto y puerperio si existió violencia obstétrica. Debido a que mi herramienta metodológica principal fue la entrevista con las propias mujeres, me enfocaré en la identificación de algunas prácticas de violencia obstétrica que puedan ser reconocidas a través de dicha herramienta.²³

Además, como mencioné en el capítulo I, algunos autores como (GIRE, 2015; Bautista y López 2017; Gutierrez,2016; Silva 2013, CNDH 2017; Sesia 2017) -han documentado que la violencia obstétrica que sufren las mujeres indígenas y campesinas se expresa en prácticas como la esterilización forzada después del parto, la separación prematura de sus hijos, la prohibición del uso y trato de los residuos placentarios acorde a sus cosmovisiones, el sometimiento a procedimientos forzosos como la episiotomía y el uso de anticonceptivos, el maltrato verbal, y la discriminación debido a su condición étnica. Se ha señalado también que la política de control de natalidad que impulsa el Estado en este grupo social, de forma particular, remite a la desigualdad social frente a otros grupos, cuyo foco de atención no se centra necesariamente en el control de la natalidad.

²³ En principio descarté incluir en esta investigación las prácticas de violencia obstétrica que se relacionan con la hipermedicalización del parto, pues dichas prácticas tendrían que observarse durante el propio parto y con un mínimo conocimiento de obstetricia, que sale de mi campo antropológico.

Tabla 10. Prácticas de violencia obstétrica observables en mi investigación

Categoría	Elementos que observaremos
Violencia psicológica	“El trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica” (Medina, 2009: 4)”. (Sesia, 2017:76).
Formas elementales de abuso	“Formas de maltrato que son casi imperceptibles y muchas veces son naturalizadas por las mujeres y por el personal de salud tales como las burlas, las ironías, los regaños, las humillaciones, la manipulación de la información y el arrebató del consentimiento” (Castro y Erviti, 2003).
Discriminación sociocultural	“Sociocultural discrimination based on socioeconomic position, cultural insensitivity, and lack of intercultural care” (Castro y Savage, 2018, p.126).

Fuente: Elaboración propia

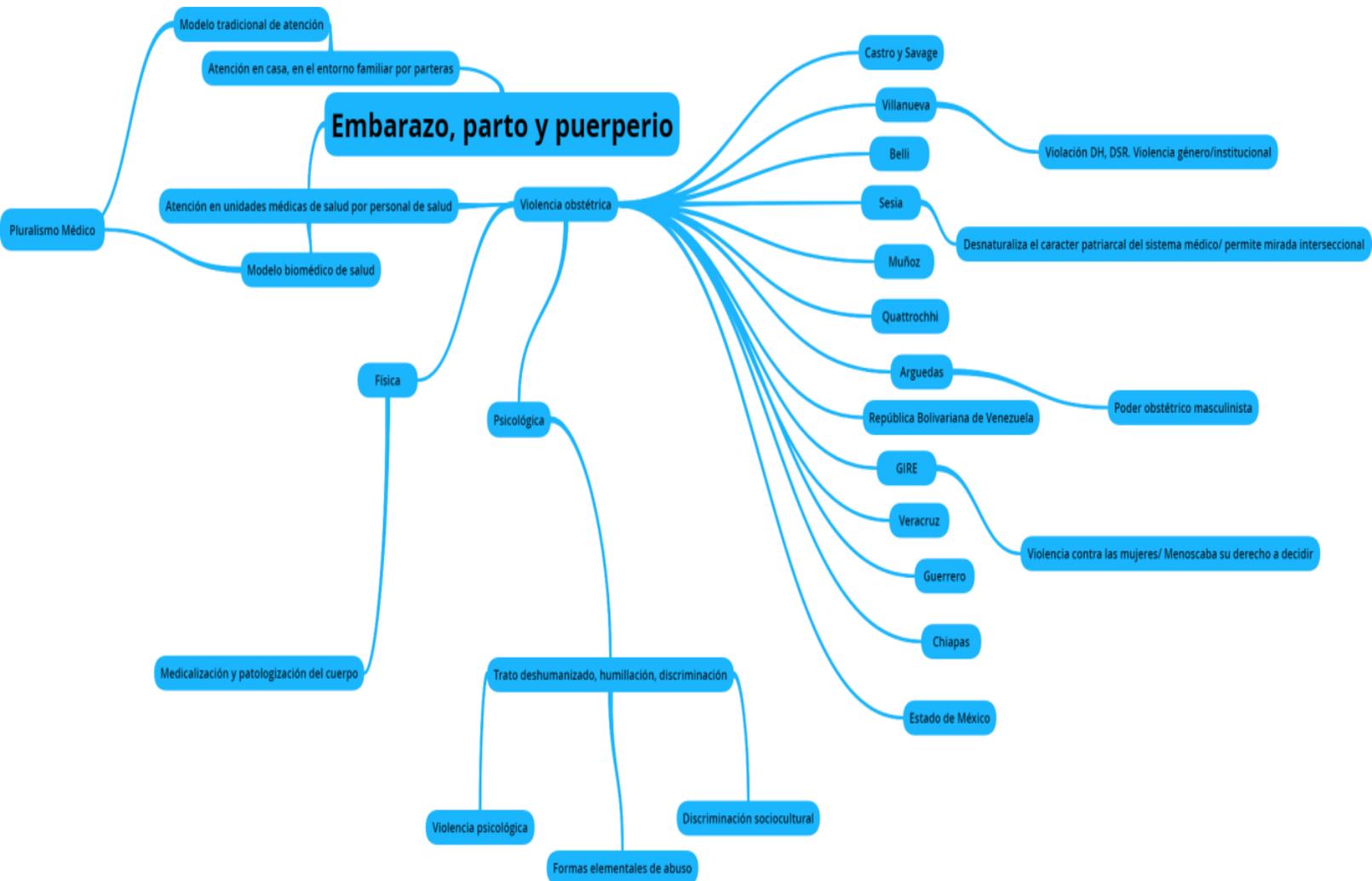
En esta investigación me centraré en identificar tres tipos de prácticas de violencia obstétrica, violencia psicológica, discriminación sociocultural y lo que Castro y Erviti (2003) denominan formas elementales de abuso.

En estos apartados correspondientes al concepto de violencia obstétrica comencé mencionando brevemente cómo ha ido cambiando a lo largo del tiempo la atención del embarazo, parto y puerperio desde la atención en casa y por el entorno familiar, hasta la atención medicalizada por un corpus médico especializado.

Enseguida mostré que la violencia obstétrica se ejerce dentro de un contexto de parto hospitalario, el cual responde a un modelo específico de salud, el modelo biomédico, que se caracteriza por basarse en investigaciones biomédicas, por tener un enfoque profesional y técnico, y por el uso de fármacos y tecnologías.

Retomé además una serie de definiciones de violencia obstétrica y clarifiqué qué entenderé en esta investigación por violencia obstétrica. Por último, di cuenta de los tipos de violencia obstétrica y sus prácticas, especificando en cuáles me centraré. En el siguiente y último eje de este marco teórico desarrollaré el concepto de género.

Esquema 2. Categorías sobre la violencia obstétrica para el análisis de relatos de un grupo de mujeres de Teopancingo



Fuente: Elaboración propia

2.6 La categoría de género para el análisis de las experiencias de parto y puerperio

Comienzo este capítulo recapitulando brevemente cómo surge el concepto de género y cómo ha sido definido por algunas autoras. La categoría de género se la debemos en gran parte a los estudios antropológicos tradicionales (Malinowski, 1927; Mead, 1955), quienes dieron cuenta de que existen diversos procesos culturales mediante los cuales nos convertimos en hombres y mujeres. Esto a través de la descripción de los ritos de iniciación de las llamadas “sociedades tradicionales”, cuyo principal objetivo era reafirmar el género asignado a cada uno de los habitantes.

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

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

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

Tal como afirma Fassin (2009) el concepto de género- así denominado- nace en los años cincuenta a la luz de los debates en torno a la intersexualidad y transexualidad. En los años setentas el género se presenta como una nueva posición teórica- ante los estudios de las mujeres y los feminismos- sirviendo como un concepto crítico, que retoma e intenta resolver el dilema de la naturaleza y la cultura, preguntándose: “¿Cómo construir teóricamente una diferencia del orden de la naturaleza y objeto de estudio de las disciplinas biológicas en un fenómeno social, objeto de estudio de las ciencias sociales y humanidades?” (De Barbieri, 1992, p. 146), por lo cual en sus inicios conceptuales, el género se entendió como el “sinónimo de las diferencias entre los sexos, ya sean éstas atribuidas o naturales” (Scott, 2008, p. 13).

Para Joan Scott:

El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos... Es una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder. Los cambios en la organización de las relaciones sociales siempre corresponden a

cambios en las representaciones de poder, pero la dirección de cambio no es necesariamente única. (Scott, 2008, p. 65).

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

De Barbieri conceptualiza la categoría de género desde una visión más crítica y contextual como: “El conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatomofisiológica y que dan sentido general a las relaciones entre personas sexuadas”. (De Barbieri, 1992, p. 149). Butler “lleva hasta sus últimas consecuencias la argumentación beavoriana de que existimos como cuerpo pero que llegamos a ser género, y visualiza el género como un estilo de vivir el cuerpo en el mundo”. (Lamas, 1996, p. 17).

Para Marta Lamas²⁴ el género es “Una especie de filtro cultural con el que interpretamos el mundo y una especie de armadura con la que constreñimos nuestra vida” (1996, p. 18). Sin embargo, es la propia Lamas quien apuntala que fue a partir de los años noventa cuando el concepto género ya no contenía en sí mismo un significado disruptivo y transformador; denunciando sus límites, usos, dificultades, y la pérdida de su capacidad crítica. Según Lamas (1996) el género se

²⁴ Marta Lamas retoma a Bourdieu, que sin mencionar la palabra género abona al tema de la construcción social de los sexos en su libro “La dominación masculina” en el cual analiza cómo están construidas dos sociedades- Cabilia y Parisina- (pero su reflexión se puede trasladar a otros contextos), envueltas en un orden dual y simbólico entre los sexos, que organiza el resto de la vida y que está atravesada por relaciones de poder y dominación. El autor menciona que en estas sociedades los cuerpos están organizados en una oposición básica, masculina y femenina, cuyas diferencias se justifican en el cuerpo mismo, en la biología. Arbitrariamente, menciona Bourdieu, se le han atribuido características a lo femenino y lo masculino, que son antagónicas y excluyentes entre sí. Estos esquemas de pensamiento se llevan a la vida social y se asumen como naturales, empero, para Bourdieu esto no tiene nada de natural, por el contrario, hay una construcción social y un orden en donde la fuerza del orden masculino es mayor al del femenino y en donde la dominación es asimilada y vista por el propio dominado como natural.

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

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

convirtió en un “caballito de batalla” con “grandes poderes”; capaz de definir un sinfín de situaciones: era sinónimo de sexo, de mujeres, de acciones políticas para las mujeres, etc.

Existen además otras dos críticas importantes al concepto de género, la primera descansa sobre la construcción de la diferencia sexual como base del propio género, y la segunda, íntimamente relacionada, tiene que ver con su naturaleza etnocéntrica.

Castellanos (2011) al respecto de la primera crítica menciona que tanto las definiciones de Rubin como de Scott se apoyan en una idea que da por sentado que el sexo biológico, además de ser una realidad universal, es la base para la creación del género.

En efecto, dos de las definiciones de la categoría género más comúnmente aceptadas en la literatura feminista, las de la antropóloga estadounidense Gayle Rubin y la de la historiadora también estadounidense Joan Scott, se basan en ella. La primera nos habla de género como “el conjunto de disposiciones mediante las cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humana” (Rubin 1975, 159). Como puede verse, se da por sentado que la sexualidad biológica es algo pre-existente a la sociedad, con lo cual se le presupone una realidad universal. La segunda define el género como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales que se basa en las diferencias que distinguen a los sexos”; al mismo tiempo, género es “una forma primaria de relaciones significantes de poder”, a la vez que “el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder” (Scott 1990, 23). La referencia al poder como base del género es un gran paso de avance, pero nuevamente se da por sentado que “las diferencias que distinguen a los sexos” es algo pre-existente a la sociedad, con lo cual se le presupone una realidad universal. (Castellanos, 2011, p. 139).

Ochy Curiel (2011) apunala que el hecho de que se dé por natural la diferencia sexual hace que el sexo y el género aparezcan como categorías que dependen una de la otra.

Con respecto a la segunda crítica autoras como Castellanos (2011) Marcos (2014) y Lozano (2014) coinciden en que la diferencia sexual en la que descansa la categoría de género es una construcción también cultural, pues la configuración binaria de los géneros responde solamente a una visión (la occidentalizada) del cuerpo sexuado.

Según estas y otras autoras un camino que resuelve las anteriores críticas es la desnaturalización o descolonización del concepto de género que permita pensar

Mucho más que el género vuelto cuerpo de hombre y de mujer en el sentido restringido que le dan las académicas y las feministas urbanas. Los géneros son así la metáfora raíz del universo cosmológico, y, sin embargo, sólo uno de los posibles arreglos duales y fluidos en este pluriverso. (Red de feminismos descoloniales, 2014, p. 462).

Además, la categoría género deberá tomar en cuenta la intersección de raza, etnia y clase. Con base en lo anterior, es preciso reproducir la definición de género de Castellanos:

Podemos definir el género, entonces, como el conjunto de saberes, discursos, prácticas sociales y relaciones de poder que les da contenido específico a las concepciones que usamos (y que influyen decisivamente sobre nuestra conducta) en relación con el cuerpo sexuado, con la sexualidad y con las diferencias físicas, socioeconómicas, culturales y políticas entre los sexos en una época y en un contexto determinados. Vemos así que toda la constelación de elementos que hoy se llaman “sexualidad”, desde las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres, hasta sus relaciones afectivas, pasando por su orientación sexual, estarían, desde un punto de vista conceptual, al menos, contenidos en la categoría de género. (Castellanos, 2011, p.12).

Tabla 11. Género. Categoría central para el análisis de los relatos sobre las experiencias durante el manejo hospitalario del parto y puerperio

Categoría	Elementos a retomar en esta investigación
Género (Castellanos, 2011)	Saberes, discursos, prácticas sociales y relaciones de poder sobre el cuerpo, la sexualidad, la maternidad, el parto y el puerperio que poseen un grupo de mujeres de Teopancingo, Puebla y que influyen en la manera en la cual relatan las experiencias durante el manejo hospitalario del parto y puerperio.

Fuente: Elaboración propia

Para el análisis de las experiencias sobre la atención del parto y puerperio será necesario indagar a través de sus relatos sobre sus pautas culturales (saberes, discursos, relaciones de poder, prácticas sociales) sobre el cuerpo, la sexualidad, el parto, el puerperio inmediato y la maternidad. Sostengo que estos aspectos estarán moldeados por el género.

Además, es menester tomar en cuenta algunos aspectos sobre el género que pueden ser útiles para el análisis de los relatos. El primero es que el acto de parir es un acto al que socialmente se la ha ligado a las mujeres, no solo por el hecho de que ellas son quienes paren, sino porque el sistema de género (occidental) ha establecido que ellas son las que deben desempeñar el papel de la maternidad, al respecto Lamas señala que:

El papel (rol) de género se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el estrato generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto, los

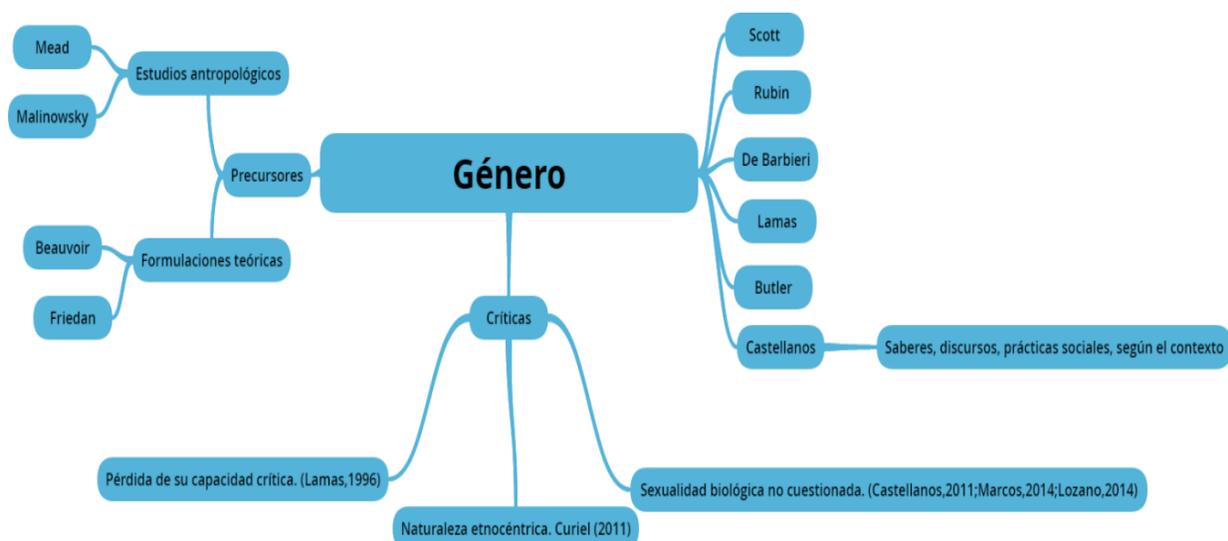
cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino, que se identifica con lo público. La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes establece estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género. (Lamas, 2002, p. 33).

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

Durante el parto estos postulados de género acerca de la maternidad se pueden hacer evidentes en cómo sienten y viven el parto las mujeres, quienes pueden significarlo como un proceso que vale la pena experimentar, así sea doloroso y conlleve grandes reorganizaciones en su vida y costos sociales. En congruencia con estos estereotipos de género en torno a la maternidad, se espera y se da por hecho que las mujeres se comporten de ciertas formas durante el parto, relacionadas con la sumisión, el sufrimiento en silencio, la idea de sacrificio en torno a la maternidad y el constreñimiento del cuerpo.

Por último, puedo leer el género encarnado en el cuerpo de las mujeres, particularmente en la forma en la que ellas viven sus procesos corporales durante el parto. Dentro de este orden de género de tipo patriarcal, las mujeres y sus cuerpos suelen estar oprimidos, sus cuerpos son subvalorados, menospreciados, objetivados y estigmatizados. Aunado a ello, a las mujeres se les enseña durante procesos complejos de socialización a cohibir y constreñir su propio cuerpo y a relacionarse con él dese la distancia, el desconocimiento y la vergüenza. Esta “desvalorización universal de las mujeres” como lo diría Ortner (1979) y yo agregaría, de sus cuerpos y sus funciones reproductivas, coadyuva a que durante el parto el cuerpo de las mujeres sea violentado; es precisamente éste el contexto en el cual surgen violencias de género en distintos ámbitos, entre ellos el ámbito de la salud. Como mencioné anteriormente, es menester retomar la categoría de género desde una perspectiva interseccional, es decir teniendo en cuenta su relación con otras categorías de análisis como la etnia y la raza.

Esquema 3. El concepto de género para el análisis de relatos sobre las experiencias de atención del parto y puerperio



Fuente: Elaboración propia

2.6.1 Raza, etnia y clase social. Intersecciones que moldean la experiencia de atención del parto y puerperio.

En los apartados anteriores pude mostrar cómo la categoría de género es útil para el análisis de las experiencias sobre la atención del embarazo y puerperio de un grupo de mujeres de Teopancingo, sin embargo, es necesario considerar desde una mirada interseccional otros ejes de desigualdad como son la raza, la etnia y la clase social.

Vale la pena comenzar mencionando como lo dice Viveros (2016) que la raza, la clase y el género, son ejes de desigualdad que no se pueden separar de manera empírica, ya que constituyen a los actores sociales y se afectan de manera recíproca.

a) Sobre el concepto de raza

Se puede rastrear el origen del concepto de raza según lo que nos comenta Ollivia Gall (2004).

Varios de los especialistas europeos más destacados en este tema sitúan los orígenes del racismo en el momento histórico del nacimiento de la modernidad: primero con la

colonización de nuevos territorios y mercados; después —y sobre todo— con la Ilustración, con la instalación en las mentes, los corazones y las Cartas Magnas de Occidente, de la igualdad como valor jurídico central y, finalmente, con la consolidación de los Estados-nación en el siglo XIX. (Gall, 2004, p. 231).

Sin embargo, en América Latina, según Wade (2011), el concepto de raza ha sido poco utilizado, pues subyace detrás un discurso estatal en el cual las diferencias que existen entre categorías como blancos, negros, mestizos e indígenas, principalmente, se tienen que pensar en términos de etnicidad y no de raza. Hablar de raza parece en este contexto equipararse a ser racista, además el mencionar el término raza, contrapone la doctrina liberal que permea gran parte de los discursos liberales latinoamericanos en los cuales “todas las personas son iguales”.

A pesar del rechazo al término, el mismo autor señala que:

Hacia finales del siglo xx en muchos países de América Latina se empiezan a admitir en las instituciones estatales prácticas que, aunque el Estado tienda a eludir el término raza, tienen el efecto de racializar los procesos de gobierno: me refiero a la penetración del multiculturalismo²⁵ en diferentes países de la región. Como ya dije, en el Estado hay tendencias ambivalentes: se prefiere hablar de cultura, grupos étnicos, tradiciones y hasta folclor; a veces se reconoce el racismo en forma pasajera, y cuando se reconoce, se prohíbe al igual que todas las formas de discriminación que atentan contra los principios del liberalismo, pero, incluso así, sin necesariamente admitir el concepto de raza como criterio legítimo de identificación y acción social. Sin embargo, entre todo esto, creo que no se puede negar que el tema de la raza —si se incluye el uso de conceptos racializados, como afrocolombiano, afrodescendiente, negro, indígena, blanco, etc.— está mucho más presente que antes. Se está abriendo la posibilidad de que el multiculturalismo tome una vía más radical. (Wade, 2011, p. 25).

Así, valdría la pena preguntarme qué se entiende por raza. Autores como (Gall, 2004; Wade, 2011) coinciden en que la raza es una construcción social que crea una jerarquía dentro de la sociedad, además realzan su carácter violento y asimilacionista. Si retomo esta idea, puedo darme cuenta de que en México existen poblaciones que han sido históricamente racializadas tales como los grupos indígenas, quienes han sido sometidos a largos y violentos procesos de asimilacionismo, en los cuales han sido excluidos, segregados, marginados, oprimidos, y además sus cuerpos han sido vejados.

Es necesario considerar que, al entender la raza como una construcción social, retomo la idea de Wade (2011) en la cual ni la raza ni la etnicidad tienen referentes fijos y deben ser

²⁵ Valladares (en prensa) entiende el multiculturalismo como “el proyecto cultural del neoliberalismo, mismo que ha sido considerado como una nueva colonización desde arriba, que, si bien respondió en alguna medida a las demandas de los pueblos y organizaciones indígenas de ser reconocidos como sujetos de derecho en las constituciones, no logró ni pretendió reducir las desigualdades económicas y políticas históricas en que han vivido dichos pueblos” (Valladares, en prensa, p. 205).

contextualizados. Asimismo, comparto la idea de que la raza desde el punto de vista (variaciones genéticas) no existe, sin embargo, tanto la raza como sus categorías e ideologías están más que presentes en la vida cotidiana y hoy en día todavía se sustentan en algunos rasgos como el color de piel, que, si bien han sido transformados a lo largo de la historia, existen recovecos de lo que precedió en los encuentros coloniales en América Latina. Como ya lo dibujé, la etnicidad es un concepto que en Latinoamérica ha sido ampliamente utilizado, en el siguiente apartado abordaré brevemente esta categoría.

b) Sobre el concepto de etnia

Es menester comenzar retomando a Gilberto Giménez (2006) quien hace un recorrido sustancial por los orígenes del concepto de etnia y etnicidad. Al respecto menciona que el término etnicidad apareció en las ciencias sociales en la década de los cincuenta, impulsado por la sociología norteamericana. Por su parte, el término etnia, como adjetivo que hace alusión a lo étnico, tiene una larga historia que se puede rastrear en Europa desde la época antigua greco-romana. El término etnia en este sentido se usaba para diferenciar y jerarquizar entre las poblaciones bárbaras y no bárbaras.

En América Latina la etnicidad ha sido un concepto muy difundido pues como lo vimos anteriormente, al rechazar el concepto de raza, la etnicidad ha sido el referente que se ocupa para establecer diferencias entre los grupos poblacionales en cuanto a patrones culturales.

Existe en la antropología un debate sobre cómo entender la etnicidad. Autores como Giménez (2006) y Gall (2004) dan cuenta de que priman dos posturas sobre la etnicidad, la primera, la perspectiva primordialista que hace alusión al hecho de que la etnicidad es un cúmulo de características esenciales que diferencian a una población, y la constructivista que señala más bien que la etnicidad se construye a través de la interacción de grupos sociales en procesos de inclusión y exclusión que les permiten establecer quiénes forman parte y quiénes no.

En consecuencia, la etnicidad ya no puede concebirse como un conjunto intemporal e inmutable de “rasgos culturales” transmitidos de generación en generación en la historia del grupo, sino como el resultado de acciones y reacciones entre los grupos dentro de un contexto más amplio de organización social que no deja de evolucionar. (Giménez, 2006, p.135).

Es necesario mencionar desde dónde y quiénes producen lo étnico en México, al respecto tanto Olivia Gall como Gilberto Giménez se remontan a la construcción del Estado nación mexicano como principal impulsor de la ideología en la cual por un lado todos somos mexicanos, pero por el otro reconoce, nombra y diferencia a las poblaciones a las que denominará como grupos

étnicos. Asimismo, la academia es otro espacio en donde se produce la noción de lo étnico y lo indígena, es por ello por lo que vale la pena reproducir la siguiente cita:

A veces se pasa por alto el hecho de que “etnia” y “etnicidad” son etiquetas científicas clasificatorias, es decir, son términos forjados por los científicos sociales para caracterizar a ciertos grupos humanos muy específicos. Pero hay que advertir que estos grupos no se conciben a sí mismos ni se autonombran en estos términos, sino simplemente como pueblos dotados de un nombre propio (yaquis, mayos, mixtecos, zapotecos...), cuyos miembros se sienten vinculados entre sí por un (supuesto) origen genético común. Esto quiere decir que en el trasfondo de la etnicidad campea el modelo de la familia como principio organizador de la comunidad. (Giménez, 2006, p. 141).

Es importante por último, dos aspectos, si bien la categoría de etnia es una construcción social producto de un pasado colonial y objeto de estudio de muchas de las ciencias, en específico sociales, hay múltiples ejemplos en los cuales las personas comienzan a reconfigurar esa etiqueta que viene desde afuera, recuperando sus propias historias, raíces, modificándola y muchas veces usándola a su favor, un ejemplo es el que nos da el feminismo indígena que por un lado lucha por la defensa de sus territorios y por el otro reivindica sus derechos como mujeres en sus propios pueblos.

Acabaré mencionando que, si bien están relacionadas, la raza y la etnia son construcciones sociales distintas, eliminar una u otra tiene consecuencias tanto en la teoría como en la práctica:

Así pues, queda claro que las identificaciones raciales y étnicas se traslapan tanto en la teoría como en la práctica. Sin embargo, la distinción establecida líneas antes entre las dos debe respetarse, aunque el término raza “suene mal” y esté cargado de una historia abominable (Op. cit.: 19). Reemplazar esos términos de esa manera -lo cual ocurre con mucha frecuencia en América Latina, y en México en particular- entraña negar el papel específico desempeñado en la Historia por las identificaciones raciales o por los diversos tipos de discriminación en ellas basados. Y, a su vez, negar esto equivale a borrar la historia particular por medio de la cual tales identificaciones llegan a adquirir la fuerza que tienen, al invocar (como lo hacen) una larga historia de encuentros coloniales, esclavitud, discriminación, resistencia y demás. (Gall, 2004, p. 231).

c) Sobre el concepto de clase social

Smith (1984) comienza preguntándose si el concepto de clase social es apropiado para un análisis antropológico, y yo parafraseando me preguntaría si es apropiado incluirlo en una tesis antropológica sobre la experiencia del parto y puerperio de un grupo de mujeres que se definen como campesinas, y no tanto como indígenas, entonces es necesario responder que sí, pues la clase social según este autor ha permitido a la antropología reconocer que las sociedades se insertan de una manera diferencial dentro del sistema mundial, conformándose así, sociedades estratificadas.

Las discusiones sobre la clase social según Smith (1984) se remontan a los estudios marxistas sobre los medios y los modos de producción, en donde las clases sociales serán entendidas como grandes grupos de personas que se distinguen por el lugar que ocupan en un contexto histórico, y en un sistema de producción definido por sus relaciones directas con los medios que producen, y su organización social del trabajo y la riqueza de la que disponen.

Sin embargo, menciona, que, los trabajos antropológicos se han preguntado por la estratificación en sociedades precapitalistas, dejando bien en claro la existencia de sociedades estratificadas por castas y otro tipo de modelos jerárquicos, observando que si bien la estratificación puede verse como la expresión fundamental de las discontinuidades y contradicciones dentro de una formación social, que está enraizada en la organización de la práctica económica, no es siempre la economía el factor que define la clase.

Dentro de las discusiones sobre la clase social, el campesinado ha sido un tema de discusión en el cual se han originado preguntas acerca de si puede ser considerado o no como un estamento dentro de las clases sociales. Sin embargo, los y las sujetas campesinas muchas veces siguen estando relacionados con imágenes estáticas de un grupo definido por clasificaciones estatales, que no dan cuenta de las realidades complejas de las personas.

Para Devine, Ojeda y Garzón (2020) los y las campesinas en América Latina siguen ocupando un lugar ambiguo dentro de los discursos sobre desarrollo, diferencia cultural, legalidad, violencia y conservación ambiental, entre otros.

Sin embargo, son cada vez más los ejemplos en los cuales el campesinado se distingue por ser un grupo organizado y generador de movimientos sociales, que se hace presente en el desarrollo de muchos países de América Latina. Para estos autores:

“No se trata de trazar una línea entre quienes son campesinos y quienes no lo son. Por el contrario, resulta importante comprender las formas como diferentes actores, discursos, experiencias y prácticas que contribuyen a demarcar, acentuar, desplazar o diluir fronteras entre los campesinos y sus posibles otros -el proletariado rural, el empresariado agrícola, actores armados, depredadores de la naturaleza, habitantes de las ciudades, pescadoras y pescadores, pequeñas y pequeños mineros, indígenas, comunidades afro, etc.-, y cuáles son los efectos de ello” (Devine, Ojeda y Garzón, 2020, p. 14).

Las mujeres de Teopancingo se identifican a sí mismas como campesinas y a sus familias. El ser campesinas para ellas está definido por “vivir en el campo y trabajar en el mismo”. Las nociones sobre pobreza, etnia y etnicidad cruzan también de manera importante el ser campesinas. Pareciera

que en el uso común el ser campesina, pobre o mujer indígena están siendo asumidos como sinónimos por estas mujeres.

Tabla 12. Género desde un enfoque interseccional. Categorías centrales para el análisis de los relatos sobre las experiencias durante el manejo hospitalario del parto y puerperio

Categoría	Relación con el análisis sobre relatos de las experiencias de violencia obstétrica
Género desde un enfoque interseccional (Platero 2014)	La categoría de género, raza, clase y etnia afectan la forma en la que las mujeres experimentan y relatan la atención hospitalaria, además de que atraviesan sus saberes, discursos, prácticas sociales y relaciones de poder sobre el cuerpo, la sexualidad, la maternidad, el parto y el puerperio.
Descolonización de los saberes (Lozano, 2014)	Categorías como género, violencia y violencia obstétrica deberán ser cuidadosamente usadas, siempre de la mano del contexto.
Raza (Gall, 2004)	Las comunidades indígenas y campesinas, sus territorios, sus cuerpos y sus saberes han sido racizados en México.
Etnicidad (Giménez, 2006)	Es necesario preguntarse sobre los límites de pertenencia de la comunidad y cómo influyen en la experiencia de la atención y en la identificación o no de la violencia y del otro como violento.

Fuente: Elaboración propia

d) Reflexiones sobre el apartado

Para analizar las experiencias de las mujeres, como ya lo expliqué anteriormente, es necesario el concepto de género, pues la manera no solo en la que perciben la atención, sino en la que perciben el parto y puerperio, la sexualidad, los cuerpos y demás, está atravesada por el género, sin embargo, hablar de género implica cuestionar qué se entiende por género (y si se puede utilizar o no) en un contexto como Teopancingo.

Es necesario entonces ser crítica con el concepto y analizarlo a la luz de otros ejes de diferencia como son la etnia, la clase y la raza (según Olivia Gall y Gilberto Giménez), y es importante pues en el contexto de violencia contra las mujeres, **omitir la diferencia resulta un problema, ya que la violencia siempre se conforma por otras dimensiones.**

Sostengo entonces y recurro al concepto de interseccionalidad según lo reformula Platero (2014) y me doy cuenta de que las mujeres de Teopancingo Puebla relatan sus experiencias siendo mujeres, mujeres campesinas, y algunas pocas reconociéndose dentro de la **etnia nahua ¿qué implica esto y qué consecuencias tiene en cómo se percibe la atención del embarazo, parto y puerperio? Justo son esas las coordenadas que me interesa averiguar a lo largo de la investigación.**

Por el otro lado me adscribo a la idea de Lugones (2014) que invita a no pensar las intersecciones como elementos separados que se encuentran, sino más bien como mapas intersectados, y parafraseando a Viveros (2016) no se trata de definir que son mujeres pobres, campesinas e indígenas y sufren violencia obstétrica, sino de entender los significados que subyacen detrás de ello, es decir, desde su propia experiencia.

Por último, haré énfasis en el hecho de que las categorías de raza, clase y etnia me sirven ampliamente pues las mujeres campesinas e indígenas en México han sido víctimas de racismo; he mostrado a lo largo de este capítulo que sufren discriminación étnica y racial, y que ésta se hace presente en muchos ámbitos públicos, entre ellos el sector salud.

En este capítulo mostré los conceptos que me permitirán analizar las experiencias de violencia obstétrica durante la atención del parto y puerperio inmediato, de un grupo de mujeres de Teopancingo, Puebla.

Comencé con el concepto de experiencia retomando a Berger, Luckmann y Geertz quienes me permitieron entender que es a través de la experiencia narrada por las propias mujeres que se pueden describir los significados (particulares pero enclavados en lo colectivo) que las mujeres le otorgan a su experiencia sobre la atención y la violencia durante estas etapas reproductivas; además clarifiqué que la experiencia es materialmente construida y que durante la investigación, los significados tanto de quien investiga como de quien colabora están siempre presentes.

Retomé de David Le Breton la idea de vislumbrar el dolor como una sensación que está anclada a significados sociales y está en parte determinada por los límites de cada cultura. Además, indagué sobre las maneras en las cuales las mujeres pueden sentir satisfechas o no sus necesidades según perciben el dolor y cómo fue mitigado.

Para contextualizar el escenario de atención del parto y puerperio inmediato en instituciones de salud retomé los conceptos de Menéndez sobre el modelo de salud biomédico, el parto hospitalario, y además la categoría de pluralismo médico que me permitirá dar cuenta de las formas de atención que existen dentro de este grupo de mujeres.

Para el análisis propiamente de los relatos ocupé la categoría de violencia obstétrica combinando elementos de diferentes autores (Villanueva, GIRE, Arguedas y Sesia) para resaltar su carácter estructural, patriarcal y compuesto por diferentes niveles de desigualdad como la etnia y la raza. **Asimismo, establecí que me centraré en tres tipos de prácticas de violencia obstétrica, violencia psicológica, discriminación sociocultural y lo que Castro y Erviti (2018) denominan formas elementales de abuso.**

Cerré además abordando la categoría de género desde un enfoque interseccional pues me permite entender que tanto el género, como la clase, la etnicidad y la raza permean los relatos de las mujeres sobre sus experiencias de atención, sobre la violencia, así como sus saberes, discursos, relaciones de poder y prácticas sociales sobre el cuerpo, la sexualidad, el parto, el puerperio inmediato y la maternidad. Sin embargo, reconocí la necesidad de ser crítica con el uso de estos conceptos, sosteniendo la necesidad de ser sensibles en la utilización de estos, siempre contextualizándolos y poniendo atención a las palabras de las propias mujeres. En el siguiente capítulo mostraré la ruta metodológica seguida en esta investigación.

CAPÍTULO 3. RUMBO A TEOPANCINGO EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En este capítulo describiré la estrategia metodológica que seguí en mi investigación. Primero haré un breve posicionamiento sobre mi postura como investigadora, después desarrollaré el enfoque de investigación desde el cual partí, así como las herramientas metodológicas que usé. Enseguida mostraré las etapas de mi trabajo de campo, así como los resultados de la etapa dos. Continuaré con la explicación sobre la conformación de mi universo de estudio, así como con la manera en la que codifiqué y analicé mis datos. Por último, mostraré los obstáculos a los que me enfrenté.

3.1 Investigando desde mis 33 años y sin haber parido

En esta investigación me aproximé siendo una mujer que viene de la Ciudad de México. Si bien soy extranjera en Teopancingo, no soy extraña pues mi madre nació en este sitio y tiene una propiedad allí desde hace más de 25 años. La reconocen como familia y ciertamente es familia consanguínea de muchos miembros de la localidad así que, por ende, al ser hija de Doña Tere, no soy una completa extraña. Además, he visitado “El rancho” en muchísimas ocasiones por lo cual, insisto, no soy una desconocida.

Mi madre sin duda fue mi portera etnográfica principal pues conoce a las y los médicos, a las autoridades locales y a la mayoría de las personas, debido a que en algún momento el rancho tuvo proyectos productivos que la hicieron vincularse con gran parte de la comunidad.

Además, vale la pena mirarme “hacia adentro y hacia afuera”. Hacia adentro puedo mencionar que tengo 33 años, no he sido madre y no he pasado por un parto ni un puerperio. Soy una mujer con una escolaridad mucho más alta que la mayoría de las personas en Teopancingo y que escribe desde un privilegio epistémico, pero también con ventajas sociales de diversa índole tales como el acceso a los recursos, a la información, a la salud, entre otras. En más de una ocasión me he preguntado si una mujer como yo que no ha vivido ciertas etapas reproductivas puede tratar de conectarse con las experiencias de otras que sí las han vivido, he allí la riqueza y el reto de la

investigación cualitativa. Por fuera puedo decir que no me veo muy diferente a las mujeres de Teopancingo ni hablamos lenguas distintas. En más de una reconozco mis rasgos fenotípicos y quizá en el “por fuera” lo único que nos distingue es que probablemente soy más alta que la mayoría, y que vestimos de manera diferente. Desde estas miradas y esta realidad escribo e investigo.

3.2 Aproximación cualitativa a las experiencias sobre la atención del parto y puerperio inmediato de un grupo de mujeres

“Un planteamiento cualitativo es como “ingresar a un laberinto “. Sabemos dónde comenzamos, pero no dónde habremos de terminar. Entramos con convicción, pero sin un mapa detallado, preciso. Y de algo tenemos certeza: deberemos mantener la mente abierta y estar preparados para improvisar”. (Sampieri, 2014, 356)

Mi aproximación a las experiencias sobre la atención del parto y puerperio en un grupo de mujeres de Teopancingo es cualitativa, sin afán de hacer un tratado sobre dicho paradigma de investigación es necesario resaltar las características que Hernández y Baptista (2014) han reconocido acerca de esta mirada.

La primera es que se trata de una manera de investigar que no es lineal, todo el tiempo se vuelve a preguntar por los supuestos, por los conceptos y las preguntas de investigación. En mi caso comencé con ciertas preocupaciones y presupuestos previos en torno a la violencia obstétrica, construyendo mi investigación desde la teoría, a la cual luego confronté con el campo, empero, ya en el campo volví a preguntarme sobre dichos presupuestos y su validez; en el camino sin duda los vaivenes han sido la constante.

La segunda característica que retomo es la importancia que tiene el trabajo de campo y el diseño flexible del universo de estudio. En el caso de mi investigación existieron inmersiones iniciales al campo, sin embargo, éste se hizo ya después de un camino teórico y metodológico, que, como insisto se ha modificado. Una de mis grandes modificaciones fue que el universo de estudio que tenía planificado y que como en este capítulo describiré, cambió según lo que el trabajo de campo me ofrecía, que, dicho sea de paso, resultó más enriquecedor.

Otras características que señalan estos autores sobre las investigaciones cualitativas es que son exploratorias pues quien investiga se mueve de manera dinámica entre los hechos y la interpretación. Asimismo, van de lo particular a lo general, es decir proceden caso por caso hasta llegar a una perspectiva más general, tal como me sucedió. Comencé con un sondeo de 34 casos de los cuales me enfoqué en 20 y a pesar de que mis resultados no pueden ser generalizables a otros entornos, sí me permiten hablar de Teopancingo y la experiencia de sus mujeres. Por último, vale la pena mencionar que desde la mirada cualitativa no se buscan comprobar hipótesis y su búsqueda consiste en obtener los puntos de vista de las personas con respecto a sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos que estos autores denominan como subjetivos y que por ende se recolectan a través de entrevistas que privilegien el lenguaje. Mi investigación me ha permitido generar preguntas de investigación, aun finalizado el trabajo de campo. Lo cualitativo, en palabras simples me ha ayudado a madurar mi investigación, dejando que sean los datos quienes hablen por sí mismos.

Taylor y Bogdan (1984) además le acuñan doce características a la investigación cualitativa: es inductiva, pretende ser holística, es sensible a los efectos que causa sobre las personas que trabaja y sensible a lo que causa en quien investiga. Busca comprender a las personas en su propio marco de referencia, intenta ser objetiva, en el sentido de que los investigadores tratan de suspender o apartar sus creencias, perspectivas y predisposiciones, aunque yo agregaría, que éstas siempre salen a la luz. La mirada cualitativa considera como valiosas las perspectivas de todas las personas, es humanista, su validez radica en la profundidad del trato de los datos y no así en la cantidad de datos, no discrimina en el sentido de que todos los escenarios y personas son dignos de estudio y es un arte.

3.3 Herramientas metodológicas

Utilicé dos herramientas metodológicas, la entrevista y la observación participante. La entrevista semiestructurada me permitió reconstruir el sistema de significados presente en las narraciones de las propias mujeres, todo esto bajo la premisa de que el lenguaje es un vehículo poderoso por el cual se transmiten significados. Tal como lo dice Roberto Castro quien, basándose en Alfred Shutz enfatiza que: “El lenguaje que usan los individuos en la vida cotidiana es el medio por excelencia para transmitir “significados”. El lenguaje es el medio a través del cual la actividad interpretativa de un grupo puede ser observada” (Castro, 2000: 149).

“Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan en sus propias palabras” (Taylor y Bogdan, 1987: 101).

La observación participante me ayudó a conocer el contexto y a entender cómo es gran parte de la dinámica de la vida cotidiana de Teopancingo, así como conjuntar a mis informantes. Para Taylor y Bogdan (1987) la observación participante es una técnica que involucra la interacción social entre los investigadores y los investigados y durante la cual se recogen datos de manera no intrusiva.

Para el análisis seguí una codificación de tipo teórica. Según García y Manzano (2010), la teoría fundamentada ofrece la posibilidad de analizar los datos mediante el método de codificación teórica. El primer paso de esta teoría es codificar, y la codificación obedece a varios momentos que no están separados entre sí, pero que sí requieren diferentes grados de abstracción. La codificación abierta busca etiquetar y fragmentar los datos, asignándoles un código. La codificación axial busca organizar estos códigos en categorías con criterios de agrupamiento que son el resultado del hallazgo de ciertas propiedades que corresponderían a una categoría y que establezcan relaciones entre las categorías, con base en la pregunta de investigación. Por último, la codificación selectiva se da tiempo después de la recolección, y busca confrontar las categorías en una teoría fundamentada. Este último nivel de abstracción demanda crear una categoría central en torno a la cual se van articulando todas las demás categorías y subcategorías.

3.4 Tres momentos distintos: el reconocimiento, la entrevista inicial y la entrevista semiestructurada

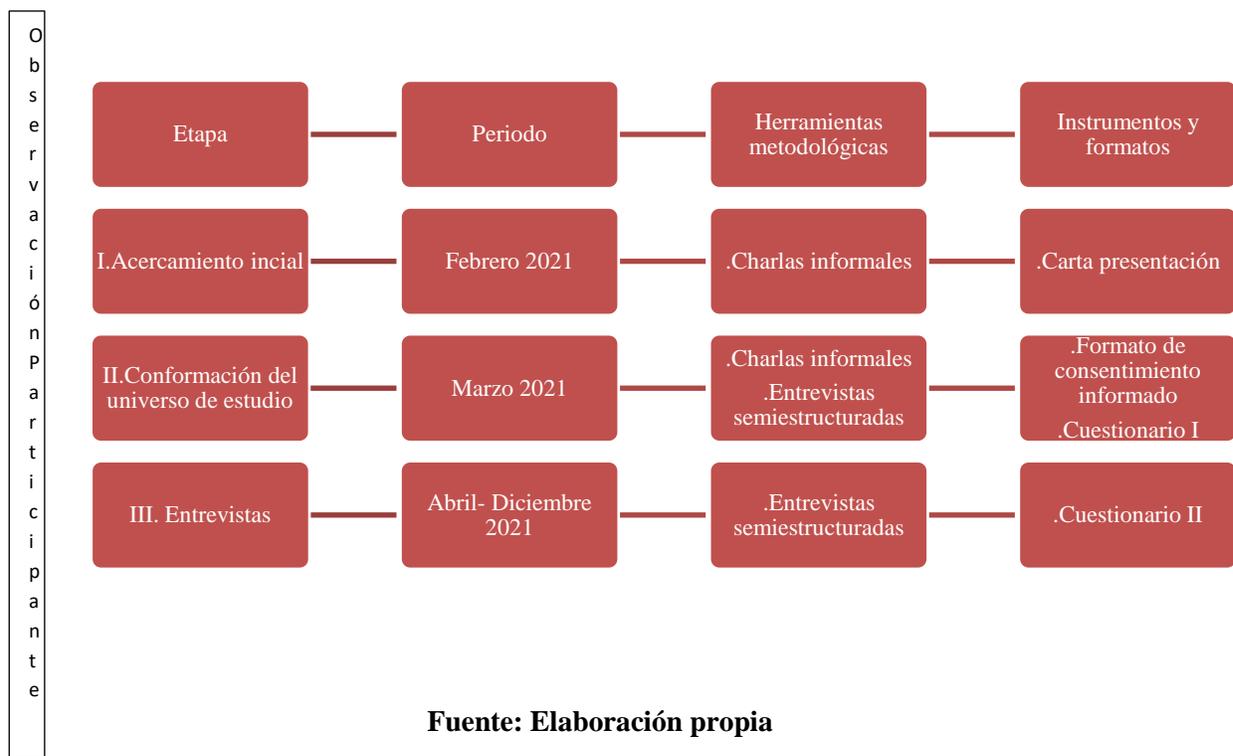
El trabajo de campo lo llevé a cabo en tres etapas, en la primera hice el acercamiento inicial a la comunidad, familiarizándome con el entorno y con sus dinámicas, además me presenté con algunas personas claves que me refirieron a mis informantes, las porteras etnográficas fueron la médica y enfermera encargada del centro de salud, la dueña de la única tienda- internet de la comunidad, algunas mujeres que conocía con anterioridad, y el presidente municipal.

Con sus recomendaciones y la de las mujeres que iba entrevistando logré aplicar una breve entrevista a 34 mujeres que cumplían únicamente con dos criterios, tener de 18 a 50 años y haber tenido una experiencia de parto reciente (máximo tres años atrás al momento de la entrevista).

Después de estas entrevistas, definí mi primer universo de estudio y me lancé al campo. A continuación, muestro un esquema en donde relaciono las etapas y sus tiempos, además de las herramientas metodológicas que utilicé junto con los instrumentos.

Esquema. Cronograma de trabajo de campo

Esquema 5. Cronograma de trabajo de campo



En el trabajo de campo conté con el apoyo de una grabadora de voz, guiones impresos, celular para tomar fotografías, así como de mi diario de campo.

3.5 Primer sondeo. Entrevistas a 34 mujeres. Resultados

En este apartado presentaré los resultados del primer sondeo de 34 entrevistas que llevé a cabo entre el primero y el doce de marzo de 2021. La mayoría de las entrevistas, 23, fueron hechas en

el domicilio de las mujeres y las restantes en domicilios de sus parientes (suegros, cuñadas y padres). Asimismo, algunas las realicé en casa de sus amigas o vecinas, así como en espacios al aire libre cercanos a su casa. A una de ellas la entrevisté en su trabajo (tienda) y a otra en el domicilio de mi madre. Cabe destacar que todas las mujeres manifestaron su disposición por volver a tener una entrevista más larga en meses futuros.

Al analizar las entrevistas pude tener un perfil más o menos claro de las mujeres que entrevisté, el cual dividí según los siguientes ítems: datos sociodemográficos, aspectos económicos, bienes, historia reproductiva y percepción de su último parto.

a) Datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos arrojaron que son mujeres de entre 19 y 39 años, que en su mayoría son amas de casa, que su familia se dedica al campo, que se encuentran viviendo en unión libre, que son católicas, hablan español y algunas según el criterio de autoadscripción se reconocen como indígenas.

- Edad: mujeres entre 19 y 39 años con un promedio de edad de 27 años.
- Ocupación: 28 amas de casa, dos amas de casa y campesinas, dos son amas de casa y atienden una tienda, una trabaja en una cocina y una es ama de casa y corta el cabello.
- Ocupación de su familia: El 80% de las familias de las mujeres se dedican al campo, quienes no se dedican al campo se dedican a la cría de truchas (3 familias), a la maderería (1 familia), la herrería (1 familia) y a cortar leña y venderla (2 familias).
- Escolaridad: 16 mujeres (47%) cuentan con bachillerato terminado, 10 cuentan con secundaria terminada (29%), dos con bachillerato trunco (6%), dos con primaria completa (6%), una con carrera trunca en administración (3%) y dos con primaria trunca (6%) y una con secundaria trunca (3%).
- Estado civil: 23 mujeres viven en unión libre (68%), cuatro son solteras (12%) y siete (20%) estaban casadas ya sea por el civil, por la iglesia o por ambas.
- Religión: 33 se asumen como mujeres católicas y una refirió que no pertenece a ninguna religión.
- Lugar de origen: 20 mujeres (59%) son mujeres que nacieron y han vivido toda su vida en Teopancingo, seis mujeres (18%) llevan entre ocho y 16 años viviendo en Teopancingo y ocho mujeres (23%) llevan menos de ocho años viviendo en

Teopancingo y provienen de comunidades cercanas a Teopancingo, solo una de ellas nació y creció en Yucatán.

- Idioma: El 88.2 (30 mujeres reportaron solo hablar español), el 3% (una mujer) reportó hablar maya, y el 8.8 % (tres mujeres) hablaban español y también náhuatl.
- Etnicidad: Utilizando el criterio de la autoadscripción, el 44.1 % (15 mujeres) no se reconocen como mujeres indígenas, el 14.7% (siete mujeres) se reconoce como mujeres indígenas y el 41.1 % (14 mujeres) no tienen claro qué significa ser indígena y por ende no saben si lo son o no lo son. Es importante mencionar que lo indígena lo asociaron con pobreza, hablar otra lengua, ser de pueblo, vestimenta tradicional, no tener educación entre otras concepciones.
- Migración: El 35.3% de las mujeres (12 mujeres) no tienen familiares en otra comunidad, país, o estado. El 64.7% de las mujeres (22 mujeres) mencionaron que tenían familiares en otra ciudad (tres mujeres), familiares en otro estado (13 mujeres), en otro país (tres mujeres), y en otro país y otro estado (tres mujeres).
- S: El 100% de las mujeres contaban con protección a la salud por el seguro popular.

b) Aspectos económicos

Sobre los aspectos económicos destaca que las mujeres viven con un ingreso familiar entre los mil a cinco mil pesos mensuales, que cuentan con apoyos gubernamentales como becas y que los materiales de sus viviendas son de cemento, madera y lámina, de las cuales, la mitad de ellas son prestadas por algún familiar.

- Ingreso familiar: el ingreso familiar de las mujeres fue de los 900 a los 5200 distribuidos entre ellas de la siguiente manera: El 38.10% (13 mujeres) gana entre 4000 y 5200 pesos, el 36% (12 mujeres) gana entre 2500 y 3600 pesos, el 23.40% (ocho mujeres) gana entre 900 y 2000 pesos. Cabe destacar que una mujer que representa el 2.9% del total reportó que ella no posee un sueldo y sus tíos asumen completamente sus gastos.
- Apoyo gubernamental: El 70.5 % (24 mujeres) no reciben ningún tipo de apoyo gubernamental, el 17.7% (seis mujeres) recibe la beca Benito Juárez, el 5.9% (dos mujeres) reciben la beca de madres trabajadoras y el 5.9 % (dos mujeres) reciben sus

esposos la beca de jóvenes construyendo el futuro.²⁶

- Familia con quien viven: Tomando en cuenta el criterio de separación por cocina o fogón, es decir, si comparten o no fogón con otros familiares (así vivan en el mismo terreno) encontré que el 47% (16 mujeres) solo vive con su esposo e hijos, el 29.3% (10 mujeres) vive con su esposo, sus suegros y sus cuñados, el 17.50% (seis mujeres) viven con sus padres y sus hermanos y el 5.8% (dos mujeres) refieren vivir con sus tíos y su patrona.
- Tipo de vivienda: El 41.2% de las mujeres (14) vive en una vivienda prestada por sus suegros, el 26.5% (nueve mujeres) habitan una vivienda prestada por sus padres, el 23.5% (ocho mujeres) vive en una vivienda propia y el 7.9 (tres mujeres) viven en alguna vivienda prestada por otros familiares.
- Material de la vivienda: El 38.2% de las mujeres (13) viven en una vivienda de cemento y loza, el 23.5 % de las mujeres (ocho) viven en una casa que combina cemento con otros materiales como lámina y madera y el 38.3% (13) su casa combina materiales de madera, cartón y lámina.
- Focos: Las viviendas de las mujeres tienen entre dos y 12 focos, el 47.1% (16 mujeres) tienen entre dos y cuatro focos, el 41. 2% (14 mujeres) tienen entre cinco y ocho focos, y el 11.7% (cuatro mujeres) tienen entre 9 y 12 focos.
- Número de cuartos: Incluyendo cocina, el 58.8% (20 mujeres) tienen de uno a tres cuartos y el 41.2% (14 mujeres) tienen de cuatro y seis cuartos.
- Luz: Todas las mujeres cuentan con luz adentro de su casa, 32 de las 34 mujeres cuentan con luz afuera de su casa.
- Agua entubada: El 58.8% de las mujeres (20) no tiene agua entubada dentro de su casa, el 41.2% (14 mujeres) sí cuenta con agua entubada dentro de su casa. El 9.2% (31) cuentan con agua afuera de su casa y el 8.8 % (tres) no cuenta con agua afuera de su casa.

²⁶ La beca Benito Juárez otorga un monto mensual de \$800 a estudiantes de nivel medio superior. La beca madres trabajadoras otorga \$1600 bimestrales por cada hijo de entre 1 a 4 años. El Programa Jóvenes Construyendo el Futuro otorga \$4310 mensuales por un año a jóvenes inscritos.

c) Bienes

Las mujeres en su mayoría cuentan con refrigerador, estufa tipo brasero, televisor y celular. Solo la mitad cuenta con algún vehículo de tipo familiar.

- Refrigerador: 27 (79.4%) de las 34 mujeres cuentan con un refrigerador y el 20.6% (7) no tienen un refrigerador.
- Cocina: El 64.7 % de las mujeres (22) tienen una estufa tipo brasero, el 32.4 % de las mujeres (11) cuentan con estufa de gas y además con un brasero, y una (2.9%) refirió usar un bote para cocinar.
- Televisor: El 91.2% de las mujeres (31) tienen televisor y el 8.8 % (tres) no cuentan con televisor.
- Celular: El 82.4% (28) de las mujeres cuentan con un celular, y el 17.6% (seis) de las mujeres no cuentan con celular.
- Vehículo: El 41.1% (14) tenían camioneta o carro, el 35.3% (12) no tenían ni camioneta ni carro. El 11.8% (cuatro) tenían moto y el 11.8% (cuatro) reportaron tener en la vivienda carro o moto, pero no para su uso particular.
- Animales: solo tres de las 34 mujeres no tenían ningún tipo de animal en su casa, las demás reportaron tener borregos, caballos, puercos, chivas, pollos, conejos, vacas, pavos, perros y gatos.

d) Historia reproductiva

Las mujeres han tenido en su mayoría dos gestas, de las cuales una gran parte han sido partos por cesáreas. Un poco menos de la mitad atendió su última gesta en una clínica privada. Han tenido cuidados prenatales en clínicas de salud y también han combinado modelos de atención tradicionales. La mayoría descansa después del parto (cuarentena).

- Número de gestas: El 23.5% (ocho) han tenido una gesta, el 23.5 % (ocho) han tenido dos gestas, el 44.1% (15) han tenido tres gestas, el 5.9% (dos) han tenido cuatro gestas y solo el 2.9% (una) ha tenido cinco gestas.
- Tiempo de última gesta: Las mujeres habían parido entre ocho días a tres años y diez meses con respecto a la fecha de la entrevista.

- Tipo de parto en última gesta: El 64.7% (22) tuvieron una cesárea como último parto, el 35.3% (12) tuvieron un parto vaginal.
- Motivos de cesárea: cuatro de ellas señalaron que tuvieron cesáreas porque ya habían tenido cesáreas anteriores, tres de ellas dijeron que se les había pasado el parto, tres no tuvieron contracciones. Algunos otros motivos fueron porque el bebé era muy grande, padecieron congestión pélvica, ellas padecían epilepsia, dificultad del hijo para respirar, no abrió el cuello de la matriz, se rompió la fuente porque no la atendieron, tuvo placenta previa, preeclampsia o aprovechó para hacerse la operación para no tener hijos.
- Tipo de clínica de último parto: El 35.3% (12 mujeres) parieron en una clínica particular, el 61.8% (21) parieron en clínicas públicas y 2.9% (una) parió en una camioneta.
- Sitio de parto: 11 de las mujeres que parieron en clínicas particulares lo hicieron en Huauchinango en la clínica Marven y una en la clínica Sinaí. De las 21 mujeres que parieron en clínica pública, 15 fueron en el hospital general de Huauchinango, cuatro en el hospital general de Zacatlán, y dos en otros hospitales públicos.
- Consultas prenatales en su último embarazo: El 29.4% de las mujeres (10) asistieron de entre tres a cinco consultas, el 35.3% de las mujeres (12) tuvieron entre seis y ocho consultas, el 20.6% (siete) tuvieron entre nueve y 10 consultas, el 5.9% (dos) no asistieron a consultas prenatales y el 8.8% (tres mujeres) fueron datos no recabados por la investigadora.
- Cuidados en el último embarazo: El 18% de las mujeres (seis) estuvieron en cama porque reportaron tener un embarazo de alto riesgo, el 29.5% (10) hicieron su vida normal si acaso con algunos cuidados como comer más balanceado, cumplir antojos y no cargar cosas tan pesadas. El 52.5% (18 mujeres) reportaron seguir algunos cuidados como los que mencionaré a continuación: tratar de satisfacer los antojos, no cargar pesado ni hacer trabajos pesados como cortar leña, comer más balanceado, tomar ácido fólico y vitaminas, ir a las citas médicas y hacer ejercicio.
- Atención durante el embarazo (mitos y costumbres): el 23.5% (ocho mujeres) no tuvieron ningún tipo de cuidado y el 76.5% se protegieron portando seguros en cruz en su blusa, sobre todo ante un eclipse o un arcoíris. Asimismo, fueron comunes los relatos de mujeres que, en caso de no poder cumplir los antojos propios del embarazo, tenían

que hacer una cruz de sal en un plato y comerla o hervir alguna pieza de oro y tomarse el agua.

Otras mujeres ponían tijeras debajo de su cama para protegerse durante el embarazo y posterior para que al recién nacido no se lo llevara la bruja. Algunas refirieron que durante el embarazo no podían agarrar agua fría, cruzar el río o lavar por la tarde pues el bebé se podría convertir en delfín, pescado o sirena. No podían dejar el comal vacío por la tarde y prendido pues eso acarrearía un parto seco, doloroso y lento. Asimismo, existieron referencias acerca de que no era conveniente ver cómo se hacía la manteca o el chicharrón pues el bebé podría salir con labio leporino o no ver animales en la televisión pues el bebé podría convertirse en ese animal (el animal visto en la televisión).

- Duración de la cuarentena: el 50% de las mujeres (17) tuvo una cuarentena que duró 40 días, el 23.5% (ocho) duró 30 días, el 11.8% (cuatro) duró 15 días, el 8.7% (tres) no tuvo cuarentena, dos de ellas (6%) se encuentran en la cuarentena.
- Cuidados durante la cuarentena: De las 31 de 34 mujeres que tuvieron cuarentena los cuidados más comunes fueron los siguientes: tomar medicamentos indicados por los médicos, ser bañadas en una tina con hierbas calientes, estar en cama, comer caldo de gallina, tostadas y no irritantes, no agarrar agua fría y no ver televisión, no peinarse (porque se les podría caer el cabello) y no coser (porque se les arruinaría los dedos).
- Cuidadores durante la cuarentena: A 12 de las mujeres (35.3%) las cuidó su madre, a cuatro de las mujeres (12%) las cuidó su suegra, a cinco (14.7%) las cuidó su suegra y madre, a 8.7% (tres) las cuidó su madre y otro familiar, a cuatro mujeres (11.7%) las cuidó su suegra y otro familiar y a seis (17.6%) las cuidó su madre, suegra y además su esposo.
- Uso de residuos placentarios: Tomando en cuenta su último parto el 35.3% de las mujeres (13) tienen guardado el cordón umbilical o enterrado en alguna maceta, el 64.7 % restante (21) no guardaron el ombligo o en el caso de dos de ellas, aún no se les ha caído.

e) *Percepción de la atención en su último parto*

De las 34 mujeres 27 dijeron haber percibido una atención positiva.

- **Calificación sobre la atención:** Se les pidió a las mujeres que calificaran del uno al diez la atención que recibieron en su última experiencia de parto y los resultados fueron los siguientes: del uno al cuatro lo calificaron el 8.8% de las mujeres (tres), del cinco al siete lo calificaron el 11.8% de las mujeres (cuatro) y del ocho al diez lo calificaron el 79.4% de las mujeres (27). Las razones para la percepción de esta atención las dividí entre razones positivas y negativas, positivas: amabilidad, atención constante, presencia de especialistas como pediatra y anestesiólogo. Negativas: Hubo espera, no hubo personal médico, hubo costo, existieron gritos o agresiones físicas, las lastimaron a ellas y a sus bebés.

3.6 Selección del universo de estudio

Con base en los resultados presentados anteriormente y con la información estadística del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), perteneciente a la Dirección General de Información en Salud del Gobierno de México, en donde encontré múltiples datos estadísticos sobre las mujeres que parieron en el estado (Puebla) y el municipio (Huauchinango), así como con la revisión del Portal Electrónico Oficial del Estado de Puebla y el Censo de Población y Vivienda, llevado a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020) para localizar información sobre Teopancingo hice un panorama sociodemográfico que me ayudó a conformar mi universo de estudio.

Mi muestra estaba compuesta por doce mujeres que hubieran tenido por lo menos un parto ya sea vaginal o cesárea durante los últimos tres años (tomando en cuenta que fuera una narración sobre experiencias recientes) y que hubieran parido en el Hospital Regional de Huauchinango (parto hospitalario). En el caso de las mujeres que hubieran tenido uno o más hijos, tomaría en cuenta la experiencia más reciente. Además, tendrían que haber calificado su parto del uno al siete y haber expresado en algún momento sentirse incómodas, agredidas, a disgusto, enojadas, mal atendidas, entre otros **sinónimos. Sin duda era patente mi necesidad de “encontrar la violencia”**,

Mi criterio de comparación dentro del universo de estudio sería la condición étnica y la edad, ya que como habían reflejado las estadísticas, otras características como la escolaridad, la clase social y el estado civil tendían a compartirse entre la población. La condición étnica me permitiría tener un criterio de comparación útil para saber si el asumirse como indígenas repercutía o no y de qué manera en la forma en la que narraban su experiencia sobre la atención en el parto, y en cómo significaban las prácticas incómodas, violentas (o como sea que las nombraran). La edad sería un criterio de comparación interesante pues si bien de ninguna manera se trataba de un estudio intergeneracional, quería explorar la diferencia entre mujeres de diferentes edades.

3.6.1 El campo habló, conformación del universo de estudio

Al llegar a Teopancingo y al hacer tres entrevistas semiestructuradas a profundidad y pensar analíticamente mis resultados me di cuenta de que **la conformación de mi muestra no funcionaba pues sesgaba mucho a las experiencias** y el criterio en el que me basaba, una calificación a la atención en una entrevista de quince minutos, no era suficiente para dar cuenta de las experiencias distintas, además me encontré **con el hecho de que una gran parte de las mujeres se había atendido en clínicas particulares, y que el criterio de autoadscripción indígena realmente no era relevante para mi investigación por lo cual tomé varias decisiones metodológicas**. La primera, **hacer veinte entrevistas²⁷, la segunda, abrir mi universo de estudio a mujeres que hubieran parido en hospitales privados y públicos y que no necesariamente calificaran su atención como negativa**. El resultado fue exquisito y me permitió tener una muestra conformada de la siguiente manera:

²⁷ Siguiendo la recomendación de Sampieri (2014) sobre que una muestra cualitativa de tipo fenomenológica cuyas preguntas de investigación se orienten a conocer cómo experimentan cierto fenómeno o proceso los grupos de individuos, estaría completa con diez casos, tomé la decisión de doblar los casos y seleccionar a 20 mujeres.

Tabla 13. Universo de estudio. Características

- 1) Edad: 21 a 39 años (seis de ellas entre los 29 y 30 años).
- 2) Número de gestas: entre una y cinco (doce de ellas tenían tres gestas).
- 3) Fecha de último parto: menos de cuatro años al momento de la entrevista.
- 4) Tipo de unidad de parto: doce parieron en un hospital público y ocho en una institución privada.
- 5) Tipo de parto: trece parieron por cesárea y siete por parto vaginal.
- 6) Ocupación: dieciocho amas de casa, una de ellas ama de casa y cortadora de cabello y otra empleada de una cocina.
- 7) Estado civil: cinco casadas, una soltera y catorce viviendo en unión libre.
- 8) Ingresos mensuales: de \$900 a \$5200 mensuales.
- 9) Escolaridad: seis con secundaria terminada, doce con bachillerato terminado y dos con carreras universitarias truncas.

Fuente: Elaboración propia

Para finalizar este apartado me gustaría clarificar que mi muestra **es de tipo no probabilística** pues como señalan Hernández y Baptista (2014) cumple con ciertas características: 1) la elección de los elementos depende de las características de la investigación y no de la probabilidad, 2) no busca generalizar los hallazgos ni que sean representativos estadísticamente y tiende al análisis profundo de cada caso y 3) es flexible a la reformulación. **Específicamente se trata de una muestra no probabilística de cadena o bola de nieve en donde** gracias a las porteras etnográficas identifiqué a colaboradoras claves, y a éstas a su vez les pregunté si conocían a alguien a quien le gustaría participar en mi investigación.

3.7 Codificar veinte entrevistas sobre la experiencia en la atención del parto y puerperio

Para analizar mis entrevistas seguí el proceso de codificación de la teoría fundamentada, como lo describí en el capítulo metodológico. En primera instancia hice una codificación abierta en la cual

generé hasta 93 códigos por cada entrevista. En ellas me di la oportunidad de explorar lo que decían los relatos. Solo con fines ilustrativos de esta primera etapa de codificación muestro a continuación los códigos abiertos que generé para la entrevista de Lupita:

Tabla 4. Códigos abiertos. Entrevista de Lupita.

NO ALZAR COSAS PESADAS	YA NO QUISE IR A HUAUCHINANGO	LA LIMPIEZA ES DOLOROSA	LA HICIERON FIRMAR A MI MAMÁ
HACER MENOS QUEHACER	EXPERIENCIA PASADA TRAUMÁTICA	EMOCIÓN DE QUE NO NACÍ MUERTO	EL PARTO NORMAL LE HACE BIEN A LOS NIÑOS
CATORCE CONSULTAS PRENATALES	SE SUBÍAN EN MÍ	QUEDAR ADOLORIDA DE ALLÍ	YA NO SERVÍAN LAS CAMAS
CONSULTA CADA 8 DÍAS	ME ECHABAN AGUA EN LA CARA	PASABA EL GINECÓLOGO Y EL PEDIATRA	PARTO IDEAL ES LA CESÁREA
CHILLONA EN EL EMBARAZO	SANGRE COMO AVISO	VASECTOMÍA	PARTO IDEAL MÁS MEDICAMENTO
MIEDO AL DOLOR	TACTOS DOLOROSOS	OPERARSE	MALTRATAN PORQUE HAY MUCHA GENTE
PRIMER PARTO VAGINAL	TUVE COMPAÑÍA	ANESTESIÓLOGA AMABLE	NO RECLAMAR, DAR GRACIAS A DIOS
PREOCUPACIÓN NIÑA NACIERA MALITA	TUVE SUERO	COSIDA MUY MAL, OPERACIÓN	NO HABÍA RECURSOS PARA PARTICULAR
SENTIR QUE SE MUEVE DA ALEGRÍA	ME REVISARON	EN PRIMER PARTO NO HABÍA AGUA	POSITIVO A CADA RATO ME EXPLICABAN
QUERER CESÁREA	ME CONECTARON PARA CHECAR EL BEBÉ	BUSCAR DESPACIO LA VENA	OBEDIENCIA EN AMBOS HOSPITALES
NO QUERER SENTIR DOLORES	MEDICINA PARA AVANZAR LAS CONTRACCIONES	NO REGAÑAR	NO TENEMOS LA COSTUMBRE DE LAS PARTERAS
ESTABA PROGRAMADO PARA NORMAL	CESÁREA VAGINAL	MI MAMÁ RECLAMÓ PRIMER PARTO	TÉ DE CHOCOLATE PARA QUE DEN RÁPIDO LOS DOLORES
ACÁ NO HAY PSICÓLOGA	DOLOR ES VIOLENTO	DAR A LUZ ES ALEGRÍA	VIOLENCIA, INSULTOS, GOLPES, REGAÑO
PROPUESTAS PARA MEJORAR	TODO EL TIEMPO ES PARA MIS HIJOS	QUITARME PAN DE LA BOCA	EN LA NOCHE HAY MENOR PERSONAL

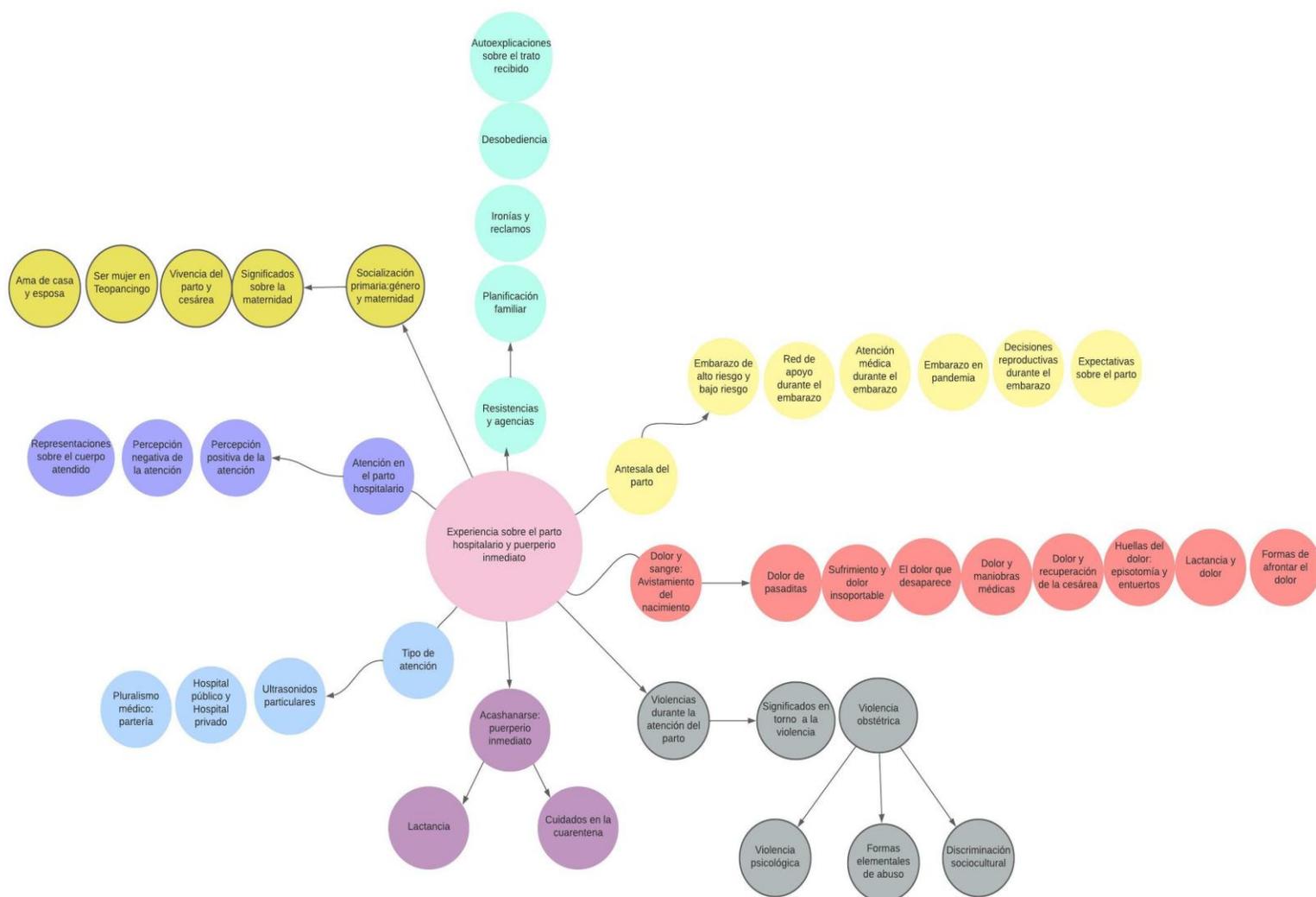
Fuente: Elaboración propia.

En la segunda etapa, codificación axial, construí categorías analíticas, con base en los códigos abiertos de mis veinte entrevistas y mis preguntas de investigación. Esto me permitió identificar como **mi categoría central a la experiencia de atención** del parto hospitalario y puerperio inmediato, y como categorías axiales, las siguientes:

1. **Antesala del parto:** embarazo de alto riesgo y bajo riesgo, red de apoyo durante el embarazo, atención médica durante el embarazo, embarazo en pandemia, decisiones reproductivas durante el embarazo, expectativas sobre el parto.
2. **Dolor y sangre, avistamiento del nacimiento:** dolor de pasaditas, sufrimiento y dolor insoportable, el dolor que desaparece, dolor y maniobras médicas, dolor y recuperación de la cesárea, huellas del dolor, episiotomía y entuertos, lactancia y dolor, formas de afrontar el dolor.
3. **Tipo de atención:** ultrasonidos particulares, hospital público y hospital privado, pluralismo médico: partería.
4. **Atención en el parto hospitalario:** percepción positiva de la atención, percepción negativa de la atención, representaciones sobre el cuerpo atendido.
5. **Resistencias y agencias:** planificación familiar, ironías y reclamos, desobediencia, auto explicaciones sobre el trato recibido.
6. **Acashanarse (enfermarse), puerperio inmediato:** lactancia, cuidados en la cuarentena.

7. **Violencias durante la atención del parto:** significados en torno a la violencia, violencia obstétrica (violencia psicológica, formas elementales de abuso, discriminación sociocultural).
8. **Socialización primaria: género y maternidad:** significados sobre la maternidad, vivencia del parto y la cesárea, ser mujer en Teopancingo, ama de casa y esposa.

Cuadro sinóptico 1. Codificación axial.



Fuente: Elaboración propia con base en la codificación abierta de las veinte entrevistas.

En la tercera y última etapa de codificación, contrasté las categorías que muestro en el cuadro sinóptico uno con la pregunta de investigación inicial ¿Cómo son las experiencias sobre la atención del parto y puerperio de un grupo de mujeres de Teopancingo?, y además las leí desde los conceptos propuestos en el marco teórico, resaltando por ejemplo que algunos conceptos como el dolor y otros salieron a relucir de forma muy explícita y otras como la etnia y la etnicidad se desdibujaron. Asimismo, categorías no tomadas en cuenta como la agencia resultaron necesarias para leer los hallazgos. En este último nivel de abstracción la matriz analítica elaborada me permitió clarificar las líneas que cruzaron la experiencia de atención.

3.8 ¿Y yo que gano si me entrevistas? Trabajo de campo con COVID, sin internet y en medio del bosque. Dificultades y retos

Mi primera etapa de trabajo de campo fue fácil en el sentido de que las entrevistas duraron quince minutos y el conocer a las mujeres pareció darse de forma natural, algunas me referían a otras y por lo regular todas estaban dispuestas a platicar. En mi segunda estancia de campo hubieron varios retos que enfrentar, el primero era que en medio de una pandemia mundial y a pesar de que en Teopancingo no se habían registrado todavía casos comprobados de esta enfermedad (SARS COVID II), hacer trabajo de campo no era fácil, todo el tiempo, o a veces, en mi caso, estaba pensando en si me podía contagiar, si podía contagiar a los demás, si era prudente entrar a las casas de las mujeres y aceptar comida o llevar comida, y una fila de etcéteras (a pesar de haber guardado cuarentena, tener pruebas COVID negativas y demás), y es que el miedo no se lleva bien con la lógica racional, no en mi caso. Con todo y el COVID las entrevistas se llevaron a cabo, y hasta donde sé ni me contagié ni contagié a nadie, y claro, estuve cerca, muchas veces sin la tan recomendada sana distancia, a veces sin el cubrebocas “pues pensaba que me veía rara ya que nadie lo usaba” y bueno, en medio de algo que deberíamos clarificar luego quienes hicimos trabajo de campo como “clandestino”.

El segundo reto sin duda fue contactar a las mujeres pues aunque tenía todos los teléfonos de las treinta y cuatro mujeres, además de una idea no tan clara de en dónde las había entrevistado hacía cuatro meses antes (en Teopancingo no hay traza urbana, el bosque parece cambiar de un día para el otro y no tenía un esquema de ubicación o croquis dibujado, y trataba de solucionarlo pensando: “Lupita vive al lado del monte o Sofía es vecina de Denisse y así”, además de que no había perdido contacto con ellas vía WhatsApp) fue difícil localizarlas.

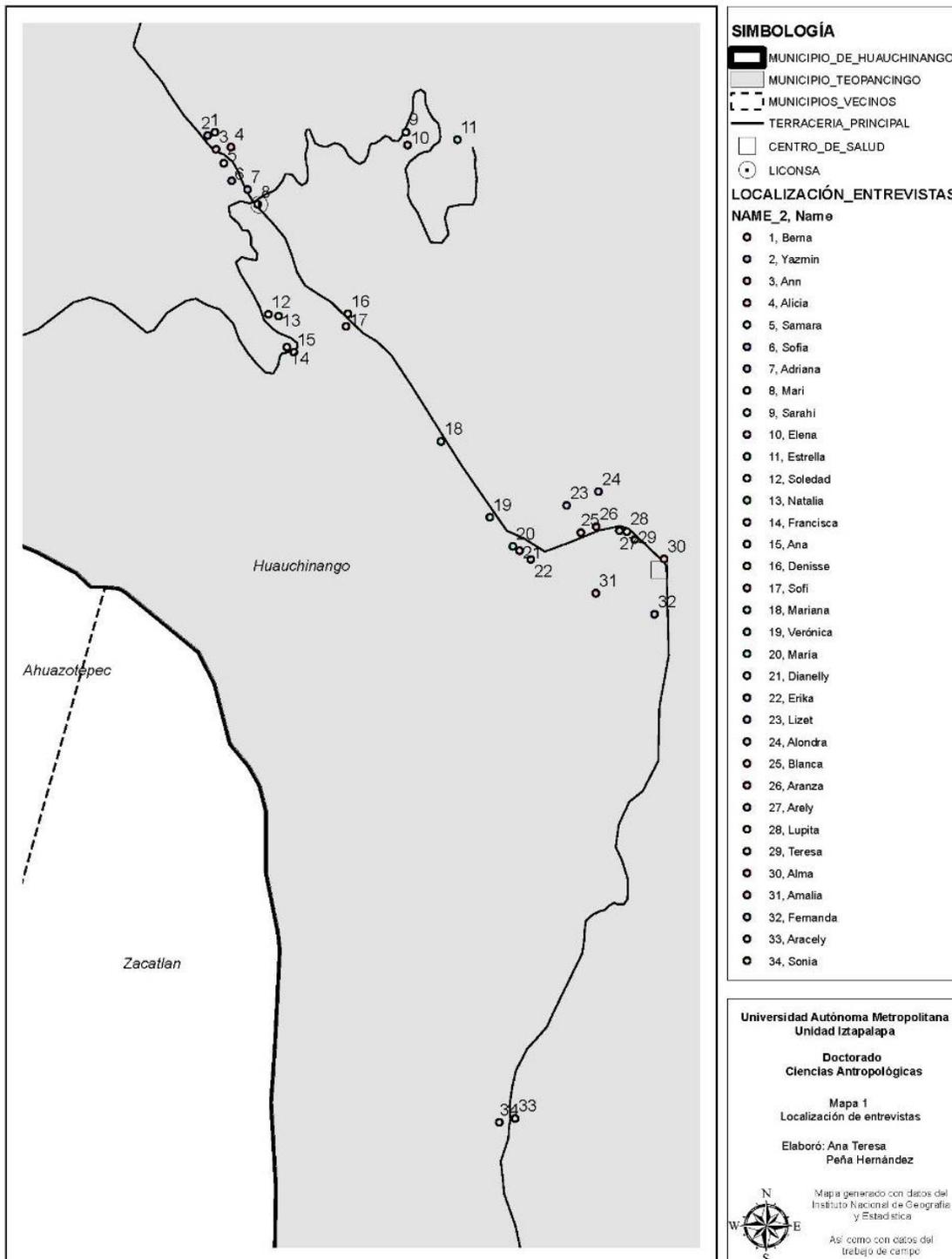
Es necesario mencionar que durante las entrevistas todas las mujeres mostraron interés por volver a platicar conmigo, sin embargo al comenzar a contactarlas (ya sin una idea clara de a quiénes contactaría, y más bien con la consigna de dejar que el trabajo de campo me fuera guiando para seguir construyendo la figura final) fue cuando la mayoría emprendieron la huida, nunca contestaban el teléfono, me dejaban “en visto” en WhatsApp, o me decían que ellas me avisaban cuando tuvieran tiempo, allí fue cuando entendí que en Teopancingo no se pueden hacer citas, la lógica de ese lugar no funciona así ¿pero cómo funciona me pregunté? Y bueno, la manera de volver a contactarlas y convencerlas fue yendo a su casa a saludarlas, a convivir con ellas y preguntándoles cuándo podría volver a verlas para platicar, debo decir también que les dije que yo llevaría el refresquito y las papas para poder charlar a gusto. Llevaba también obsequios para ellas, pero no se los mencioné pues no quería condicionar su participación, se trataba de regalos simbólicos pero lindos, una canastita con una esponja de baño, una crema y un gel de baño.

Es interesante mencionar lo que me preguntó Alondra cuando le expliqué que quería platicar con ella ¿Y yo qué gano con tu entrevista? Me dijo. Lejos de molestar me o sorprenderme me pareció una pregunta totalmente honesta, misma que algunas me hacían pero no de manera tan directa, traté de explicarle la importancia de la investigación, la cuestión del anonimato, mis intenciones sin fines de lucro y académicas, y a ella sí le comenté que llevaría además de las botanas un regalito, con todo y ello me dijo que ella no ganaba nada y me pidió doscientos pesos, mismos que estuve tentada a darle pues me parecía una retribución honesta por su tiempo, sin embargo decidí centrarme en otras mujeres pensando que no quería pagar por una entrevista en donde probablemente ella me diría lo que yo quería escuchar.

Así fue como logré hacer veinte entrevistas que requirieron hasta cuatro visitas anteriores para poder concertar la cita, a veces no se lograba porque llegaba una visita sorpresa a su casa que había que atender, otras porque se habían ocupado de repente, sus bebés se habían despertado, tenían emergencias familiares y no se encontraban en su casa, otras más “porque lo estaban pensando o le iban a decir a su esposo”, por lo cual siempre había que volver a explicar de qué se trataba, de dónde venía y cuáles eran mis intenciones. Cabe destacar que algunas mujeres parecían que disfrutaban el que las visitara y platicara con ellas, yo también lo disfrutaba mucho, pero me apremiaba el tiempo, el COVID rondaba y los días en Teopa resultaban muy cortos, a las cinco de la tarde bajaba la neblina, casi siempre llovía y las distancias eran largas, así que también todo ello resultó un desafío. Las distancias entre las casas de las mujeres a las que entrevisté a veces no eran

cortas, algunas imposibles de recorrer para una ciudadana sin tanta condición como yo. Para finalizar este apartado muestro un mapa en donde ubico dentro de Teopancingo los puntos en donde llevé a cabo las 34 entrevistas cortas.

Mapa 1. Localización de entrevistas



Fuente: Elaboración propia

Capítulo 4. Parir en Teopancingo: tierra de manzanas y neblina

4.1 Trabajo de campo a prueba de bosque. Palabras introductorias

Antes de comenzar con este capítulo voy a iniciar relatando una anécdota de mi estancia en Teopancingo que no tiene directamente que ver con la investigación pero que refleja las condiciones en las que se vive en este lugar.

Después de entrevistar por primera vez a Ana en su casa, le pedí que me orientara por dónde vivía Natalia, ya que es su cuñada y yo sabía que ellas vivían muy cerca. Ana me dio algunas indicaciones, entre ellas me explicó que tenía *que irme por el camino de atrás allí en la vuelta donde no parecía haber camino, pero sí era una subida*, entonces, yo partí confiada de haber entendido las instrucciones y abordé mi auto, un carro pequeño, un matiz verde que cada que va a Teopancingo “sufre mucho” pues de ninguna manera es funcional para un terreno boscoso y de terracería.

Ya en camino di la vuelta en donde ella me indicó y simplemente perdí el control del auto, las llantas se patinaron en el lodo y de repente el carro caía, no sé cómo describirlo, la casa de Ana está en la parte alta del bosque y por abajo pasa la carretera. Todo pasó en cámara lenta, pero supe que sería un accidente grave o mortal pues el carro se iba cayendo; en ese momento lo único en lo que pensé fue salirme del carro y que “se fuera solo, sin mí”, al abrir la puerta para salir del carro, puse el freno de mano y lo apagué, y el carro se detuvo, se quedó atorado antes de caerse al precipicio.

De lejos me observaba la hija de Ana, quien iba y venía en su bicicleta solo viéndome, mientras por dentro yo pensaba ¡Niña grita o háblale a alguien!, repito, todo eso pasó en cuestión de segundos o minutos. Cuando caí en cuenta de que el carro estaba detenido y yo viva, respiré profundo e intenté evaluar cómo sacarlo. No recuerdo exactamente las maniobras que hice, pero el carro salió, Natalia después me dijo *es que es tan ligerito que yo creo lo cargaste*, no sé qué pasó, pero ambos sobrevivimos, sin lesiones graves.

Decidí bajar entonces, por el camino que yo conocía y me recuerdo temblando de miedo y mandando mensajes de voz a mis amigas Samantha y Coral contándoles que

estuve a punto de morir, al menos así lo sentí.

Me iba a regresar a la casa de mi mamá a “curarme del susto”, pero no sé si la responsabilidad o simplemente el querer tener la entrevista con Natalia me hizo irme a su casa, dejé el carro a pie de carretera y me subí al monte caminando. Recuerdo que llegué súper pálida, “color blanco fantasma” y les conté todavía temblando lo que me había sucedido. Literal, la madre de Natalia me dio un bolillo para el susto y luego me invitó a comer tacos de queso y de longaniza, además de un vaso de refresco con azúcar para mi palidez. Mientras comíamos ellas me decían que me había equivocado de camino y *que, en ese pedazo, los carros e incluso un camión de coca cola, siempre se volteaban*. Luego, más calmada, entrevisté a Natalia y al acabar la entrevista, ella le pidió a su hija mayor que me acompañara a mi auto para no equivocarme nuevamente de camino. En fin, ya narrada esta anécdota me gustaría comenzar con este capítulo cuyo objetivo es narrar cómo es Teopancingo y quiénes son las mujeres a las que entrevisté.



Grupo 1 de imágenes. Trabajo de campo a prueba de bosque.

4.2 Teopancingo, en donde siempre llueve. Vida cotidiana

4.2.1 Se levanta uno con el sol, y se acuesta con la tarde

Cuando platicaba con Socorro, ella me comentaba que estando embarazada una de sus grandes preocupaciones era caerse ya que en Teopancingo *llueve mucho y siempre está húmedo*, y tiene razón, en mi estancia de trabajo de campo una limitante siempre fue la lluvia, cuando llueve, lo cual sucede por lo menos dos veces a la semana, las actividades fuera de la casa se estacionan, por decirlo de alguna manera. Observé que las personas sacaban a sus animales (sus vacas, sus borregas y sus chivas) a pastar, pero no trabajaban el campo ni cortaban madera cuando estaba lloviendo, la razón es porque la madera se “hace frágil”, es decir se hincha con el agua.

La lluvia hace que el clima que de por sí es frío, se vuelva helado, y además el suelo de bosque, de tierra, es totalmente resbaladizo. Mención aparte merece describir lo que sucede cuando uno se trata de trasladar en auto, eso es realmente imposible, en más de una ocasión me quedé atascada en el lodo y solo pude salir cuando me empujó la camioneta del esposo de Elena. Esta es una de las razones por las cuales muchas familias buscan tener camionetas con llantas grandes, la mayoría son camionetas bastante viejas pero aguantadoras para la terracería y el lodo.

Cuando llueve, pero también cuando no, las personas suelen cerrar sus actividades fuera de la casa a las siete de la tarde ¡Sí, a las siete de la tarde! El tiempo en el campo es diferente al de la ciudad sin duda; al principio yo sentía que no me alcanzaba el día, o bien, cuando las mujeres me citaban a las siete de la mañana o a las ocho para darme alguna entrevista me parecía muy temprano, sin embargo, en pocos días entendí la lógica de los horarios en Teopancingo. Las personas se levantan muy temprano, a las cinco o seis de la mañana y a las siete de la noche ya están reunidos adentro de sus casas. No quisiera generalizar que así sucede en todos los hogares, pero sí es muy claro que a partir de las siete de la noche las actividades en el espacio público paran, aunado a eso se percibe total oscuridad.

4.2.2 La luz no alcanza en Teopa

Teopancingo es un lugar boscoso y no cuenta con alumbrado público a excepción de la avenida principal que está pavimentada y en donde se encuentran el centro de salud, las escuelas, las tiendas, las canchas deportivas y el único internet. En esta zona a la que yo llamaría principal (pues no hay traza urbana para nombrar las calles) las casas están iluminadas, sin embargo, en las demás zonas las familias “tienen que jalar la luz”, es decir, colgarse de algún poste de luz lejano, pues no existen medidores de luz, y así, llevarla a su casa. Es por eso por lo que a las siete de la noche todo ya se ve muy oscuro. En mi última temporada de campo al regresar a la Ciudad de México me di cuenta de cómo en medio del camino un árbol se había caído encima de uno de los cables de la luz, y de inmediato pensé que me había ido a tiempo pues probablemente tardarían días o semanas en arreglar la luz.



Grupo 2 de imágenes. Avenida principal pavimentada.

La cuestión de la luz en Teopancingo resulta problemática pues al ser “luz jalada”, es decir extensiones de un poste de luz, ésta no tiene la suficiente intensidad y entonces muchas de las familias no pueden prender una televisión al mismo tiempo que una licuadora, o no pueden encender más de tres focos sin que haga un corto circuito y así. En la casa de mi madre, por ejemplo, la luz “no aguantaba” cargar mi computadora, pues el voltaje era deficiente. Algunos pobladores como Doña Marcelina y Marcelino han buscado apoyos del gobierno para poner cerca de su casa postes de luz; al preguntarles cómo lo lograron, me contaron *que su compadre cuando fue presidente municipal los*

ayudó y solo les pidió dos mil pesos para el poste. Gracias a eso, ellos tienen un buen voltaje y hasta pueden conectar su molino eléctrico.

4.2.3 Entre combis, trocas y caballos

Al igual que la luz, el transporte es una cuestión digna de mencionar pues es muy escaso. Existen combis que salen de Venta Grande y recorren la avenida principal de Teopancingo y de regreso, el costo de este viaje es de once pesos, pero si uno se baja antes lo mínimo que paga son ocho pesos; para las personas adultas mayores el precio es de siete pesos y para las personas con alguna discapacidad es gratis.

Sin duda las combis son una gran ventaja sobre todo para quienes viven cerca de la carretera, para la población que vive dentro del bosque, que es la mayoría, las combis son una manera de adelantar el viaje y lo demás se recorre a pie. Estas combis no tienen un horario fijo, hay que esperarlas, y la espera puede ser de entre quince y treinta minutos. El horario en el que salen es de nueve de la mañana a siete de la tarde. Terminado el horario el único medio de transporte disponible son los taxis que están en Venta Grande (comunidad inmediata) empero, para subir a Teopancingo el costo mínimo es de cien pesos. Estos taxis son manejados por particulares y no son más de seis en total.

Las opciones de transporte que quedan por mencionar y que la mayoría de la población usa son los caballos, quienes lucen bastante delgados.

4.2.4 Bestias, becerros y perros flacos

La manera de cuidar a los animales en Teopancingo tiene que ver con la función que ejercen. Las bestias, como les llaman y entre las que se incluyen las vacas, los caballos y los toros tienen un cuidado bastante esencial en donde se les lleva a pastar y se alimentan del monte, pocas veces sus enfermedades son atendidas y se les considera animales de trabajo.

Con la leche de las vacas se producen queso y fermentos, y los caballos sirven para trabajar el campo, por mencionar un par de ejemplos. Estos animales también son bienes importantes para la economía familiar y solo en casos urgentes se venden, por ejemplo, al hablar con Alicia ella me contaba que al ser su embarazo de alto riesgo ya no podía cuidar a su becerro por lo cual la vendió y así también pudo capitalizarse para el parto.

Otro tipo de animales que muchas de las personas en Teopancingo tienen son los de traspatio, es decir que viven dentro de los terrenos, tales como puercos, borregos, chivas, gallinas y demás, éstos suelen ser alimentados con maíz y también con alimento para engorda que se compra en forrajas. La función de estos animales es el autoconsumo y la venta, y curiosamente he observado que, en el caso de los puercos, son atendidas sus enfermedades pues la cría de puercos es un negocio rentable. Los borregos son ocupados como alimentos de fiesta, en la mayoría de las bodas se mata a un borrego y se hace en barbacoa, también en bautizos y quince años. Es más común que se mate a un borrego para alguna celebración, que, a un puerco, casi nunca se observa que se mate a una res para el autoconsumo.

El otro tipo de animales que existen son los domésticos, los perros y los gatos, hasta hace diez años se observaba a perros totalmente delgados y en evidente descuido, en más de una ocasión me enteré de que no los alimentaban y ellos tenían que cazar algún animal del monte, o bien, a los afortunados “les aventaban una bola de masa diaria”. Conozco de primera mano anécdotas en donde personas han colgado de los árboles a los perros hasta matarlos porque se comen gallinas, yo pienso que por estar hambrientos. En 2022 observé a menos perros delgados y hubo un cambio notable y es que los gatos y los perros comienzan a ser alimentados con croquetas y parecen más

integrados a la dinámica doméstica.

Regresando al tema del transporte, la mayoría de las personas utilizan el caballo o los burros, o bien cuentan con transporte particular, motonetas, carros y camionetas. Entre las entrevistadas observé que este transporte es familiar, es decir existe uno para todas las personas que viven en un mismo terreno y solo en algunos casos hay más de uno. Cuando se piensa en los vehículos se debe de dejar de lado la imagen de camionetas cuatro por cuatro nuevas o semi nuevas, o carros también recientes. En su mayoría se trata de modelos con más de quince años de antigüedad y que se compran y reparan las veces que se necesitan.

Suele verse pasar camiones de carga y de redila pues éstos son utilizados para transportar la madera que se corta y cada vez más se ven a mujeres conduciendo carros de sus esposos y motonetas propias. Cuando pienso en el transporte me llega la imagen de Sofi quien me contaba *que estando embarazada no se podía subir a la moto y le gustaba mucho*, o las narraciones de Ana y Natalia quienes cuentan que agarran, *aunque sea poco* el coche, es decir, que saben manejar.

Uno de los relatos más fuertes con los que me encontré fue con el de Teresa quien encontró a su recién nacida de diez días *con los ojos hacia atrás y sangrando* y al ser de madrugada, estar lloviendo y no contar con transporte propio tuvo que caminar y buscar quién le diera un aventón (la llevara en su coche) pero no había nadie, entonces recurrió al padrino de uno de sus hijos *que no quería llevarla porque tenía la camioneta cargada de madera*, sin embargo, ante la gravedad del asunto, descargó su camioneta y la llevó. Esta breve historia retrata bien lo que sucede en Teopancingo si tienes una emergencia médica y no cuentas con vehículo propio.





Grupo 3 de imágenes. Medios de transporte en Teopancingo.

4.2.5 El futbol y los domingos de misa

Sobre las actividades de recreación observé que hay tres canchas de futbol en Teopancingo, y los fines de semana, así como algunos días entre semana se ven a muchos hombres jóvenes jugar. En alguna ocasión les pedí que me dejaran tomarles una foto, pero para guardar su anonimato les invité a que se voltearan para que no salieran sus caras, y me respondieron *que querían que saliera su cara porque eran guapos*. Los viernes como a las ocho de la noche, lo único diferente a los demás días era que el puesto de salchipulpos (salchicha frita con papas) de Sofía, hecho de tablas, que está en la avenida principal, estaba rodeado de algunas personas; además en el ambiente cercano percibí un claro olor a marihuana. Parecía que más de una persona estaba fumando por allí; esa es la vida nocturna que alcancé a conocer en Teopancingo.



Grupo 4 de imágenes. Canchas deportivas en Teopancingo.

Los domingos en cambio, son los días familiares en los que las familias se reúnen en el río principal en donde según cuentan se aparece “La llorona”, un personaje femenino fantasmagórico, y en los riachuelos en donde por las noches se ven las brujas que son “bolas de fuego”. Allí, por la mañana y la tarde la gente se junta, se les ve a las familias remojando los pies y a los niños nadando y compartiendo comida, algunos otros permanecen fuera de sus hogares viendo pasar el tiempo con un poco de pulque o de tejuino, bebida local tipo aguardiente. Los domingos también es el día en que algunos, los que tienen la posibilidad salen en sus carros, motonetas y camionetas a pasear a Venta grande (pueblo colindante) y a Huauchinango (municipio). Por la mañana muy temprano la iglesia de Teopancingo se llena pues las personas van a escuchar la misa

católica.

En alguna ocasión, y en relación con la iglesia, le pregunté a Elena si ella sabía qué significaba Teopancingo pues yo no encontré referencia alguna acerca de su toponimia, y ella me contestó algo que me resultó muy interesante. Me dijo que el sacerdote que iba a dar la misa los domingos y que vive en Huauchinango, les había explicado que Teo significaba Dios y Pancingo, amigos, y entonces Teopancingo en conjunto se podía leer como amigos de Dios. Busqué referencias en el latín, y en efecto, *Theos* significa Dios, pero Pancingo no tiene traducción, empero, creo que es un buen significado y además muestra la manera en la que el sacerdote se relaciona con los habitantes y cómo busca hacer parte de la comunidad. Doña Esmeralda me contaba que el padre cada domingo en misa recibe diezmos por parte de la comunidad, *le llevan tortillas, guisados, bordados* y que en alguna ocasión ha visto *que hasta borregos le regalan*.



Imagen 5. Iglesia de Teopancingo.

Lo que sí hallé dentro de la toponimia es que Huauchinango, municipio al que pertenece Teopancingo, proviene de la raíz náhuatl "cuauitl": árbol; "chinamitli": muralla y "co", y eso, traducido al español se puede leer como el lugar rodeado de árboles, y ciertamente como lo narra, se trata de una zona totalmente boscosa. Hace algunos años, diez quizá, el bosque lo recuerdo tan tupido e inmenso que no permitía ver absolutamente nada más que árboles, ahora la tala ilegal, que es una de las actividades económicas principales de muchos de los pobladores, ha modificado el bosque, tanto,

que en palabras de la señora Eloina, una adulta mayor de noventa años, *el bosque ya está pelón y no se regenera*.

4.2.6 El bosque ya está pelón y no se regenera

En la parte alta de Teopancingo a la que los pobladores conocen como “Teopancingo el alto” se encuentran los aserraderos que en teoría son legales, incluso muchas de las veces en el camino se ven camionetas de la guardia nacional (policía nacional) cuya función es impedir que madera ilegal llegue, empero, la realidad es que muchos de los pobladores, talan de manera ilegal y venden en el aserradero la madera, dando una pequeña mordida (cantidad de dinero) a la policía que solo “se hace de la vista gorda”. En lo personal es triste ver el monte deforestado, cada vez más acabado, sin embargo, para la población es una manera de vida entre las pocas que ofrece este lugar. En Teopancingo no existe algún plan de reforestación o autoridad local que regule el correcto uso de la madera.



Grupo 6 de imágenes. Aserraderos en Teopancingo.

Indagando sobre la historia de Teopancingo, hablé con la Señora Isis que seguramente rebasa los noventa años (algunas personas dicen que tiene más de cien), y que por cierto es abuela de Natalia, y ella me contaba que en Teopancingo habían venido los cristeros. La Guerra Cristera fue un movimiento armado en México que sucedió entre 1926 y 1929 para defender a la iglesia y el culto católico en un momento en el cual el gobierno federal intentaba limitarlo y controlarlo. Doña Isis recuerda que entonces la

gente se escondía entre los árboles, que tenían que quemar los cristos, y que había muchas personas asesinadas. Intenté además preguntar por la historia en épocas prehispánicas pero la gente no tiene esa información en su registro y la literatura histórica tampoco.

4.3 Teopancingo. Breve contexto sociodemográfico

4.3.1 Teopancingo, entre Hidalgo y Puebla

Teopancingo se ubica dentro del municipio de Huauchinango, perteneciente al estado de Puebla, colindando con los límites del estado de Hidalgo. Al venir de la Ciudad de México, por la carretera libre o federal, lo primero que me anuncia que estoy próxima a llegar a Teopancingo es un clima bastante frío y la laguna del Tejocotal, hermosa y grande, y un sitio turístico en donde las personas van a comer o pasear en lancha. Siguiendo mi camino en automóvil durante quince minutos aproximadamente me encuentro con dos letreros blancos de metal que demarcan los límites, el primero y más pequeño dice “Termina Hidalgo, principia Puebla” y casi enseguida hay otro más grande que dice “Bienvenidos a Puebla”.



Imagen 7. Letreros de demarcación.

A menos de diez minutos de estos letreros me encuentro con el cruce, que es un sitio conocido por los habitantes pues allí se toman los camiones que se dirigen a varios poblados cercanos, a Pachuca y a la Ciudad de México, es menester mencionar que las personas les llaman a estos camiones “camiones de segunda” debido a que

hacen paradas y existe la posibilidad de que no toque asiento.

Pasando el cruce se encuentra un arco grande naranja de cemento en donde se lee “Bienvenidos a Venta Grande”. Venta Grande es una localidad en su mayoría pavimentada en donde existen servicios como forrajera, tortillería, panadería, escuelas, iglesia, internet, entre otros.

Para llegar a Teopancingo es necesario cruzar el poblado de Venta Grande y es fácil identificar cuando acaba “La Venta” y comienza “Teopa” pues el pavimento está ausente y el bosque se hace presente.



Grupo 8 de imágenes. Venta Grande.

4.3.2 Truchas, animales y siembra

Como lo he mencionado anteriormente Teopancingo es una comunidad en medio del bosque, en donde, pareciera que la neblina y el frío la vuelven poco atractiva para el turismo; sin embargo, en los meses de marzo y abril, correspondientes a la celebración católica de la “Semana santa” arriban pobladores de otros lugares cercanos a la feria de la trucha, pues los habitantes de este sitio básicamente se dedican a tres actividades productivas según el INAFED²⁸ (2017); la acuacultura (predominando la cría de trucha

²⁸ Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo municipal, consultado en la Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México (2017) disponible en: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM21puebla/municipios/21071a.html>

arcoíris), la agricultura (destacando la recolección de manzana endémica y la siembra de maíz), y en menor medida la ganadería (cría de vacas, borregos y cerdos).

Los demás meses transcurren sin mucho movimiento y ruido, más que el de las motosierras de los múltiples talamontes que cortan madera para venderla.



Grupo 9 de imágenes. Acuicultura.



Grupo 10 de imágenes. Ganadería.



Grupo 11 de imágenes. Agricultura.

4.3.3 Quelites y tortillas de masa azul

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Teopancingo para 2020 tenía una población total de 1,735 habitantes, por lo cual se le considera una zona rural. De estos habitantes 335, es decir, el 19% son menores de 14 años y el 81%, 1,400 personas son mayores de catorce años.

Las viviendas en Teopancingo están distribuidas a lo largo del bosque, no hay viviendas juntas y por lo regular las que están próximas unas de otras corresponden a las mismas familias como es el caso de la vivienda de Sarahí y Elena que son hermanas o de Francisca y Ana; Samara y Alicia, y Denisse y Sofía que son cuñadas. Según el

INEGI (2020) el total de viviendas en Teopancingo era de 317 y por cada cuarto, había tres o más habitantes.

El caso de María, Amalia, Dianelly, Francisca y de la mayoría de las personas que viven en Teopancingo es similar, se encuentran viviendo en una misma propiedad varias familias que comparten o no la cocina pero que cuentan cada una con su cuarto.

El INEGI hace una descripción sobre el equipamiento con el que cuentan las viviendas y menciona que el 78% cuenta con energía eléctrica, sin especificar si ésta es “luz jalada o no”, el 76% tiene agua entubada sin especificar si es adentro o afuera del domicilio, el 64% tiene drenaje y solo el 39% cuenta con servicio sanitario.

En Teopancingo como bien lo retratan estos datos, no todas las personas cuentan con servicios básicos, sin embargo, como en muchas zonas rurales de nuestro país se subsana de distintas maneras, el servicio sanitario por ejemplo se provee a través de una letrina, un cuarto de madera con un orificio en donde incluso llegué a ver cómo se han instalado en una misma letrina asientos o modificaciones para que los niños puedan hacer del baño y no “se caigan en el hoyo”. En la casa de María observé lo que menciono. Estaba de un lado el orificio para los adultos y en un escalón más bajo un pequeño orificio para sus pequeños.





Grupo 12 de imágenes. Servicio sanitario y agua entubada.

El mismo instituto marca como productos de abasto el frijol, maíz, el trigo, la leche, el arroz, el huevo y el pescado, más no la carne de cerdo y de res. Yo agregaría además que el consumo de verduras como quelites, camotes, papas, chilacayotes es muy común y que además los horarios en los que los pobladores comen son distintos por lo menos a los míos. Se desayuna muy temprano café y pan como a las seis de la mañana, se almuerza a las doce del día el lonche que suelen ser dobladitas de papa y frijol o taquitos dorados, y se come a las cinco o seis de la tarde algún guisado más elaborado como mole con chilacayotes, o nopales en chile, siempre acompañado de tortillas de maíz azul recién hechas.



Imagen 13. Canasta básica.

4.3.4 La tienda DICONSA y otras tienditas

El INEGI ha registrado además que en Teopancingo existe una tienda de abasto gubernamental, DICONSA, algunas tiendas de abarrotes y una papelería. Esto coincide con mi reporte etnográfico sin embargo me gustaría mencionar que las pequeñas tiendas que reporta el instituto se instalan en las mismas casas de los habitantes, a veces solo se trata de una ventana abierta en donde uno puede tocar y pedir algún producto como comestibles, verduras, pan e incluso regalos y medicamentos.

En mi última temporada de trabajo de campo me llevé un par de sorpresas en cuanto a las tiendas, la primera fue que una de ellas que está cerca del centro de salud y que era de tablas, ahora se convirtió en un mini super de cemento con un toldo que dice “Tienda Miguelito” y además metieron maquinitas para jugar y mesas para comer. La segunda fue encontrarme que, en medio del monte, muy cerca de la casa de mi mamá, la madre de Natalia puso una tienda y mucha gente está comprando allí. Es curioso porque la tienda la instaló en una de las casas que regaló el gobierno hace una década. La anécdota vale la pena contarse pues nos contextualiza sobre los apoyos gubernamentales en esta comunidad. Las personas concursaron para obtener casas ecológicas hace una década y algunas familias recibieron estas casas, el pueblo estaba a la expectativa pues por fin tendrían una casa de material que les construirían en tan solo un par de días, sin embargo, lo que llegó fueron pequeñas bodegas de aproximadamente tres por tres metros, hechas de panel. La gente de Teopancingo les dice “las casas de muñecas o las casas para perros”, y las utilizan para guardar cosas o como en el caso de la madre de Natalia como tiendita.

La “oficina” que yo ocupé durante mi trabajo de campo es la única tienda que tiene acceso a internet y además venden material de papelería, regalos y también bebidas alcohólicas, esta tienda se encuentra en la calle principal que es la única pavimentada. Si las personas de Teopancingo requieren servicios como ferreterías, tiendas de ropa o medicamentos, la opción más cercana es bajar a Venta Grande que se encuentra a media hora en coche desde Teopancingo.

Alguna vez tuve la necesidad de comprar medicina o de comprar carne de res y definitivamente tuve que ir a Huauchinango porque la farmacia de Venta Grande no siempre está abierta y las carnicerías que son dos, solo ofertan carne de cerdo y no de res.



Grupo 14 de imágenes. Tiendas en Teopancingo.



Grupo 15 de imágenes. “Casas de muñecas o casas de perro”.

Teopancingo no cuenta con ningún espacio cultural o recreativo dentro del catálogo del INEGI, es decir, no hay biblioteca, casa de la cultura, jardines, salones de usos múltiples, quioscos y demás; sin embargo, en mi trabajo de campo pude observar que hay espacios como “el llano”, un espacio amplio de pasto que se ocupa para jugar fútbol, convivir y hasta para hacer bailes. Algunas de las mujeres en las entrevistas me mencionaron que en el llano conocieron a sus actuales esposos.

En cuestión de saneamiento el INEGI muestra que no hay red pública de drenaje, ni servicios de recolección de basura. El trabajo de campo me permitió entender qué se hace con la basura, la orgánica se ocupa para dar de comer a los animales, la no orgánica se entierra o se quema.



Imagen 16. Quema de basura.

4.3.5 Escuelas sin acceso a internet

Según el INEGI, Teopancingo cuenta con un centro de salud, el cual visité en varias ocasiones y que abre de lunes a viernes de 9 de la mañana a dos de la tarde. No existe teléfono público, internet público, consultorios particulares ni servicios de envío de dinero. En cuanto al nivel educativo, las cifras más actuales del INEGI son para 2010 y marcan que el 25% de la población de quince años o más es analfabeta, el 5% de la población de seis a 14 años no asiste a la escuela y el 70% de la población de 15 años y más cuenta con educación básica incompleta. Todas las mujeres que entrevisté son alfabetas, la que menor grado de educación tiene es primaria trunca y la de mayor grado de educación es de licenciatura trunca.

Es bien importante mencionar lo que algunas personas externas opinan sobre la educación de Teopancingo, con esas personas me refiero al biólogo que vive allí pues es encargado de programas forestales del gobierno, a la médica del centro de salud, a mi madre, mi informante clave, y a mi padrastro que vivió más de diez años allí, y es la opinión generalizada de que la educación pública es deficiente. Lo noto también cuando hablo con Gris, una pequeña que va en cuarto de primaria y todavía no sabe leer ni

escribir, y con muchas mujeres que acabaron el bachillerato pero que no tienen conocimientos sólidos y básicos que se imparten normalmente a nivel primaria como saber multiplicar.

Valdría la pena entonces preguntarse cómo gran parte de la población está asistiendo a la escuela y el grado de escolaridad para 2022. Aunque no existan cifras oficiales seguramente es más alto que en 2010 y esto se debe a que existen apoyos gubernamentales si los hijos asisten a la escuela. La beca Benito Juárez por ejemplo solo se les otorga a jóvenes que van al bachillerato.

En el contexto actual de pandemia COVID es necesario mencionar que en Teopancingo las escuelas, kínder, primaria, secundaria y bachilleres, cerraron y se comenzaron a dar clases a través de la televisión y el internet, sin embargo, las personas no cuentan con acceso a una red doméstica de internet, ni con computadoras, por lo cual la niñez dejó de estudiar por más de dos años. Elena me comentaba que intentaba con los datos de su celular hablar con la maestra para hacer las tareas pero que luego no había señal. En el mes de enero del año 2022 las clases presenciales comenzaron. De alguna manera el asistir a la escuela es el requisito que los pobladores de Teopancingo deben de tener para acceder a apoyos como canastas básicas de víveres y demás. En la escuela también se concentran las decisiones que tienen que ver con otros temas como la comunidad, los arreglos del terreno, entre otras.





Grupo 17 de imágenes. Escuela primaria, preescolar y secundaria.

4.3.6 Entre mexicanos y jueces de paz

Un aspecto importante para mi investigación era entender cómo se manifestaba la cuestión étnica en Teopancingo, y con base en el Portal Electrónico Oficial del Estado de Puebla pude descubrir que para 2010 solo existían 20 hogares indígenas. En mi trabajo de campo me encontré con que eran pocos los pobladores que hablaban una segunda lengua, el náhuatl. En el caso de las mujeres con las que trabajé, solo una de 35 hablaba náhuatl haciendo la aclaración de que *no hablaba tan bien como sus padres*. Esta mujer, Adriana, proviene de una comunidad cercana a Teopancingo que se llama Chopanapa que también pertenece al municipio de Huauchinango.

Con el afán de indagar sobre la autoadscripción étnica de las mujeres que entrevisté, me encontré con que quince de ellas no se reconocían como mujeres indígenas, catorce no tenían claro qué significaba ser indígena y por ende no sabían si lo eran o no, y siete se reconocieron como indígenas. Estas siete mujeres al preguntarles por qué se consideraban a sí mismas indígenas arrojaron respuestas interesantes que tenían que ver con el hecho de ser pobres, hablar otra lengua, ser de un pueblo, ser de rancho, no tener un grado alto de educación y con ser de México; es así como pude notar que para ellas lo indígena se refiere por un lado al origen de lo mexicano, pero por el otro a las condiciones precarias de vida.

En Teopancingo, cerca del panteón y de la iglesia viven los *inditos o mexicanos* así llamados por algunos pobladores, y son justamente familias que hablan en náhuatl y que usan vestimenta tradicional. En mi trabajo de campo me acerqué a esa zona, pero

no encontré mujeres que hubieran parido dentro de mi criterio de selección, no más de cuatro años atrás, al momento de la entrevista, más bien me encontré con adultos y con ancianos que habitaban esa parte de Teopancingo.

Si bien Teopancingo no es entonces una comunidad indígena, hay rasgos como en muchas partes de las comunidades rurales de nuestro país que tienen que ver, con este caso, la cultura náhuatl, además de que permea la manera de hablar; en el caso del embarazo, parto y puerperio se nota en los cuidados del posparto, en el uso de los residuos placentarios, en la concepción de lo frío y lo caliente, entre otros aspectos. Es necesario aclarar que este tema lo abordaré ampliamente en el siguiente capítulo analítico.

En Teopancingo las autoridades locales son las siguientes: con el máximo poder de decisión y comunicación directa con el municipio se encuentra el inspector acompañado por sus dos vocales. Existe también un juez de paz cuya función es resolver los conflictos entre la población, antes de llegar a una instancia de gobierno, el juez de paz es una persona que concilia asuntos como robos, deudas y agresiones. Me llama la atención lo que me comentaba la señora Cecilia durante mi estancia en campo y es que me dijo que en Teopancingo *todavía había mucho machismo y golpeaban a las mujeres y el juez de paz nunca hacía nada.*²⁹ Otras autoridades son los presidentes del agua que son tres y se dividen por zonas y su función es vigilar que ésta no se desperdicie. Por último, se encuentran los tesoreros, encargados de gestionar pagos y apoyos gubernamentales, estas autoridades se eligen por medio de votación democrática y los cargos a lo largo de los años han sido asumidos tanto como por hombres como por mujeres.

Lo que los datos duros reflejan es que Teopancingo es una comunidad rural, campesina y con pocos servicios al alcance de toda la población pero que se reinventa a través de actividades económicas como la tala ilegal para subsistir. Al respecto vale la pena mencionar que el Consejo Nacional de Población señala que para 2020 el grado de marginación a nivel localidad para Teopancingo era medio.

²⁹ Ninguna de las mujeres que entrevisté reveló algún maltrato por parte de su pareja o algún familiar.

Al consultar los indicadores de cada índice me puedo dar cuenta de que tanto el índice de marginación como de rezago social se calculan gracias a los indicadores por tipo y material de vivienda, grado escolar, acceso a la salud y acceso a servicios básicos, coincidentes con el hecho de que éstos no estén disponibles para gran parte de la población. A continuación, presento una tabla que busca sintetizar los principales indicadores sociodemográficos de Teopancingo, así como un mapa de localización.

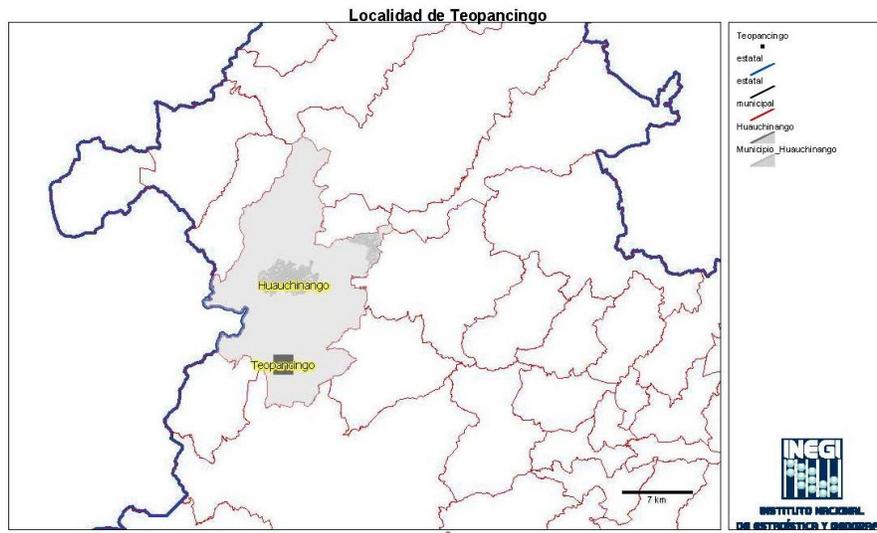
Tabla 14. Principales indicadores sociodemográficos de Teopancingo, Huauchinango, Puebla

Tipo de indicador	Información
Principales actividades productivas (INAFED, 2017)	Acuacultura, agricultura, ganadería
N. Población total (INEGI, 2020)	1,735 personas
Edades de la población (INEGI, 2020)	46% (-18 años) 54% (+ 18 años)
Número de viviendas (INEGI, 2020)	317
Características de las viviendas (INEGI, 2020)	78% cuentan con energía eléctrica 76% cuentan con agua entubada 64% cuentan con drenaje 39% cuentan con servicio sanitario
Escolaridad (INEGI, 2010)	70% educación básica incompleta 30% no asiste a la escuela o es analfabeta
Grado de marginación (CONAPO,2020)	medio

Fuente: Elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo y Consejo Nacional de Población.

Mapa 2. Ubicación de la localidad de Teopancingo dentro del municipio de Huauchinango

Municipio Huauchinango en Estado de Puebla



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020)

4.4 Características sociodemográficas de las veinte mujeres entrevistadas

En este apartado abordaré únicamente la información sobre las veinte mujeres que componen mi universo de estudio, comenzando con la edad y ocupación, la escolaridad y estado civil, el número de gestas, la religión y la etnicidad, la migración y el origen, los ingresos mensuales y algunos otros indicadores cualitativos económicos.

4.4.1 Edad y ocupación

Las veinte mujeres que entrevisté viven actualmente en Teopancingo y tienen edades de entre 21 y 39 años, seis de ellas tienen entre 29 y 30 años. Con respecto a su ocupación, 17 son amas de casa y no reciben ningún salario o remuneración, una es ama de casa y además corta el cabello (Denisse), otra es empleada de una cocina en Huauchinango (Lupita) y otra atiende los fines de semana un puesto de salchipulpos (Sofía).

Es necesario aclarar que todas las mujeres que se reconocen a sí mismas como amas de casa, también trabajan el campo y cuidan a los animales, en sus relatos

existieron frases tales como: *ayudo en el campo a mi esposo, siembro, junto ocoxal, veo a los animales, cuido a las borregas, les doy de comer a las truchas*, lo cual se traduce en el hecho de que además de ser amas de casa también hacen labores de agricultura y cuidado de animales. Me pareció importante preguntarles a más de tres de ellas en qué consistían las labores de casa y al respecto ilustraré con el relato de Sofía que dice:

S: *Pues yo soy ama de casa*

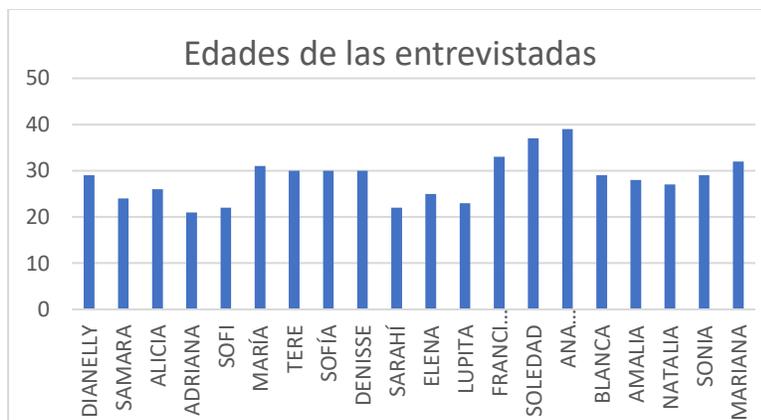
A: *¿Qué toca hacer de la casa?*

S: *Este, barrer, hacer tortillas, trapear, lavar trastes, hacer comida, cuidar a los niños y él pues se dedica, agricultores, anda en el campo y luego a la trucha se dedica*

En Teopancingo comer con tortilla de maíz azul recién hecha es la norma, por lo cual algo importante que hacen las amas de casa es echar tortillas. El proceso no es tan simple pues tienen que llevar al molino sus semillas y diario hacerlas frescas. Sobre las tortillas, me llamó la atención que Elena, quien vive en la misma propiedad con su madre, me aclaró *que lo que sí ella no hacía era echar tortillas pues es difícil, que eso lo hacía su mamá para todos*. El lonche, como arriba lo mencioné es otra actividad que destaca entre las muchas que hacen las amas de casa en Teopancingo.

Con respecto a las ocupaciones de sus esposos, quince de ellos son campesinos, dos son trucheros, dos se dedican a la madera y uno es herrero.

Gráfica 1. Edades de las entrevistadas



Fuente: Elaboración propia con datos del trabajo de campo

4.4.2 Escolaridad y estado civil

Doce de las mujeres que entrevisté cuentan con el bachillerato trunco, cinco con la secundaria terminada, una con la secundaria trunca y dos con carreras truncas en psicología y administración. En el caso de Natalia me comentó que entró a la universidad, pero luego se atravesó la maternidad y tuvo que dejarla, y en el caso de Sofi sucedió lo mismo.

A: ¿Lo acabaste?

N: Sí, después entré a la universidad

A: ¿En dónde?

N: En Villa Juárez

A: ¿Y qué estabas estudiando?

N: Pues licenciatura en psicología, pero luego me casé

A: ¿Y luego por qué ya no?

N: Pues me junté, sí estaba yendo yo a la escuela de que estaba con mi esposo, pero después me enteré de que estaba yo embarazada y dije ya, primero voy a tener a mi hija y luego a terminar (risas), después tengo a mi hijo y digo no, es que ya mi niño está chiquito, y digo no, después tengo a mi niña

A: Oye, pero ya no vas a tener, ya que estén más grandes puede ser un buen plan ¿no?

N: Le digo a mi esposo deja nada más que se sepan defender mis hijos y pues siento que todavía están chiquitos

A: ¿Pero sí te gustaría retomar?

N: Sí

Sobre su estado civil es importante mencionar que catorce de ellas, la mayoría, viven en unión libre, cuatro están casadas ya sea por el civil, la iglesia, o ambas y una se refiere a sí misma como madre soltera, es el caso de Lupita quien me contó que su pareja por dos años y padre de su hijo, al enterarse de que ella estaba embarazada, nunca más volvió:

A: ¿Por qué te la pasabas triste? Cuéntame

L: pues porque como me dejó el papá de mi hija y pus no había con quién esté, así y sí hablaba yo con mi bebé, pero no es lo mismo estar con alguien que te apoye y así

A: ¿cómo fue que te dejó el papá de tu hija?

L: Cuando yo supe que yo estaba embarazada pues me dejó. O sea, apenas yo me había enterado

que estaba embarazada y le dije pero no, ni siquiera le intentamos ni nada. Al final de cuentas me la pasé el embarazo yo solita. Hasta los nueve meses me la pasé sola.

Gráfica 2. Escolaridad de las entrevistadas



Fuente: Elaboración propia con datos del trabajo de campo.

4.4.3 Número de gestas. Religión y etnicidad

Las mujeres entrevistadas tienen entre una y cinco gestas. Tres de ellas tienen una, tres de ellas dos, doce de ellas tres, una de ellas cuatro, y una de ellas, cinco gestas. Parieron a su último hijo vivo entre ocho días, y tres años y diez meses al momento de la primera entrevista.

Las veinte mujeres que entrevisté se asumieron como católicas, aunque algunas me contaron *que no iban mucho a la iglesia pero que sí eran católicas*. La manera de definirse como católicas tiene que ver con tener uno o más sacramentos como el bautizo, o la boda católica y también porque bautizaron a sus hijos e hijas.

Con respecto a la etnicidad y utilizando el criterio de la autoadscripción, cuatro mujeres se asumieron como indígenas, nueve no se consideraron indígenas y siete no lo tienen claro. De todas las mujeres, solo una, Adriana, habla y entiende el náhuatl, pero especificó *que no tan bien como sus padres*.

Es interesante que Alicia, Denisse, Lupita y Blanca se reconocieran como mujeres indígenas asociando lo indígena a lo siguiente: lo pobre, lo de rancho, lo de tener pocos recursos y también el origen como mexicanas.

4.4.4 Migración y origen

Doce de las veinte mujeres son originarias de Teopancingo, es decir nacieron allí y han permanecido toda su vida en este lugar, cinco han vivido por lo menos nueve años en Teopancingo y provienen de rancherías aledañas como Venta Grande o El Mirador, y básicamente se mudaron a Teopancingo porque allí vive la familia de su esposo. Tres de ellas llevan menos de cinco años viviendo en Teopancingo y también migraron al unirse en matrimonio.

Al indagar por la historia de migración entre sus familiares me di cuenta de que trece de ellas tienen parientes que migraron a otro país y otros estados, en el caso de Dianelly su hermano está en Estados Unidos, al igual que los primos de Denisse, y los primos y tíos de Ana. Los Estados dentro de México a los que han migrado son Hidalgo, Puebla y la Ciudad de México.

4.4.5 Ingresos mensuales

Las mujeres que entrevisté me contaron que su familia tiene un ingreso fijo al mes que va desde los \$900 hasta los \$5,200 pesos mensuales. Lupita es la mujer que menos gana dinero de todas, teniendo un ingreso de 900 pesos mensuales que obtiene trabajando de lunes a viernes en una cocina económica en Huauchinango, propiedad de sus tíos, quienes además le proveen alimentación y estancia sin costo, su única hija vive con sus padres en Teopancingo.

Natalia es la mujer que más ingresos tiene al mes, producto del trabajo de su esposo como truchero, pero además ella hace énfasis en el hecho de que su esposo es *mil usos*, es decir que sabe hacer muchas cosas y trabaja en diferentes rubros, como truchero, albañil, soldador, carpintero y además sabe coser zapatos. La mediana, es decir el rango medio de los ingresos de todas las mujeres es de \$3,200 y la moda o el ingreso que más se repite es el de \$4,000.

Siguiendo este parámetro y según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2020), tres de mis entrevistadas, Elena, Lupita y Soledad estarían viviendo en pobreza extrema, es decir, sus ingresos no les permiten abastecer su canasta

alimentaria básica. Las demás mujeres vivirían en una situación de pobreza³⁰, ya sea pobreza de capacidades o de patrimonio.³¹

Sin embargo, al estar en estrecho contacto con las mujeres y al hacer observación participante, me di cuenta de que los ingresos que ellas me reportaron pueden no ser del todo verídicos en algunos casos, esta afirmación la digo porque uno, al observar su forma de vida y entrar a sus casas, es evidente que algunas poseen más bienes que otras, y dos porque en el rancho como me dicen mis informantes claves “se sabe quiénes tienen más dinero”. Curiosamente una de esas personas que es “de las que se dice, tienen más dinero”, reportó tener uno de los ingresos más bajos y cuando en una tercera ocasión hablé con ella me contó que cada que vienen a preguntar sobre todo los del Sistema de Administración Tributaria (SAT) *no se tiene que decir lo que verdaderamente se gana porque si no te cobran más impuestos*, por lo cual para describir su situación económica el ingreso no me parece lo más fidedigno.

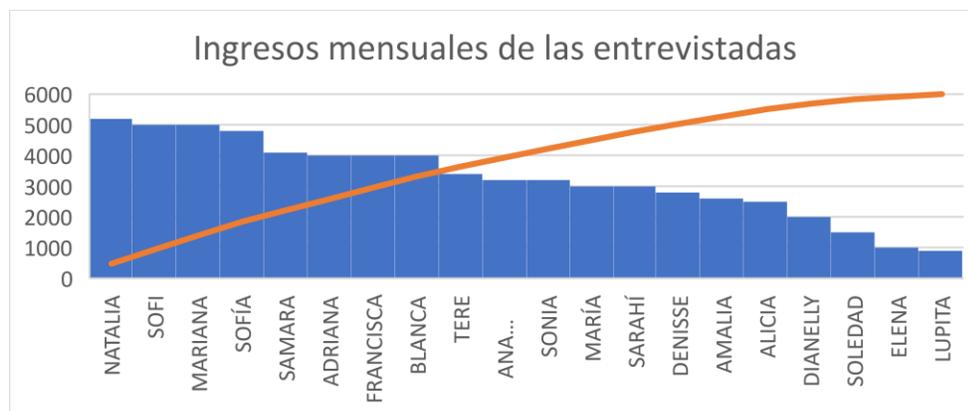
Es por ello por lo que me di a la tarea de construir varios indicadores cualitativos que me permitieron entender y poder describir la manera en la que viven las mujeres, los bienes con los que cuentan y no, entre otras características económicas.

³⁰ “Para el CONEVAL, una familia de cuatro personas se encuentra actualmente en situación de pobreza por ingresos si su ingreso mensual es inferior a \$11,290.80. Esta cifra es muy superior al salario mínimo actual, que equivale a \$2,401.2 mensuales. Habría que incrementar 4.7 veces el salario mínimo para cumplir lo estipulado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

³¹ Pobreza de capacidades: Insuficiencia del ingreso disponible para adquirir el valor de la canasta alimentaria y efectuar los gastos necesarios en salud y educación, aun dedicando el ingreso total de los hogares nada más que para estos fines.

Pobreza de patrimonio: Insuficiencia del ingreso disponible para adquirir la canasta alimentaria, así como realizar los gastos necesarios en salud, vestido, vivienda, transporte y educación, aunque la totalidad del ingreso del hogar fuera utilizado exclusivamente para la adquisición de estos bienes y servicios (CONEVAL, 2020).

Gráfica 3. Ingresos mensuales de las entrevistadas



Fuente: Elaboración propia con datos de trabajo de campo

4.5 Indicadores económicos cualitativos

4.5.1 Juntos, pero no revueltos. Tipos de vivienda

Una de las características de mis entrevistadas es que quince de ellas, es decir, la mayoría, no cuenta con una casa propia, y viven en casa de sus suegros, sus padres o sus tíos, en cambio, solo cinco de ellas tienen una vivienda propia, tal es el caso de Samara, Tere, Denisse, Mariana y Natalia quienes tienen una casa totalmente separada a la de sus familiares. En el caso de Denisse es importante mencionar que su vivienda se encuentra dentro del mismo terreno de sus suegros, *en el pedazo que le heredaron en vida a su esposo*.

Me pude dar cuenta de que las mujeres que no tienen una casa propia comparten el día a día con sus cuñados, consuegros, suegros, padres, abuelos, y los abuelos de sus esposos, principalmente, conformando así una familia ampliada. La dinámica entre las familias es distinta, y la puedo dividir en dos grandes grupos según lo que observé: Grupo uno: mujeres que tienen una cocina o baño propias, dentro de la casa familiar, y procuran hacer su vida, tal como señala Sofi “juntos, pero no revueltos”, y el grupo dos conformado por mujeres que comparten la cocina y el baño con los demás miembros de su familia, pero procuran tener su propio espacio para dormir, aunque en el caso de algunas como Elena y Amalia, el cuarto para dormir también lo comparten con sus padres

y sus suegros.

En Teopancingo existe una referencia clara para distinguir el tipo de vivienda, y esta diferencia radica en el material, si es vivienda de cemento, la población se refiere a ella *como casa de material* y si no, se da por hecho de que son viviendas de madera, lámina u otro material. En mi última estancia de trabajo de campo estaba buscando a la partera y la referencia que me dieron era que ella vivía *a la vuelta, en la única casa de material*, y es que el material refleja el estatus socioeconómico de la población, es por eso por lo que en muchas viviendas pude observar que una parte está construida de otro material y algún muro o cuarto de cemento, lo cual indica que se aspira a que toda la casa sea de material. En el caso de mis entrevistadas, ocho viven en una casa que en su mayoría es de cemento, y doce en casas de madera, techo y lámina. Denisse y Mariana son las mujeres que cuentan con una casa propia y, además, ésta es de cemento.³²

Todas las viviendas cuentan con luz adentro de la casa, y 18 de 20 con luz afuera de la casa. Con respecto al acceso al agua, ocho de ellas tienen acceso al agua dentro de su hogar y doce solamente afuera del hogar, jalándola con una manguera o con cubetas.

Las viviendas tienen entre dos y seis cuartos:

Viviendas con dos cuartos: 7

Viviendas con tres cuartos: 8

Viviendas con cuatro cuartos: 2

Viviendas con cinco cuartos: 2

Viviendas con seis cuartos: 1

³² Según el CONEVAL, en el Artículo 4° de la Constitución establece el derecho de toda familia a disponer de una vivienda digna y decorosa; sin embargo, ni en este ordenamiento ni en la Ley de Vivienda se especifican las características mínimas que debe tener ésta. Los criterios formulados por la Comisión Nacional de Vivienda (CONAVI) para el indicador de calidad y espacios de la vivienda incluyen dos subdimensiones: el material de construcción de la vivienda y sus espacios. De acuerdo con estos criterios, se considera como población en situación de carencia por calidad y espacios de la vivienda a las personas que residan en viviendas que presenten, al menos, una de las siguientes características:

El material de los pisos de la vivienda es de tierra. El material del techo de la vivienda es de lámina de cartón o desechos. El material de los muros de la vivienda es de barro o bajareque; de carrizo, bambú o palma; de lámina de cartón, metálica o asbesto; o material de desecho. La razón de personas por cuarto (hacinamiento) es mayor que 2.5.

Con respecto a los focos, las viviendas cuentan con entre dos y diez focos distribuidos de la siguiente manera:

- Viviendas con dos focos: 3
- Viviendas con tres focos: 2
- Viviendas con cuatro focos: 4
- Viviendas con cinco focos: 2
- Viviendas con seis focos: 4
- Viviendas con ocho focos: 3
- Viviendas con nueve focos: 1
- Viviendas con diez focos: 1

Para el CONEVAL, una vivienda sin carencias tiene que contar con todos estos servicios: agua entubada dentro de la vivienda o fuera de la vivienda, pero dentro del terreno; drenaje conectado a la red pública o a una fosa séptica; electricidad obtenida del servicio público, de panel solar o de otra fuente, planta particular, y que el combustible para cocinar sea gas LP o gas natural, electricidad, y si es leña o carbón que la cocina cuente con chimenea, por lo cual todas las entrevistadas según este parámetro cuentan con carencias en la vivienda.





Grupo 18 de imágenes. Viviendas en Teopancingo.

4.5.2 Bienes que poseen las entrevistadas

Decidí preguntarles a las veinte mujeres sobre algunos bienes que pudieran dar pauta de su situación económica y para ello indagué en si contaban con refrigerador, cocina, televisor, celular, vehículo y si tenían animales de traspatio o domésticos. Al respecto encontré que:

16 de 20 mujeres contaban con refrigerador, 19 de 20 mujeres contaban con televisor, 18 de 20 mujeres contaban con celular y 20 mujeres contaban con estufa, de ellas, doce eran tipo brasero, seis tenían brasero y estufa de gas, una mujer contaba solo con una estufa de gas, y otra cocinaba en un bote.

Con respecto a los vehículos, me encontré con que trece de veinte mujeres tenían uno o más vehículos en su familia (cinco tenían camioneta, dos motonetas, tres coches; una, un carro y una camioneta, otra una moto y un carro, y otra una camioneta y un carro).



Grupo 19 de imágenes. Estufas tipo brasero.

Por otro lado, al preguntarles quiénes tenían uno o más animales, me di cuenta de que 17 de las 20 mujeres tenían animales. De esas mujeres, cinco contaban con por lo menos un caballo, siete tenían por lo menos una borrega o un puerco, y ocho además tenían otros animales como gallinas, perros y gatos.

Es menester mencionar que ninguna de las mujeres cuenta con una computadora ni con acceso doméstico inalámbrico o alámbrico a internet, la mayoría de los celulares son celulares inteligentes y acceden al internet a través de las recargas.





Grupo 20 de imágenes. Animales que poseen las entrevistadas.

A manera de reflexión final podría mencionar que lo que pude ver dentro de estos indicadores cualitativos fue que las mujeres que entrevisté, uno, viven en algún grado de pobreza, dos, en su mayoría no cuentan con una casa propia, tres, sus casas son de materiales diversos y solo la minoría tiene casas de cemento, y cuatro, sus viviendas tienen carencias de servicios, sin embargo, en cuanto a la vivienda, es clara la diferencia entre Denisse, Mariana y Natalia con las demás entrevistadas, pues ellas tienen una casa propia y de cemento.

Es menester mencionar que en este capítulo tenía la intención de dividir a las mujeres conforme a sus características socioeconómicas, empero me topé con el hecho de que, desde una mirada cualitativa me fue difícil trazar líneas claras, por ejemplo, Elena en teoría tiene menos que las demás (no cuenta con una casa propia, su vivienda no es de cemento, no tiene animales como caballos y cerdos, y no tiene el mayor ingreso), sin embargo sí cuenta con la red de apoyo de su familia ampliada, la cual siempre le comparte alimentos y coadyuva a la crianza y gastos de sus hijas, asimismo, tiene primos en la Ciudad de México que le recargan su celular y le regalan ropa.

Otro ejemplo es el caso de Lupita, la cual tiene el menor ingreso de las veinte mujeres; sin embargo, vive con sus tíos quienes le dan comida, techo y cubren la mayoría de sus necesidades. Por otro lado, Natalia que es una de las mujeres con menos carencias y mayores ingresos, tiene tres hijos pequeños y básicamente el salario de su

esposo cubre las necesidades de una familia de cinco personas, por lo cual el hacer este recuento me sirvió para describir quiénes son estas mujeres y cómo viven.

Para terminar este apartado me gustaría decir que desde los parámetros de los organismos nacionales citados (CONEVAL, INEGI, CONAPO, INAFED), las mujeres que entrevisté son clasificadas como pobres y campesinas, sin embargo, me parece necesario repensar sobre las nociones de pobreza y de ser campesinas que tienen las propias mujeres de Teopancingo.

Cuando hablaba con Mariana y Tere me decían *que no les gustaría vivir en la ciudad como antes lo hicieron, pues en la ciudad todo cuesta dinero*, recuerdo que Tere me decía, *acá puedo hacer unas calabazas, o cortar unos quelites y comer, pero allá todo tiene que pagarse*. Por lo cual, el acceso a los alimentos que ellas mismas cultivan es visto por ellas como un beneficio que no se tiene en las grandes ciudades, a pesar de que como menciona Boltvinik (2007):

La pobreza rural, en particular la campesina, está determinada por la estacionalidad de la agricultura y por el hecho que, en el capitalismo, los precios incorporan (como costos) sólo los salarios de las jornadas efectivamente pagadas. Por ello, el campesino debe buscar ingresos adicionales fuera de la parcela. (Boltvinik, 2007, p. 1).

A diferencia de la etnicidad, el ser campesinas es algo que ellas no se cuestionan y cuando les pregunté por qué se consideran campesinas de inmediato me contestaron diciendo, *porque vivo o trabajo en el campo*. Como lo mencionan Devine, Ojeda y Yie (2020) la categoría de campesino o campesina no debería ser limitada a lo que otros por fuera categorizan como tal, por el contrario, sería necesario:

Reflexionar sobre cuáles son los procesos actuales que definen la experiencia, las identificaciones, las subjetividades, las formas de vida, las trayectorias organizativas y las espacialidades campesinas hoy en día. La conversación que proponemos parte de lo que vemos como la necesidad de trascender las definiciones reduccionistas que se han hecho a partir de la actividad productiva, una noción predefinida de ruralidad o de cultura (Devine, Ojeda, Yie, 2020, p. 5).

A continuación, seguiré abordando el contexto de Teopancingo centrándome en el acceso a la salud y en especial a la atención del embarazo, parto y puerperio.

4.6 Atención a la salud en Teopancingo durante el embarazo, parto y puerperio

4.6.1 La atención de la salud en general

Antes de referirme propiamente a la oferta de atención del embarazo parto y puerperio disponible en Teopancingo, es necesario enmarcar que pude observar que las personas atienden sus padecimientos de salud de dos maneras diversas, autoatendiéndose, y asistiendo al médico (ya sea en el sector público o privado).

El trabajo de campo me permitió notar que los malestares muchas veces se dejan pasar cuando son leves, es decir, cuando se percibe que la vida no está en riesgo, tal como lo hizo Elena cuando comenzaba a tener gripe y al preguntarle qué estaba tomando, solo me dijo que *se estaba aguantando hasta que se le pasara*.

En cambio, cuando el padecimiento se hace más evidente o ya no se puede dejar pasar, la primera manera de atenderlo es en casa, mediante la autoatención entendida en palabras de Eduardo Menéndez como:

La autoatención refiere a los saberes, es decir, a las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y microgrupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención. Así, la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de tratamientos de manera total o relativamente autónoma, incluso si ya han sido indicados por curadores de las distintas formas de atención. Estas autoprescripciones, en función de cada padecimiento y de las condiciones socioeconómicas y situación de los sujetos y microgrupos, conducen a que una parte del proceso de prescripción y uso de terapéuticas adquiera autonomía, por lo menos en términos relativos. (Menéndez, 2018, p. 106).

Esta forma de autoatención la pude observar en Teopancingo de manera muy clara durante la pandemia COVID, pues varias de las mujeres que entrevisté y sus familiares, se contagiaron casi al final de la época álgida de contagios (tomando como referencia la evolución de la enfermedad en Ciudad de México). Después de algunos meses, cuando pude averiguar cómo se habían atendido durante la enfermedad, las respuestas siempre eran las mismas: habían tomado té, se habían sobado, habían tomado medicamentos que tenían en casa, salían a tomar el sol, entre otras maneras de enfrentar el virus. En la mayoría de los casos la autoatención fue suficiente pues todas sobrevivieron; sin embargo, sus familiares, como en el caso del papá de Sofía, murieron a causa de esta enfermedad. Es menester mencionar que en la mayoría de los casos las personas no querían ir al hospital pues existía la creencia de que en el *hospital estaban matando a la gente* y también estaba presente la opinión generalizada *de que el virus no existía y que era invento del gobierno*.³³

Por otro lado, cuando las enfermedades causan graves dolores o se perciben como mayores (dejando de lado el contexto de la pandemia), me di cuenta en los relatos de las mujeres, que las personas buscan la atención de un médico, la mayoría primero asiste al centro de salud, y en dado caso de que se requiera atención más especializada son referidos al Hospital General de Huauchinango (HGH). Asimismo, quienes tienen la posibilidad económica también acuden a médicos privados en comunidades cercanas como Ahuazotepec, Camotepec, Zacatlán o Huauchinango.

La única oferta de atención que existe en Teopancingo es el centro de salud que cuenta con una enfermera, una enfermera pasante, un promotor y una médica de servicio social³⁴. La médica tiene 24 años, es egresada de la Universidad Benemérita de Puebla y en el momento en el que la entrevisté (marzo 2021), llevaba un mes trabajando en Teopancingo. Ella manifestó que planeaba quedarse un año en la clínica para realizar su servicio social, sin embargo, no sucedió, por lo cual aproximadamente en mayo de 2021, la comunidad se quedó sin médica, y hasta mayo de 2022 no ha habido reemplazo

³³ Hasta diciembre de 2022 la idea de que el virus no existía permanecía en la comunidad, empero, la mayoría asistió a vacunarse contra la COVID de cualquier manera.

³⁴ Tanto la médica como las enfermeras viven en el centro del municipio de Huauchinango así que viajan diariamente en transporte público durante hora y media (de ida y de regreso).

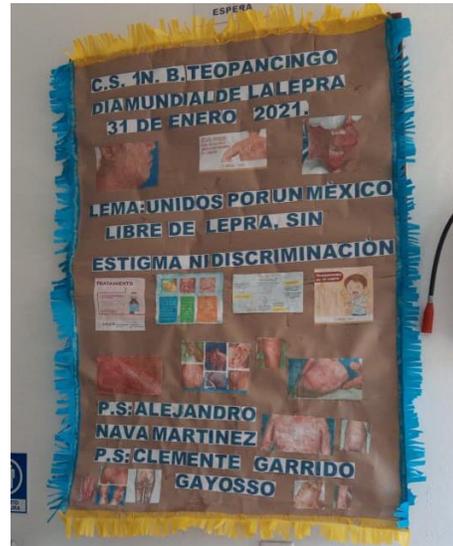
alguno.

Cuando intenté averiguar por qué se había ido la doctora solo *me dijeron que seguro no aguantó*. A través del relato de Tere, por ejemplo, pude deducir que no tuvo un buen recibimiento por parte de la comunidad, pues ella *la describió como una jovencita, que no sabe nada y es grosera*.

El horario de atención en la clínica (cuando estaba la doctora) era de ocho de la mañana a cuatro de la tarde³⁵ y se ofrecían los servicios de vacunación, administración de medicamentos y métodos contraceptivos (parches, DIUS, preservativos femeninos y masculinos, implantes subdérmicos y pastillas anticonceptivas y anticonceptivas de emergencia), así como atención a enfermos, enfermos crónicos, embarazadas y recién nacidos. La clínica no puede atender urgencias (casos en donde la vida del paciente corra un peligro inminente) pues no cuenta con insumos para atenderlas tales como oxígeno y material de intubación.



³⁵ Tanto la médica como las enfermeras viven en el centro del municipio de Huauchinango así que viajan diariamente en transporte público durante hora y media (de ida y de regreso).



Grupo 21 de imágenes. Centro de salud de Huauchinango.

4.6.2 Oferta de atención durante el embarazo, parto y puerperio

En Teopancingo la oferta de atención durante el embarazo y puerperio se concentra en el centro de salud de la Secretaría de Salud. El parto se lleva a cabo en el Hospital General de Huauchinango.

Al ahondar en cómo es la atención prenatal, la médica me explicó que por instrucciones del sector salud el mínimo de consultas para una embarazada es de cinco, y la atención sigue esta ruta: se presenta la mujer con una sospecha de embarazo y se le solicita una prueba confirmatoria (ya sea de sangre o de orina)³⁶, así como estudios de sangre y un ultrasonido, normalmente estos estudios se podrían hacer en el Hospital General de Huauchinango pero debido a la pandemia COVID el servicio de estudios no está disponible,³⁷ por lo cual las mujeres deben hacerlos y costearlos en el sector privado.

³⁶ Las pruebas de embarazo en teoría, refiere la médica deberían estar disponibles en el centro de salud, empero, éstas siempre están nulas o escasas.

³⁷ La médica refiere que aún sin pandemia, es difícil que las mujeres puedan ir a Huauchinango a solicitar los estudios (pues implica un gasto de transporte). Anteriormente cuenta, que los doctores no otorgaban atención prenatal a las mujeres que no llevaran estudios, sin embargo, ella piensa implementar la atención aún sin estudios porque considera que se pierde tiempo valioso para detectar a tiempo posibles enfermedades en un embarazo.

Existen mujeres que no pueden cumplir con estos estudios sin embargo se les otorga el servicio médico.

Ya con estudios (o sin estudios) en la primera cita el objetivo es checar la salud general de la embarazada, mencionarle los signos de alarma y escuchar el corazón del bebé con un *doppler* (ultrasonido obstétrico); asimismo se les entrega un tríptico al que le denominan plan de parto en donde ellas tienen que definir lo siguiente: cuánto tiempo hacen de su domicilio al hospital, quiénes las llevarían (al menos dos opciones) y en qué medio. Después de esa cita, se les agenda cita cada mes y a partir del tercer semestre y dependiendo de la evolución del embarazo, cada semana o cada dos semanas. Al cumplir las 37 semanas, se les otorga la referencia para asistir directamente al hospital.

La médica me informó que desde hace cinco años por instrucciones del sector salud, no se puede atender ningún parto, y en caso de llegar un parto fortuito, inmediatamente se tiene que trasladar a un hospital para hacerle una revisión apropiada de cavidades y una atención completa.

Ya pasado el parto, a las puérperas se les cita una semana después para revisar la herida quirúrgica, retirar los puntos en caso de haber sido cesárea, revisar loquios y su apariencia (sangre remanente) que puede indicar si existe una infección o no que pueda acarrear algún riesgo de muerte materna; además se revisa al recién nacido y se completa el ciclo de atención.





Grupo 22 de imágenes. Tríptico, plan de embarazo.

4.6.3 Las parteras en la atención del embarazo, parto y puerperio en Teopancingo

4.6.3.1 Isis, Catalina, Yolanda, Lupita y Tatiana. El parto de antes

Isis es una mujer de más de noventa años que tuvo diez hijos, Catalina es una mujer de setenta y ocho años que tuvo ocho hijos, Yolanda es una mujer de cincuenta y dos años que tuvo cinco hijos, Lupita es una mujer de cuarenta y ocho años que tuvo cuatro hijos y Tatiana es una mujer de cuarenta y cinco años que tuvo tres hijos, todas ellas tienen en común haber parido en Teopancingo a alguno de sus hijos, o a todos, con partera y en su casa.

Me pareció importante entrevistar a estas mujeres porque son una voz, registro vivo de cómo era parir en Teopancingo hace algunos años. La historia de Isis es un verdadero tesoro pues a sus más de noventa años está completamente lúcida y me contó que todos sus hijos fueron atendidos por la facultativa (como ella le llama a la partera). Me contó que durante su embarazo la facultativa *le daba una meneada de panza y ya, y a la hora del parto, solo la llamaba, llegaba a su casa, le daba otra meneada y luego nacía la criatura. Había veces que ya ni se esperaba y ella solita tenía a la criatura.* En el puerperio, su suegra la ayudaba, le daba cuatro baños con hierbas curativas como la ruda. También me contó que ella amamantó a sus hijos *con sus cántaros de miel (senos).*

Catalina tuvo seis varones y a todos los parió en su casa con la partera, a sus hijas mujeres las parió en el hospital y *no sabe ni por qué, solo le dijo así su esposo.*

Catalina dice que todo era simple *pues no se acostumbraba hospital ni había atenciones como hoy en día.* Tampoco se podía descansar en el embarazo ni ser *quejosa, ella siempre hacía quehacer, cargaba leña y se iba a lavar con todos los chamacos a cuesta y cuando llegaba el día sentía dolores, le hablaba a su señor y llegaba la partera.*

Cuando llegaba la partera, Catalina se colocaba en el suelo de su casa, en cuclillas y esperaba que nacieran sus hijos. Cuando acababa el parto, la partera se llevaba a lavar las cobijas y la ropa, y su esposo buscaba quién lavara ocho días por ella, para que pudiera descansar. Catalina recuerda que en ese entonces (hace más de cincuenta años) la partera le cobraba 50 pesos por su servicio.

Yolanda tuvo cinco hijos, los primeros dos con partera en su casa, y los últimos tres en el hospital *porque se sentía mejor atendida allí.* Durante el embarazo tuvo cuidados médicos en la clínica y también iba a que la sobara la partera. *Hasta el último día ella iba al molino, hacía sus tortillas y quehaceres,* y cuando sentía los dolores que anunciaban el parto, mandaba a alguno de sus hijos por la partera.

Según Yolanda, la partera *la acostaba en la cama, le apachurraba el estómago y ya cuando nacía el niño le cortaba su cordón umbilical, después sacaba la placenta y la enterraba para que no se la comieran los animales.* También *le lavaba la ropa y le daba sus cinco baños en temazcal;* luego descansaba cuarenta días y su suegra la cuidaba.

Cuando el bebé estaba recién nacido no podía faltar *ponerle su playerita al revés, las tijeras debajo de la cama y unas ramas de tejocote en la hamaca del bebé, para que no se lo comiera la bruja.*

Lupita parió a sus cuatro hijos en su casa y nunca fue al doctor *porque antes no había clínica, solo venían unos camiones grandes con doctores,* así que durante el

embarazo hacía su vida completamente normal, solo *se ponía un segurito en su blusa para protegerse de los eclipses*. Como su abuelita y su madre eran parteras, siempre estuvo familiarizada con el parto, *incluso de chamaca se iba a ayudarlas a lavar las cobijas de las señoras*. Cuando llegaba la hora del parto su madre y su abuela la atendían y *la cuidaban durante su cuarentena con caldo de gallina y baños de temazcal*.

Cuando su madre murió de cáncer cervicouterino, misma enfermedad que Lupita tuvo que vencer durante su último embarazo, y su abuela también falleció, tuvo que llamar a una de sus comadres que no había atendido ningún parto para que la ayudara a parir. Todas sus placentas están enterradas en su casa para que no se las comieran los animales.

Por último, Tatiana, tiene tres hijos vivos y tuvo un aborto espontáneo. Su primer hijo lo tuvo en su casa con la ayuda de una partera, el segundo fue atendido por su hermana, y su aborto fue en Venta Grande con una enfermera.

A Tatiana le tocó vivir la inauguración del centro de salud de Teopancingo hace aproximadamente veinte años (2000). Durante sus embarazos *solía sobarla la partera y acomodarle el bebé y cuando sentía dolores la llamaban*. En el primer parto, la partera se instaló con ella una semana entera para ayudarla.

Tatiana recuerda que la partera le decía que caminara, luego extendía una cobija y el bebé nacía, también le apretaba el estómago para ayudarla a parir, *le daba tres baños en temazcal con toronjiles, ruda, árnica y muchas hierbas más*. Su segundo hijo llegó al mundo sin partera, *así que su hermana sin saber nada tuvo que hacerse cargo del parto y ayudarla pues no había partera*. Cuando sus hijos estaban recién nacidos también ponía *abajo unas tijeras para que la bruja no se le arrimara*.

Cuando yo escuchaba a estas mujeres era evidente que coincidían en tres aspectos, el primero es que antes no existían las oportunidades de atención que hoy en día tienen sus hijas y sus nietas, y también que no había información sobre cómo tener menos hijos.

L: Sí, pues así porque has de cuenta que luego... te digo que ni cuenta me daba yo cuando estaba embarazada

E: ¿Fueron muy seguidos?

L: De Germán y José sí, a los 11 meses tuve a José, pero como te digo, no había que dijera yo voy a la clínica a que me den medicina

E: Y tampoco pasaba por la mente eso de...

L: No, ya empecé a tomar medicina cuando... ya de Víctor a David, ahí sí como que me empecé a tomar, a poner las ampollitas y fue donde me provocó más ese cáncer

E: ¿Qué ampollitas? Anticonceptivas

L: Ajá (Lupita).

La segunda cuestión en la que coinciden es que el embarazo y el parto se vivían de diferente manera, sin mucha atención y muchos cuidados. Además, ellas recalcan en sus testimonios el *tener una fortaleza que les permitía hacerse cargo de todo sin descansar y que eso ya no pasa con las mujeres de hoy en día.*

E: ¿Y con qué fuerzas se puede hacer eso?

C: Pues así... con el propósito de hacerlo llegaba y... luego ellos ya llegaban todos ellos con hambre y yo tener que llegar a preparar y hacer... nada de qué... y por eso ahora digo ¡Ay Dios! Yo crié tantos hijos con el señor y todo y a todos les serví y ahora no pueden servirle a uno. Así yo en serio y luego veía, bueno les digo, era aquí atrás tuvo su señora gemelos y le ayudaba que a bañarlos, que a cuidarlos, le digo, bueno ahí sí porque no puede... son dos pero ahora, tengo una... el niño 4 años creo y le hablaba que ven que prepárale la mamila, que mira el niño que ya... que mira que...que cargue al niño ¿Pues qué no puede? Pero si algo le dices ya no, se enojan.

Y la tercera y última cuestión en la que coincidieron las mujeres fue que hoy en día ya no hay parteras que atiendan. Gracias a los testimonios de estas mujeres, me enteré de que, desde hace muchos años, en particular desde que murieron las dos últimas parteras (madre y abuela de Lupita) ya solo hay una partera viviendo en Teopancingo, pero ya no atiende partos. También pude percatarme de que no era raro que las mujeres parieran solas o atendidas por alguna mujer (familiar) que nunca hubiera atendido partos.

Cabe resaltar por último que en algunos de sus relatos sobresalió el hecho de nombrar como machismo algunas dinámicas presentes en su vida de pareja, tal como se refleja con los ejemplos de los testimonios de Catalina y Lupita.

C: Porque pues así los hombres de que trabajan, ellos no apoyan, no cargaban nada y les gustaba por allá andar de... ¿No? Y uno a cuidar los animales y hacer de comer porque antes, les digo que ahora yo estoy acostumbrada, yo veo que mis hijos ya hacen y le ayudan a su señora a hacer de comer

E: ¿Antes no era así? ¿Cómo era antes?

C: Ah yo tenía que moler al molino así de mano, tenía que hacer las tortillas, ir a lavar al río regresar y hacer de comer y ya era ya... tenía ya varios hijos y uno chillaba y el otro quería comer y así... Y ya el señor llegaba y se sentaba, él quería comer nada de que te voy a ayudar y quería el agua y ya, luego hasta me decía – Qué mujer eres si el agua es primero en la mesa (Catalina).

E: ¿Y qué cómo es el machismo aquí, que usted dice?

L: Pues si te sientes mal y dices que te sientes mal nada más... bueno yo lo veo, mi señor luego me decía –Ay a ti cuando no te duele una cosa, te duele otra. Ya estás... y pues no, así como que dijera yo tengo el apoyo para...no, haz de cuenta cuando me fui a que tenía yo el cáncer, me acuerdo que me dijo el doctor – Ya está muy avanzado el cáncer, tu matriz ya se te está deshaciendo, si no te operas te vas a morir. Le digo, pero a mí no me duele nada, porque has de cuenta que a mí no me dolía nada, por eso yo no lo creía y me dice el doctor – Sí, sí ya está muy avanzado, necesitas operarte (Lupita).

En el siguiente y último apartado sobre el contexto en Teopancingo y en particular la oferta de la atención del embarazo, parto y puerperio hablaré sobre el papel que juega en la actualidad la única partera reconocida en Teopancingo, la señora Rocío.

4.6.4 La partería en 2022 en Teopancingo

Ana María Carrillo (1999) hace un valioso recuento sobre cómo ha sido la presencia de las parteras en México hasta el siglo XX. Comienza explicando la existencia y labor de las parteras tradicionales y cómo éstas durante el siglo XIX fueron sustituidas por los profesionales médicos y algunas capacitadas dentro del modelo biomédico de salud para ejercer su profesión. Es importante que a partir de los años setenta y ochenta del siglo XX estas parteras capacitadas fueron limitadas de su profesión y casi eliminadas. Hoy en día podría mencionar que en México se está reconociendo la importancia de las parteras y su inclusión en la atención sobre todo durante el embarazo y parto.³⁸

³⁸ Durante la pandemia COVID organismos como la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México han reconocido la importancia de la partería y su papel fundamental en la atención del embarazo, parto y puerperio ([La CDHCM reconoce el trabajo de las parteras - Comisión de Derechos Humanos de la](#)

Esta evolución que narra Carrillo (1999) coincide con la historia que me contó Rocío, una mujer de 65 años que es reconocida por toda la comunidad como la única partera de Teopancingo, y por ella misma como la única certificada en la comunidad desde hace 37 años.

Rocío tuvo seis hijos atendida con partera, *en el rancho, sin nada de ir al pueblo*. Ella comenzó a estudiar cursos sobre medicina y partería en Chignahuapan, Puebla, cuando era muy joven, y allí fue auxiliar médica en el centro de salud. El tiempo pasó y se casó con un hombre que vivía en Teopancingo así que se mudó, y al poco tiempo, *la gente se reunió y la eligió como auxiliar de salud desde hace 37 años*.

Rocío básicamente tenía la función de acompañar a las embarazadas con su servicio de partería que ofrecía desde un cuarto de su casa acondicionado como consultorio, con silla, escritorio, una camilla y repisas para instrumentos, toallas y libros. Durante casi cuatro décadas atendió el embarazo de decenas de mujeres. Esta atención básicamente era de la manera siguiente:

Ellas vienen cada mes a su control de la embarazada, pues de que luego se soban, se les acomoda al bebé, se miden... y se les mide el fondo uterino y se les checa su corazoncito del bebé cómo está latiendo. Cuando llegan pues ya les digo, a ver te voy a revisar tu presión, tu azúcar; cómo está el bebé, si sus latidos están normales o qué tanto va creciendo, si crece o no crece, si tienes buen de líquido o si no tienes líquido.

Cuando las sobo es para que el niño se acomode, porque hay niños que están de ladito, hay niños que están... o se bajan o están metidos, se meten, entonces se deben de acomodar para que la persona salga. También les reviso, por ejemplo, si no se hinchan de sus pies, todas, todas la reviso.

En el caso de que Rocío note algún signo de alarma en las embarazadas, ella las refiere de inmediato a la clínica pues de ninguna manera dice que puede atenderlas pues así la capacitaron y además no se mete en ningún problema.

[Ciudad de México](#)). Asimismo el Fondo de Población de las Naciones Unidas para México han alentado la promoción de la partería en nuestro país ([UNFPA Mexico | Invertir en partería reduce costos y mejora la calidad integral de los servicios](#)).

E: ¿Cómo ve si no tiene anemia?

R: En los ojos, amarillos o la palidez de la cara

E: ¿Qué más les ve cuando nota que esta viene mal? ¿Cuáles son esos signos?

R: Pues le digo que se le ve la fisionomía a la persona, se ve delgada, luego le hago preguntas, que si no le da hambre, que tiene vómito, varias cosas. Entonces ya detecto que está persona... vete a la clínica ahí te van a dar un tratamiento que mereces.

Rocío hace mucho énfasis en que en Teopancingo existían varias parteras, pero ninguna estaba capacitada por el sector salud por lo cual ellas no tenían permitido atender partos, en cambio ella sí, pues está registrada en Puebla y por eso puede emitir hojas de alumbramiento³⁹. Las parteras a las que Rocío se refiere ya murieron, se mudaron o dejaron de atender partos desde hace más de treinta años, según cuenta. Ella en cambio hasta 2021 atendió partos, sin embargo, desde hace un mes (marzo 2022), se dio de baja como partera *pues ya no tiene fuerza y sus hijos están en Pachuca, Hidalgo*, y gran parte del tiempo la pasa allí.

La atención del parto la describe muy emocionada pues me cuenta que siempre le gustó su trabajo. Básicamente lo que ella hacía era atender cada mes a la embarazada y llegado el día del parto ellas llegaban a su casa, allí las atendía hasta que llegara el momento del alumbramiento. Ya cuando estaba cerca el momento les indicaba que podían acomodarse en la posición que quisieran (aunque Rocío prefiere que estén acostadas) y les sobaba el estómago para ayudarlas a parir, además, con sus dedos, separaba el perineo para ayudarlas. Rocío regularmente no permite que las mujeres entren a parir con sus esposos porque:

E: ¿Puede entrar su esposo?

R: No solamente, no su esposo no... otra persona y si no venía otra persona nada más yo

E: ¿Por qué su esposo no? Cuénteme

R: Porque los esposos espantan más, entonces sí quiero una gente con valor no sin valor, entonces se espantan y para qué me va a espantar a la que está ahí

E: ¿Por eso usted no admite a los esposos?

R: No, si viene otra persona y si es valiente pues órale, y si no esperas afuera.

³⁹ Según el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) durante 2020 hubo dos nacimientos en Teopancingo.

Cuando el bebé nacía, ella le cortaba el cordón umbilical y le sacaba las flemas, y a la par esperaba que saliera la placenta para después limpiarla con Isodine (antiséptico) *pero sin meter la mano para limpiar las cavidades*. Enseguida hidrataba a la mamá y al bebé y los dejaba reposando uno o dos días en su casa.

Durante ese tiempo ella les cocinaba caldo de gallina y les daba el primero de cuatro baños en el temazcal que tiene instalado afuera de su casa:

R: Ajá, ahí tengo mi temazcal, las baño en temazcal

E: Al otro día, luego, luego es el primer baño de temazcal

R: Ajá

E: ¿Y cómo son los baños cuénteme?

R: Los baños pues se pone agua a hervir con hierbas, pues aquí de varias hierbas, que no sé si las conozca, zopatlé, albahaque, mirtos

E: Y de oler riquísimo ¿No?

R: Sí, los mirtos, esa hierbita que tengo ahí, tengo mis hierbas

Antes de que la puérpera se fuera le hacía recomendaciones para que viviera su cuarentena y se repusiera, tales como no levantar cosas pesadas, no tener relaciones sexuales y no enfriarse, a los quince días las citaba y las daba de alta. El costo de todo el servicio era de dos mil pesos.

Rocío me comentó que las mujeres preferían parir con ella en lugar de hacerlo en el hospital por varias razones, la primera es que se sentían más en confianza, *la segunda es porque no les gusta que las atiendan hombres a sus esposos porque son machistas*, y la tercera es porque en el hospital las tratan mal. En toda su carrera nunca se le ha complicado ningún parto, aunque sí le han tocado algunos partos secos (dolorosos y que tardan mucho), sin embargo, ella piensa que eso sucede cuando la mujer no se hidrata lo suficiente durante el embarazo. Asimismo, recalca que el uso de tés y remedios caseros como se lo indicaron en sus capacitaciones puede ser perjudicial para las mujeres.

Hoy en día Rocío está retirada y parece que la opción de la partería en Teopancingo han muerto con su retiro, sin embargo, piensa *que para eso existen los hospitales en los cuales ella confía*. Cuando entrevisté a las 20 mujeres ninguna reconoce

la opción de parir con partera en Teopancingo, algunas dicen incluso *que ya se murieron todas*, pero sí ven en Macrina una figura médica a la que se refieren como *la enfermera o la que sabe de medicina y que soba y ayuda en el embarazo, o receta medicamentos*.

Este recorrido por Teopancingo y la vida de las veinte mujeres que entrevisté, me permitió sin duda entender un poco de la dinámica y del entorno en el que ellas viven y que reinventan día a día, y el cual también le muestran y enseñan a sus hijos pequeños. Para terminar este capítulo, solo apuntaré algunas características del municipio al que pertenece Teopancingo, es decir el municipio de Huauchinango y me centraré en cuál es la oferta para la atención del embarazo, parto y puerperio en este lugar.



Imagen 23. Temazcal de la partera Rocío.

4.7 Huauchinango. Un lugar cercado de bosques

Como ya lo he venido mencionando, las veinte mujeres que entrevisté parieron en Huauchinango, Puebla. Doce de ellas en el Hospital General de Huauchinango: Teresa, Adriana, Alicia, Amalia, Ana, Blanca, Dianelly, Elena, Lupita, María, Sarahí y Sonia, y ocho de ellas en diferentes clínicas privadas: Sofi, Denisse, Francisca, Mariana, Natalia, Samara, Sofía y Soledad, por lo cual en este apartado consideré necesario incluir un brevísimo contexto sociodemográfico del municipio y luego centrarme en describir cuál es la oferta de atención en el embarazo, parto y puerperio en esta localidad.

A diferencia de la información disponible para Teopancingo, sí pude hallar datos

sobre el municipio de Huauchinango y su historia en la Enciclopedia de los Municipios de las Delegaciones de México.⁴⁰ Huauchinango, que en realidad se desprende de la palabra en náhuatl “Cuachinanco”, cuyo significado es “en la muralla de árboles” o “lugar cercado de bosques”, fue poblado entre los años 1116 y 1121 por habitantes de origen chichimeca, y como en la gran mayoría de las comunidades prehispánicas en México, en el siglo XV fueron sometidos por los Mexicas.

Con la llegada de los españoles, la población se dividió en cuatro barrios que hasta la fecha existen: el primero es San Francisco, el segundo Santiago, el tercero Santa Catarina y el cuarto, San Juan. En 1861 alcanzó el rango de ciudad y se convirtió en “Huauchinango de Degollado”. Actualmente se le reconoce como pueblo mágico; esta condecoración por parte de la Secretaría de Turismo de México la obtuvo en 2015⁴¹.

Yo describiría a Huauchinango como una ciudad con un clima frío, moderna, ruidosa y urbana que cuenta con equipamientos tales como hospitales, escuelas, plazas, parques, estacionamientos, etc. Asimismo, con servicios de alumbrado público, recolección de basura y saneamiento. Además, tiene infraestructura como drenaje, redes de comunicación, red de luz, servicio de internet, agua potable, entre otros. En el centro hay bancos, un centro comercial (Aurrerá), y tiendas, restaurantes, hoteles y bares. A las afueras se alcanza a ver también un *table dance* que se llama Discrecion Vip.

Como lo mencioné anteriormente, el municipio de Huauchinango es una ciudad totalmente equipada, además se caracteriza por tener “lo malo de las ciudades”, es ruidosa, con mucho tráfico y el cielo se nota con un gris distinto al de Teopancingo, es decir, más contaminado. Al ser cabecera municipal es un lugar en donde se reúnen muchas personas; los domingos por ejemplo son los días de plaza, y al tianguis, que se instala afuera del mercado principal, bajan muchas mujeres de varios poblados indígenas de Huauchinango vistiendo sus ropas tradicionales, en específico de Xopanapa,

⁴⁰ Enciclopedia de los Municipios de las Delegaciones de México. Estado de Puebla. Disponible en: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM21puebla/municipios/21071a.html>

⁴¹“Un Pueblo Mágico es una localidad que tiene atributos simbólicos, leyendas, historia, hechos trascendentes, cotidianidad, en fin magia que te emanan en cada una de sus manifestaciones socio-culturales, y que significan hoy día una gran oportunidad para el aprovechamiento turístico. El Programa Pueblos Mágicos contribuye a revalorar a un conjunto de poblaciones del país que siempre han estado en el imaginario colectivo de la nación en su conjunto y que representan alternativas frescas y diferentes para los visitantes nacionales y extranjeros” (Retomado textualmente de: <https://www.sectur.gob.mx/gobmx/pueblos-magicos/>)

Cuacuila, Naupan, Ocpaco, Xilocuatla. Estas mujeres venden sus flores, quelites, nopales, aguacates, frutas, hierbas, ajos y diversas hortalizas que siembran y cosechan, así como bordados y tejidos que ellas elaboran. En más de tres ocasiones tuve que ir a comprar víveres a este tianguis y realmente la verdura que las mujeres venden es fresca y deliciosa.



Grupo 24.1 de imágenes. Huauchinango, Puebla





Grupo 24.2 de imágenes. Huauchinango, Puebla.

4.7.1 Población, vivienda, educación y actividades económicas

La población de Huauchinango (el municipio 21,071 en el catálogo de entidades del Instituto Nacional de Estadística y Geografía) representa apenas el 1.6% de la población del estado de Puebla. Su población para 2020 era de 103,946 personas de las cuales el 53.0% eran mujeres y el 47.0% hombres. Del total del municipio, 19,579 personas de cinco años y más eran hablantes de una lengua indígena, es decir el 18.84%. Al caminar por el centro, me pude dar cuenta en más de una ocasión que algunos de sus habitantes se comunicaban en náhuatl.

Para 2020, el grado escolar de las personas de quince años y más era de 8.4, es decir, equivalentes a secundaria trunca, y para el mismo año se considera que el 89.0% de las personas eran alfabetas. En este lugar existen todos los niveles educativos públicos (preescolar, primaria, secundaria, preparatoria y universidad). En el sector

privado hay diferentes escuelas a nivel primaria y secundaria.

Asimismo, vale la pena resaltar que las personas activas económicamente de doce años y más en 2020 era del 98.3%, del cual, el 55.5% eran hombres y el 44.5% mujeres. Las principales actividades económicas se centran en el sector de las industrias manufactureras, de transportes, de construcción, de minería y pesca y acuacultura. En los días en los que estuve en el municipio, me di cuenta de que en la explanada municipal estaba de manera permanente un módulo de la Secretaría de Defensa Nacional, que busca reclutar a hombres y a mujeres, siempre que pude observar, habían interesados e interesadas pidiendo informes y formándose para ser reclutados, lo cual me hace pensar que integrarse a la SEDENA, puede formar parte de las opciones laborales para los pobladores de este lugar.

Con respecto a los hogares y viviendas en el 2020 en Huauchinango había 27,575 hogares censados, de los cuales todos se encontraban habitados por un promedio de ocupantes de 3.8 personas. Sobre las características de esas viviendas destaca que el 99.5% contaban con electricidad, el 91.4% con agua entubada y el 89.6% con drenaje.

Para terminar este breve pero necesario contexto sociodemográfico es importante mencionar que para el 2020, el 65.6% de la población era derechohabiente del Seguro Popular, ahora llamado Instituto de Salud para el Bienestar. El 15% era derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, el 13.3% del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores. El 4.3% eran derechohabientes en Petróleos de México, Sistema de Defensa Nacional o Secretaría de Marina, y el resto, el 0.4% correspondía a usuarios de servicios privados de salud. Hay un 1.8 por ciento de la población que está afiliada a otro tipo de institución.

El índice de marginación⁴² según el Consejo Nacional de Población para 2020 de Huauchinango era bajo.

⁴² “El Índice de Marginación es un indicador multidimensional que mide la intensidad de las privaciones padecidas por la población a través de 9 formas de exclusión agrupadas en 4 dimensiones: educación, vivienda, distribución de la población e ingresos monetarios. Permite categorizar a las unidades geoestadísticas de acuerdo con las carencias socioeconómicas que enfrenta su población, siendo más intensas en los grados de marginación alto y muy alto” (Consejo Nacional de Población. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/indices-de-marginacion-2020-284372>)



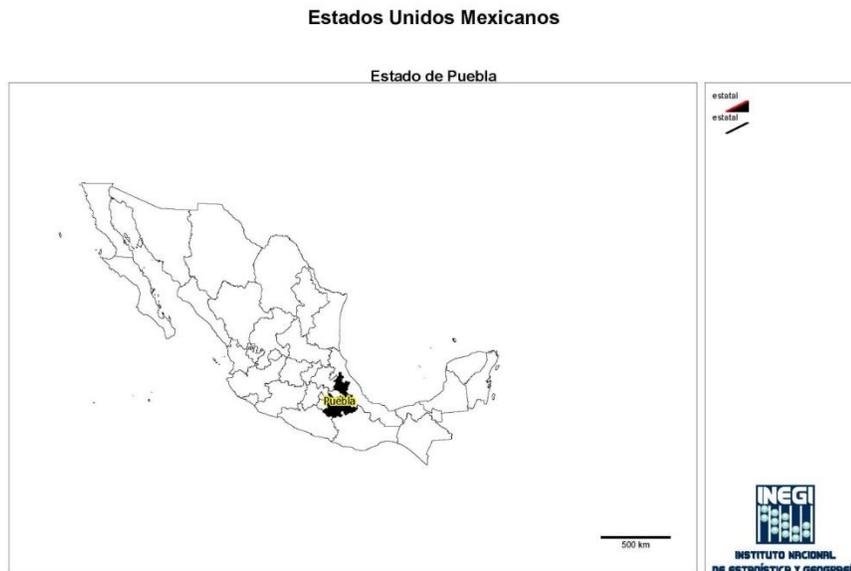
Grupo 25 de imágenes. Módulo de la SEDENA en el centro de Huauchinango.

Tabla 15. Principales indicadores sociodemográficos de Huauchinango, Puebla

Tipo de indicador	Información
Principales actividades productivas	manufactura, transporte, construcción
N. Población total	103,946 53% (f) 47% (m)
Número de hogares	27,575
Grado promedio de escolaridad	8.4%
Acceso a la salud	65.6% cuentan con INSABI
Grado de marginación	bajo

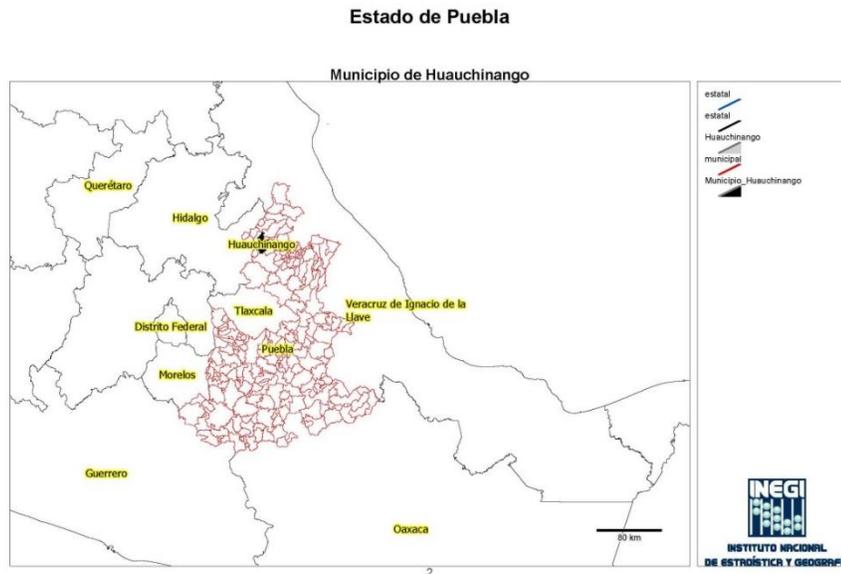
Fuente: Elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Estadística y Geografía

Mapa 3. Ubicación del estado de Puebla en el mapa de los Estados Unidos Mexicanos



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020)

Mapa 4. Ubicación del Municipio de Huauchinango en el Estado de Puebla



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020)

4.7.2 Oferta de atención a la salud. Farmacias similares, herbolarias y laboratorios

En Huauchinango existe una amplia oferta para atender la salud en general. En mi trabajo de campo una de mis actividades fue recorrer todo el centro y calles periféricas (no todas) buscando qué alternativas tienen las personas para atender su salud. Asimismo, me ayudé del Google maps (herramienta GPS) para que éste me marcara algunas opciones y así no ir sin rumbo fijo. Lo primero que noté fue que había muchas farmacias de diferentes cadenas que ofrecían consultas médicas, la primera eran las dos farmacias del ahorro en las que solo una tenía servicio médico de orientación gratuita, que básicamente se trata de una consulta sin costo en donde te indican qué medicamentos comprar. Al preguntarles si tenían opción de consulta para embarazadas o seguimiento prenatal me dijeron que no, que solo era orientación médica.

Otras dos farmacias visibles pertenecen a la cadena similares, como en todo el país, su distintivo es tener afuera de los establecimientos una botarga regordeta y

simpática de un doctor bailando. En estas farmacias sí hay consultorios médicos y la consulta cuesta cuarenta pesos y sí se lleva el control de embarazo y además se ofrecen servicios como certificados médicos, retiro de puntos, curaciones, limpiezas de oídos, entre otros. Entre mis entrevistadas fue común que ellas mencionaran estas farmacias como una opción que utilizan cuando se sienten mal, ellas o sus hijos, incluso Sofía mencionó que su mamá *prefería llevarlos al similares antes que esperar mucho tiempo en el hospital.*

Las farmacias similares sin duda son las más repletas, hay una cola de personas esperando entrar, además dan la impresión (por lo menos a mí), de tenerlo todo en un solo lugar, pues en una de sus sucursales tienen un sitio de laboratorios médicos, *laboratorios best*, que te ofrecen estudios de gabinete a bajo costo.

Existen otras farmacias, más de diez, que venden medicamentos genéricos y de patente y además en algunas también hay consultorios médicos que ofrecen consultas de entre cincuenta y setenta pesos. Al lado de donde estuve hospedada, había una de estas farmacias que también estaba concurrida y que tenía una gran bocina con música a todo volumen anunciando sus ofertas.





Grupo 26 de imágenes. Farmacias en Huauchinango.

Entre mis entrevistadas me di cuenta de que todas las mujeres que se habían hecho estudios de laboratorio durante el embarazo lo realizaron en Huauchinango, en

laboratorios particulares, por dos razones. La primera es que, al referirlas de la clínica de Teopancingo para realizarse los estudios en Huauchinango, tenían que ir al hospital a hacer cita, luego presentarse y luego ir por los resultados. El costo del transporte para ellas y la espera de horas resultaba inviable y era una opción más barata hacerlos en un laboratorio privado ya que se los entregaban el mismo día.

A: ¿Y fueron, ¿quién te hizo, te los hiciste en huachi o particular?

T: En Huauchinango

A: ¿Particular?

T: En un particular

A: ¿No podían hacértelos ahí en el hospital?

T: Es que sinceramente es muy tardado, preferimos mejor pagar ir, y no estar a la vuelta y vuelta

A: ¿Y, tú como sabes que es muy tardado?

T: Porque ya lo he vivido, ósea con mi hijo el primero igual, me citaban para hoy e íbamos, sacábamos cita, y nos volvían a citar para hacerlos, y los resultados los entregaban y otra vez teníamos que ir

A: Ósea también era un, me imagino que eran gastos en ir tantas veces

T: Pues sí, la verdad si eran muchos gastos, porque de aquí a allá una sola persona gasta como entre cien pesos o ciento cincuenta

A: Para ir a Huachi, diario, ok

T: Y, claro no iba yo solita, pues éramos dos yo y mi esposo y ya era mucho más

A: Entonces mejor decidieron...

T: Ya particular (Teresa).

La segunda razón es porque durante la pandemia COVID no estaban disponibles los estudios en el Hospital General de Huauchinango. Sobre este asunto vale la pena retomar el testimonio de Amalia que justo por no poder pagar los estudios de laboratorio que le solicitaban para darle atención médica en la clínica de Teopancingo y al no estar disponibles en el Hospital General, optó por no volver a la clínica, y por ende, no tener atención prenatal.

A: ¿Y por qué del último bebé no tuviste consultas prenatales?

Am: Porque me pedían estudios y la verdad no tenía dinero

A: Pero lo que desde la otra vez no me quedó claro ¿Sin esos estudios no te iban a atender?

Am: No, porque si no entregaba los estudios no me podían llevar el control allí, no me podía atender ella (la doctora)

A: Ok ¿Y cuánto costaban esos estudios?

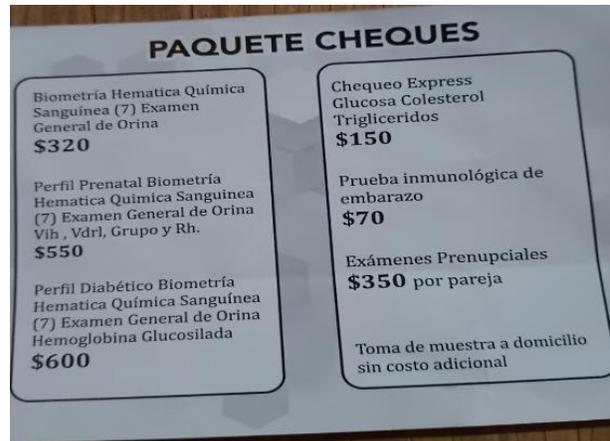
Am: Los de sangre y todas las pruebas como ochocientos y algo (Amalia).

Al recorrer entonces Huauchinango en búsqueda de laboratorios médicos me di cuenta de que hay más de cinco que te ofrecen análisis clínicos y ultrasonidos. Al preguntar por los costos, entendí que, una prueba de embarazo en sangre iba de los 70 a los 100 pesos, un perfil prenatal de los 450 a los 600 pesos, un ultrasonido de los 250 a 500 pesos y una biimetría hemática sencilla, de siete elementos, de los 110 pesos a los 320 pesos. Algunos laboratorios son más pequeños que otros y casi diría que están escondidos, pero otros tienen instalaciones modernas y visibles. Al entrar a los laboratorios me percaté de que estaban esperando varias mujeres cuyo embarazo era visible. Así como me lo dijeron mis entrevistadas, en la mayoría de estos lugares te ofrecen darte los resultados el mismo día, así que sin duda resultan una opción viable y a la mano para las mujeres que de Teopancingo van a Huauchinango en búsqueda de estudios médicos.





Grupo 26.2 de imágenes. Farmacias en Huachinango.



Grupo 27 de imágenes. Laboratorios en Huachinango.

Por último, observé también que las personas en Huachinango pueden optar por una atención médica, preventiva y curativa, a través de servicios como la herbolaria y el naturismo. Encontré en mi andar más de cuatro establecimientos entre los cuales se leían letreros que decían “cura tus males” “acaba con la gastritis” “herbolaria medicinal”. En algunos de estos establecimientos inclusive se ofertaban velas y santos.

En estos establecimientos se me ocurrió preguntar si atendían a embarazadas o partos, o si sabían de alguna partera y fue interesante que la mayoría me refirió al Hospital General de Huauchinango o a las farmacias similares. Mi interés radicaba en el hecho de que Lupita me mencionó que estando en Huauchinango iba a que la partera la sobara, sin embargo, mi trabajo de campo no exploró más allá, dejando como una línea abierta si en Huauchinango hay servicios de partería durante el embarazo.



Imagen 28. Tienda naturista. Pasaje Juárez.

4.8 Veinte mujeres que parieron en Huauchinango, Puebla

En este apartado final me centraré en describir la oferta de atención que hay en Huauchinango, Puebla, para atender el parto. Es preciso comenzar diciendo que según el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) de la Dirección General de Información en Salud del Gobierno de México, en 2020 hubo 1,935 nacimientos en Huauchinango, en 2019 hubo 2,598 nacimientos y en 2018 un total de 2,777.

En el caso de mis entrevistadas ellas optaron por atender su parto tanto en clínicas privadas como en el Hospital General de Huauchinango.

Tabla 16. Ruta de atención durante el embarazo, parto y puerperio

Nombre	Atención embarazo	Atención del parto	Atención del puerperio
Samara	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo • Estudios de laboratorio particulares en Huauchinango • Partera en Teopancingo 	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Marven 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo
Sofi	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo • Estudios de laboratorio particulares en Huauchinango • Huauchinango, clínica privada 	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Marven 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo
Sofía	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios de laboratorio particulares en Huauchinango • Huauchinango, clínica privada Marven 	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Marven 	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Marven
Denisse	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, Hospital General • Huauchinango, clínica privada • Estudios de laboratorio particulares en Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Monte Sinaí 	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango clínica privada Monte Sinaí
Francisca	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Marven • Centro de salud de Teopancingo • Estudios de laboratorio particulares en Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Marven 	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Marven
Soledad	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo • Hospital General de Teopancingo 	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Monte Sinaí 	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Monte Sinaí

	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada • Huauchinango, clínica privada Monte Sinaí • Estudios de laboratorio particulares en Huauchinango 		
Natalia	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Marven • Centro de salud Teopancingo • Estudios de laboratorio particulares de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Marven 	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Marven
Mariana	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Marven • Centro de salud Teopancingo • Estudios de laboratorio particulares de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Marven 	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Marven
Teresa	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo • Estudios de laboratorio particulares de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital General de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo • Hospital General de Huauchinango
Dianelly	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo • Estudios de laboratorio particulares de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital General de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo
Alicia	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo • Estudios de laboratorio particulares de Huauchinango • Partera en Teopancingo 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital General de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo
Adriana	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios de laboratorio particulares de Huauchinango • Centro de salud de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital General de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud de Huauchinango

María	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo • Estudios de laboratorio particulares en Huauchinango • Hospital General de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital General de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo
Sarahí	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo (primera bebé) • Estudios de laboratorio particulares de Huauchinango (primera bebé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital General de Huauchinango (ambos bebés) 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo (ambos bebés)
Elena	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo • Clínica privada en Huauchinango • Partera de Teopancingo • Estudios de laboratorio particulares de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital General de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud Teopancingo • Clínica privada en Huauchinango
Lupita	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica privada en Huauchinango • Estudios de laboratorio particulares de Huauchinango • Partera de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital General de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital General de Huauchinango
Ana	<ul style="list-style-type: none"> • Huauchinango, clínica privada Marven • Centro de salud de Teopancingo • Estudios de laboratorio particulares de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital General de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud de Teopancingo
Blanca	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud de Teopancingo • Estudios de laboratorio particulares de Huauchinango • Huauchinango, clínica privada 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital General de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud de Teopancingo

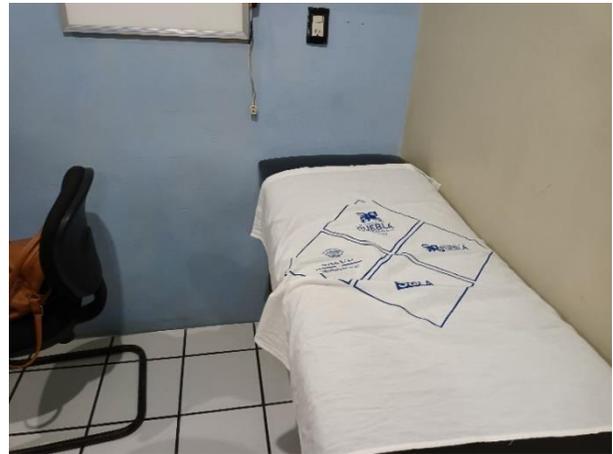
	<ul style="list-style-type: none"> • Checaba la presión con una persona de Teopancingo 		
Amalia	<ul style="list-style-type: none"> • Sin atención prenatal del último hijo • Segunda hija atención Hospital General de Huauchinango y en el Centro de salud de Teopancingo • Estudios de laboratorio particulares de Huauchinango de segundo y tercer hijo 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital General de Huauchinango 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud de Teopancingo
Sonia	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud de Teopancingo, Estudios de laboratorio particulares de Zacatlán en primer hijo • Centro de salud de Teopancingo segunda hija 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital General de Huauchinango primer hijo • Hospital General de Zacatlán segunda hija 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud de Teopancingo en primer hijo y segunda hija

Fuente: elaboración propia con base en el trabajo de campo.

Como la tabla lo muestra, Sofi, Denisse, Francisca, Mariana, Natalia, Samara, Sofía y Soledad parieron en clínicas particulares, en específico, en tres de ellas: Clínica Marven, Clínica Monte Sinaí y Clínica Monte de Yavé. Lo hicieron en estas clínicas por diversas razones que se desarrollarán ampliamente en el apartado analítico pero que se pueden resumir en, uno, que no quisieron atenderse en el Hospital General de Huauchinango pues estaba repleto de enfermos con COVID y tenían temor de que las mataran o se contagiaran; ~~y~~ dos, porque su embarazo era delicado o de alto riesgo y consideraron que tendrían mejor atención en una clínica privada; ~~y~~ o tres, porque no las quisieron atender en el HGH o las hicieron esperar tanto que no aguantaron más el dolor y tuvieron que buscar la opción de trasladarse en ese momento, a una de estas instituciones.

Para conocer de primera mano cómo eran estas clínicas fui a cada una de ellas y lo hice siendo una antropóloga encubierta, ésto me permitió no levantar sospechas de “alguien que no tiene un vientre de embarazada y pregunta santo y seña por el parto”, y dos, me dio la oportunidad de conocer las instalaciones y a los médicos sin que pensarán que mi intención era dañarles o algo parecido. Así que lo que hice fue presentarme a estos nosocomios diciendo que quería saber los costos, los paquetes y la información necesaria para que una familiar de Teopancingo pariera allí.

En la clínica Monte de Yavé me recibió una doctora joven, muy amable y me dijo que el costo del parto era de diez mil pesos y de la cesárea de dieciséis mil pesos, esto incluía la hospitalización, los medicamentos, la cirugía y la atención del recién nacido por un médico general. Antes me pedían que llevara a mi familiar a una consulta de valoración con un costo de \$250. La clínica es un lugar que luce bastante antiguo y parece muy limpio, el silencio era inminente y al preguntarle si podía ver las instalaciones me dijeron lo obvio, que el quirófano estaba esterilizado y no se podía pasar. El pago se tenía que efectuar en efectivo o mediante transferencia bancaria, dando un cincuenta por ciento antes del egreso de la paciente y liquidando al salir.





Grupo 29 de imágenes. Clínica Monte de Yavé.

La Clínica Monte Sinaí era la más grande y moderna de todas, allí me atendió un médico quien algo reacio me indicó que la cesárea tenía un costo de \$23,000 y el parto de \$16,000 y que al igual que en la clínica anterior se necesitaba asistir a una consulta previa de valoración que tenía un costo de \$300. El pago solamente era en efectivo. Le pregunté al doctor si a mi familiar le permitían entrar conmigo u otro familiar como su esposo, para cortar el cordón umbilical y me dijo que ésto, desde la pandemia no era posible, pero que sí podían estar dos familiares en la sala de espera. También requerían un cincuenta por ciento de anticipo.

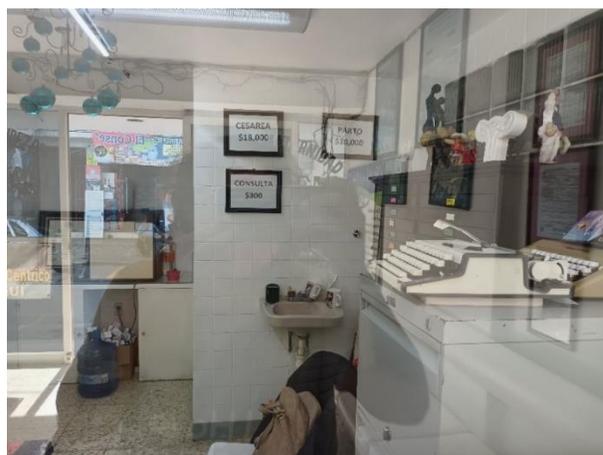


Grupo 30 de imágenes. Clínica Monte Sinaí.

La última clínica y la que confieso me llamaba más la atención conocer, pues allí parieron la mayoría de mis entrevistadas que optaron por una atención privada, y además

me hicieron énfasis en que *era la más conocida, que era la más barata y que todas las de Teopancingo iban allí*, fue la Clínica Marven. La Clínica Marven está ubicada en pleno centro de Huauchinango y se divide en dos partes, la primera es una sala de espera en la que caben como veinte pacientes, y la segunda el área de ingreso.

Allí me atendió una enfermera y me contó que muchas de sus pacientes son de Teopancingo y que el costo venía en los letreros, y así mismo claro y fuerte se ve, cesárea 18 mil pesos, parto 10 mil pesos y consulta 300 pesos. Me comentó que no era necesario una cita previa. Es menester mencionar que en Huauchinango existen otras clínicas; sin embargo, éstas no atienden partos y son solo estos tres lugares que se conocen como sanatorios o paritorios.



Las doce mujeres restantes que por cierto son la mayoría, Teresa, Adriana, Alicia, Amalia, Ana, Blanca, Dianelly, Elena, Lupita, María, Sarahí y Sonia, parieron en el Hospital General de Huauchinango. También tuve la oportunidad de visitar este lugar, el cual se encuentra a las afueras del municipio, en una colonia bastante desolada. Llegando, lo primero que me llamó la atención fue ver que a sus alrededores hay farmacias y laboratorios médicos. También existen dos albergues, propiedad de comunidades religiosas que buscan ayudar a los familiares que están esperando a sus enfermos, sin embargo, al tocar y asomarme, nadie salió y parecía fuera de funcionamiento. Lo que sí hay en las calles detrás del hospital son varias funerarias, tiendas y un hotel.

Al llegar todo parecía un páramo, solitario, salvo por algunos familiares que se encontraban en las banquetas esperando a sus pacientes. Una de esas personas era una señora que traía una cobijita de bebé, así que me acerqué y le pregunté si estaba esperando a alguien y me dijo que a su hija, *que la iban a operar desde las siete de la mañana pero ya habían pasado doce horas y no la habían atendido*. Solo me despedí, le dije que esperaba que pronto su hija saliera con bienestar y me retiré.



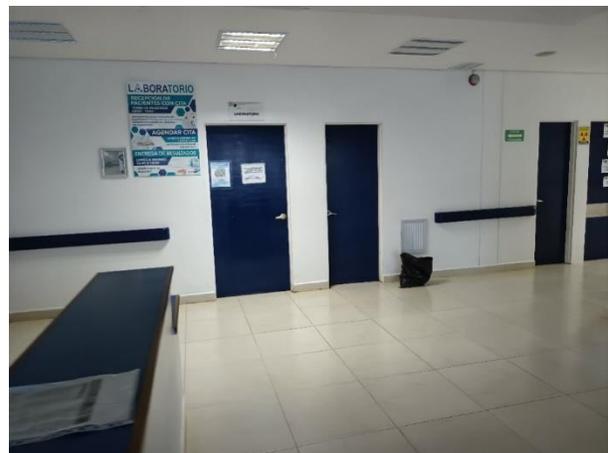
Grupo 32 de imágenes. Alrededores del Hospital General de Huauchinango.

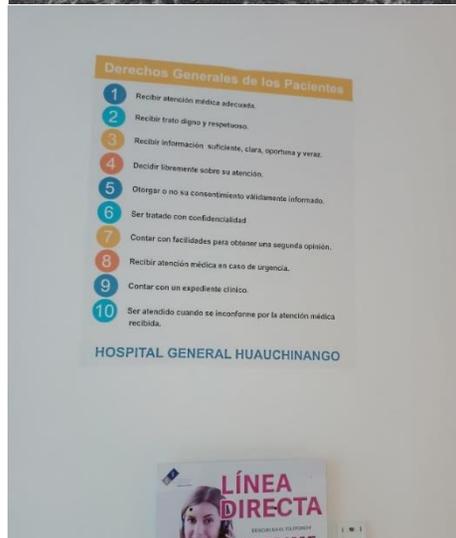
El hospital general, por fuera, es grande y limpio y me da la impresión de ser moderno y totalmente parecido a un hospital público de la Ciudad de México. Cuando intenté acercarme, me di cuenta de que estaba totalmente prohibido el paso y cerradas las puertas, solo había un policía que dejaba pasar a los pacientes con su carnet en mano. De inmediato le pregunté si podía pasar a pedir informes para una familiar de

Teopancingo, sin embargo, me dijo *que todo se lo decían en la clínica y que no podía pasar*, posteriormente traté de explicarle que venía de la Ciudad de México y que no traía sus datos pero que me urgía, en fin, traté de convencerlo.

No de muy buena gana me permitió el acceso y me dirigí hacia urgencias, llamándome mucho la atención que las salas del hospital estaban vacías; parecía que no había nadie solo el escaso personal médico. Cuando me acerqué con el personal de recepción, les pregunté por el parto para mi supuesto familiar y me dijeron *que eso se lo decían a ella en la clínica*. Les hice el comentario de que el hospital estaba vacío y me dijeron *que por dentro estaba a reventar y que en el otro edificio estaban todos los pacientes COVID*.

Supongo que en algún momento mi actitud me delató pues una de ellas me dijo, *acá no se puede grabar*, y le dije que no estaba grabando, y en realidad no lo estaba haciendo. Recorrí parte del hospital y noté que había una bodega de medicamentos, un área de urgencias, otra de laboratorios clínicos, consulta externa, y varias salas de espera con *banners* y carteles que hablaban sobre la lactancia, los derechos de los pacientes, el embarazo, los derechos de los médicos y enfermeras, entre otros temas. No pude ver el ingreso de ningún paciente y me retiré ya entrada la noche.





Grupo 33 de imágenes. Hospital General de Huauchinango.

En este capítulo hice un recorrido etnográfico para conocer Teopancingo y un poco de la forma de vida de las veinte mujeres que entrevisté y que viven en esa localidad. Además, procuré integrar no solo los llamados datos duros, sino toda la riqueza que me entregó mi trabajo de campo de varios meses en Teopa.

Enseguida me centré en describir algunas características sociodemográficas de mis entrevistadas, así como mostrar el resultado de la creación de indicadores cualitativos sobre su vivienda y bienes. Terminé con la descripción de oferta de salud durante el embarazo parto y puerperio, destacando la existencia de la partería.

En la segunda parte me situé en el municipio al cual pertenece Teopancingo, Huauchinango, y allí desarrollé un breve contexto sociodemográfico, así como la oferta de atención en el embarazo, parto y puerperio, vinculada siempre con las experiencias

de “mis” veinte mujeres. En los siguientes capítulos presentaré las voces de un grupo de mujeres acerca de la atención de su último parto y puerperio, y la reflexión teórica analítica sobre los hallazgos.

CAPÍTULO 5. VOCES DE UN GRUPO DE MUJERES DE TEOPANCINGO ACERCA DE LA ATENCIÓN DE SU ÚLTIMO PARTO Y PUERPERIO

En este capítulo presentaré a manera de resumen, los veinte relatos sobre la atención del parto y puerperio de “mis” entrevistadas. Es menester aclarar que procuré no hacer ningún juicio de valor ni mucho menos incorporar categorías analíticas en estas descripciones pues mi intención es dar un panorama general de sus historias, recuperando fragmentos de sus propias voces.

5.1. Mujeres que parieron en hospitales públicos: Teresa, Adriana, Alicia, Amalia, Ana, Blanca, Dianelly, Elena, Lupita, María, Sarahí y Sonia

Teresa

Sobre la muerte de su hija a los diez días de nacer

A: ¿Y, sigues creyendo que fue, negligencia como me dijiste la primera vez, que fue la bruja, que fue el destino, cuéntame?

T: Pues ya se me vienen tantas cosas a la cabeza, que, pues ya no sé qué pensar, pero siento que fue negligencia, sí fue mucho tiempo

Teresa es una mujer de treinta años, con tres hijos vivos y una hija muerta, es delgada, de rasgos fuertes, cabello largo y piel quemada por el sol. A simple vista es de esas personas que parecen poco amables, pero después se convierte en una buena amiga, Tere, es quizá la mujer con la que me gustó más platicar pues sentí mucha afinidad, tanta que cada visita a Teopancingo la saludo, le llevo galletas, y ella me dice que si quiero cueritos de los puercos que recién mató junto con su esposo y los cuales son un ingreso extra para la familia.

A Tere la entrevisté en su domicilio y me contó sobre su último embarazo, el cual vivió sintiéndose la mayor parte del tiempo triste o como ella lo llamó, en depresión, sin muchos cuidados pues no le gustaba “estar sin hacer nada” pero con visitas regulares a la clínica del pueblo.

Al llegar el momento del parto y mientras su esposo tallaba carritos de madera para matar el tiempo antes de irse al hospital de Huauchinango, se describió como tranquila, no así al llegar y enfrentarse a un trabajo de parto doloroso, de más de veinte horas, en donde le hicieron tres tactos

vaginales y le indicaron “que no dilataba, aunque ella ya no aguantaba el dolor”. Como ya lo narré, Tere es una mujer de carácter fuerte y es por eso por lo que al decirles a los médicos que el dolor era insoportable, recibió lo que para ella fue una burla y humillación.

A: ¿Qué te dijeron?

T: Que cuando naciera mi hija, cómo me gustaría que se llamara, eclampsia o preeclampsia y me dio muchísimo coraje. Me dio muchísimo coraje y yo, o sea con mis dolores

Entre enfermeras molestas por darle el cómodo, dolores y preocupaciones nació por vía vaginal una niña sana con mucho cabello y que se parecía mucho a su papá. El alta hospitalaria llegó un día después junto con una episiotomía dolorosa y sangrante, pero con el recibimiento “aunque sea de dos horas” de su mamá y sus bañitos de hierbas.

Comenzó la cuarentena comiendo sopita “pues la crisis estaba dura” pero contenta de tener a su hija, pues siempre había querido una niña, empero, a los diez días de nacida tuvo que interrumpir la cuarentena pues su niña estaba “muy chillona” y fue en la madrugada cuando la encontró “con los ojos hacia atrás” y sangrando por los orificios (boca y oídos). Sin transporte y buscando junto con su esposo quién los llevara a Huauchinango, Tere sostenía a su hija, resignada porque “sentía que se le moría en las manos”. Después de mucho buscar quién los llevara, llegaron al Hospital General de Huauchinango en donde fue recibida rápidamente. Tere esperó, a la par de que compraba medicamentos que no tenían disponibles en el hospital, después de unas horas le pidieron que buscara a un sacerdote para bautizar a la niña pues estaba muy mal.

Al poco rato la niña falleció y se la entregaron en una caja de cartón, a ella se le vino el mundo abajo, así lo describió, y procedió a velar y enterrar a su bebita, Tere me contó que en el hospital le dijeron que su hija había muerto por una enfermedad llamada hemorragia del recién nacido, pero también me dijo que pudo haber sido la bruja, sobre todo porque la niña sangraba. Hizo mención de que ella cree que la muerte de su hija se debió a lo que en sus propias palabras describe como una atención durante su parto muy mala, muy hipócrita y con mucho bullying.

Adriana

A: Te regresaron para tu casa y ¿qué sentimientos llevabas? porque te habían dicho en un hospital que el bebé tenía riesgo de morir en tu panza, luego en el otro que te faltaba. Entonces me imagino que iban en la camioneta otra vez todos y ¿qué iban platicando o qué pensaban?

AD: Pues como ahí me dijeron que ya estaba bien y me hicieron allá el ultrasonido, pues yo ya pensé que ya

Adriana es la más pequeña de mis informantes, tiene 21 años y parece de menor edad, es morena, de cabello largo, complexión mediana; su carácter parece muy tranquilo y su tono de voz es bajito. En su domicilio, hecho todo de madera, la entrevisté sobre su único y último parto, del cual nació un bebé que corría por toda la casa con unos carritos de plástico que yo le regalé.

El embarazo de Adriana fue tranquilo, aunque ella dijo que se sintió sensible y “de todo chillaba”, hacía su vida normal y asistía periódicamente a sus citas en la clínica de *Teopa* acompañada de su suegra; durante el embarazo tenía antojo de tacos, gorditas y pescado; su esposo iba y venía a trabajar en la maderería de su familia; ella se quedaba en casa a hacer sus quehaceres.

El día del parto llegó y con su maleta lista fue a revisión, allí le aseguraron que los latidos de su bebé estaban en rangos fuera de lo normal por lo cual tenía el riesgo de morir en su panza, luego acompañada de sus suegros y su esposo corrió al Hospital General de Huauchinango en donde la hicieron esperar, le practicaron un ultrasonido y le dijeron que su bebé no corría peligro pero que todavía le faltaba dilatación y debía irse a su casa.

Llegando a su casa se bañó, cenó carnita de puerco, sintió dolores fuertes y volvió al hospital en donde les pedía que la atendieran porque le dolía mucho y la respuesta siempre era “que todavía le faltaba”.

Adriana estaba sentada en una silla cuando rompió fuente, la pasaron a revisión, le indicaron que el bebé tenía mal la respiración y que tendría que nacer por vía cesárea, de inmediato firmó algunos papeles que no leyó. La anestesiaron, y solo recuerda que se durmió y vio a su bebé, se emocionó y procedió su recuperación en el hospital por dos días. El alta hospitalaria llegó y la esperaba en casa una cuarentena con caldo de pollo. Para Adriana la atención que recibió la calificaría con un cinco en escala de diez, pues no la atendieron “luego” y la cuestionaron sobre el porqué de los latidos fuera de rango de su bebé.

A: Ya en el hospital que pariste, allí cómo te dijeron eso ¿cuéntame?

AD: Que si me había tomado yo algo porque cuando había ido por primera vez a revisarme no estaba así el corazoncito, y ya después cuando ya me iba yo a aliviar me dijeron que, qué me había yo tomado qué por qué el corazón del bebé ya

A: ¿Y qué les dijiste?

AD: Pues les dije que no, que yo no había hecho nada

A: ¿Y cómo te sentiste que te dijeran que qué te habías tomado?

AD: Pues me sentí un poquito mal, porque no me había tomado nada

Alicia

A1: Y yo me acuerdo de que ese día, (risas), me da hasta risa, agarré al doctor, le agarré su mano y me la puse así entre mis piernas

A: ¡Ay no es cierto!

A1: Mire le digo, la cabeza del bebé se espantó

A: No me imagino la escena

A1: Se espantó, porque él llegó de frente y me agarró la panza, y me dijo, no señora espérese todavía le falta muchísimo tiempo y yo así le agarré la mano y le digo, mire le digo es la cabeza del bebé, me acuerdo de que llevaba yo, un mallón, llevaba yo un mallón pegado

Alicia es una mujer de 26 años que ha tenido tres embarazos, es delgada, morena y de ojos expresivos, la entrevisté en su casa, pero fue complicado convencerla de platicarme su experiencia, y es que no le resultó sencillo hablar de lo que le había sucedido. Alicia narró su vida de manera muy particular pues su tono de voz reflejaba perfectamente los momentos de rabia y de dolor.

Su último embarazo lo vivió nerviosa y preocupada pues todo el tiempo, en sus revisiones en la clínica de la comunidad, le dijeron que su bebé era muy pequeño (de peso y talla) y que cuando naciera tendría que permanecer en la incubadora. Seis meses de su embarazo lo pasó en cama por ser de alto riesgo, debido a un hematoma, y fueron su cuñada y suegra quienes se hicieron cargo de ayudarle.

El parto anunció su inicio cuando rompió fuente, de inmediato acudió con Macrina, la partera, quien le indicó que tenía uno de dilatación, es así como junto con su suegra y su esposo fueron al Hospital de Huauchinango en donde les dijeron que todavía le faltaba mucho y le

mandaron a hacer un ultrasonido pues en el hospital no contaban con ese servicio. Mientras fue por el ultrasonido los dolores se hicieron insoportables, tal vez porque su suegra le dio “el té mágico de hierbas” que ha ayudado por generaciones a las mujeres de su familia a parir. Al llegar al hospital y con fuertes dolores, Alicia se sintió desesperada pues le decían “que se calmara y que todavía le faltaba”, la desesperación la llevó a tomar la mano del doctor y colocarla entre sus piernas para que sintiera que la cabeza del bebé ya estaba saliendo por su vagina; de inmediato entonces la atendieron y dio a luz entre la camilla y la silla de ruedas.

En cuestión de nada, nació un bebé perfectamente sano y con buen peso y talla, reposó en el hospital un día y luego se fue a su casa a ver a su otro bebito. A pesar de que mencionó que le dio coraje que no la atendieran de inmediato, dijo que la atención que recibió fue buena porque sí estuvieron los doctores.

Para finalizar este resumen me gustaría señalar que al ahondar en la vida de Alicia me narró el episodio en donde sufrió la muerte de su bebé en el vientre y al acudir al Hospital de Huauchinango a realizarse un legrado, expulsó al bebé y una vez más el personal de salud no le creyó, no hasta que su cuñada sacó de la taza del baño el feto.

A1: Sí, y tenía yo tres meses, lo agarró (al feto de la taza del baño), nos fuimos al cuarto lo puso arriba de una toallita y lo puso arriba como de un mueble y dijo voy a ver a la doctora, entra la doctora, pero pus la que no me creía y le dice mira aquí está, me dice sí es cierto señora y ya lo arropó y yo me acuerdo de que...

Amalia

A: ¿Y por qué del último bebé no tuviste consultas prenatales?

Am: Porque me pedían estudios y la verdad no tenía dinero

A: Pero lo que desde la otra vez no me quedó claro ¿Sin esos estudios no te iban a atender?

Am: No, porque si no entregaba los estudios no me podían llevar el control allí, no me podía atender ella (la doctora)

A: Ok ¿Y cuánto costaban esos estudios?

Am: Los de sangre y todas las pruebas como ochocientos y algo

Amalia es una mujer de 28 años que tiene tres hijos, es de tez blanca, alta, de ojos claros y cabello largo y oscuro; su complexión es gruesa pero no necesariamente tiene sobrepeso, la entrevisté en su hogar, lleno de perros, gallos y guajolotes y junto a su cuñado, un niño como de once años, delgado y con ojos expresivos y muchas ganas de hablar.

Durante su embarazo se sintió triste pues no contó con mucho apoyo de sus suegros, al tener un bebé chiquito, ella se preocupaba por cómo iba a atender a ambos niños. Sin embargo, también sintió que su esposo le daba mayor preferencia y además procuraba cuidarse no alzando cosas pesadas. Amalia no tuvo atención prenatal pues en la clínica de la localidad le pedían estudios que no estaban disponibles en el Hospital General de Huauchinango y que ella no podía pagar.

A los nueve meses de embarazo decidió hacerse un ultrasonido en un laboratorio médico privado, y fue allí en donde le indicaron que su bebé ya estaba por nacer; ella, su esposo y su mamá fueron al Hospital General y le dijeron que debía salir a caminar para dilatar “pues todavía le faltaba”. Al salir a caminar, ella sintió que se le rompió la fuente y regresó a que la revisaran, fue allí cuando le practicaron una cesárea pues “su bebé no había dado la vuelta para nacer normal”; al respecto de la cesárea recuerda sobre la anestesia que “la picaron dos veces” y sobre el alumbramiento “que sacaron rápido a su bebé”.

Ya con su bebé, llena de orgullo y felicidad, y después de dos días de recuperación en el hospital, en donde no se pudo bañar pues no servían los baños, la dieron de alta y pasó veinte días de cuarentena, cuidada por su madre. Aunque Amalia califica su atención hospitalaria con ocho en una escala de diez, mencionó que le hubiera gustado que no la dejaran esperar y poderse bañar.

A: Oye ¿y tú te bañaste?

Am: No

A: ¿Por qué?

Am: Porque según creo no servían los baños y eso y ya me vine a bañar hasta acá A: ¿Y a tu bebé lo estuvieron bañando?

Am: Tampoco, igual por la misma razón

Ana

A1: Porque yo lo escuché llorar, ve que te tienen así abierta y se me vino algo y le dije al doctor que qué era (ese doctor si era muy amable) y me dijo que era la fuente que se me había rompido (roto) y luego se volvió a oír algo y ya escuché que lloró y ya no le pregunté pues

dije, es el bebé porque lloró y luego después regresó y dijo que no sobrevivió y ya se lo entregaron a mi esposo muerto pero le digo que cuando yo estaba allí, escuché a la doctora decir que se estaban muriendo los bebés por falta de incubadora. Sí porque había hartos bebés en la incubadora y no iban a sacar a un bebé de nueve meses para meter el mío que era de siete

Ana es una mujer de 39 años, de tez blanca, de cabello largo y de complexión delgada, se ha embarazado en cinco ocasiones y en dos perdió a sus bebés, por lo cual le sobreviven tres hijos. Es necesario comentar que entrevistar a Ana mientras lavaba los trastes y los trapos no fue tan sencillo pues parecía algo distraída, sin embargo, fue la única manera de poder platicar con ella pues es una mujer muy ocupada.

El último embarazo de Ana fue complicado y tuvo que estar en reposo pues tenía hematomas por lo cual fue considerado como de alto riesgo, debido a esto, asistió a más de veinte consultas prenatales tanto en una clínica particular como en la clínica de Teopancingo pues sintió que requería mayor atención.

El embarazo de Ana estuvo acompañado de una sensación de miedo pues temía perder a su bebé como en su primer embarazo, hecho que sucedió muchos años antes de la entrevista; acerca de este embarazo el relato es largo pero un mal resumen puede ser que Ana llegó al Hospital de Huauchinango con dolores de parto, el personal de salud le indicó que le faltaba mucho para parir y entonces a punto de regresarse a su casa, entró al baño, se desmayó y la tuvieron que atender de emergencia, al final su hijo nació vivo y al poco tiempo murió, ella cree que fue por falta de “incubadoras” y de una atención oportuna.

Durante su último embarazo sufrió también una amenaza de aborto y fue internada, empero, logró llegar a término, lo que le permitió planear una cesárea en un hospital particular, sin embargo, al asistir a una revisión en la clínica pública debido a un fuerte dolor de cabeza, le señalaron que tenía que ir al Hospital de Huauchinango pues era hora del parto.

Llegaron al hospital y no la atendieron, por el contrario, sintió que se burlaron de ella porque las enfermeras le dijeron “que solo las mandaban por un dolorcito de cabeza”, por ello regresaron a Teopancingo y buscaron a una conocida que era jefa de enfermeras en el hospital, hablaron con ella y de alguna manera se aseguraron de tener una mejor atención. Al llegar al hospital y mencionar a la jefa de enfermeras, Ana fue ingresada y después de esperar varias horas y de que los médicos rompieran sus membranas, dio a luz por parto vaginal a un niño sano, “bien morenito”, a comparación de sus otros hijos que son rubios.

A sus casi cuarenta años vivió una alegría inmensa “por tener un hijo a esa edad”, tuvo una cuarentena tranquila y actualmente se siente en paz porque ya se operó para no tener hijos “pues ella se embaraza casi de chiste”, es decir con mucha facilidad.

Blanca

B: Pues le pondría yo como un siete

A: ¿Qué le faltaría para el diez?

B: Porque le digo que más que nada por la enfermera que me gritaba, luego porque no me atendieron luego luego que yo ya me sentía mareada, esperan ya casi que te haga, de veras que ya casi que estés ya muerta, porque si te esperan un buen tiempo y te dicen, espéreme tantito porque estamos atendiendo a otra paciente

Blanca es una mujer de 29 años, de tez clara, ojos claros y cabello largo y castaño, su complexión es robusta y parece siempre sonriente. La entrevisté en su domicilio, sentada en su cama junto con sus dos bebés que no paraban de llorar y de sacar cualquier cosa que encontraban en mi bolsa.

Vivió su embarazo muy cansado, pues me comentó que con tres hijos “todo se vuelve más pesado”, sin embargo, trataba de hacer su vida normal a pesar “de que le costaba un poquito más de trabajo moverse”. Entre antojos que cumplía su esposo y citas médicas regulares a la clínica de Teopancingo llegó a término su embarazo, no sin altibajos pues durante todo el proceso “se le subía mucho la presión y se ponía malita”, tanto que una vez en la clínica le aseguraron que su bebé ya estaba muerta, y muy preocupada acudió a un hospital particular en donde le hicieron un ultrasonido y afortunadamente desmintieron la noticia.

El día del parto llegó acompañado de fuertes dolores de cabeza, y ella y su esposo llegaron al Hospital General de Huauchinango en donde la atendieron después de una hora y media pues tenía preeclampsia y había que hacerle una cesárea cuanto antes; la cesárea no fue sencilla pues dijo que la anestesia fue muy dolorosa “y más porque la picaron tres veces”. Blanca narra que los doctores tuvieron que presionar muy fuerte su estómago para que su hija naciera, cuando nació la miró y sintió alegría, además pensaba que era “blanca blanca que parecía pancito sin quemar”. Ya que Blanca tuvo su cesárea en medio de la pandemia del COVID, su recuperación en el hospital solo duró un día y medio.

Después del alta hospitalaria Blanca llegó a casa de su mamá en donde le costó una semana recuperarse de la anestesia e integrarse a sus actividades, además no contaba del todo con el apoyo de su mamá pues ella salía a trabajar y Blanca tenía que arreglárselas por sí sola y bañar a sus hijos.

Con respecto al hecho de vivir su parto en plena pandemia, ella sentía miedo de que su bebé o ella se infectaran de COVID-19, pero no existían los recursos económicos para atenderse en un hospital privado.

La atención que recibió no le gustó del todo porque había una “enfermera grosera que le gritaba” y porque a pesar de que le dolía mucho la cabeza tardaron en atenderla. Ahora vive con tres latosos y bellos hijos, y le gustaría que su esposo se involucrara más en la tarea de cuidarlos.

“Y yo siento que quisiera que le pusiera más atención aquí a sus hijos o que me ayude con la educación de ellos, ósea que yo ya no puedo, que me ayude, que les diga, esto está mal”.

Dianelly

D: Pues ya después de firmar, a mi esposo lo mandaron a traer la ropa del bebé y como a los quince minutos de que firmamos a mí me llevaron al quirófano, pero antes de que me llevaran, ya que habíamos firmado llegó una enfermera, bueno allí entre las enfermeras, decían que ya había llegado el anesthesiólogo y dice una ¿y si va a trabajar en ese estado? Y la otra dice que sí, yo creo que sí puede

A: ¿Y tú qué pensaste?

D: Pues sí se me vino a la mente en qué estado, pero ya no dije nada

A: ¿Pero en qué estado te imaginaste?

D: Pues no sé a lo mejor viene enfermo (risas) pero pues ya firmé, ya que me pasé, yo quería que naciera mi bebé

Dianelly es una mujer de 29 años, es alta, delgada y le encanta platicar, con mucha facilidad se expresa y cuenta sus experiencias, tiene tres hijos y como la mayoría de las mujeres que entrevisté, es ama de casa. Su último embarazo, a pesar de estar en medio de la actual pandemia por COVID y que se preocupaba por contagiarse ella o su bebé al momento del parto, lo vivió muy tranquilo, sin molestias y moviéndose con facilidad; lo único que recuerda es que no la dejaban entrar a muchos lugares (comercios) pues todo estaba cerrado debido a la pandemia, y “más para las embarazadas consideradas como un grupo de riesgo”.

Poco antes de que su embarazo llegara a fin su esposo le recomendó atender su parto en un hospital particular ya que existía la posibilidad económica de hacerlo, sin embargo, ella decidió no tomar esa opción “y ser positiva e irse al hospital”

A: ¿Y por qué no quisiste en el particular?

D: Las otras dos veces de mis partos fueron en el general y la verdad me atendieron muy bien, yo tuve un trato de los dos embarazos anteriores, muy bien, ósea no quedé insatisfecha con eso, entonces yo decía pues allí hay buenos doctores, allí atienden bien, para qué voy a ir a pagar por algo que allí me pueden hacer, entonces por eso no quería ir al particular.

El seis de enero y en plena partida de rosca de reyes, tuvo que ir a consulta a la clínica de la comunidad, en donde le dijeron que debía irse al hospital pues “se le estaba terminando el tiempo al bebé de estar allí y se le podía acabar el líquido”. Al llegar al Hospital General de Huauchinango le dijeron que probablemente esperaría hasta tres días porque su parto no era de urgencia como le habían dicho en la clínica, sin embargo, fue ingresada, y el mismo día le practicaron una cesárea pues “de hecho ya le iban a hacer la OTB” y entonces ella creyó que por eso aprovecharon para hacerle una cesárea.

Para Dianelly la cesárea fue sin dolor y se sintió bien tratada, aunque le llamó la atención que el anesthesiólogo tardó en llegar, y cuando éste llegó escuchó a las enfermeras hablar sobre el estado en el que él venía y preguntarse si en ese estado trabajaría, cuando Dianelly escuchó a las enfermeras se preocupó, pero ya quería que la atendieran y no dijo más al respecto.

Más tarde se enteró de que el doctor iba en un estado alcohólico, pero para Dianelly esto solo es una anécdota chistosa, bromeó diciendo que con todo y estar borracho le atinó muy bien. Entre emoción, alegría y una sensación de ahogamiento por traer todo el tiempo el cubrebocas, dio a luz a una niña que llevaba esperando por más de siete años “y no había llegado por una o por otra cosa”.

Dianelly permaneció un día y medio en el hospital en observación y luego fue dada de alta, en su casa pudo tener una cuarentena tranquila, cuidada por su suegra y su esposo, sin duda, a esta mujer le gustó parir en el hospital de Huauchinango pues dijo que “no se queja de la atención y además considera que es una ayuda económica muy buena”. Es interesante notar que a pesar de que parió en un contexto de pandemia, para ella “fue más su seguridad que su miedo de la enfermedad”. Actualmente dice que vive feliz y que pronto espera mudarse de casa de sus suegros para vivir con su esposo y con sus hijos “todavía más feliz”.

Elena

A: ¿Y quién tomó esa decisión de sacarte?

E: Mi marido y mi suegro, me sacaron de ahí y me llevaron con el particular

A: Ahí mismo en Huachi, te llevaron y ¿qué paso?

E: Me revisó también y me dijo que yo ya no podía seguir aguantando, que ya los latidos del corazoncito del bebé ya latían más fuertes, su corazón

A: Más lento

E: Aja, más lento y me dijo yo aquí la revisé, y le puso en una hoja a mi marido un pase o algo así me imagino que es, le dijo que ya allí le había anotado que me tenían que hacer cesárea que porque ya no se podía

Elena es una mujer de 25 años que tiene dos hijas, es de complejión grande y es alta, tiene una bella sonrisa y grandes ojos, su carácter es amable y hasta tímido, tuvo la oportunidad de entrevistarla en su domicilio, en un día particularmente frío. El primer parto de Elena fue atendido en la clínica de Teopancingo “pues todavía se podían atender partos allí”, se trató de un parto doloroso, pero en donde ella se sintió bien atendida por el médico.

Su segunda experiencia fue distinta, en el embarazo la invadió una sensación de “ser un estorbo” porque no podía hacer sus quehaceres regulares debido a que se encontraba reposando pues su embarazo fue catalogado como de alto riesgo por la presencia de hematomas y amenazas de aborto, así que el proceso lo vivió preocupada y en lo que ella describió como encierro y soledad.

Elena consideró prioritario atenderse tanto en la clínica de la comunidad como en una clínica particular, además combinó la atención de una partera que la sobaba “y le subía al bebé porque su bebé se le iba muy abajo y la lastimaba”. Llegó a término su embarazo de nueve meses y el parto anunció su llegada junto con fuertes dolores.

En ese momento, sus suegros, sus padres y su esposo la acompañaron al Hospital General de Huauchinango en donde le indicaron “que todavía le faltaba” y la albergaron en la casa de maternidad perteneciente al hospital. El dolor aumentaba tanto “que se sentía engarrotada como el chavo del ocho” y la revisaban, pero le decían que aún no era tiempo de parir.

Elena y su esposo, desesperados, decidieron salirse de la casa de maternidad e ir a una clínica privada en donde el doctor les señaló que los latidos de su bebé eran anormales y le dio una referencia que indicaba que debían hacerle una cesárea. Elena volvió entonces al hospital con esta hoja y el personal de salud se mostró molesto porque se había salido; le mencionaron que era mejor que se atendiera en un hospital particular, sin embargo, ella no tenía los recursos para hacerlo.

Ya en el hospital esperó a que llegara la ginecóloga y fue ingresada, al poco tiempo nació una niña sana por vía cesárea de la que poco recuerda pues se sentía tan mal “que veía borroso y solo escuchaba a lo lejos”; después de un día en observación, la dieron de alta, aun sin poderse bañar pues no había agua caliente. Salió y en su camioneta junto con sus suegros y su esposo llegó a su casa (con su mamá) quien la esperaba con su cama lista, su baño de hierbas y su caldo de gallina.

La cuarentena transcurrió de manera tranquila pero su hija comenzó a enfermar y la llevó a la clínica de Teopancingo, allí le dijeron que tenía que ir al hospital a internarla pues su niña estaba “amarillo canario y probablemente no podría hablar o escuchar”; muy preocupada por el diagnóstico volvió al médico particular en donde le aplicaron vitamina k y se recuperó totalmente.

Para Elena la atención hospitalaria que le brindaron en su último parto no fue buena pues la hicieron sufrir mucho y el médico no le hacía caso, consideró además que le deberían de poner más atención a los pacientes y en el caso del doctor “descontarle o algún castigo así”. Ella describió su atención con la palabra enojo, y es justo por eso que teme a tener nuevamente un hijo.

Lupita

A: ¿Por qué le dijiste que no?

L: pues porque ellas me dijeron ahorita que eres madre soltera ponte esto para que no te vuelvas a embarazar y todo eso, y les dije no porque yo he escuchado muchas cosas de esas cosas digo de esas anticonceptivas que unos no les queda y uno sí ajá y por eso dije no yo no tengo nada de eso

A: cuando le dijiste que no ¿qué te dijeron?

L: pues me dijeron allá tú sabes nada más me dijeron no te queremos ver otra vez aquí

Lupita es una mujer de 23 años que tiene una hija chapeada y hermosa; ella es bajita, morena, de cabello largo y tiene un tono de voz fuerte y elocuente, la entrevisté en casa de su madre en Teopancingo en donde vive los fines de semana, pues entre semana trabaja en una cocina en Huauchinango como empleada. Es menester mencionar que es la única entrevistada que se define como mamá soltera y es una de las dos mujeres que trabajan fuera de casa.

Vivió parte de su embarazo con un sentimiento de tristeza y soledad pues su pareja, con la que llevaba dos años de noviazgo, al enterarse de que estaba embarazada la abandonó; en los primeros meses de embarazo ella se preocupaba porque su hija nacería sin padre y ella estaría sola, sin embargo, al pasar de los meses este sentimiento se desvaneció y comenzó a animarse, atenderse e ir a consultas particulares pues no le daba tiempo de ir a la clínica que le correspondía en Teopancingo.

Hasta el último día de embarazo ella trabajó; el día del parto sintió dolores que asoció al hecho de haber cargado algo pesado, así que terminó su jornada laboral, pasó a su cuarto por su maleta, abordó un taxi y llegó al hospital en donde la recibió una amiga que es enfermera en el Hospital General de Huauchinango; ya estando en el hospital tuvo que esperar muchas horas pues las enfermeras le decían “que todavía faltaba mucho para su parto”, así que siguió esperando. Después de varias horas su madre llegó, entró a verla y le pidió que le echara ganas, Lupita mencionó que ésto la animó a seguir esperando.

El dolor empezó a crecer y se tornaba insoportable, pero ella tal como le habían dicho los doctores “no se quejaba, obedecía y no era rezongona”, tanto que al final la felicitaron por ser obediente. Cuando no pudo aguantar más les dijo a las enfermeras y la ingresaron a otro cuarto en donde en poco tiempo y pujando fuerte nació por vía vaginal una niña, tan grande “que le tuvieron que cortar un poquito y sí sintió”, se trataba de una niña blanquita blanquita debido a que durante su embarazo “había comido requesón y allí se le había quedado pegado a la niña”.

Después de un día de reposo en donde no se pudieron bañar ni ella ni su niña porque no había agua caliente en el hospital, fue dada de alta y regresó junto con su mamá en un taxi a Teopancingo, y vivió una cuarentena tranquila en donde comió caldo de gallina y además recibió seis baños de hierbas.

Antes de salir del hospital le ofrecieron un método anticonceptivo, pero lo rechazó pues les temía a los posibles efectos secundarios, ante este rechazo las enfermeras se mostraron molestas y enfatizaron que como era mamá soltera se tenía que cuidar y no la querían ver de nuevo allí, este comentario no le pareció relevante a Lupita. La atención que recibió la describió como “que estuvo bien pues la atendieron y no le faltaron al respeto”. Para finalizar es importante mencionar que cuando Lupita parió, la pandemia COVID iba comenzando y ella no tenía preocupación al respecto pues en Huauchinango “todavía todo parecía normal”.

María

A: Entonces ¿qué le dijiste? Cuando te dijeron ya se tiene que operar porque tiene tres cesáreas

M: Yo no dije nada, sacaron la orden y se la dieron a mi esposo

A: ¿Y qué dijo tu esposo? ¿Por qué no dijiste nada?

M: Pues es que dijeron que, cómo le digo, que si no me operaban ya ahorita en la tercera que ya era más riesgo el otro bebé que tuviera, ya había más riesgos y por eso decidió igual mi esposo que ya me tenía que operar

María es una mujer de 31 años, madre de tres hijos, de los cuales sobreviven dos pues uno murió al ser atropellado, tiene un carácter fuerte, es de tez blanca, robusta y de cabello largo y sus mejillas están ruborizadas por el frío. En su cama y con sus hijos entrando y saliendo del cuarto comenzó la entrevista cuando me comentó que su último embarazo lo vivió tranquila, junto con su esposo y asistiendo a consultas prenatales en la clínica de Teopancingo, en donde la medían y pesaban; cuando la atendían las enfermeras se sentía “en confianza” pero con los enfermeros varones le daba un poco de pena. Su vida transcurrió normal, haciendo sus quehaceres y cuidando a sus borregas.

En las últimas consultas acudió al Hospital General de Huauchinango pues al indicarle en la clínica que tendría una cesárea, la mandaron directamente allí. En una de estas citas le dijeron que tenía que quedarse internada pues era hora de la cesárea; preocupada por su hija mayor, ingresó y esperó sin dolor alguno en el hospital; después de doce horas llegó su turno de ir al quirófano.

El quirófano le pareció frío, tanto que se congestionó un poco y le costó trabajo respirar, sin embargo, las enfermeras le ayudaron a respirar; sin otra sensación más que la anterior, poco tiempo después nació un niño delgadito, con vellos en la cara y con “olor a choquillento”.

María pasó dos días en el hospital recuperándose, la atención hospitalaria que le brindaron le pareció buena, pero en algún momento notó que las enfermeras se molestaban porque les pedía que le proporcionaran una cobija pues hacía mucho frío. El alta hospitalaria llegó y antes de irse a su casa tuvo que pasar a caja a pagar dos mil pesos, correspondientes al anestesiólogo pues el hospital en ese momento no contaba con uno. Si María no pagaba este servicio simplemente le dijeron que no la podían atender. Al salir del hospital se dirigió a su casa en donde tuvo una cuarentena descansada y como la mayoría de las mujeres que entrevisté, la esperaban ya con caldo de gallina y baño de hierbas.

Es importante mencionar que a María la operaron para no poder tener más hijos, y ella no estuvo satisfecha con esa decisión pues quería tener más bebés, empero, el médico le indicó que, con dos cesáreas previas, el riesgo de otro embarazo era grande, así que el médico y su esposo tomaron la decisión de operarla.

Sarahí

A: ¿Eso fue antes de esperar las once horas?

S: Antes, llegando me pusieron suero, y no encontraban la vena y la enfermera ya se había molestado porque me dijo que no me espantara yo, que, este, que así son todas, que siempre se espantan, que no sabe por qué se embarazan si luego van a estar allí con miedos, y que no sé qué tanto me decía

Sarahí es una mujer de 22 años de complexión robusta, es morena y de bellos ojos grandes y expresivos que hasta parece que emiten algún tipo de brillo; ella ha tenido tres embarazos, uno terminó en aborto espontáneo y los siguientes se convirtieron en dos niños latosos, hermosos y menores de cuatro años. En su último embarazo vivió tranquila y sin preocupaciones, y todo el tiempo acompañó a trabajar a su esposo que es campesino, lo cual le servía de paseo pues le gustaba “pasear mucho y no estar en su casa”.

Sarahí no asistió a consultas prenatales “porque es necia y le gusta llevar la contraria”, sin embargo, al platicar con ella más a fondo se abrió diciéndome que decidió no ir a consultas pues en su primer embarazo no la trataron bien, tanto en las consultas prenatales como en el parto; en sus palabras, “los doctores eran regañones, la hacían esperar y primero le dijeron que sería un parto normal y luego una cesárea”; ella tenía mucho temor a la cesárea pues pensaba que se podía morir.

El embarazo llegó a término después de haber transcurrido la fecha probable de parto, y sin ningún tipo de dolor y reacia a ir a revisión y gracias a que su esposo la convenció, fue al Hospital General de Huachinango a chequearse.

Ya en el hospital le indicaron que los latidos de su hijo no eran normales y que tenía que quedarse internada pues su bebé podía correr peligro, después de once horas de espera y dos tactos vaginales, le indicaron que tendría cesárea pero que al ser menor de edad su padre tendría que firmar y hacerse cargo; poco después nació una bebé sana, muy chiquita, “tanto que le daba miedo cargarla”.

Sarahí permaneció en recuperación durante cuatro días que no fueron fáciles pues recuerda que las enfermeras le apretaban los senos “y a fuerza querían que tuviera leche”.

A: ¿Y por qué decías que según ellas trataban de ayudarte, por qué “el según ellas”? ¿No sentías que realmente te ayudaran?

S: No porque como me decían no es que debes de dar, así son todas las señoras, luego no quieren darles de comer a sus niños, ya nomás quieren pura fórmula y yo en verdad sí le quería dar, ósea sí había comprado la mamila y eso, la leche, pero yo pensaba, por si no se llenaba, este, ya con lo de la mamila, con fórmula

El alta llegó y descansó en su casa solo quince días. Para ella su primera experiencia de parto fue molesta porque era regañada por la enfermera y además “la picaron en muchas ocasiones” para canalizarla, Ana, a pesar de describirse como una mujer muy enojona comentó que no hizo nada al respecto pues tenía miedo de que “le fuera más mal”.

La experiencia con su último hijo fue distinta pues de entrada el parto llegó acompañado de dolores, así que se fue en su camioneta con su papá y su esposo al hospital e Huachinango. La pasaron casi de inmediato y le dijeron que le practicarían una cesárea pues tenía poco tiempo de haber tenido su primera cesárea, la canalizaron rápido y la llevaron al quirófano; al poco tiempo nació un niño el cual no pudo ver de inmediato porque lo estaban paseando en brazos “porque era muy güero y bonito”, tanto que el personal de salud bromeaba diciéndole que se lo regalaran.

S: No, no lo había yo visto, yo fui la última de hecho, y lo anduvieron trayendo de aquí pa allá, que estaba bien güerito, y que tenía sus ojos bien bonitos, y que su pelo era como castaño y que estaba bien güerito y allí lo anduvieron trayendo de aquí para allá

A: ¿Y tú cómo te sentías, te importaba si tu hijo estaba güerito?

S: Pues sí, estará bonito, o qué tal si me lo cambian por otro, por qué se lo llevan para allá, yo escuchaba ya que andaban hasta por allá, que hablaban lejos y qué tal si me lo cambian por otro o me lo roban, digo y cómo voy a ser, cómo me voy a poder parar para quitárselos o por qué no me lo dan como a mi niña, a mi niña luego luego me la dieron, y a él no, él tardaron para dármelo lo andaban paseando para acá y para allá.

Ana decidió operarse para no tener hijos, después llegó el alta hospitalaria, regresó a su casa y su familia la esperaba muy emocionada con su baño de hierbas preparado y quesadillas de queso “pues no le gusta comer caldo de pollo de rancho”.

Sonia

S: Del segundo, no pues ya sí, a pesar de que llevé el control acá abajo y me tocaba Huauchinango yo ya no quise ir

A: ¿Por qué?

S: La vez pasada le conté que quedé muy insatisfecha con cómo me atendieron porque fueron yo tres días con dolores y todo eso y no me hacían nada, y solo me checaban y me decían está normal, que no hay cirujanos y muchos peros y yo estuve a punto de no sé, pero yo ya ni supe cuando nació mi bebé, ni si lloró o no lloró

A: Me acuerdo que me dijiste que fue horrible la experiencia

S: Sí, porque por ejemplo se subían encima de mí, me apretaban mucho el estómago y ya estaba muy débil a la hora de que iba a nacer, y creo me pusieron algo cuando iba a nacer porque yo ya no me acuerdo nada porque desperté y estaba con oxígeno y todo y ya me dijeron que probablemente me iban a sacar del hospital a Puebla de tan grave, y me dijeron que iban a hablar con mi esposo, y ya después le pidieron medicamento, que no tenían allí, me lo aplicaron; reaccioné bien, se me vino una hemorragia pero se pudo controlar la hemorragia y pues allí estuve, bien

Sonia es una mujer de 29 años, robusta, bajita y morena, desde el primer momento en el que la conocí estuvo dispuesta e interesada para hablar conmigo pues me comentó que había sufrido mucho en su primer parto. Tiene una niña y un niño y vive con su esposo que trabaja en un aserradero. En su último embarazo “se sentía muy chillona y hacía menos quehacer pues se cansaba”, tuvo atención prenatal en la clínica de Teopancingo y “tenía la esperanza de tener una cesárea porque no quería sentir dolores”. Su embarazo llegó a término y el día del parto vino acompañado de dolores. A pesar de que en la clínica la habían referido al Hospital General de Huauchinango ella se dirigió al Hospital General de Zacatlán pues no quería experimentar lo que sucedió en su primera experiencia “que fue horrible”. Llegando a Zacatlán, rápidamente la atendieron y la canalizaron y cada media hora la revisaban y le daban medicamento para el dolor; después de tres horas y “habiéndola cosido porque se desgarró” nació por vía vaginal un niño sano. Terminado el parto la anestesiaron y la prepararon para operarse pues decidió junto con su esposo no tener más hijos y después de tres días la dieron de alta. Sonia sobre su segunda experiencia de parto apuntala que “le fue muy bien pero tampoco excelente” y le ayudó a olvidarse un poco de su primera experiencia.

En su primer parto, en el Hospital General de Huauchinango, ella estuvo muy insatisfecha porque esperó durante tres días con fuertes dolores “y no le hacían nada porque no había cirujanos”, estando ya muy débil por la espera y gracias a que su mamá exigió atención, le indujeron el parto

por vía vaginal. Sonia recuerda “que se subieron encima de ella y tuvo una hemorragia tan grave que le dijeron que tendrían que llevarla a Puebla”.

Con mucho sufrimiento me narró cómo las enfermeras le echaban agua con una bandeja en la cara “para que no se durmiera mientras ella estaba casi inconsciente y deshidratada pues no le aplicaron bien el suero y estaba tapado”. Al nacer su hija no la pudo conocer “porque le dijeron que ella necesitaba descansar ya que estaba muy malita”. Después permaneció tres días en el hospital sin bañarse porque no había agua.

Ella piensa que el trato que recibió fue tan malo por falta de personal médico, en su primer parto uno de los doctores quien según ella se dio cuenta de la mala atención, le mencionó que debía tomar terapias con una psicóloga, empero, en Teopancingo Sonia me contó que no existen los psicólogos y que “no le ha quedado de otra más que irlo superando”.

5.2 Mujeres que parieron en hospitales privados: Sofi, Denisse, Francisca, Mariana, Natalia, Samara, Sofía y Soledad

Sofi

A: Y entonces no te atendió bien o ¿qué pasó?

S: Este sí me atendió bien, pero como que yo sentía que alguien tenía que estar al pendiente de ella, y pues el doctor estaba ahí al pendiente de ella, que, si ya hiciste esto, lo otro, luego se le olvidaban cosas, por ejemplo entraba y luego regresaba, ay es que se me olvidó esto, o así, le digo que no sé qué enfermedad tiene la enfermera, que era cosas así

Sofi es una mujer de tez clara, con rubor en sus mejillas marcado por el sol y el frío, tiene cabello lacio y usa lentes. Posee un carácter amable, paciente y es muy atenta, al conocerla me dio la impresión de ser mayor, aunque apenas tiene 22 años y un niño pequeño.

Se enteró de su embarazo cuando habían transcurrido seis meses pues ella tenía una serie de diagnósticos que según los médicos le impedirían embarazarse, ovario poliquístico, úlceras y problemas en la matriz; además no tuvo ningún síntoma, más que la elevación de su peso, la cual asociaba a la cantidad de comida que ingería. Cuando se enteró de su embarazo continuó haciendo

su vida normal, “aunque era más chillona”, no hacía mucha fuerza y procuraba no subirse tanto a la moto, además cumplía sus antojos de tamales y cagüichos (frutillas).

Su atención prenatal fue en la clínica de Teopancingo pues “necesitaba la hoja amarilla que les dan para un apoyo del gobierno que nunca llegó” y en una clínica privada, ambas le parecían muy similares, a excepción de que en la clínica privada la revisaban de manera más minuciosa. Después de buscar varios precios para parir en clínicas privadas, planeó ir al Hospital General y si no la atendían (pues le habían contado que la atención no era buena) se iría a alguna de esas opciones.

El día del parto llegó acompañado de dolores leves por la noche. A la mañana siguiente eran más intensos y había sagrado, por lo cual su suegra le comentó que fuera al hospital. Ya con su maleta hecha, ella y su esposo llegaron al Hospital General de Huauchinango en donde le practicaron varios tactos y le indicaron en repetidas ocasiones que caminara y regresara (durante todo el día). Debido a que el parto no avanzaba decidieron regresar a Teopancingo y dormir allí, a la mañana siguiente volvieron al hospital y la indicación era la misma, no avanzaba y tenía que caminar; ya desesperada y con fuertes dolores, ella y su esposo decidieron ir a una clínica privada, al llegar un doctor la revisó y le dijo que tenían que practicarle una cesárea porque “el niño ya se estaba pasando y ella ya estaba cansada y se podía desmayar”.

Los preparativos para la cesárea comenzaron, la anestesiaron “y sintió horrible” y en poco tiempo nació “un bebé chatito, reseco y sin arrugas”; su nacimiento le provocó sentimientos encontrados, alegría y miedo “pues ella ya se había resignado a no tener hijos”. Después de 24 horas de reposar en el hospital, y en donde la acompañaban su esposo y su suegra llegó el alta hospitalaria y se dirigió a casa de su madre donde la esperaba su abuelita con caldo de gallina y tostadas, así pasó la cuarentena “sin agarrar agua fría y acostándose en el suelo para que se acomodaran los huesos”. La atención que recibió la calificó con ocho en escala de diez pues “fue buena” aunque la enfermera que la atendió el día domingo le pareció poco eficiente y además “estaba malita y todo se le olvidaba”. Para Sofi la tarea de ser mamá es muy difícil porque educarlo y mantenerlo es difícil, ser madre nuevamente no está en sus planes.

Denisse

A: Cómo te hizo, porque no sé si te percibo como esto de que dices del objeto ¿Cómo te hacían sentir mientras estaban haciéndote la operación?

D: Pues de ahí en fuera, dentro de mí, decía, es la última vez que me van a ver así, es la última vez, gracias Diosito lindo porque no voy a volver a tener otro hijo más, y gracias Diosito lindo porque no me diste mujeres para verlas sufrir.

Denisse es una mujer de 30 años, es de complexión mediana, tez apiñonada, alta y de cabello largo y negro, tiene un carácter fuerte que combina con su tono de voz. La entrevisté en su casa estando sus dos pequeños los cuales se desesperaban y gritaban sin cesar, sin embargo, bastaba un grito de su madre para que ellos bajaran el tono de voz.

A lo largo de su vida Denisse tuvo tres embarazos, uno resultó en un aborto inducido pues el bebé tuvo una malformación genética. Con respecto a su último embarazo, lo vivió en total reposo por siete meses debido a que fue de alto riesgo por la presencia de placenta previa, eso la hacía sentir desesperada “pues no podía hacer absolutamente nada” y dependía de la ayuda de su esposo, su suegra y su madre.

Durante el embarazo su suegra le dio “tés de hierbitas para no perder a su bebé”, mismos que negó tomarse frente a los médicos “pues se enojan”. Denisse tuvo atención prenatal en una clínica particular porque en “el hospital general es complicado tener una cita con un ginecólogo”.

D: No están los ginecólogos como en la disposición de cualquiera, es muy difícil, entonces el ginecólogo lo empecé a consultar particular, y aun así en el Hospital General como supieron que estaba yo embarazada, el ginecólogo lo reportó, me siguió atendiendo él ahí en el Hospital General y en el particular

Su atención prenatal fue constante y llevó a cabo muchos ultrasonidos de manera particular, pues en el Hospital tardaban mucho en agendarla, sus sentimientos eran de preocupación por no poder atender a su hijo mayor y de miedo por el temor a perder a su bebé. Antes de programar una cesárea en la clínica particular, Denisse exploró la posibilidad de que sucediera en el Hospital General de Huauchinango, pero no le aseguraron podérsela practicar pues tenía que ser parto vaginal, y solo si se complicaba sería cesárea, así que optó por tener su cesárea en la clínica privada y además aprovechar para operarse y no poder tener más hijos.

Con 38 semanas llegó el día de la cesárea y sin ningún tipo de dolor ingresó a la clínica en donde la prepararon para la operación, después de dos horas entró al quirófano el cual le pareció “muy feo”. La cesárea se llevó a cabo y Denisse describió con mucho ahínco que se sintió tratada

como un objeto o un instrumento de trabajo, además enfatizó el hecho de que le amarraron los brazos y que uno de ellos le dolía mucho.

D: Es algo muy natural, eres como un, yo lo veo como un objeto, nos tratan como objetos

A: ¿Y cómo te hacía sentir eso?

D: Pues humillada, o sea, una como mujer, en un quirófano, que un doctor te vea como un... es que yo lo describo así porque yo así lo sentí, para los doctores somos objetos dentro de un... instrumentos de trabajo

El sentir un hueco en el estómago fue el anuncio de lo que describió como una sensación maravillosa de tener otro hijo, mientras a ella le limpiaban el útero, proceso que también describió como doloroso, a su bebé lo limpiaba y revisaba el pediatra, después de esto la trasladaron a otro cuarto en donde ya estaba su esposo; allí, la anestesia fue pasando y le comenzó a doler la herida y “solo le daban diclofenaco”. Fue tanto su dolor que su esposo tuvo que comunicarse con el doctor para exigirle que le dieran otro medicamento, así que la inyectaron y el dolor desapareció.

El alta hospitalaria llegó y se dirigió a su casa en donde su suegra la esperaba con caldo de gallina y baño de hierbas, allí pasó una cuarentena tranquila a excepción de la lactancia la cual también le pareció algo “horrible” pues la leche no le salía, los “senos se le ponían grandes y brillosos y era muy doloroso”; pudo resolver la lactancia porque su cuñada le exprimía los senos hasta que la leche saliera.

Es preciso decir que para Denisse la atención fue buena “pues dio a luz en una clínica de especialidades”, sin embargo, en una escala del uno al diez calificaría su atención con un siete porque no le gustó que la amarraran, le pareció “fatal”, además sintió que no tomaban en cuenta sus necesidades y se sintió tratada como un objeto. Me gustaría acabar este relato mencionando que, para Denisse, ser mamá es como una hoja en blanco.

Es una hoja a la que tú le vas a escribir cómo quieres que sea él, cómo lo quieres formar, para mí, eso significa, una hoja en blanco, quiero un hijo honrado, pues va a ser honrado, quiero un hijo que sea respetuoso, va a ser respetuoso, es algo maravilloso, es una hoja en blanco.

Francisca

F: ¿Por qué?

F: Porque veo que mis cuñadas sufren mucho y llegan y apenas si se pueden levantar y dicen que les duele muchísimo y dije pues ya ni modo, y es que me dijo, pues es que su bebé ya tiene

que nacer pero yo pienso que a lo mejor a mi bebé le faltaba tiempo porque le digo de mi niño ya nació de volada y me puso la medicina, bueno, la inyección, bueno la pastilla y me puso a caminar

Francisca es una mujer de 33 años, delgada, de tez clara, cabello largo, negro y ondulado. Es muy amable, abierta, y desde el primer momento quiso hablar conmigo y presentarme a más mujeres.

Ella tiene tres hijos y el más pequeño tiene tres años. Su último embarazo fue complicado pues tuvo que estar en reposo los últimos dos meses debido a que tuvo contracciones, los otros meses transcurrieron con preocupación “porque dejaría a sus hijos mayores el día del parto”. Francisca no cargaba cosas pesadas, cumplía sus antojos y era apoyada por su familia, quienes la acompañaban a las consultas prenatales tanto en la clínica de la comunidad como en una clínica privada, en la cual dio a luz. Con respecto a la atención en ambos lugares la diferencia la percibía en la manera en la que la revisaban (más o menos minuciosa) y en los aparatos que usaban (por ejemplo, en la clínica particular utilizaban aparatos para escuchar los latidos del corazón de su bebé).

A los ocho meses de embarazo asistió a una consulta de rutina en la clínica privada. Al llevar “un poco de dolores”, el doctor le indicó que el bebé nacería en “máximo tres o cuatro horas”, es así que la ingresaron y la espera comenzó; ella la describió como larga pues duró doce horas en las cuales comentó “no pasaba nada”.

Después de la espera, el doctor “le puso unas pastillas para acelerar el parto” y le indicó que si no funcionaban le practicaría una cesárea, justo en la tercera y última pastilla sintió fuertes dolores y el parto comenzó. Poco tiempo después de haberle practicado una episiotomía, “en donde le cortaron más de lo normal porque su bebé no quería nacer”, dio a luz por vía vaginal a un bebé “chiquito, morenito y ensangrentadito”. Es importante mencionar que para Francisca los dolores fueron “la mismísima muerte, nada comparados a sus otros partos”, y la episiotomía fue tan dolorosa que después de tres años “cuando se pone sus jeans todavía le duele”.

Después de limpiarla, la pasaron a otro cuarto junto con su hijo en donde permaneció un día completo en observación, el alta hospitalaria llegó, y ella y su esposo fueron a su casa en donde ya la esperaba su madre “con su baño de hierbas listas y su caldo de gallina”, y en donde descansó un mes.

Para Francisca la atención que recibió fue buena “porque la revisaban a cada ratito, le platicaban y eran amables”, la única queja que tuvo fue que el parto fue muy doloroso, lo cual asoció al hecho de “que quizá no era tiempo de que el bebé naciera”. Para ella ser mamá “es algo muy bonito y que le hizo valorar los sacrificios que hizo su madre por ella”.

Mariana

A: ¿Y les dijo, o ellos se dieron cuenta de que estaba usted mal?

M: No ellos se dieron cuenta porque me empezaron a poner oxígeno, aquí ya no, me tomaban la presión a cada rato y me hablaba el doctor, me decía tranquila, todo va a estar bien y yo le decía me siento muy mal, me decía sí, todo va a estar bien y trataba de darme ánimos, pero sí me sentía muy muy mal

Mariana es una mujer de 32 años que tiene tres hijos, morena, de complejión media y de cabello largo. Es curioso que, a pesar de que tenemos la misma edad, todo el tiempo le hablé “de usted” pues de alguna manera la sentía como alguien mayor, seguramente porque su carácter es serio y su forma de hablarme era bastante maternal.

El último embarazo fue difícil porque tuvo várices pélvicas, que con el peso del bebé se volvían muy dolorosas, por lo cual tenía que estar en reposo “sin alzar cosas pesadas”, su mamá y suegra la apoyaban y además contrató a una señora que le ayudara con el quehacer de su casa. Mariana asistía a consultas dos veces por mes en una clínica privada de Huauchinango en donde la atendía el doctor y además iba a la clínica de la comunidad en donde la atendía una enfermera “pues si no iba no le iban a hacer el tamiz ni darle las vacunas después”.

Durante el embarazo tenía la preocupación de que se muriera su bebé, pues su embarazo era de alto riesgo, al igual que sus dos embarazos anteriores. Ella comenzó a planear una cesárea en la clínica privada pues “quería aprovechar para operarse”, el día programado llegó y se levantó nerviosa por conocer a su bebé que iba a ser una niña, llegó al hospital con dolores leves “que le dijeron que eran contracciones” y rápido la canalizaron y la ingresaron; después de estar un rato en el cuarto la llevaron al quirófano y el procedimiento comenzó; la anestesia no fue dolorosa y la cirugía fue rápida, de pronto sintió “que algo le salía en la panza y le quedaba flojita” y nació su bebé a la cual de inmediato le pusieron sus aretitos por instrucción suya.

Todo marchaba bien hasta que notó nerviosismo entre los médicos, “después supo que era porque se estaba desangrando y muriendo en verdad”, la situación fue controlada y la pasaron a un cuarto en donde las enfermeras tuvieron que hacerse cargo de su bebé “pues ella se sentía muy mal”, tuvo que quedarse cuatro días en el hospital en donde el doctor le explicó:

M: Sí, ya me explicó el doctor, sí, entonces me dijo que yo tenía unos vasos sanguíneos muy gruesos, y él me dijo, sí yo hubiera sabido que usted estaba así, yo no la opero, no me arriesgo a operarla, dice es que la gravedad de su parto de usted era para que hubiera sido atendida en Puebla, pero bueno, pude con eso, pudimos con eso gracias a Dios, nos dijo el doctor.

Al mejorar poco a poco llegó el alta hospitalaria, regresó a su casa sintiendo “un poco de dolores en la parte de arriba por la operación” y la esperaban sus hijos mayores emocionados por conocer a su hermanita. Tuvo una cuarentena en donde comió ocho días “caldo de gallina porque no aguantó comer más días lo mismo” y pasado un mes “porque como es cesárea no se recomienda hasta el mes” se bañó con hierbas.

La atención que recibió la describió “como muy buena” pues las enfermeras eran atentas, le explicaron cada uno de los procedimientos y pudieron controlar la emergencia. Para Mariana ser mamá “es un regalo de Dios pues hay mujeres que no pueden tener hijos”

Natalia

N: Pues ya fue a verme, me dijo ¿ya estás lista? Te vamos a pasar y le dije pues desde a qué horas estaba yo lista, ahorita ya me entró el miedo

A: ¿Y qué te dijo el doctor cuando le dijiste?

N: Nada, le decía a mi mamá, mejor regreso mañana

A: ¿Y qué te decía el doctor?

N: No, dice ya, ya estás aquí, vamos, ya me pasó, mandó a sus enfermeras y él ya me estaba esperando adentro

Natalia es una mujer de 27 años, es morena, de complexión delgada y de cabello ondulado y largo. A Natalia la conozco desde que era una niña (y yo también lo era) y me parece una mujer hermosa con rasgos bien marcados como una gran sonrisa y unos ojos grandes y redondos.

Tiene tres hijos, y el último, al momento de la entrevista tenía cuatro meses de edad, su último mes de embarazo lo vivió en reposo “pues como ya había tenido dos cesáreas antes, su bebé

se le encajaba”, su suegra, su mamá, su cuñada y su esposo le ayudaban a cumplir con sus labores de la casa y a cuidar a sus hijos.

Natalia se enteró de su embarazo a los cuatro meses “pues no reglaba ya que tenía a su hijo chiquito”, fue hasta que se le subió la presión y al hacerle estudios de laboratorio que notaron su embarazo, al enterarse le preocupaba “que su niño estaba chiquito y todavía era de brazos”. Sus consultas prenatales fueron en una clínica particular porque no la quisieron atender en el centro de salud.

N: En particular porque aquí pues iba pero estaba un doctor, pero el doctor, como nos mandan pasantes pues no me atendía, y me decía es que necesitas traer ¿cómo yo sé que tú eres de aquí? ¿Qué tal si no eres de aquí? Y le digo, no pues, yo soy de aquí, y me decía no te puedo atender porque nunca has venido aquí, y le dije pues gracias a Dios yo no me he enfermado.

Su parto también decidió que sería en particular “porque de su niña ya se le estaba pasando y no la quisieron atender en el Hospital General de Huauchinango”. Debido a que su embarazo transcurrió en medio de la pandemia COVID tenía la preocupación de no tener dinero (porque no había trabajo) para atenderse en un hospital privado (que consideraba más seguro), pero sí sucedió y pudo programar una cesárea que se llevaría a cabo veinte días antes de que su embarazo cumpliera nueve meses.

El día de la cesárea llegó nerviosa junto con su esposo a la clínica sin ningún tipo de dolor, la ingresaron, le pusieron una bata “y no dejaron pasar a su esposo por la enfermedad del coronavirus”, el doctor después de cuatro horas llegó, la revisó y la pasaron al quirófano.

Estando allí la anestesiaron “y sintió que le recorría el frío por la espalda”, la operación se llevó a cabo mientras un médico se dedicaba a hablarle para que se mantuviera despierta, cuando sintió un “jalón o un empujón”, dio a luz por vía cesárea a una niña “que con los ojos bien abiertos se le quedó mirando”; la limpiaron a ella y a la niña y las pasaron a su cuarto, allí estaba su esposo pues su mamá “les rogó que lo dejaran pasar”, reposó un día completo en el hospital y le dijeron “que debido a la enfermedad no la podían dejar más tiempo”.

El alta hospitalaria llegó y tenía mucho dolor, comparado con sus otras dos cesáreas, lo asoció al hecho de que se había operado para no tener más hijos. Al salir del hospital llegó a casa de su suegra a recoger a sus hijos y le dieron de comer caldo de gallina, después fue a casa de su madre en donde pasó la cuarentena, la bañaron con hierbas y la cuidaron. A Natalia le gustó parir

allí y sentir un buen trato por parte del personal de salud. El COVID sí influyó para que ella tomara la decisión de atenderse en un hospital particular y además recuerda que se preocupaba y no quería que ni ella ni su hija se contagiaran.

Samara

A: ¿Te tocó en plena pandemia?

S: Sí, en plena pandemia, yo me embarqué antes de la pandemia, pero cuando me iba a aliviar estaba en su punto, o sea de verdad que cuando yo buscaba ropa para mi bebé no había ni que comprarle, no había ningún negocio

A: ¿Y qué pasaba por tu cabeza de eso?

S: Que me daba miedo que me fueran a matar, así se lo digo, a mí me daba miedo que me fueran a matar

Samara tiene 24 años y dos hijos, es una mujer de complexión media, alta, de tez blanca y de cabello largo, negro y rizado, lo que más recuerdo de Samara es que desde el inicio me habló con una confianza absoluta como si me conociera de tiempo atrás y que su último bebé, de diez meses de edad al momento de la entrevista nació en plena pandemia COVID, misma que marcó toda su experiencia de embarazo, parto y puerperio. Su último embarazo fue cansado porque el bebé “se le encajaba mucho”, sin embargo, hacía su vida normal. Sus consultas prenatales fueron en la clínica de Teopancingo, asimismo se atendió con una partera a la que conocía desde su infancia, misma que le detectó el embarazo y además “la sobaba y le acomodaba al bebé”.

Su primer parto fue en un hospital público sin embargo en el segundo, decidió atenderse en un hospital privado “porque la pandemia estaba en su punto y tenía miedo de que la mataran”, ya que en el transporte público y entre la comunidad en general se rumoraba que en el Hospital General de Huauchinango estaban matando a la gente durante la pandemia.

En el último ultrasonido le dieron fecha probable de parto y comenzó a preparar todo. El día del parto llegó anunciado por dolores y se fue a una clínica particular “en donde todas las mujeres de Teopancingo se alivian”, cuando llegó a la clínica el doctor no estaba, y entonces se regresó a su casa y se bañó, allí comenzó a sentir fuertes dolores; le avisó a su suegra, quien le dio “el té mágico” de hierbas que ha ayudado a las mujeres de su familia por generaciones a parir y se dirigió nuevamente en taxi a la clínica acompañada de su esposo.

En el camino sintió un dolor tan fuerte que temblaba y pensó que iba a parir allí mismo sin embargo llegó a la clínica y gritó “que ya venía su bebé en camino” y la atendieron de inmediato, en menos de media hora nació por parto vaginal un bebé “con las uñitas moradas porque ya se le había pasado el parto”, cuando su bebé nació y mientras a ellas la limpiaban exigió que su hijo estuviera a su lado pues su miedo “a que la mataran a ella o a su bebé seguía estando presente”. Luego la pasaron a un cuarto en donde estaba su esposo quien le dijo que su bebé era “exageradamente güero”. Al otro día temprano y sin poder tener visitas debido al COVID, la dieron de alta.

Samara mencionó que ella quería que el pediatra revisara a su hijo, pero éste estuvo enfermo, más tarde se enteró de que le había dado COVID y había muerto, esa situación la tuvo tensa durante su puerperio pues lo asoció a que alguien más en el hospital pudo haber estado enfermo y ella y su bebé podían estar en riesgo, empero, eso no sucedió.

El alta hospitalaria llegó y se dirigió a su casa “en donde nadie la esperaba por la enfermedad”, a diferencia de su primer hijo en donde estuvo toda su familia. Tuvo un descanso de cuarenta días y su suegra la apoyó, le dio baño de hierbas y “le caldeó los senos” para que la leche fluyera. Ella comentó que la lactancia fue complicada y dolorosa.

La atención que recibió le gustó porque la revisaban, le preguntaban cómo estaba y la atendieron de inmediato, pero las camas le parecieron muy incómodas comparadas con la del Hospital General de Huauchinango “que tenían barrotes para hacer fuerza”. Para ella la atención en el hospital privado y en el público es exactamente igual (pero menciona que ella tiene conocidos en el hospital) y si no hubiera habido COVID se hubiera atendido en el hospital público. Actualmente no quiere tener hijos, pero no usa anticonceptivos “y su esposo la cuida” pues teme a los efectos secundarios de los mismos. Para ella ser madre “es algo cansado pero muy bonito”

Sofía

A: ¿Cómo se sentía tu esposo, alguna vez platicaste con él?

S: Sí, dice que él se sentía muy triste que él pensaba que ya no iba a ser la misma, que me iba ya a quedar así o que me iba yo a hacer hasta como loquita, o sea así demente

A: Sí, me imagino que pensaba eso, ok ¿y tú cómo te sientes de haber vencido la depresión?

S: Pues feliz, pero cómo le diré como que ahorita veo un bebé y no tengo la ansia de cargarlo

Sofía es una mujer de 30 años que ha tenido tres hijos, el último tiene tres años, es de tez blanca, ojos claros verdosos y cabello castaño ondulado, a Sofía la conozco desde que era niña (y yo también lo era) y me recuerdo jugando con ella “a hacer pastelitos de lodo”.

Su último embarazo fue cansado pues tenía que atender a dos niños más, además el bebé se movía mucho en el vientre. Su atención prenatal fue en una clínica particular pues en la clínica de Teopancingo “siempre ponen peros, o no hay doctor o si están no atienden con gusto”, además la invadió un sentimiento de tristeza “pues ella no quería tener otro hijo”.

A los cuatro meses de embarazo le dijeron que tendría una cesárea pues padecía de várices y se le podía reventar una en el parto, a los ocho meses y medio programó su cesárea y el día llegó sin ningún tipo de dolor, encargó a sus hijos mayores con su suegra y llegaron a la clínica en una combi pues no había estacionamiento.

La ingresaron, esperó un poco y la metieron a quirófano, la anestesia le dolió mucho y poco a poco se fue durmiendo, al poco tiempo escuchó a su niño llorar y sintió alegría y tristeza pues se preguntaba “qué iba a hacer con tres hijos”, después la pasaron al cuarto de recuperación y permaneció 24 horas en el hospital, el alta hospitalaria llegó y la esperaba su madre con “caldo de gallina y tostadas”, así permaneció 30 días, tranquila y cuidada por su madre. Al mes llegó a su casa y entró “en una profunda depresión en donde solo dormía y lloraba”.

Le diagnosticaron depresión posparto, la atendieron médicos y no pudo salir adelante, su esposo creía “que se iba a volver demente”, después de un mes y con la ayuda de una homeópata volvió a retomar de a poco su vida. La atención que le dieron en la clínica le pareció muy buena porque tuvieron la paciencia de explicarle, la atendieron y no fueron agresivos como en su primer parto en el Hospital General de Zacatlán en donde le gritaron y le dijeron “así hubiera gritado cuando estaba con su marido, por qué ahorita se queja”. Hoy en día se siente feliz y segura pues junto con su cesárea se operó y ya no podrá tener más hijos.

Soledad

S: Ajá, yo pienso que digamos que después yo salí, bueno en el rato pasado, este le dije a mi esposo oye por qué le dijiste que me operara, no quería yo, no dijo, a mí nunca me preguntaron, ¿cómo qué no? Le dije, si el doctor me dijo que me operó y yo le dije que no quería yo, dice bueno, ¿en qué te perjudica? Si ves cómo te pusiste de delicada

A: ¿Entonces sentiste que lo hizo por tu salud?

S: Sí

Soledad es una mujer de 37 años que tiene tres hijos, su último hijo tiene tres años y medio, es una mujer delgada, de tez clara y con una sonrisa de la que sobresalen dos coronas dentales de metal delanteras. Tiene un carácter fuerte pero también se conmueve hasta las lágrimas. Su último embarazo fue difícil “porque todo le daba asco” y bajó más de 20 kilos, además, al ser de alto riesgo (por tener una matriz delgada y haber tenido dos cesáreas previas) prácticamente tuvo que reposar por nueve meses, su familia se preocupaba por su estado de salud, sin embargo, ella estaba bien y era monitoreada en consultas prenatales en una clínica privada, pues en la clínica de Teopancingo le dijeron que su bebé no sobreviviría y que tendría que abortar.

A los siete meses de embarazo el médico “le dijo que su bebé ya sobreviviría” y su ánimo mejoró, su suegra y su cuñada la cuidaron durante todo el embarazo y su esposo le hacía el desayuno; ella decidió no preparar maleta ni comprar nada para su bebé hasta en el momento del parto “pues no quería perderla y desilusionarse y ya tener todas sus cositas”.

Faltando dos semanas para cumplir nueve meses comenzó a sentir dolores, esperó una noche adolorida “porque era la fiesta de 60 años de su padre y no quería que pasara alguna tragedia en su parto el día de su cumpleaños”, sin embargo los dolores fueron cada vez más fuertes y tuvo que ir junto con su esposo a la clínica, cuando llegó la recibieron, “le estabilizaron la presión” y esperaron dos horas, luego la llevaron a quirófano para practicarle una cesárea, era un quirófano “que olía mucho a medicina y parecía muy moderno”.

De pronto sintió “como se desinflaba” y escuchó llorar mucho a su bebé, cuando se la dieron conoció a una niña “que era rojita, rojita y tenía mucha sangre”. De inmediato la empezaron a limpiar a su bebé y a ella, pero debido a que ella tenía muchos coágulos de sangre los doctores se tardaban mucho y usaban muchas toallas “tantas que llenaban un bote grande de toallas con sangre”, se desmayó, estaba débil, pero lograron estabilizarla y pudo pasar a un cuarto en donde la esperaba ya su esposo.

En el hospital estuvo dos días en donde se sentía mal, pero la ayudaban a controlar el dolor. El alta hospitalaria llegó y con mucho dolor “por el golpeteo de la carretera” llegó a su casa en donde la esperaban sus hijos y su familia, la bañaron con hierbas y la cuidaron. La atención le pareció excelente pues el personal de salud era competente, eran amables y la escuchaban. A

Soledad la operaron para no tener más hijos, sin embargo, no se lo consultaron ni ella ni su marido, pero estuvo conforme con eso “porque lo hicieron por su bien”.

CAPÍTULO 6. REFLEXIÓN ANALÍTICA SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO, DE UN GRUPO DE MUJERES DE TEOPANCINGO, PUEBLA

6.1 Antesala del parto: embarazo

6.1.1 Embarazo de alto y bajo riesgo

Me gustaría iniciar mencionando que en el capítulo uno, revisión de la literatura, ninguna investigación que se centrara en las experiencias sobre violencias durante la atención del parto y puerperio profundizó en el proceso de embarazo, sin embargo, **uno de mis hallazgos fue encontrar que justo en el embarazo, las veinte mujeres de Teopancingo tomaron decisiones reproductivas y se enfrentaron a situaciones que moldearon su experiencia de parto**, dejando en claro que el parto es vivido de diferentes maneras y sus vivencias tienen que ver con muchos aspectos como el tipo de parto, el apoyo de la familia, los recursos económicos, entre otros factores.

Una de las situaciones que dividió claramente a las mujeres y moldeó su experiencia de parto fue el diagnóstico médico durante el embarazo que les indicó si este era de alto o bajo riesgo. Para las mujeres como Dianelly, María, Lupita, Adriana y Amalia, el vivir el embarazo en condiciones normales, es decir, sin ningún riesgo les permitió, número uno, no tener tantas preocupaciones sobre el estado de salud de su bebé, y dos, la oportunidad de hacer su vida normal, sin apoyo de otras personas. En Teopancingo esto resultó muy importante pues la mayoría de ellas tienen más de un hijo, por lo cual vivir un embarazo tranquilo les dio la posibilidad de cuidar de sus otros hijos. En cambio, las mujeres que vivieron un embarazo de alto riesgo como Denisse, Elena, Francisca, Mariana y Alicia, por mencionar solo a algunas, tuvieron que reposar o bajar el ritmo de las actividades cotidianas y esto les provocó sentimientos relacionados con la inutilidad y la depresión como se refleja en el testimonio de Elena.

A: Ok ¿Qué preocupaciones tenías durante tu embarazo?, ya me dijiste que tenías este sentimiento de soledad, pero qué pasaba por tu cabeza durante este embarazo ¿qué preocupaciones?

E: Pues me preocupaba porque yo no podía hacer nada y yo sentía que estaba nada más ahí, yo sentía que era un estorbo al estar ahí sin hacer nada, y que todo lo dejaba que los demás lo hicieran

A: Esa era tu preocupación

E: Sí

A: ¿Y por qué te preocupaba ser un estorbo?

E: Porque yo sentía, tenían que darme de comer, tenían que lavar mi ropa y la de mi esposo, y la de mi hija (Elena).

Además, el saber que su embarazo era de alto riesgo, de inmediato les hacía pensar en la posibilidad de muerte, tanto de ellas como de sus hijos, y en el caso por ejemplo de Soledad, llegó a manifestarse la preocupación a tal grado que ella asoció el hecho de bajar muchísimo de peso (veinte kilos durante el embarazo) a la preocupación que ella sentía.

A: Ok, ahora sí tú dime lo que tú esperabas, ya sabía que tenías la posibilidad de decir chin, va a pasar esto ¿no? ¿Pero tú, qué esperabas? Qué si te dijeran ¿Qué querías? ¿Tú qué hubieras querido pues?

S: Pues que no me hubieran dicho que era de alto riesgo

A: Sí, un embarazo tranquilito

S: Que fuera tranquilo, que no me preocupara yo, que estuviera yo este... digamos normal porque tal vez de eso, de tanta mortificación, tal vez de eso no comía yo, vomitaba y estaba tan flaca (Soledad).

Las razones por las cuales los embarazos eran diagnosticados por los médicos como de alto riesgo fueron las siguientes: padecer de hipertensión arterial, tener várices vulvares, hematomas, una historia clínica que denotara abortos espontáneos y la proximidad de los embarazos; la última razón fue muy relevante en la investigación porque las mujeres se sintieron culpables por haberse embarazado “luego luego” (antes de cumplir un año de puerperio), y de alguna manera asumieron la responsabilidad por tener un embarazo de alto riesgo. El papel de los doctores fue muy importante porque estos les hicieron énfasis a las mujeres sobre el hecho de que debían haberse cuidado para no embarazarse tan pronto.

A1: Porque como fue un embarazo de alto riesgo

A: ¿Desde el principio?

A1: Sí

A: ¿Por qué?

A1: Porque cuando me embaracé casi al año de que perdí al otro, y de por sí me habían dicho que no me podía embarazar, que tenía que esperar tres años, pero yo me embaracé luego luego. Cuando supe que estaba embarazada fui al doctor y me dijeron que era un embarazo de muy alto riesgo, los tres primeros meses me los pasé en cama (Alicia).

La forma en la que las mujeres con un embarazo y parto de alto riesgo se relacionan con su cuerpo ha sido ampliamente estudiada, dando cuenta de que suelen enfrentar un embarazo con miedo debido a su condición de salud, empero, también representa para ellas la posibilidad de vencer dificultades, echando mano de soportes simbólicos como la religión. En el caso de Denisse, Elena, Francisca, Mariana y Alicia, al final ellas reivindicaron su experiencia y el saber que sobrevivieron las hizo sentirse orgullosas de sí mismas. Puedo leer también esta idea desde la noción de sacrificio, como un estereotipo de género presente en torno a la maternidad en donde se espera y se da por hecho que las mujeres tienen que aguantar cualquier tipo de dolor para ser madres, condición que en nuestra sociedad es aún valorada como una de las cualidades más importantes del ser mujer.

6.1.2 Red de apoyo durante el embarazo

Es importante mencionar y ligar con el punto anterior, el hecho de que las mujeres que tuvieron un embarazo de alto riesgo contaron con una red de apoyo para hacer sus quehaceres, cuidar a sus hijos y acompañarlas a las consultas prenatales. En ningún caso existió alguna mujer con un diagnóstico de alto riesgo que tuviera que hacer sus actividades normales o poner en peligro su vida o la de sus hijos por falta de apoyo familiar. En sus descripciones, las mujeres en general reportaron que hacían menos quehacer durante su embarazo y que en la familia las cuidaban y protegían. Algunas como Natalia incluso se sintieron más importantes durante su embarazo y hasta más queridas por su familia.

N: como que allí ya era más importante (risas), más amables, bueno más, como que venían y sentía yo que me querían más, porque venían y se quedaban y platicaban conmigo

A: ¿Cómo te hacía sentir eso?

N: No, pues me hacía sentir bien (Natalia).

La red de apoyo de las mujeres durante su embarazo estuvo compuesta principalmente por las madres, hermanas, cuñadas y suegras. En el caso de Sonia, por su padre, y en el caso de Lupita también participaron sus amigas. Es interesante el papel que **juegan los señores** como ellas les llaman a sus esposos o compañeros, pues a excepción de Lupita que se define como madre soltera, todos los esposos tuvieron un papel más o menos activo durante el embarazo. En la mayoría de los casos acompañan a las mujeres a las consultas prenatales, les compran “sus antojos”, es decir la comida que prefieren durante el embarazo y asumen tareas domésticas como lavar y hacer de comer

durante el embarazo de sus esposas. Me llamó la atención el hecho de darme cuenta de un patrón en Teopancingo, los esposos, en su mayoría campesinos, ya no salen a trabajar cuando su esposa está a pocos días de parir (fijándose en la fecha probable de parto que les indica el médico) y se quedan “por si algo se ofrece”, tal como lo vemos en el testimonio de Blanca:

B: Ajá, estaba yo aquí en mi casa, pero no avanzaba el dolor, entonces lo que fue es que él me dijo, sabes qué, vamos a que te revisen

A: ¿estabas con tu esposo?

B: Sí, porque yo le dije, ya me duele

A: ¿Qué hora era?

B: Pues era probablemente como las que le diré, como las diez de la mañana más o menos

A: ¿Todavía no se había ido a trabajar?

B: No, todavía no, lo que pasa es que ya los últimos días que yo ya estoy para mi bebé, pues ya no me deja mucho tiempo sola por lo mismo que ya está con la preocupación, entonces agarré y ya le dije, me siento un poco mal y me dijo pues vamos a ver qué, y ya me dijeron, no, pues tu bebé cuando llegamos al hospital

A: ¿A dónde fuiste?

B: A Huauchinango (Blanca).

Blanca ejemplifica también algo que sucede con las redes de apoyo en Teopancingo y es que siempre hay alguien en casa. En ningún caso las mujeres comenzaron con dolores y no fueron apoyadas, siempre había alguien que las aconsejaba y en el caso por ejemplo de Alicia y Denisse, su suegra les iba diciendo cuándo era tiempo de ir al hospital a parir. En el caso de Sarahí, Blanca, Francisca y Ana, los esposos también les hicieron la recomendación de ir al hospital a checarsé pues muchas de ellas pensaron que “todavía se podían aguantar”, sin embargo, acudieron al hospital pues su esposo se los dijo, y en esos casos resultó oportuno ya que estaba entrando en labor de parto.

A pesar de que, en el testimonio de Amalia, sobresalió el hecho de que no contaba con el apoyo de sus suegros durante el embarazo, sí tenía el de sus padres y el de su esposo. Ninguna mujer expresó haber recibido golpes, regaños o maltratos durante su embarazo, por el contrario, percibieron ser mejor tratadas tanto por su entorno familiar como por las personas externas. Cuando salían de su casa, les cedían el asiento en la combi, “les pedían permiso para acariciar su panza”, o las veían con ternura.

En Teopancingo el embarazo es una etapa importante y de cuidado en donde uno o más miembros de la familia se involucran, coincidiendo con (De Morales, Juárez y Aníbal, 2012) quienes señalan que el parto es un evento que reúne a familiares, y constituye una alegría para toda la comunidad. Estos mismos autores hacen énfasis en que el papel importante que tiene el esposo se debe a un sistema presente al interior de las familias, de organización de tipo patriarcal, lo cual empata con mi investigación pues más adelante profundizaré en cómo las decisiones reproductivas, cuidados, elección de sitio de parto, muchas veces estuvieron a cargo “de los señores”.

6.1.3 Decisiones reproductivas en el embarazo

En el embarazo se toman una serie de decisiones que repercuten en la vida de las mujeres y en cómo vivirán el parto y puerperio inmediato, la primera tiene que ver con continuar o no con el embarazo. La mayoría de estas mujeres no planificaron su embarazo sin embargo fue asumido en todos los casos, con excepción de Sofía que vivió su embarazo triste y preocupada porque no quería tener otro hijo, como una bendición y un suceso positivo en sus vidas. En los casos en los que el embarazo incluso podía representar un peligro para su salud, o los médicos les indicaban que sería un embarazo difícil de llevar a término, ellas decidían continuar, el aborto como una opción nunca se presentó entre estas mujeres como se lee en palabras de Soledad.

S: La doctora de aquí de Teopancingo me dijo que era imposible que yo tuviera la bebé porque como ya había tenido dos hijos, y el último fue muy complicado, bueno digamos que el segundo fue complicado...

A: ¿Por qué?

S: Porque tuve tres amenazas de aborto y me dijo que a la otra vez no iba a poder sobrevivir el bebé porque mi matriz estaba muy delgada y ya cuando me operaron de mi segundo bebé, bueno ajá, me hicieron la cesárea, me dijeron que era imposible que tuviera otro porque mi matriz no aguantaba, entonces cuando pasaron cuatro años y medio y me volvía a embarazar, la doctora me dijo que era mejor abortarlo

A: ¿La de la clínica?

S: Ajá, que, porque de todos modos no iba a sobrevivir y que tal vez ni yo, que se me podía venir...

A: ¿Y cómo te hacía sentir cuando te decía eso?

S: No, pus muy mal, después mi esposo me dijo que no le hiciéramos mucho caso, que fuéramos a ver otros doctores, otras opciones y que tal vez sí podía sobrevivir el bebé y sí tenía yo dos semanas de embarazo, cuando llegué de emergencia a una clínica particular (Soledad).

Existieron otras decisiones reproductivas durante esta etapa que tuvieron que ver con prepararse o no antes del parto, y en este sentido, en la mayoría estuvo presente “el hacer la maleta para ellas y para el bebé”. Asimismo, fue en el embarazo donde algunas planificaron operarse para no tener más hijos, al saber que tendrían una cesárea, como se puede ver en el testimonio de Natalia.

N: Ellos me preguntaron, bueno, yo les dije, yo ya iba con la idea, como ya eran tres cesáreas, ya era muy riesgoso operarme, volver a tener otro bebé y este de por sí dije, ya con esto, tres, buenísimos para en esta vida que ya no hay mucho trabajo como antes, dije, ya tres

A: ¿Y eso lo habías platicado con tu esposo?

N: Sí, dije, ya, y lo habíamos platicado los dos, y ya él de hecho dijo, no, ya, para qué arriesgamos más tu vida (Natalia).

Otra de las decisiones que se toman durante el embarazo es parir en un hospital público o privado, pero esta decisión tiene que ver con muchos factores como la capacidad económica, la falta de atención oportuna en los hospitales públicos, el miedo al contagio en pandemia y la cuestión de riesgo en el embarazo.

Vale la pena recordar que las mujeres que parieron en hospitales privados fueron Sofi, Denisse, Francisca, Mariana, Natalia, Samara, Sofía y Soledad. De este grupo, Samara y Natalia buscaron un parto en el ámbito de lo privado pues tuvieron miedo de contagiarse de coronavirus, para ambas fue un esfuerzo económico pues manifestaron que no había trabajo y que no se tenía el dinero, pero se juntó entre la familia. Asimismo, hubo mujeres como Blanca que, a pesar de quererse atender por miedo al contagio en la pandemia en una clínica particular, los recursos económicos no les resultaron suficientes.

En el caso de Mariana y Soledad, ambas decidieron parir en un hospital privado pues su embarazo era de alto riesgo y además sus embarazos previos habían sido atendidos por el mismo doctor, en la misma clínica. Cabe destacar que estas mujeres fueron las que se caracterizaron por tener una casa propia, de material y que “se sabe son de las personas que tienen dinero” entre la población.

El caso de Sofi, Francisca, Denisse y Sofía fue diferente pues observé una trayectoria más larga en la búsqueda de atención, en la cual primero trataron de ser atendidas en el ámbito de lo público y al no obtener lo que ellas deseaban, que era atención oportuna y en el caso de Denisse una cesárea, decidieron optar por un hospital particular incluso sin haberlo planeado.

Este fui a una consulta y él me dijo que fuera al Hospital General para ver si me podían programar, como también me trataban ahí, dice, si te programan en el Hospital General , pues que bien, te la voy a hacer ahí, porque voy a estar yo, yo soy tu ginecólogo, dice, pero si no yo te veo aquí el lunes, yo voy a ir para las consultas, le dije que sí, ya fui al Hospital General, traté de hablar con una enfermera y una trabajadora social pero el problema era el dinero, me cobró 20,000 pesos, por el dinero, sí tenía yo que buscarle, pero no, no se pudo que fuera en el Hospital General

A: ¿Y por qué no se pudo?

D: Porque me dijeron que, aunque fuera placenta previa me podían provocar dolores

A: O sea ellos querían que fuera...

D: Ellos querían dolores y si con los dolores el bebé no daba la vuelta, entonces ya me hacían la cesárea, pero mientras tanto tenía yo que someterme a dolores para poderlo tener

A: Y fue ahí donde dijiste...

D: No, pues mi esposo dijo no, no, si de por sí se va a operar, para qué va a sufrir con los dolores, que esto y el otro, y no, ya no fue ahí, y ya fui a verlo un viernes y me citó un lunes temprano, a las ocho de la mañana, en la Clínica Monte Sinaí, y ya me operó (Denisse).

Por otro lado, las mujeres que parieron en hospitales públicos, Teresa, Adriana, Alicia, Amalia, Ana, Blanca, Dianelly, Elena, Lupita, María, Sarahí y Sonia, no tuvieron la opción de ir a un hospital particular a excepción de Dianelly quien decidió no hacerlo pues prefirió ahorrar ese dinero. En sus testimonios, Elena, Blanca y Sonia hablaron de la posibilidad y del deseo de atenderse en un hospital privado pues inmediatamente lo asociaban con mejor atención y menos dolor, pero su economía no se los permitió.

Entre las razones de las mujeres para querer una atención privada hubo una en particular que me gustaría destacar y fue el deseo de tener una cesárea, la cual, de antemano sabían que “no les harían en un hospital público solo porque así lo quisieran”. Estas mujeres deseaban una cesárea por razones muy claras, la primera es que querían aprovechar “el corte” para que las operaran y no tener más hijos, la segunda fue porque no querían sentir los dolores de parto, y la tercera fue porque consideraron que era un procedimiento más seguro. Al respecto vale la pena recordar los siguientes testimonios:

A: ¿Cómo te sentías en ese momento de esperar, que estuviste allí en el albergue?

A1: sí, sentía que qué flojera estar esperando, si fuera particular ya me hubieran hecho cesárea (Ana).

E: Sí, yo les dije que ya no aguantaba y que yo me sentía cada vez más mal

A: ¿Y qué te decían?

E: Y dijo el doctor que no, que ¿cómo había sido mi primer embarazo, si normal o cesárea? y yo le dije que había sido normal y me dijo ahí está pues debe de ser normal este también

A: ¿Entonces por eso te sacaron?

E: Ajá, me sacaron

A: ¿Y quién tomó esa decisión de sacarte?

E: Mi marido y mi suegro, me sacaron de ahí y me llevaron con el particular

A: Ahí mismo en Huachi, te llevaron y ¿qué paso?

E: Me revisó también y me dijo que yo ya no podía seguir aguantando, que ya los latidos del corazoncito del bebé ya latían más fuertes su corazón (Elena).

A pesar de que GIRE (2015) señala que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda mantener la tasa de cesáreas entre un 10 y 15% de los nacimientos, algunas de las mujeres sin duda hubieran querido que les realizaran una cesárea. En contraparte, otras mujeres prefirieron el parto vaginal (incluso a pesar de haber tenido cesárea) pues lo asociaron a una pronta recuperación y porque consideraron al parto vaginal menos riesgoso.

A: Que si en media hora, me puso, me dijo, te voy a poner otra pastilla, pero más fuerte y me dijo, si no nace en media hora, te vamos a tener que hacer cesárea y yo la verdad le tengo pánico a las cesáreas

F: ¿Por qué?

F: Porque veo que mis cuñadas sufren mucho y llegan y apenas si se pueden levantar y dicen que les duele muchísimo y dije pues ya ni modo, y es que me dijo, pues es que su bebé ya tiene que nacer pero yo pienso que a lo mejor a mi bebé le faltaba tiempo porque le digo de mi niño ya nació de volada y me puso la medicina, bueno, la inyección, bueno la pastilla y me puso a caminar (Francisca).

En resumen, y partiendo del hecho de que algunas mujeres combinaron en algún momento la atención pública y privada, vale la pena mencionar los significados que ellas asociaron a los diversos tipos de atención. La atención privada fue sinónimo de atención minuciosa, médicos especialistas, rapidez, seguridad y buen trato, el argumento detrás de estas afirmaciones tuvo que ver con el hecho de pagar, el cual garantizaba no solo que la experiencia fuera positiva, sino la posibilidad de que, si algo no les gustaba, lo pudieran cambiar.

A: ¿Los tres fueron particular?

D: Sí los tres

A: ¿Cesárea?

D: Sí, eh, sí, el primero fue aborto, pero igualmente me tuvieron que hacer un legrado y el segundo fue en el hospital, en el IMSS, pero fue lo mismo, así me tuvieron con las piernas abiertas y pasaban y veían, en ningún momento me tocó un doctor que me dijera, a ver hija te voy a tapar un poquito, o sea alguien así no, sí son amables, cordiales a lo que tiene que ser, pero por ejemplo el particular se les paga y te atienden y te dicen, pues sí ahorita hija todo va a estar bien y tranquila y todo (Denisse).

A: ¿Y en el particular cómo era?

S: En el particular sí me acostaban, me checaban

A: Llegabas y qué

S: Ajá, pues ya pásate, e igual a ver los ultrasonidos y no pues que está bien, y ya la última consulta si fue más así porque veían cómo venía el bebé que si para normal o cesárea

A: ¿Pero decías que ahí si te revisaban, o sea había más revisión en el particular?

S: Ajá, sí, en el particular había más así, pues recuerdo que una vez fuimos casi de emergencia a una consulta, pero no recuerdo por qué, al parecer manché sangre, ajá porque sí alcanzo a recordar que de hecho fuimos a ver al doctor, a otra clínica que ni era donde siempre lo íbamos a ver y sí, pero pues no, dijo que todo estaba bien (Sofi).

6.1.4 Atención médica durante el embarazo: parteras y consultas privadas

Las mujeres entrevistadas nunca se plantearon como una opción viable parir con partera, algunas porque mencionaron que ya no existen parteras en Teopancingo, pero otras por desconfianza hacia su trabajo. En el caso de Alicia fue su esposo quien decidió que no se atendería con una partera, evidenciando así el poder de toma de decisión que tienen los varones en general en esta región.

A: ¿Y por qué no tuviste tu bebé con la señora?

A1: Porque mi marido no quiso

A: ¿No, por qué no?

A1: Dijo que no, pus porque la partera ya tiene sus años, entonces igual decía que ahorita no tenía todo el material necesario

A: Para cualquier cosa (Alicia).

El hecho de que estas mujeres no vislumbraran la opción de atender su parto con una partera responde a lo que explica Menéndez (2003) con respecto a cómo desde la década de los sesenta en nuestro país, hasta la actualidad, el modelo biomédico de salud se ha convertido en el modelo hegemónico de atención del parto. Sin embargo, durante la atención del embarazo, sí existieron mujeres que combinaron la atención médica con las consultas de partería. Este fenómeno es lo que teóricamente se conoce como pluralismo médico. Menéndez (2003) señala que, en muchas de las sociedades latinoamericanas, entre ellas México, existe lo que él denomina pluralismo médico, que se refiere al hecho de que a pesar de que el modelo biomédico funge como el modelo hegemónico de atención a la salud y la enfermedad, a la par existen otras formas de atención de tipo tradicional que se utilizan en sí mismas y en conjunto con la biomedicina. Así fue el caso de Elena quien recurrió a que la partera la sobara *para subir a la bebé para arriba porque estaba muy abajo*.

Lupita porque:

A: Cuando, este, se movía mi bebé como que me lastimaba mucho ahí nomás en esa parte se movía en una parte como ya no se podía mover y los acomodan, pero yo fui a eso porque este le digo que nada más me daba un dolor por acá por la costilla y ya sentía que ahí estaba y estaba hasta que una partera me sobó y pues ya se había puesto bien (Alicia).

En el caso de Alicia, ella recurrió a la partera durante el embarazo cuando sospechó que ya estaba en labor de parto para que le checara la dilatación. Samara consultó a la partera porque se sentía mal (sin saber que estaba embarazada) y la buscó para que la sobara, y sorprendentemente, esta le dijo que estaba embarazada (con una prueba de embarazo ella lo confirmó el mismo día) y se continuó atendiendo con ella para que la sobara pues el bebé se encajaba.

S: Porque haga de cuenta que me seguía sobando, ya hasta los últimos meses me lo sobó, me lo acomodó y todo

A: ¿Cuántas consultas tuviste con la partera?

S: con ella otras dos o tres más (Samara).

La investigación de (Earth, 2001) señaló que las mujeres se atienden con partera principalmente por temor a la cesárea, por rechazo a los procedimientos como el rasurado de zona púbica y la revisión del canal vaginal, porque demandan posturas distintas durante el proceso de expulsión, porque los costos son elevados y porque no existe un momento de privacidad en el parto medicalizado, además de que no hay cuidados con la sangre y la placenta; la comida es en exceso liviana y el baño se exige inmediatamente después del parto. Las mujeres de Teopancingo

definitivamente prefieren atender su parto dentro del sistema biomédico pues la medicalización y tecnologización de este es sinónimo de seguridad para ellas y sus hijos.

Con el afán de no dejar cabos sueltos quise explorar si Elena, Lupita, Alicia y Samara quienes fueron las mujeres que recurrieron a la partera compartían algo en común y me llevé la sorpresa de que fueron las que me expresaron en su historia, que sus madres y sus suegras habían atendido partos en el pasado. En el caso de Alicia y Samara ambas tomaron un té de hierbas que les proporcionó su suegra (que por cierto es la misma persona) para acelerar los dolores del parto. A continuación, reproduzco un poco de las palabras de Doña Juana, su suegra.

J: Este té lo hacía mi abuela y es una receta de generaciones

A: Los ingredientes A: ¿Y ese té lo usaba usted?

J: Sí, bueno a mí mi mamá me lo daba

A: Ya viene de generación

J: Ajá

A: ¿Y qué trae, se puede saber o no?

J: ¿El té? Ah pus es este... ay ya se me olvidó

A: ¿Canela?

J: No... es canela, zopacle y albahaque

A: ¿Y eso a usted se lo daban también?

J: Sí

A: Y su mamá, me imagino que a su mamá se lo daban

J: Ajá, mi abuelita

A: No, pus sí, pus muy efectivo ese té (Doña Juana).

Fue importante darme cuenta de que, al tomar este té, en ellas estaba asumido “que para los y las médicas era una práctica que estaba mal”, por lo que negaron que habían tomado algo, a pesar de que el personal de salud se lo preguntara. En el caso de Elena quien atendió su embarazo con una partera, el médico mostró apertura y le preguntó si se había sentido bien al atenderse con partera a lo que ella le respondió que sí y el médico le dijo que estaba bien, que era una buena práctica si le había ayudado.

Siguiendo con la atención durante el embarazo, encontré que las mujeres que iban a consultas prenatales a Huauchinango en clínicas particulares, también lo hacían en el centro de salud de Teopancingo, y las mujeres que en su mayoría se atendían en el centro de salud de Teopancingo, por lo menos habían recurrido una vez a un servicio particular de salud durante su embarazo.

Esto fue una veta importante porque me permitió descubrir que uno, las mujeres siempre indagaron sobre la posibilidad de atenderse en primera instancia en un hospital público y decidieron no hacerlo porque percibieron que “no les hacían caso, las trataban de mala gana” o incluso los propios médicos del centro de salud les recomendaban “ir al particular”. Además, identificaron como un requisito el registrarse en el centro de salud como embarazadas para acceder a las vacunas del recién nacido e incluso ser sujetas a algunos apoyos, que en el caso de Sofi “nunca llegaron”.

Las mujeres de Teopancingo no son mujeres que gocen de riqueza económica, por el contrario, su acceso a los recursos es limitado como se explicó a lo largo de esta tesis, es por eso por lo que la primera opción para la mayoría nunca es el hospital privado, de manera velada o explícita buscan atenderse en el ámbito de lo público, pero son los trayectos de búsqueda de atención que al final las llevan a un hospital privado. Los hospitales privados gozan de buena reputación entre las mujeres, tanto que ellas mismas refieren que, por ejemplo, en la clínica Marven “es donde van todas las de allí”. La opción privada es cada vez más viable (aunque eso implique sacrificios económicos) para acceder a una atención que ellas consideran es de mayor calidad, respeto y más rápida.

Otra cuestión sumamente interesante fue descubrir que en el caso de Soledad, Ana y Natalia el médico que las atendió en las clínicas particulares también trabajaba en el Hospital de Huauchinango y fue el propio médico quien les recomendó llevar la atención durante el embarazo en ambos lugares “por si algo se complicaba”. Las mujeres que combinaron su atención pública y privada me hablaron sobre las diferencias que había entre la atención pública y privada, y básicamente las mayores diferencias con respecto a la atención pública, radicaron en el hecho de que en el ámbito privado no había espera para ser atendida, siempre las atendía el mismo doctor y había aparatos para escuchar el latido de su bebé.

Cabe resaltar también que hubo dos mujeres, Sarahí y Amalia, que no recibieron atención prenatal. La primera se negó a ir al hospital pues tuvo una experiencia anterior que nombró como

fea y traumática y ya no quiso acercarse a los hospitales; Amalia quien no pudo volver pues en el centro de salud le pidieron estudios de laboratorio que no pudo pagar y que tampoco estaban disponibles en el Hospital General de Huauchinango. A pesar de que durante el embarazo no tuvieron chequeo médico, cuando Amalia sintió que “ya era hora” buscó hacerse un único ultrasonido en el ámbito de lo particular, y cuando Sarahí “comenzó a sangrar” también si dirigió al hospital, ambas estaban ya de trabajo de parto.

6.1.5 Ultrasonidos particulares

Bohren, et.al, 2015; Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016; Centenaro, et.al, 2015; Janevic, et. al,2011; Caron y Silva, 2002; D’Ambruso, 2005, en sus respectivas pesquisas denominaron condiciones estructurales del sistema de salud, a todas aquellas barreras que impedían una calidad de atención oportuna para las y los usuarios tales como los tiempos de espera, los altos costos en la atención, los trámites burocráticos excesivos, el inmobiliario deteriorado entre otras. En mi investigación estas condiciones estructurales estuvieron presentes en los centros de salud y hospitales públicos. En el embarazo, particularmente una barrera fue la dificultad que tuvieron las mujeres para acceder a ultrasonidos en los hospitales públicos.

Ninguna de mis 20 entrevistadas realizó sus ultrasonidos dentro de algún nosocomio público. La primera razón fue la de las mujeres que parieron durante la pandemia, pues los hospitales estaban saturados y no había citas para ningún estudio de laboratorio ni ultrasonido, además ellas tenían el temor de contagiarse y prefirieron no ir al hospital.

La segunda razón fue que, aunque algunas mujeres intentaron sacar cita en el hospital para hacer su ultrasonido, las fechas que les asignaban eran muy lejanas e incluso después de la fecha programada para el parto. Una tercera situación tiene que ver con aquellas mujeres que ni siquiera intentaron obtener un ultrasonido en el hospital pues en sus experiencias de embarazo anteriores había sido muy difícil sacar cita, volver a ir a realizarse el estudio y hacer una última visita para recoger los resultados; estas mujeres valoraron el hecho de que gastaban más dinero en pasajes que en hacérselo en uno de los muchos laboratorios particulares que hay en Huauchinango y que les entregan los resultados en pocas horas.

E: Fui también con un doctor particular a hacerme los ultrasonidos que me pidieron y los estudios y los pagué

A: ¿Y por qué no te los hicieron en Huachi?

E: En el hospital

A: Ajá, en el hospital sin costo

A: Porque es más tardado

A: ¿Cómo sabes tú que es más tardado?

E: Porque tenemos que ir a sacar cita, luego ir el día que nos toca a la cita, y luego tener que ir a recoger después los estudios y nos ponen día para ir a recoger los estudios

A: ¿Entonces es más tardado?

E: Sí (Elena).

Cabe destacar que cuando las mujeres que parieron en el hospital público fueron ingresadas en labor de parto, sí les realizaron ultrasonidos, en muchos casos con el afán de checar cómo estaba el bebé y decidir el tipo de parto. En la vivencia de Amalia, se presentó una situación única: no tuvo el dinero para hacerse los estudios de laboratorio y ultrasonidos que le pedían para llevar su control prenatal en la clínica de Teopancingo, y en Huauchinango no estaban disponibles; en su caso, le fue negada la atención y no tuvo consultas prenatales. Cuando sintió que ya estaba próxima a parir le pidió a su esposo que ahorrara para hacerse un ultrasonido particular, al llegar al ultrasonido le indicaron que el bebé ya estaba a punto de nacer.

A: ¿Pero dices que te hiciste un ultrasonido? ¿Eso cómo fue?

Am: Ajá, ya cuando, sí, en febrero como el veinte por algo así, ya le dije a mi esposo, me voy a hacer un ultrasonido para ver cómo está el bebé porque yo lo siento muy abajo, ya lo sentía muy abajo, y me dice, sí, te voy a dar dinero el 28 y ya vas y ya fui a Huauchinango y ya me dijo el doctor, que sí, ahorita se lo hago y ya me pasó y me dijo ¿qué cree?, le dije ¿qué?, su bebé ya está a punto de nacer y dice, necesita irse urgentemente al hospital para que la atiendan. Y me dice ¿trae su póliza? Le digo, no, no me la traje, necesito regresarme a mi casa y regresarme al hospital y así le hice

A: Oye Amalia ¿Y cómo te sentiste cuando te dijeron de los estudios y sabías que no podías pagarlos?

Am, Pues sí sentí, no sé cómo que dije, ayyy, no voy a poder porque mi esposo no tiene un trabajo seguro para pagar los estudios y dije, ahora ni modo, a ver qué vamos a hacer (Amalia).

Es preciso mencionar que el tener ultrasonidos y estudios de laboratorio fue asociado por las mujeres con el hecho de verificar que su bebé estaba bien. En el caso de Adriana y de Blanca quienes habían recibido en la clínica de Teopancingo la indicación de que su bebé estaba “con latidos bajos”, el hacerse un ultrasonido y que les confirmaran la buena salud, fue sinónimo de tranquilidad. En el caso de Sarahí que por decisión propia no se hizo ningún ultrasonido, el llegar

al hospital y cuando le mostraron en el ultrasonido que su bebé estaba a punto de nacer y además tenía sufrimiento fetal resultó una prueba fehaciente de que “sí era hora de parir”. La tecnología dentro de la atención médica fue asociada sin duda por las mujeres como algo positivo y que además ayudó a detectar cualquier riesgo.

Esta asociación es producto de la idea de que detrás del conocimiento biomédico existe un cuerpo universitario, que vuelve al personal de salud expertos en el uso de la tecnología que es vista como moderna y cuyo fin (por lo menos en el ámbito del discurso) es eliminar cualquier tipo de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio.

6.1.6 Embarazo en pandemia

Los seres humanos experimentamos el mundo a través de diferentes tipos de interacciones, más próximas y menos próximas. El contexto actual de pandemia de coronavirus vino a modificar la manera en la que las personas interactuamos entre nosotras y con las instituciones. Asimismo, esta nueva realidad trajo consigo nuevos significados y prácticas sociales, y la experiencia del embarazo, parto y puerperio en medio de esta circunstancia también se modificó.

Las mujeres tomaron decisiones reproductivas orilladas por el miedo y la desconfianza, como parir en hospitales privados, pero también vivieron embarazos pandémicos por denominarlos de alguna manera, los cuales se caracterizaron por salir poco de casa al grado de sentirse encerradas o marginadas, por el temor a sufrir contagio, y también por una atención en el sector público todavía más lenta y deficiente debido a los protocolos de higiene entre los cuales por ejemplo, no hubo la posibilidad de hacerse ultrasonidos, las citas médicas eran todavía más espaciadas, y el personal de salud les indicaba “no asistir si no era necesario”.

Dianelly, Blanca, Natalia y Samara fueron las mujeres que vivieron el embarazo durante la pandemia actual de coronavirus. En el caso de Samara, su vivencia del embarazo fue con mucho miedo pues temía contagiarse y además sabía que pertenecía a un grupo de riesgo, por lo cual se vio en la necesidad de hacer sacrificios económicos para atenderse en una clínica particular, a la que por cierto no había ido a ninguna consulta prenatal.

A: ¿Te tocó en plena pandemia?

S: Sí, en plena pandemia, yo me embaracé antes de la pandemia, pero cuando me iba a aliviar estaba en su punto, ósea de verdad que cuando yo buscaba ropa para mi bebé no había ni que comprarle, no había ningún negocio

A: ¿Y qué pasaba por tu cabeza de eso?

S: Que me daba miedo que me fueran a matar, así se lo digo, a mí me daba miedo que me fueran a matar

A: ¿Cómo que te fueran a matar?

S: Ay, sí, por eso me fui a un particular porque decían que en el hospital mataban a la gente

A: Me han contado eso acá, por ejemplo, de que llegabas por el COVID y salías

S: Muerto

A: ¿Ese era tu miedo?

S: Sí, por eso dije no tengo, pero mejor me alivio en un particular (Samara).

El de Natalia resultó ser un caso similar al de Samara, pues, aunque había poco trabajo en esa época, ella y su esposo no contemplaron la posibilidad de atenderse en un hospital público pues tenían miedo de contagiarse o morir. Blanca me habló del miedo que le daba parir en un hospital público en plena pandemia e incluso buscó opciones particulares, pero económicamente no pudo solventar el gasto, y parió en el Hospital General de Huauchinango.

El caso de Dianelly me pareció muy particular pues, aunque tenía los medios económicos para poder dar a luz en un hospital privado y a pesar de que su esposo le insistía que lo hiciera pues temía por su salud y la de su hija, ella pensó que la posibilidad de contagiarse en un hospital público o privado era la misma y decidió ahorrar ese dinero “que hacía falta” para sus otros hijos. Al analizar si estas mujeres que parieron en pandemia tuvieron alguna experiencia similar pude darme cuenta de que compartieron el hecho de sentirse muy agradecidas por haber sobrevivido, ellas y sus hijos, y no haberse contagiado, además sobresalió el hecho de que durante su vivencia del parto, la estancia en el hospital fue de tan solo un día por el hecho de estar en pandemia, así, las mujeres permanecieron en el hospital poco tiempo después de haber parido y esto les pareció una condición positiva. **La decisión de atenderse en una clínica pública o privada se compartió con la familia, el esposo y también estuvo limitada por los recursos económicos.**

6.1. 7 Expectativas sobre el parto

Para cerrar este primer apartado sobre la antesala del parto, quiero mencionar que cada una de las mujeres llevaba una idea de lo que quería que fuera y lo que no, su experiencia de parir; sus

expectativas estuvieron moldeadas por sus experiencias de parto anteriores, pero también a partir de lo que otras mujeres les habían contado. Las expectativas de estas mujeres tuvieron que ver con el hecho de que fueran bien tratadas, en palabras de Elena “como se merecían”, que la atención fuera rápida y oportuna, que se tratara de un parto o una cesárea sin dolor, y que ellas y sus hijos no atravesaran por ninguna complicación. Mi hallazgo fue contrario a lo mencionado por (Centenaro, et.al 2015; D’Ambruoso, et.al, 2005; Janevic, et.al, 2011; Kabakian, et.al, 2000). D’Ambruoso, et.al) quienes en sus investigaciones encontraron que las expectativas de las mujeres tienden a ser bajas.

Hubo mujeres como Sonia y Alicia, que, al haber tenido experiencias reproductivas no gratas, se enfrentaron más que otras con sentimientos de preocupación por no querer repetir la misma historia; ellas llegaron desde el inicio del parto temerosas, inseguras y pensando que sería una vivencia muy dolorosa y traumática, sin embargo, no fue así. Por el contrario, mujeres como Dianelly al haber tenido experiencias positivas anteriores “ya sabían a lo que iban y no estaban nerviosas”. Las mujeres primigestas, Lupita, Sofi y Adriana no tenían un panorama claro de lo que podía suceder, sin embargo, esperaban que se tratara de un proceso rápido y con poco dolor como lo relató Sofi.

A: ¿Tú qué te imaginabas, ¿qué querías del parto, ¿qué esperabas?

S: Que no me doliera (risas), más que nada eso, que no me doliera y ya lo demás como sea (Sofi).

6.2 Dolor y sangre, avistamiento del nacimiento

Un aspecto que sobresalió en las experiencias de las mujeres fue la presencia del dolor durante el embarazo, el parto, e incluso años después del nacimiento de sus hijos.

El dolor fue descrito por las mujeres de diferente manera y además se le acuñó diversos significados, tal como lo explica Le Bretón (1999) al dar cuenta de que las sensaciones corporales como el dolor están ancladas a significados sociales de pertenencia y se manifiestan según los símbolos que le otorguen dentro de los límites de cada sociedad. Esto me resultó muy claro cuando comprendí que existieron dolores que las mujeres resignificaron “como aquellos que valieron la pena y hasta se olvidaron” y otros que fueron tan importantes que marcaron sus decisiones reproductivas como no volver a tener hijos. El objetivo de este apartado es desentrañar cómo el grupo de mujeres que entrevisté en Teopancingo vivió el dolor y lo resignificaron.

6.2.1 Dolor de pasaditas

El primer tipo de dolor fue el dolor que ellas describieron como “dolor de pasaditas” y en algunos casos como “tipo cólicos menstruales”. Estos dolores fueron los que aparecieron durante el embarazo y anunciaron que llegó el parto y muchas veces estuvieron acompañados por sangrado. Al describir estos dolores las mujeres me manifestaron que sabían que se trataba del inicio del parto, sin embargo, las primigestas al no tener la experiencia de parir ignoraron a qué se debía el dolor, y fueron las mujeres de su alrededor quienes les explicaron que era hora de ir al hospital, tal como lo vemos en el caso de Sofi:

S: No, era un día normal, me tocaba lavar la ropa y pues ya los dolores ya empezaron en la noche, y yo como no sabía eran así como cólicos y ya mi marido se iba a ir temprano a trabajar, con su papá, como ahorita, este y pues ya se levanta y le digo que tengo como cólicos y dice, pues quédate acostada y ahí cuando quieras te levantas, y para esto le tenía que poner lunch, este y pues ya...

A: Entonces te dijo que te tocaba lunch, ¿Entonces te dijo que no hicieras el lunch?

S: Ajá y ya le digo ¿y tú lunch? Me dice ahorita le digo a mi mamá que ahí me ponga algo porque mi suegra igual hacía para mi suegro, ahí le digo que eche unas más para mí y pues ya fue a ver su mamá y ya me levanté y fui al baño y ya había manchado, así como café, café y rojo

A: ¿Ya se había ido tu esposo?

S: No, todavía estaba y ya que sube y ya le dije, y en eso subió mi suegra y me dijo, pero Sofi ¿cómo sientes?, y le digo no pues como cólicos, y dice ¿y nos has manchado? Pues ya, y ya me dice, no estás loco ¿A dónde vas a ir? No, ya llévatela y dice él todavía, ¿Apoco ya? Y dice ya, ya, ya, así empiezan dice y ahorita ya empiezan a dar los dolores, párala, y ya dice no pues ya me voy y si ahorita le empiezan a dar los dolores ya me hablan y yo me vengo rápido dice, me llevo la moto para venirme, no dice su mamá, ya ni te vayas, ya cámbiate y ya llévatela y pues ya le hablamos a mi mamá (Sofi).

Para el caso de las mujeres multigestas, el dolor de inicios del parto, de pasaditas, ya era algo conocido e incluso algunas como Samara, María y Sarahí esperaron a que los dolores se volvieran más intensos para acudir al hospital. En esta etapa el dolor de pasaditas fue algo esperado que incluso cuando no apareció despertó dudas y sospechas. En el caso de las mujeres que parieron por cesárea programada los dolores de este tipo no existieron, estos fueron los casos de Sofía, Natalia, Mariana y Denisse.

A: Pero dices que no había dolor

D: Nada de dolor

A: Tú estabas como, normal

D: Ajá

A: ¿Y entonces luego del cuarto, te pasaron a otro lugar o cómo?

D: Del cuarto me pasaron a una camilla

A: ¿Con quién estabas en el cuarto?

D: Con mi esposo, ya después de ahí me despedí de él y me llevaron a un área donde te pasan como a una plancha, de una cama a otra (Denisse).

6.2.2 Del dolor al sufrimiento

Si bien el dolor al inicio del parto y durante el trabajo de parto se asumió por las mujeres como algo esperado y normal, este se convirtió en “sufrimiento o un dolor insoportable” cuando sintieron que no fueron atendidas. **Un hallazgo de mi investigación fue darme cuenta de que, si a las mujeres las ingresaban al hospital y allí sentían los dolores, estos se mitigaban solo** por el hecho de saber que ya estaban siendo atendidas, empero, si no eran ingresadas y se enfrentaban a la espera, ellas iban describiendo su dolor como insoportable.

Una vez más esto se puede asociar al hecho de que adentro del hospital con todo y los miedos o el maltrato que puedan describir, se sienten “a salvo”, confían en la figura de los y las médicas como expertos, aunado a la tecnología que asocian con calidad de la atención. Vale la pena entonces detenerme en cada uno de los casos en los cuales el dolor se volvió sufrimiento y que incluso provocó que algunas de ellas decidieran ir a un médico particular a parir, aun sin tenerlo planeado.

En el caso de Adriana, ella se encontraba en la sala de espera gritando y llorando pues ya sentía mucho dolor y ya había ido a su casa a descansar toda una noche como se lo indicaron en el hospital. Cuando sintió “que se hizo del baño”, de inmediato la ingresaron y el parto fue muy rápido pues ya estaba coronando. También en la sala de espera Alicia experimentó la misma situación que Adriana, después de ir y venir, su dolor se tornó insoportable. El caso de Alicia resultó paradigmático e ilustrativo pues según ella describió, su bebé nació en la silla en donde se encontraba esperando.

A1: Es que ya no aguantaba, y me pedían todo, todo, todo, todo, todo y yo si le dije a la enfermera, no le puede preguntar esos datos a mi marido y a mi suegra, yo ya no aguanto, y me decían cálmese señora que todavía le falta, que tiene esto, ese era mi coraje, que me decían todavía le falta, cuando el bebé ya venía en camino, en ese momento me dicen, pues ya

pásense, me paso al pasillo y me empiezo a agarrar a la pared por los dolores fuertes que tenía

A: Ya de tanto dolor

AI: Sí, y yo veía como pasaba un doctor y me aguantaba, y se iba y otra vez yo sentía re feo entonces yo sentía el dolor insoportable, sino que de momento yo sentí entre mis piernas algo y yo me espanté, y yo me espanté porque yo dije, y si nace aquí, ¿y si se cae al piso? (Alicia).

Con Elena la historia se repitió y tuvo que recurrir a un médico particular “para que le hicieran caso y la ingresaran”. Elena describió su dolor como una sensación insoportable, que la hacía estar vomitando y que la tenía “engarrotada como el chavo del ocho”. Sofí al sentir que “no le hacían caso y al tener un dolor insoportable”, decidió dejar de esperar en el Hospital General de Huauchinango e ir a parir a un hospital particular.

A: ¿Y seguías con los mismos dos?

S: Sí, y ya que me dice no, que vengan a las once y pues ya me voy, y dice mi mamá, y ahora ¿qué hacemos? Pues vamos al centro a desayunar, no pues yo ya no, ya, ni desayunar pude, no, no, no, ya no, y pues ya dice mi mamá, que le habla a mi papá, y mi esposo aquí a mis suegros, que cómo estaba, y pues mi suegra, no, no, no, mejor llévatela a particular, porque no sé qué cosa, que luego a los bebés se les pasa, ya cuando quiera nacer, no lo quiera dios, ya esté muerto y cosas así, y pues mi papá, no, ya llévensela a particular, si ya no aguanta ¿Cómo la van a tener ahí? Y ya, recuerdo que fue el 29 de febrero cuando empezaron los dolores, qué hasta decía yo ¡Ay que no nazca hoy! (Sofí).

Sobre este tipo de dolor hubo dos cuestiones importantes, la primera fue que tal como lo señala Le Bretón (1999) el dolor de estas mujeres cuando percibieron que hubo abandono, se convirtió en sufrimiento, en cambio cuando fue acogido por los médicos, es decir cuando ingresaron al hospital como a Lupita, aun cuando el dolor que sintió fue muy fuerte, no se tradujo en sufrimiento. Por otro lado, es menester dar cuenta **de cómo los tiempos médicos y los de las mujeres, por llamarlos de alguna manera, fueron distintos**. Para las mujeres fue obvio que estaba a punto de nacer su hijo, pero para los médicos, auxiliados por las revisiones (tactos) y las evidencias médicas (ultrasonidos) el tiempo del nacimiento se marcaba a otro ritmo.

Marques y Pires (2010) al respecto mencionan que el hecho de que la medicina moderna se caracterice hoy en día por la fragilidad de los vínculos de confianza en las relaciones entre profesionales de salud y pacientes y el uso exacerbado de elementos tecnológicos, no facilita que se genere una comunicación efectiva entre pacientes y profesionales, y abre más la brecha de desigualdad entre ambos, que ya de por sí se encuentra pautada como una autoridad verdadera y que está legitimada socialmente debido a su veracidad científica.

6.2.3 El dolor que desaparece y se resignifica

Un hallazgo importante en mi investigación que además coincidió con lo encontrado por Giraldo, González y Henao (2015) en su trabajo con mujeres de Colombia, fue que **todas las mujeres que entrevisté, incluso las que describieron su dolor como sufrimiento, al final lo resignificaron como “algo que valió la pena”** por el hecho de haber sido madres, lo que como bien señala Lamas (2002) continúa reflejando la idea de que en México, la maternidad es un componente clave del “ser mujer” y se considera como uno de los roles sociales más importantes que puede y debe desempeñar una mujer, la maternidad, entonces, continúa **fungiendo como un parámetro que establece, prescribe, y, asigna el lugar social a las mujeres, quienes a su vez consideran el ser madre como un aspecto fundamental en su realización como seres humanos.**

El dolor que desaparece y más aún el sufrimiento que desaparece también se puede entender en el caso de las mujeres que experimentaron un parto vaginal como una sensación física que sucede en el cuerpo y que al parir desaparece “como por arte de magia”, como se reflejó en los testimonios de Tere y Francisca.

A: ¿Y qué pasó con el dolor?

T: Desapareció

A: ¿De verdad, así como por arte de magia?

T: De verdad, desapareció (Teresa).

A: ¿Y ese dolor que sentías, qué había pasado con el dolor?

F: Desapareció, en el momento en el que el bebé iba saliendo el dolor se fue

A: Oye me han dicho, no sé si a ti te pasó que cuando el bebé sale que es cómo si se desinfla la panza

F: Sí, sí

A: ¿Si se siente así?

F: Como le digo a mi niña que tiene diez años, como si se desinflara un globo, se sale así completamente (Francisca).

6.2.4 Dolor producido por procedimientos médicos

Dentro de la literatura revisada (Bohren, et.al, 2015; Mc Mahon, et.al, 2014; Fornes, 2009) se hizo énfasis en el hecho de que el dolor de las mujeres durante y después del parto tiene estrecha relación con los procedimientos médicos que se llevan a cabo, y más aun cuando se consideran invasivos tales como las cesáreas y las episiotomías innecesarias.

En la experiencia de las mujeres que entrevisté resaltó que existieron procedimientos médicos de rutina que ellas catalogaron como dolorosos, muy dolorosos, fatales o incómodos, entre ellos estuvieron el tacto, la limpieza de cavidades uterinas, el rompimiento artificial de las membranas y la episiotomía. Todo ello como bien menciona Castro y Savage (2018) han sido aspectos que se han tomado en cuenta para construir las definiciones sobre violencia obstétrica, además como señala la OMS (2018) se trata de prácticas que solo deberían ser llevadas a cabo de forma restrictiva y en el caso de la revisión manual de cavidades uterinas bajo analgesia.

A: ¿Por qué era tanto el sufrimiento?

D: Porque, bueno es que no sé, bueno, en mi experiencia por mí, por ejemplo, después de que nace el bebé, te limpian el útero fatal, no tiene cuidado (Denisse).

A: ¿Y te sentías cómoda en esa posición o tenías la necesidad de moverte?

S: Sí me sentí cómoda, lo que sí es muy doloroso eso que te hacen la cesárea vaginal (episiotomía) y te limpian y todo eso, es doloroso (Sonia).

En el caso de Sonia es importante mencionar que ella se refirió a la episiotomía como una cesárea vaginal (asociándola al hecho de que existe un corte), y otras de las mujeres la llamaron como la cortada o cortadita. La episiotomía fue un proceso cuyo dolor se extendió más allá del puerperio como lo veremos más adelante. Con respecto a estas maniobras médicas cabe destacar que las mujeres lo asumieron como un proceso normal que se tenía que hacer, y aunque doloroso, formaba parte de la atención. Esto coincide con los hallazgos de Rangel y Martínez (2017) quienes señalaron que las mujeres de la Huasteca Central que entrevistaron no reconocieron como algo violento procedimientos como la episiotomía y los tactos repetitivos, y Fornes (2009) quien concluyó que las mujeres sufren cortes y mutilaciones, que se deben leer como una forma de control social sobre los cuerpos femeninos, control social que las mujeres aceptan tanto por el desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos como por el hecho de que consideran que el conocimiento médico-tecnológico posee un saber que no debería ser cuestionado. El caso

de Alicia fue interesante pues hizo énfasis en el hecho de que le realizaron la episiotomía sin anestesia, lo cual percibió como algo “fuertísimo”.

Muy ligado a los procedimientos médicos existió otro tipo de dolor que se relacionó con la recuperación de la cesárea. Como lo mencioné en capítulos anteriores, trece de las veinte mujeres que entrevisté parieron por cesárea, lo cual es un número altísimo contrario a las recomendaciones de la OMS sobre buenas prácticas durante el embarazo, parto y puerperio, y a pesar de que algunas “se libraron” de los dolores de parto, coincidieron en el hecho de que la recuperación de la cesárea fue dolorosa y que, en ese sentido, la recuperación del parto vaginal es más rápida. Las mujeres que “aprovecharon” la cesárea para además operarse para no tener hijos, describieron aún más doloroso el proceso de recuperación, como en el caso de Blanca que tardó una semana para poderse levantar sola de la cama.

B: No, me ayudaba mi señor porque no me podía yo mover

A: ¿Todavía no?

B: No, de hecho, yo me tardé para recuperarme para recuperarme y valerme por mí misma, una semana de la anestesia porque igual para levantarme yo sola de la cama, no podía yo, para bañarme yo sola no podía (Blanca).

La anestesia fue otro de los procedimientos médicos que ellas describieron como doloroso y frío, como “calambritos, hormigueos por todo el cuerpo, un dolor que te agarra todo y te pellizca o como un toque de luz”. Asimismo, este dolor se acrecentó como en el caso de Sarahí, Alicia y Blanca “porque las picaron más de una vez”.

En el capítulo uno se retoman las discusiones sobre el uso de la anestesia durante el parto, la primera vista como un elemento que se puede asociar con una mayor agencia de las mujeres durante el parto, y la segunda como un impedimento que merma la capacidad de protagonismo de las mujeres. Mi investigación da cuenta de que, para este grupo, la anestesia es sinónimo de tranquilidad; ninguna mujer manifestó querer evitar la anestesia, por el contrario, era algo esperado y pedido.

6.2.5 Huellas del dolor, episiotomías y entuertos

Coincidiendo con los hallazgos de Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016 y Guimarães, Jonas y Rute 2016, quienes hicieron énfasis en cómo dentro de sus investigaciones algunos procedimientos médicos como las episiotomías acarrearán consecuencias graves de salud para las mujeres, en mi

propio trabajo pude darme cuenta de que hubo dolores que dejaron huella en las mujeres y sus cuerpos, es decir que permanecieron en el tiempo, aun después de terminado el puerperio o cuarentena, estos fueron las episiotomías, cesáreas y limpieza de cavidades uterinas, a pesar de que la OMS recalca que las primeras dos no deben ser realizadas de forma rutinaria y la limpieza solo bajo analgesia.

Francisca describió su episiotomía como un suceso en “donde la tuvieron que cortar más de lo normal porque su bebé no quería nacer”. Para Francisca, al momento de la entrevista, a más de tres años de haber parido, la episiotomía todavía le dolía.

F: Pues haga de cuenta que, como cólicos, pero fuertísimos y yo digo que sí me tardé más porque de mi niña fue en Zacatlán y pasé yo dos días con los dolores, pero como cólicos pero cuando dijo mi niña a nacer ni me cortaron ni nada, fue de volada y de éste no, de éste sí me tuvieron que cortar más de lo normal y hasta la fecha todavía me pongo mis pantalones de mezclilla y siento que me lastima allí.

A: ¿Cuánto tiempo ha pasado?

F: Tres años

A: ¿Y todavía te duele?

F: Todavía me duele

A: ¿Y para tener relaciones sexuales te duele?

F: Para tener relaciones sexuales no, el pantalón haga de cuenta

A: Ah, el roce

F: Sí, el roce (Francisca).

Así como la episiotomía fue dolorosa durante meses o años después del parto para algunas de las mujeres, otras resintieron las huellas que dejó la cesárea y lo manifestaron como “un dolor de huesos que aparece cuando hace frío en el lugar en donde les aplicaron la anestesia para la cesárea”, “una dolencia crónica de cintura y de huesos” “y entuertos”. En el caso de Samara significaron dolores posteriores de estómago que asoció al hecho de que no le limpiaron bien el útero al finalizar el parto, y fue relevante analizarlo pues justamente al parir en una clínica particular mencionó que no le dolió la limpieza de cavidades pues la realizaron con un aparato que hizo que no le doliera, sin embargo en su primer parto, en un hospital público, le hicieron una limpieza manual que fue muy dolorosa pero que percibió como mejor pues no le dieron entuertos.

S: Ajá, con Héctor me metieron la mano y me hacían así tres veces (dándole la vuelta) tú sientes que tu panza, que acá adentro las tripas se te hacen nudos y se siente muy feo, le digo a mi mamá que eso me dolió muchísimo, tres veces, yo creo más que cuando me daban los dolores y con Martín no, allí usaron un aparatito que como que me absorbía

A: ¿Y no fue tan molesto?

S: No, pero con él si me dieron los famosos entuertos, los entuertos son una cosa que según porque no te limpian bien te dan unos dolores de panza muy fuerte

A: ¿Y esos te dan después?

S: Después (Samara).

El sufrimiento no resulta una cuestión menor cuando se liga al hecho de cómo las mujeres experimentan su parto, en el caso de Sonia y Sarahí fue muy evidente que ellas llegaron al hospital con miedo pues su primera experiencia la describieron como traumática y horrible, afortunadamente la segunda no fue así. En el caso de mujeres como Denisse y Elena su experiencia de parto estuvo rodeada de sufrimiento y dolor y esto desembocó en el hecho de que tomaran la decisión reproductiva de no querer tener más hijos.

A: Ajá, ¿Y por qué no te operaron?

E: Porque yo ya no estaba en mis cinco sentidos, me dijo el doctor que yo ya no estaba en mis cinco sentidos para poder decir

A: ¿Por qué ya no quieres tener más bebés Elena?

E: Pues porque con este bebé sentí que yo sufrí mucho tanto yo como ella

A: Ok ¿Entonces decidiste usar ese el implante, ¿no?

E: Sí (Elena).

6.2.6 Lactancia y dolor

Para cerrar este apartado sobre el dolor, me gustaría mencionar que durante el puerperio existió otro tipo de dolor que tuvo que ver con la lactancia. El proceso de lactancia para algunas como Amalia resultó muy sencillo, sin embargo, para otras como Denisse y Samara fue doloroso y ocasionó mastitis (inflamación del tejido mamario), aun así, en sus relatos esta etapa la describieron como algo que se superó y que al final les permitió tener una lactancia exitosa.

Es importante por último dar cuenta de cómo las mujeres lidiaron con el dolor. Una gran parte de este dolor fue mitigado con analgésicos administrados directamente por los médicos y enfermeras, pero hubo una parte en la cual las mujeres usaron sus propios recursos para aguantar

un dolor que a veces era insoportable, estos recursos fueron pedir a Dios por su salud y la de sus hijos y aferrarse a una creencia superior que las ayudaría, la respiración, morder algún trapo, el llanto, los gritos y buscar una atención más inmediata para acabar con el sufrimiento.

6.3 Atención en el parto hospitalario

En el apartado anterior hablé sobre el acceso que tuvieron las mujeres a la atención en el sector público o privado, y comencé a dar cuenta de algunos significados otorgados a la atención privada y a la pública. En este apartado el objetivo es mostrar las percepciones de estas mujeres sobre la atención recibida. Dividí en dos grandes grupos estas descripciones, la primera la intitulé como percepción positiva de la atención y englobé aquellos aspectos con los que las mujeres se sintieron conformes, y en la segunda, la percepción negativa de la atención, me referí a las cuestiones con las que no estuvieron del todo conformes. Terminaré analizando cómo percibieron su cuerpo parido, después de haber sido atendido durante el parto hospitalario.

6.3.1 Percepción positiva de la atención

Como lo menciona Geertz en algunas de sus obras (1973, 1994, 1996) la experiencia vivida se observa en los comportamientos, las palabras, las imágenes y las instituciones y para ello es necesario comprender los conceptos de experiencia de cada entorno cultural para luego poderlos interpretar con conceptos teóricos y vincularlos dentro de una estructura global. En este sentido, mi interés fue comprender cómo las mujeres describieron, qué palabras usaron y qué sentido le dieron a la atención que recibieron, sin llamarla de ninguna manera y sin forzar etiquetas, para luego, desde la teoría poderlas leer desde la episteme de violencia obstétrica.

La primera manera de referirse a una atención positiva fue nombrar al personal de salud (médicas, médicos, enfermeros y enfermeras) como amables y la amabilidad tuvo que ver con que los describieran “como no groseros”. La amabilidad se hizo presente cuando el personal de salud

platicó con ellas, les alentó, fueron pacientes, respetuosos y “no les hablaron golpeado”, además fueron amables cuando se les notó contentos y risueños.

A: ¿Te gustó parir en el hospital de Huauchinango?

L: sí sí sí sí me gustó

A: ¿por qué te gustó?

L: porque para mí me atendieron bien no me faltaron al respeto ni nada me hablaron así bien amables fueron conmigo

A: ¿Ok, te atendieron puros médicos hombres o también mujeres?

L: Sí la mayoría fueron hombres porque enfermera ya cuando ya nació mi niña ya habían enfermeras (Lupita).

En algunos casos describieron también al personal como amable cuando las felicitaron; las felicitaciones fueron por el hecho de haber sido madres, pero también por “haberse portado bien y no ser rezongonas”.

E: Yo me acuerdo de que me la arrimó una enfermera y me dijo que ahí estaba mi bebé que muchas felicidades, pero no me acuerdo si me dijeron que había sido niña

A: No, te acuerdas

E: No me acuerdo (Elena).

Otra cuestión positiva dentro de la experiencia fue cuando las mujeres percibieron que el personal de salud les ayudó. Frases como “me ayudaron, sí me ayudaron, tuve ayuda, me ayudaron para calmarme”, fueron recurrentes en las descripciones sobre la atención positiva de las mujeres. La ayuda básicamente fue en dos sentidos, cuando las enfermeras ayudaron a las mujeres a traer el cómodo, a bañarse, a acomodarse o darle biberón al bebé, y cuando los médicos las ayudaron a parir con mayor rapidez y sin tanto dolor. Fue interesante darme cuenta de que algunas maniobras médicas como acelerar el parto, administrar suero intravenoso, monitorear el latido cardiaco del corazón o empujar al bebé (maniobra de Kristeller) fueron calificadas como algo positivo, cuando dichas prácticas responden a un modelo hipermedicalizado del parto que restringe la autonomía de las mujeres y sus cuerpos.

A: ¿Y te daban medicamentos para el dolor o cómo le hacías?

S: Sí, rápido me aplicaron algo, me aplicaron un medicamento para avanzar más las contracciones y eso es lo que yo quería allá en Huauchinango y no me quisieron aplicar, que no existe ningún medicamento con el que avance los dolores y allí en Zacatlán me dijeron que sí y me lo pusieron y yo sentí que sí, que fueron más rápidas las contracciones y ya nació

A: ¿Cómo cuánto tiempo esperaste?

S: De doce, como cuatro horas

A: ¿Y allá tres días?

S: Sí (Sonia).

A: Desde que llegaste hasta que el bebé salió ¿cómo cuánto tiempo pasó?

S: Pues yo llegué creo que como a las nueve y fracción y como a las diez, como a las diez ya estaba

S: Fue buenísimo, rapidísimo

A: Como el doctor dijo, en cinco minutos

S: Sí (Sofi).

Para estas mujeres la atención positiva tuvo que ver también con el hecho de que alguien (por lo regular las enfermeras) pero también los y las médicas, no las dejaran solas, estuvieran al pendiente y las pasaran a revisar. El que estuvieran al pendiente de su salud fue altamente valorado pues para ellas representó seguridad y además se asoció al hecho de estar a salvo. Cuando además identificaron que el pediatra revisó a sus hijos, ellas se mostraron muy conformes con la atención. **La figura del pediatra como un médico especialista**, o que sabía más que los otros, y que además no siempre estaba presente fue uno de los deseos de las mujeres y que además de inmediato se asoció con una buena atención.

Algunas otras cuestiones relacionadas con una atención positiva fueron el hecho de que les explicaran sobre su estado de salud y el de su bebé, que las consolaran cuando tuvieran dolor, que les llevaran dulces, y que fueran cuidadosos en el trato. Por ejemplo, en el caso de Sarahí, valoró como positivo que le buscaran con mucho cuidado la vena para canalizarla y Sonia comparó su primera experiencia de parto con la segunda experiencia, describiendo como muy positivo que le hicieran con cuidado los tactos vaginales y que la acomodaran con un trato suave y delicado.

6.3.2 Percepción negativa de la atención

En las narrativas de las mujeres que parieron tanto en hospitales privados como públicos, hubo aspectos sobre la atención que nombraron feos, horribles, traumáticos, expresivos de bullying, atención grosera, hipócrita, pésima y mala. La primera cuestión que sobresalió fue el hecho de sentir “que no les hicieron caso”. Cuando las mujeres expresaron esto fue normalmente al ir a pedir

atención y que las hicieran esperar bajo el argumento “de que todavía les faltaba”. El no hacerles caso se tradujo como lo mostré anteriormente en dolor y sufrimiento, en algunos casos, sin ningún problema las mujeres esperaron, fueron ingresadas y tuvieron un parto o cesárea exitosos, pero en otros como en el caso de Adriana, Sonia y Alicia coronaron sin haber estado ingresadas. Elena y Sofi optaron por ir a un médico particular, la primera para conseguir otra opinión, y la segunda para parir pues se sintieron en riesgo.

A1: Pues cuando yo sentí que ya... la cadera yo sentí que me abrió algo, y sentí una presión muy fuerte, muy fuerte, y sentí la necesidad de pujar, cuando yo pujé por primera vez así fuerte, fue cuando yo sentí que tenía algo entre mis piernas, y es que de hecho para caminar yo no podía cerrar los pies para caminar normal, yo sentía algo que me impedía juntar mis piernas, fue entonces cuando yo puse mi mano y sentí la cabecita, no en ese momento me espanté, me espanté porque yo decía y ahora, ¿qué me va a pasar?

A: Y ya no estaba tu suegra ahí, ¿verdad?

A1: No, estaba yo solitita en los pasillos, ni doctores, ni enfermeras, nada no habían nadie estaba yo solitita (Alicia).

El trato que algunas describieron como inhumano, grotesco o “ser tratada como objeto” tuvo que ver con el dolor de los tactos, las limpiezas de cavidades, la canalización, el amarrarles las manos y el trato brusco cuando las cambiaban de camilla. En el caso de Sonia y su primer embarazo sobresalió el hecho de que las enfermeras le arrojaron agua en la cara y se subieron en ella.

D: Bueno, ellos estaban ahí, sí tenían como que todos los equipos, pero tenían, me colocaron con los brazos abiertos, no entiendo por qué, cuando el primer bebé no lo hicieron pero con este sí y este, y me dijeron que, me subieron las piernas a los estos, no me acuerdo cómo se llaman y pasaban como, este, dentro de un quirófano eres un objeto, no eres un humano, eres un objeto, no eres una persona, no es algo raro que vean a una mujer con las piernas abiertas

A: Pasan así

D: Es algo muy natural, eres como un, yo lo veo como un objeto, nos tratan como objetos

A: ¿Y cómo te hacía sentir eso?

D: Pues humillada, o sea, una como mujer, en un quirófano, que un doctor te vea como un... es que yo lo describo así porque yo así lo sentí, para los doctores somos objetos dentro de un... instrumentos de trabajo (Denisse).

El sentirse “mal” porque las regañaron fue otra constante, los regaños tuvieron que ver con el hecho de que gritaban o se quejaban mucho, porque no sabían amamantar a su bebé o se quejaban de que les dolía. Asimismo, aparecieron burlas y chistes relacionados con su poca capacidad de

aguantar el dolor. Los médicos y las médicas, más que el personal de enfermería fue descrito por algunas mujeres como malos o crueles.

El hecho de que no sirvieran las camas, los baños, o no hubiera agua caliente para bañarse fue algo que, si bien a las mujeres no les parecía negativo, sí se describió como incómodo. En algunos casos ellas mencionaron que en el hospital las obligaron a bañarse, sin embargo, ellas se negaron porque el agua estaba muy fría.

E: Pues me dijeron que me bañara y el agua estaba fría entonces pues no me bañé, y no bañaron a la bebé porque todavía no le compraban su toallita

A: ¿Y qué te dijeron de que no te quisiste bañar?

E: Este, pasó el doctor que me revisó ya después, me dijo, bueno nos dijo a varias que la que no se bañara no la iban a dar de alta, pero entonces nosotros le explicamos el porqué no me había bañado y ya después dijo que en la tarde pasaba a ver a quienes iba a dar de alta (Elena).

Una palabra que sobresalió en los relatos fue “negligencia”, la cual se asoció al hecho de que los médicos no hicieron bien su trabajo, las cosieran mal, se tardaran mucho en atenderlas, las cortaran de más y que las atendieran pasantes. **El hacer una distinción entre médicos pasantes y no pasantes fue también una constante pues** cuando notaban que el personal de salud era joven o veían “que no sabían hacer las cosas”, la explicación fue que “eran pasantes y no sabían”. Sobre la atención en el embarazo vale la pena destacar también que en la clínica de Teopancingo, estas mujeres tuvieron muy claro el hecho de que solo les envían pasantes y para ellas esto es sinónimo de una mala atención.

Algunas otras razones que las mujeres percibieron como negativas fue tener que pagar el anesthesiólogo o los medicamentos, porque no había en el hospital público, querer una cesárea y no poder realizarla y una cuestión interesante, sentirse incómodas con el hecho de estar en el hospital revueltas junto con otros heridos y heridas.

B: No, porque en sí cuando está uno esperando pues hay más pacientes igual esperando en el pasillo

A: ¿Todos están?

B: Todos estamos allí, viéndonos los unos a otros, unos que ya están, de que muchos llegan heridos y así es feo (Blanca).

Las cuestiones negativas que las mujeres identificaron coincidieron con algunas de las formas que en la literatura nacional se nombraron como violencias (Castro y Frías, 2017; Valdez,

et. al 2013; Carrera, 2017; Castro y Erviti, 2003; Sánchez, 2015; Covarrubias, Salas y Meléndez, 2012).

6.3.3 Representaciones sobre el cuerpo atendido

Para cerrar este apartado sobre la atención en el parto hospitalario me gustaría destacar que **las mujeres hablaron de su cuerpo en el embarazo y en el puerperio inmediato de distinta manera.** En el embarazo a pesar de que muchas de ellas se enfrentaron “con la incomodidad del alto riesgo”, el cuerpo pareció ser un cuerpo que les pertenecía, cuando ellas hablaron de su cuerpo en el parto y aún más después del parto, la forma de describirlo cambió, fue un cuerpo que yo denominé como atendido y al que se le pusieron adjetivos como adolorido, marcado, con una vagina abierta, desinflado, desguanzado, débil, adormecido, anestesiado, acabado y traumatado. En ninguno de los casos se habló del cuerpo del posparto como algo “normal” como lo describían en el embarazo. El cuerpo marcado coincide con cómo las mujeres se refirieron a su propio cuerpo mutilado en la investigación en Argentina de Fornes (2009). **Este extrañamiento sobre su propio cuerpo que en el caso de algunas mujeres como Ana y Francisca, después de tres años de haber tenido una cesárea todavía estaba presente, sería una línea importante para seguir investigando pues pareció haber un antes y después de su cuerpo durante el parto.**

6.4 Violencias durante la atención del parto

Anteriormente describí que algunos aspectos sobre la atención recibida en el parto y puerperio inmediato fueron descritos por las mujeres como feos, horribles, traumáticos, bullying, atención grosera, hipócrita, pésima y mala. Es necesario comenzar este apartado **puntualizando que en ninguna de las descripciones se ocupó la palabra violencia para referirse a la atención que les desagradó, mucho menos la de violencia obstétrica,** así que el objetivo de este apartado es describir primero qué entienden las mujeres por violencia y después leer con ojos teóricos, con la etiqueta de violencia obstétrica algunas de las prácticas de atención dentro de sus experiencias.

6.4.1 Significados en torno a la violencia

Uno de los hallazgos de esta investigación fue darme cuenta de que muy pocas mujeres asociaron únicamente a la violencia con los golpes; las definiciones fueron más amplias y enriquecedoras.

A: Oye y las últimas dos preguntas, si le dejaran tarea a tu niña, que te dijera, mamá me dejaron en la escuela decir qué es la violencia ¿qué le dirías?

B: qué es la violencia, pues, qué le diría yo, pues cuando ósea que, ósea ya cuando uno se va a golpes, ósea que si viera que yo y su papá nos fuéramos a golpes ya sería violencia, o que nos tratáramos mal o así (Blanca).

Para estas mujeres la violencia significó expresarse con groserías, gritar, decir “malas palabras”. También fue sinónimo de maltrato y humillación, entendido como el hecho de que “las hicieran menos”. Las faltas de respeto, insultos, albures también fueron reconocidos como violencia, y en algunos casos la intolerancia, la discriminación y la incomprensión. Algunas mujeres como Natalia y Denisse me describieron claramente sus propias definiciones sobre violencia.

A: Si te dijera tu hija ya estando grande, mamá me dejaron de tarea, qué es la violencia ¿Qué le dirías?

N: Pues hay varios tipos de violencia, le diría que violencia es que la maltraten, igual cuando le hablan así golpeado que hasta con malas palabras también es violencia (Natalia).

A: Sí te preguntara este bebé cuando sea grande, si te preguntara este bebé que le dejaron en la escuela decir qué es la violencia, ¿qué le dirías?

D: Que es la falta de respeto, de intolerancia, de incomprensión en las personas (Denisse).

Al explorar sobre qué podría ser para estas mujeres la violencia durante el parto, ellas lo asociaron al hecho de que se burlaran de ellas o les hicieran bullying, les dijeran groserías, las agredieran físicamente, las “manosearan” y las atendieran mal. Al ahondar en lo que significaba para ellas la “atención mala” básicamente se refirieron a la atención poco oportuna, que no las atendieran rápido y que las “atendieran de mala gana”, es decir, sin disponibilidad y amabilidad.

A: ¿Y si te dijera, ¿qué es que sean contigo violentos en el parto?

N: Yo creo que la jalen, que la manoseen sin pedirle, algo que no tiene que ver y que estén manoseando allí cosas que no (Natalia).

El testimonio de Natalia dejó ver de manera muy velada dos cuestiones, la primera, que quizá para ella la violencia en el parto tuviera que ver con un abuso sexual, con “manosear” sin que esté justificado médicamente “y hacer cosas que no”. Y la segunda con el consentimiento, el que no le pidan a una mujer permiso para tocarla. En el caso de Teresa, por ejemplo, ella habló de la violencia según su experiencia cuando el doctor le hizo un comentario irónico al escucharla quejarse del dolor.

A: ¿Qué te dijeron?

T: Que cuando naciera mi hija, cómo me gustaría que se llamara, eclampsia o preeclampsia y me dio muchísimo coraje. Me dio muchísimo coraje y yo, ósea con mis dolores

A: ¿Quién te dijo eso?

T: Un doctor

A: Un doctor varón

T: Sí, un doctor varón

A: ¿De qué edad, te acuerdas más o menos?

T: De que edad, yo creo más o menos de treinta o unos cuarenta años (Teresa).

Asimismo, identificaron el dolor en sí mismo como sinónimo de violencia en el parto.

A: ¿Y qué sería para ti igual, bueno que te preguntara tu niña qué es la violencia en el parto?

S: A lo mejor el dolor (Sofía).

6.4.2 Violencia obstétrica

A lo largo de mi investigación inicié con un entramado conceptual denso y dentro de “esos lentes teóricos” ocupé el concepto de violencia obstétrica como el hilo conductor que en principio definió la orientación de mi trabajo. He dicho además que el buscar la violencia obstétrica en la experiencia de las mujeres me llevó a transformar esta tesis no solo en una pesquisa que abordara las violencias, sino los múltiples satélites que existieron en la experiencia de parir en Teopancingo. Quizá la mayor lección de esta investigación fue entender de primera mano lo que creo que es fundamental en la mirada cualitativa, la capacidad para generar nuevas preguntas de investigación, mejores, más amplias y enriquecedoras, y también el hecho de dejarse sorprender por el trabajo de campo.

En este apartado es el turno de echar mano de este gran concepto que me fue útil sobre todo para identificar desde mi mirada ética a qué tipo de violencia obstétrica estuvieron sujetas estas mujeres y si la identificaron o no “como una práctica negativa o que les desagradó” y por qué. Es menester entonces recordar que entenderé la violencia obstétrica desde lo que Villanueva (2010) menciona como una violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, entre los que se encuentran los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva.

De este mismo autor retomo la afirmación de que la violencia obstétrica se genera dentro de los ámbitos privados y públicos de salud, y con ella confluyen violencias institucionales y de género. La violencia obstétrica además es una forma de poder que naturaliza funciones socialmente construidas, con respecto a la gestación, el parto y la maternidad GIRE (2015).

La episteme violencia obstétrica como bien señala Sesia (2020) es útil para evidenciar el carácter patriarcal en la obstetricia moderna, además de la apropiación de los procesos fisiológicos, mostrando además el carácter imbricado de clase social, etnia-raza y género en un trato discriminatorio diferenciado entre las pacientes atendidas. (Sesia, 2020, p.23).

Mi trabajo de campo arrojó que, de los veinte relatos, en dieciséis encontré que se llevaron a cabo una o más prácticas que tipifiqué como violencia obstétrica. Un hallazgo sin duda fue darme cuenta de que las cuatro mujeres que no fueron violentadas parieron en el ámbito privado: Natalia, Samara, Sofía y Mariana, empero, otras como Sofi, Denisse y Soledad, aunque tuvieron un parto en una clínica privada sus relatos no estuvieron libres de violencia obstétrica. Me pareció alarmante además que todas las mujeres que parieron en un hospital público describieron por lo menos una práctica asociada a la violencia obstétrica en sus diferentes tipos o modalidades.

Dentro de la literatura nacional consultada pude darme cuenta de que las mujeres jóvenes y las mujeres solteras fueron las mujeres más violentadas; las mujeres con baja escolaridad y de ámbitos rurales recibieron también mayor violencia, **sin embargo en esta investigación no hubo un parámetro o condición que me hablara de quiénes fueron o no las mujeres que recibieron más violencia, lo que sí fue claro es que las mujeres que más se quejaron o reclamaron fueron las que estuvieron sujetas a mayores regaños y violencia psicológica, independientemente de si se atendieron o no en un hospital público o privado.**

En las descripciones de estas veinte mujeres, los médicos varones fueron los que ejercieron mayor violencia, esto fue contrario a lo que Valdez et. al (2013) encontraron en su investigación, señalando que las personas que ejercieron mayormente la violencia fueron las médicas, seguidas de las enfermeras, y en menor medida nombraron los médicos hombres.

a) Violencia obstétrica psicológica y formas elementales de abuso

En este apartado retomaré algunas formas de violencia psicológica y formas elementales de abuso, basada en la definición de Medina (2009) y Castro y Erviti (2003). En particular me pude dar cuenta de que la violencia psicológica y abuso que sufrieron las mujeres de Teopancingo se **expresó en un trato deshumanizado y grosero; regaños, burlas e ironías, y arrebató del consentimiento.** Es necesario clarificar que estas mujeres sufrieron uno o más tipos de violencia durante su experiencia de parir.

Con respecto al trato deshumanizado y grosero, este se expresó en la falta de privacidad; algunas mujeres se sintieron expuestas al tener las piernas abiertas y darse cuenta de cómo pasaba el personal de salud y las miraba. Pude catalogar además como un trato deshumanizado el hecho de no permitirles tener alguna compañía a su lado durante el parto; en el caso de las mujeres que parieron en un hospital público esto fue una regla sin excepción. Asimismo, el que el personal de salud ignorara su dolor como una estrategia de coerción y que no les permitieran ver de inmediato a sus hijos, aun sin existir impedimento para ello.

Otra práctica evidente fue el negarles algún objeto de necesidad primaria como un cómodo, cobijas o alguna bandeja para vomitar. El amarrarles las manos con mucha fuerza durante la cesárea fue otra forma de violencia, y, por último, y retomando el caso de Sonia, el aventarle agua en la cara para que no se quedara dormida. Esta práctica se podría catalogar también como una agresión física.

A: ¿Sentiste que se burlaron de ti en algún momento?

S: Bueno es que yo que me echaran agua así en la cara yo sí lo tomé como burla

A: ¿Por qué te echaron agua en la cara?

S: Porque me estaba durmiendo, desmayando

A: ¿Y con qué te echaron agua?

S: Así con una bandejita

A: Para ti pues sí es una burla

S: Pues sí

A: ¿Qué hiciste al respecto, reclamaste algo?

S: No, no ósea, yo le di gracias a Dios que por lo menos mi hija salió bien y ya (Sonia).

Otra modalidad de violencia psicológica, fueron los regaños, burlas e ironías por parte del personal de salud, y sin duda fue la violencia que más presencia tuvo en los relatos. Esta se expresó en regaños por diversos motivos: quejarse del dolor, no saber amamantar, haberse embarazado con mucha proximidad con respecto al embarazo anterior, tener miedo, no haber planeado a su hijo, vomitar y hacerse del baño, y por asistir al hospital con padecimientos “menores como un dolor de cabeza”. Los regaños siempre estuvieron acompañados de un discurso burlón e irónico y en algunos casos se volvieron amenazas en contra de ellas, por ejemplo, “picarlas más si no se tranquilizaban” o no “darlas de alta si no se bañaban con agua fría”.

S: Ajá, me pasaban y que me tomaban la presión, bueno allí tanto tanto así que malos, no, fue en el hospital, porque en el hospital estaba yo nerviosa de mi niña y cuando te ponen acá la ésta ¿cómo se llama?

A: ¿Suero?

S: Ajá, el suero, este, no se veía mi vena porque yo creo que de que estaba yo espantada, me picaron y me picaron y no la encontraban porque, y ya me estaban regañando que yo, que ya me tranquilizara porque si no me iban a seguir picando, y allí siguieron pique y pique mi brazo hasta que dio (Sarahí).

Las burlas se hicieron presentes además en el caso de Sarahí por “comportarse como una adolescente”, aun siendo adolescente, por cierto, y por no aguantar el dolor. Las ironías y comentarios prejuiciosos estuvieron presentes en los relatos de Lupita, Elena y Sofi. A Lupita le exigieron ponerse un método anticonceptivo haciendo énfasis en el hecho de que “era madre soltera e iba a estar con los hombres”, y a Elena y Sofi por haber asistido a un consultorio particular durante el embarazo y querer parir en un hospital público, sobre esa acción, el personal de salud fue irónico y les señaló “que, si tenían dinero”, mejor parieran en el ámbito de lo privado.

E: Ya nos revisó el doctor la hoja y dijo que por qué habíamos hecho eso y dijo mi esposo porque ya no aguanta ella, y entonces me revisó el doctor

A: ¿Que por qué habían hecho eso de irse?

E: De salimos del hospital

E: Dice que, si teníamos dinero para irnos con un particular, por qué no nos quedábamos desde un principio con un particular

A: ¿Tú estabas oyendo todo eso?

E: Sí

A: ¿Y qué le decía tu esposo?

E: Le dice sí, si tenemos el dinero, pero nosotros venimos aquí porque tiene el seguro y tiene derecho de venir aquí. Y ya nos pasó el doctor, como que al principio si se enojó, ya me pasó el doctor, y ya me pusieron un aparatito donde se escucha el corazón del bebé, se escucha el corazoncito del bebé y ya estuve en una camilla recostada y ya no me levanté (Elena).

La última modalidad de violencia psicológica y forma elemental de abuso tuvo que ver con el arrebato del consentimiento. Una gran parte de las mujeres me narró cómo, procedimientos como tocarlas, vendarlas, ponerles una sonda, rasurarlas, hacerles una episiotomía entre otros, fueron cuestiones de las que se dieron cuenta cuando sucedían pues no les avisaban o les pedían algún tipo de autorización, frases como “sentí que me cortaron” o “me empezaron a limpiar y rasurar” fueron muy comunes. Asimismo, el no informarles claramente sobre las razones de practicarles una cesárea fue una práctica bastante común, en algunos casos solamente el personal de salud se limitó a decirles que les practicarían una cesárea pues su hijo anterior también fue cesárea o simplemente porque “así tenía que ser”. El arrebato del consentimiento que catalogo como más evidente y grave fue la esterilización forzada que se le realizó a Soledad y a María.

S: Él me dijo

A: Ajá

S: Que porque era muy peligroso que me dejara así

A: ¿Y qué le dijiste tú?

S: Que a mí no me gustaría, que, porque no me gustaría estar operada, y dijo no es que en un descuido te puedes volver a embarazar y no la libras, dice ya sería mi responsabilidad, dice es que yo prometí salvar a personas y ya después ya no hablamos más de eso hasta que salió, o que acabó la operación me dijo que ya me había operado.

A: O sea ya ni te preguntó

S: No

A: ¿Y cómo te sentiste?

S: Feliz de que yo tenía a mi hija

A: ¿Ya no te importó que estuvieras operada?

S: Ya no me importó nada (Soledad).

A: Entonces ¿qué le dijiste? Cuando te dijeron ya se tiene que operar porque tiene tres cesáreas

M: Yo no dije nada, sacaron la orden y se la dieron a mi esposo

A: ¿Y qué dijo tu esposo? ¿Por qué no dijiste nada?

M: Pues es que dijeron que, cómo le digo, que si no me operaban ya ahorita en la tercera que ya era más riesgo el otro bebé que tuviera ya había más riesgos y por eso decidió igual mi esposo que ya me tenía que operar (María).

En el primer caso Soledad fue operada para no tener más hijos sin el consentimiento de ella y de ningún familiar y bajo la justificación de que el doctor tomó la mejor decisión para salvaguardar su salud, y en el caso de María su esposo tomó directamente la decisión por recomendación del médico.

Cuando Castro y Erviti (2003) definen a las formas elementales de abuso recalcan que estas son casi imperceptibles y muchas veces son naturalizadas por las mujeres y por el personal de salud, y en efecto, como se refleja en los testimonios de María y Soledad, el arrebató del consentimiento en una decisión tan importante como su reproducción no fue identificada como algo que cupiera en los aspectos negativos, por el contrario, se diluyó, pues le atribuyeron al doctor la capacidad de decidir sobre sus cuerpos gracias a que ellos “saben lo que hacen”. Sobre las formas elementales de abuso y violencia psicológica la única modalidad reconocida realmente por las mujeres fueron los regaños y las burlas.

b) Discriminación sociocultural

La discriminación sociocultural es una de las formas de violencia obstétrica que establecí para mi análisis, al respecto vale la pena retomar la definición del marco teórico. “Sociocultural discrimination based on socioeconomic position, cultural insensitivity, and lack of intercultural care” (Castro y Savage, 2018, p.126).

La discriminación sociocultural tiene que ver entonces con una distinción en el trato o acceso a los servicios y recursos que se genera debido a una diferencia socioeconómica o cultural, en el caso de las mujeres que entrevisté la discriminación sociocultural se reflejó en dos momentos, cuando el personal de salud las regañó, criticó o les insinuó que habían usado “algún remedio” durante el embarazo e inicio del parto, y al hacer referencia al tono de la piel de sus hijos.

Sobre la primera práctica de discriminación sociocultural fue en los testimonios de Alicia y Adriana en donde las mujeres fueron cuestionadas con respecto a si tomaron o no “algo para acelerar su parto y los latidos de su bebé”. En el caso de Alicia y otras mujeres, ellas durante su trabajo de parto tomaron tés para acelerarlo, empero frente al personal de salud lo negaron pues tenían muy claro que en los hospitales se prohíbe e incluso lo asociaron con ir a la cárcel en caso de que resultara perjudicial para la salud de sus hijos, sin embargo, Adriana no tomó nada para acelerar el parto y fue cuestionada, como se denota en su testimonio. Adriana es la única mujer que habla y entiende el náhuatl dentro de mi universo de estudio.

A: Te preguntaron en algún momento antes desde la primera clínica, oiga señora usted se cuidó con partera uso tés ¿te preguntaron si habías usado algo así?

AD: Sí

A: A ver cuéntame cómo estuvo eso

AD: Pues me preguntaron que si me había tomado algo para el corazón del bebé se hubiera bajado y les dije que no

A: Me interesa eso. A ver llegaste en la primera clínica también fue donde te preguntaron eso

AD: No, allí no

A: Ya en el que pariste, allí cómo te dijeron eso ¿cuéntame?

AD: Que si me había tomado yo algo porque cuando había ido por primera vez a revisarme no estaba así el corazoncito, y ya después cuando ya me iba yo aliviar me dijeron que, que me había yo tomado que por qué el corazón del bebé ya

A: ¿Y qué les dijiste?

AD: Pues les dije que no, que yo no había hecho nada

A: ¿Y cómo te sentiste que te dijeran que qué te habías tomado?

AD: Pues me sentí un poquito mal, porque no me había tomado nada (Adriana).

Dentro de mi investigación el color de la piel fue algo que sobresalió y al que el personal de salud asignó valores diferentes, uno mayor a las mujeres que parieron hijos de piel blanca y uno menor a las que tuvieron hijos morenos. Algunas mujeres como Mariana, Samara, Sarahí y Blanca hicieron énfasis en el hecho de que su hijo tuvo una tez rubia, y Ana, por el contrario, recalcó el hecho de que su hijo nació más morenito que los demás. Aunque no hubo un juicio doloso o explícito al respecto, fue muy notorio que en estas mujeres el color de la piel significó una diferencia.

A1: Dije tuve un bebé, como tengo unos hermanos morenitos, mi esposo es bien güero, pero tengo dos hermanos morenitos

A: Todos tus hijos son güeros

A1: Bien güeros, pero tengo dos hermanos morenitos y luego mis cuñadas me hacía burla que iba yo a tener un niño moreno y le decían a mi hija, vas a tener un hermanito moreno, y decían, no, un moreno no quiero y me dio risa y dije, tuve un niño bien morenito (Ana).

El personal de salud también hizo énfasis en ocasiones en el color de la piel de los hijos de mis entrevistadas, destacando como bonitos a los de tez blanca, el racismo se hizo presente de manera muy notoria en el caso de Sarahí en donde el médico y las enfermeras no le entregaron a su hijo de inmediato pues “se lo estaban pasando en brazos. El médico hizo una broma con respecto a su hijo y le pidió que se lo regalara. Aún más notorio resultó el hecho de que le mencionaran que su hijo no debía dedicarse al campo y tendría que estudiar, por ser rubio, demostrando así la idea que este médico tiene con respecto a los campesinos como personas con menor valor (comparado a los que estudian) y de paso morenos.

A: ¿No fue como la niña?

S: No, la niña me dejó que le diera un beso, pero a mi niño no, porque luego luego me dijeron que era güero, que no lo tenía que poner yo a trabajar en el campo, que él tenía que estudiar

A: ¿Por ser güero?

S: Ajá que ya lo había visto su papá, y yo pensé, pues ya lo miró

A: Entonces lo tenía todo el mundo, lo pasearon, menos tú

S: Ajá, sí, de hecho ni su papá lo cargó, pero igual el doctor era un alto, güero y decían que mejor se lo diera yo y no sé qué tanto me decían y ya lo cargó otro señor

A: ¿En son como de broma?

S: Sí, de broma

A: ¿Tú no lo sentías como que te lo estaban diciendo enserio, agrediendo?

S: No, era broma, que no lo pusiera a trabajar en el campo, que tenía que estudiar para ser alguien y sí, de él, ya hasta el último, yo fui la última que me lo dieron

A: ¿Cómo cuánto se tardaron de que nació a dártelo?

S: Como media hora, en lo que lo vestían y anduvieron paseando por allá, estaba un señor afuera y salieron a traer su ropita porque todavía no daba su papá su ropita y lo cargó otro señor, en lo que lo cambiaron

A: Anduvo en brazos

S: Ajá, anduvo en brazos de todo mundo (risas) (Sarahí).

La discriminación sociocultural no fue identificada por las mujeres como algo violento. Mis hallazgos de entre estas mujeres campesinas, coincidieron en parte con algunos autores como (GIRE, 2015; Bautista y López 2017; Gutierrez 2016; Silva 2013, CNDH 2017; Sesia 2017) quienes han documentado que la violencia obstétrica que sufren las mujeres indígenas se expresa en prácticas como la esterilización forzada después del parto, la separación prematura de sus hijos, la prohibición del uso y trato de los residuos placentarios acorde a sus cosmovisiones, el sometimiento a procedimientos forzosos como la episiotomía y el uso de anticonceptivos, el maltrato verbal, y la discriminación debido a su condición étnica.

c) **Violencia obstétrica física**

A pesar de que en esta investigación acoté que solo observaría tres modalidades de violencia obstétrica: violencia psicológica, formas elementales de abuso y discriminación sociocultural, en los relatos se hizo presente la violencia física que según Medina (2009), citado en Sesia (2017), contempla procedimientos invasivos, suministro de medicamentos no justificados y aceleración del parto. Asimismo, la violencia física se relaciona con prácticas de hipermedicalización que en muchas ocasiones no son necesarias ni recomendadas, aceleran los procesos del parto y pueden tener consecuencias negativas para la salud de las mujeres.

Entre las prácticas de violencia obstétrica física que observé destacaron el llevar a cabo tactos repetitivos realizados por diferentes personas, episiotomías y cesáreas de rutina, no aplicar anestesia para limpieza de cavidades y legrados, esterilizar a las mujeres sin su consentimiento, acelerar el parto, y tener dentro del personal de salud a médicos que atienden en estado de ebriedad. Sin embargo, una de las limitantes para enunciar estas prácticas es que al no estar presente en el momento del parto y basarme únicamente en lo que me dijeron las mujeres, no podría asegurar por ejemplo que las episiotomías hubieran sido innecesarias y otras cuestiones que evidencian una mirada necesaria sobre la dinámica relacional entre médicos y mujeres atendidas.

F: No, sí, pasó todo el día, pasa todo el día, y ya en la tarde me empezaron a poner pastillitas por abajo para que se me adelantara, pero el niño no nacía, yo creo que me puso como tres pastillas el doctor

A: ¿De qué eran las pastillas, sabes?

F: Ay no, nomás me dijo que era para adelantar el parto, para que ya me diera el dolor que para que me diera, la verdad sí me dijo el nombre, pero pues se me olvidó

A: Pero te dijo, te voy a poner

F: Sí, para que se adelantara, pero mi niño no nacía, haga de cuenta que me las ponía y nada más en el momento me daban los dolores, pero no para nacer y ya como a las once me dice que no nacía el niño y que

A: ¿Las once de la noche?

F: Ajá

A: Que si en media hora, me puso, me dijo, te voy a poner otra pastilla, pero más fuerte y me dijo, si no nace en media hora, te vamos a tener que hacer cesárea y yo la verdad le tengo pánico a las cesáreas

F: ¿Por qué?

F: Porque veo que mis cuñadas sufren mucho y llegan y apenas si se pueden levantar y dicen que les duele muchísimo y dije pues ya ni modo, y es que me dijo, pues es que su bebé ya tiene que nacer pero yo pienso que a lo mejor a mi bebé le faltaba tiempo porque le digo de mi niño ya nació de volada y me puso la medicina, bueno, la inyección, bueno la pastilla y me puso a caminar (Francisca).

Asimismo, identifiqué dentro de los relatos cuestiones estructurales del sistema, como las llaman Centenaro, et.al (2015), que tuvieron que ver con el hecho de que el Hospital General de Huauchinango normalmente no tuvo disponible agua caliente, sus baños no servían con regularidad y no había camas disponibles.

Es menester comentar el caso de María pues en su cesárea, el Hospital General no contaba con anestesiólogo, por lo que tuvo que pagar la cantidad de dos mil pesos. Algunas otras mujeres también mencionaron que no les surtían los medicamentos “y tenían que salir a comprarlos”.

A: ¿Y por qué se tenía que pagar si era público?

M: Éste, pues era como un requisito

A: ¿Tuvieron que pagar?

M: No, solo lo del anestesiólogo

A: ¿No hubo anestesiólogo?

M: No, no había anestesiólogo

A: Ah, me acuerdo de que dijiste que también por eso no te había gustado, a ver cuéntame esa parte

M: No pues llegamos y no había anestesiólogo y me dijeron que se tenía que pagar

A: ¿Y cuánto fue de eso?

M: Dos mil pesos

A: ¿Y llevaban para eso?

M: no (María).

Para cerrar este apartado me gustaría mencionar que, en concordancia con la literatura nacional e internacional revisada, hubo aspectos dentro de mi investigación que propiciaron que la violencia obstétrica existiera y que no siempre fuera reconocida por las mujeres. El primer aspecto sin duda tuvo que ver con el ámbito de lo institucional, es decir con la forma en la que se manejó el Hospital General de Huauchinango, sus reglas, sus mecanismos de atención y también su capacidad; es un hospital saturado que nunca se da a basto. El segundo aspecto se relacionó con el modelo tecnológico que existe en la biomedicina en donde los cuerpos de estas mujeres fueron hipermedicalizados “porque así se tuvo que hacer”. Asimismo, la manera en la que algunos de los médicos varones, sobre todo, vieron a las mujeres fue desde una mirada vertical, de poder, patriarcal y que las infantilizó.

Otro aspecto que influyó en la prevalencia de la violencia obstétrica fue que mis entrevistadas desconocían sus derechos sexuales y reproductivos y el funcionamiento de su cuerpo, sin embargo lo más notable fue que aunque hubo resistencias y estas colocaron a unas mujeres de Teopancingo no pasivas; estas resistencias se mezclaron también con la naturalización de un deber-ser por parte de ellas que implicó la sumisión y algunos otros motes que sin duda se pueden leer desde la categoría de género y de clase pues aunque las mujeres reconocieran lo que no querían y desearan parir con respeto y buen trato, simplemente la mayoría no lo pudo hacer pues la única opción disponible y al alcance fue el ámbito público de salud. En el siguiente y último apartado cerraré hablando sobre los significados que las mujeres me expresaron sobre sí mismas y algunos de sus roles dentro de la comunidad.

6.5 Resistencias y agencias

La antropología de la experiencia trajo consigo la oportunidad de estudiar la vida social mediante conceptos como los que señala Díaz Cruz (1997), agencia, agente, persona, individuo, performance, vislumbrándose así la experiencia de un sujeto que es activo.

La agencia puede entenderse según este autor como una capacidad que poseen los individuos para actuar independientemente y tomar decisiones propias de modo libre. Para Sherry Ortner, antropóloga cultural, la agencia se puede entender como “la habilidad de un individuo de cambiar activamente las condiciones estructurales” (Ortner, 1984, p. 126).

Estas definiciones coinciden con el hecho de otorgarle al individuo un poder de toma de decisión en forma individual pero también social. Para Turner (1969) la agencia es un conjunto de individuos que actúan juntos y a través de esto, fortalecen vínculos en la sociedad. (Turner, 1969, p. 96).

Este concepto me fue útil para entender que las mujeres que entrevisté no fueron sujetas pasivas ante lo que no les agradó durante su atención, por el contrario, actuaron y respondieron ante ello. Además, la agencia como esta capacidad de decidir sobre ellas mismas, se hizo presente en sus relatos sobre las decisiones que tomaron sobre su propio cuerpo, en la ironía y reclamos como forma de respuesta ante las situaciones que no les gustaron durante la atención, y por último en algo que denominé como desobediencia, una forma de resistencia que fue contra “el hecho de hacer lo que les pidieron”, y por último en las explicaciones o relatos que ellas mismas elaboraron para explicarse el trato recibido. Mis hallazgos coincidieron con los de Marques y Pires (2010) quienes entre otras cosas señalaron que la violencia institucional en las maternidades públicas no ocurre sin conflicto y resistencia por parte de las pacientes.

6.5.1 Uso de anticonceptivos

Aunque algunas mujeres delegaron decisiones reproductivas a sus esposos, por ejemplo, en el caso de Alicia quien no se atendió con partera pues a su esposo no le generó confianza, o Sarahí quien fue al hospital porque su esposo le recomendó que la revisaran, después de no tener atención prenatal en su último embarazo, sí tomaron decisiones con respecto a su cuerpo, y éstas se relacionaron directamente con la planificación familiar.

Sarahí al platicar con su esposo decidió no utilizar ningún método anticonceptivo después de su primer embarazo pues no quería tener efectos secundarios, sin embargo, después de su segundo hijo, tomó la decisión de operarse pues “con dos, niña y niño, ya era más que suficiente”.

S: Y me dijeron con qué cosas me podía cuidar y les dije que con el implante

A: ¿Y te lo pusieron?

S: No, porque iba yo a ir a ponérmelo y estuvimos platicando yo y mi esposo y me dijo que mejor no porque a una de sus primas, este, se lo pusieron y se le infectó

A: ¿El implante que va en el brazo?

S: Y que le empezaron a nacer muchas ronchitas y este, que siempre andaba con dolores de estómago, con dolores de cabeza y que nomás de que le pusieron el implante (Sarahí).

En el caso de Adriana, Elena, Alicia, Amalia, Ana, Sofi, Sonia y Teresa, si bien en el hospital les preguntaron y ofrecieron algún método anticonceptivo, ellas decidieron utilizarlo pues o no querían más hijos, o pensaban espaciar sus próximos embarazos.

AD: Que, si gustaba ponerme el implante, el del brazo. Y pues ya les dije que sí

A: ¿Y porque dijiste que sí?

AD: Pues porque quise cuidarme todavía para no tener otro bebé (Adriana).

Otra situación común y por la cual estas mujeres vieron positiva la decisión de tener una cesárea fue “porque la aprovecharon” para operarse y ya no tener más hijos, esos fueron los casos de Denisse, Dianelly, Mariana, Blanca, Natalia y Sofía.

A: ¿Cómo estuvo lo de la operación, les dijo antes?

M: Sí, les dije antes, que quería cesárea para que ahí naciera mi bebé y aprovecharan para hacerme la operación para ya no tener hijos

A: ¿Y qué le dijeron que sí?

M: Que sí, que perfecto (Mariana).

Por último, Francisca y Samara decidieron no utilizar ningún anticonceptivo por miedo a los efectos secundarios. Ellas mencionaron que actualmente “las cuida su esposo” que en el caso de Francisca significa que su esposo utiliza preservativo y en el de Samara que practica el coito interrumpido. Todos estos relatos reflejaron la capacidad de las mujeres de decidir sobre su reproducción, a pesar de que sus parejas no estaban totalmente de acuerdo. El caso de María y Soledad fue distinto pues fueron esterilizadas sin su consentimiento lo cual no solo es un acto de violencia obstétrica, sino un delito tipificado en el Código Penal Federal de México.

6.6.2 Ironías y reclamos

Hubo algunos aspectos sobre la atención que las mujeres no percibieron como positivos, si bien en el caso de algunas de ellas su respuesta fue callar o ser obedientes como se puede ver en el testimonio de Lupita:

A: ¿alguna vez te sentiste humillada durante el parto?

L: No

A: Me contaste que te decían algo a pesar de que tú no llorabas ni nada te decía pues que mejor cooperar así todo va a estar bien no y ¿te dijeron algo otra cosa con respecto a tu comportamiento durante tu parto?

L: No, me dijeron gracias por no rezongarles y ahora si obedecerles lo que me dijeron

A: ¿Quién te dijo eso?

L: El doctor cuando ya terminé de aliviarme me limpió todo y me dijo pues muchas gracias porque no rezongaste

A: ¿Y qué sentiste cuando te dijo eso el doctor?

L: no pues yo hice las cosas bien no (Lupita).

Otras utilizaron dos herramientas o armas para evidenciar la atención que no les gustó, el sarcasmo y el reclamo. Esto sucedió normalmente cuando las mujeres sintieron mucho dolor “y ya no aguantaban” y tenían que reclamar y hasta subir la voz, también cuando sentían que estaban en peligro ellas y sus hijos, y cuando la espera de atención resultó demasiado larga.

Las ironías se presentaron cuando las mujeres sintieron que no les hacían caso, entonces optaron por ser sarcásticas o burlarse del personal de salud, sin que estos necesariamente lo notaran. Cuando las mujeres recibieron algún comentario que no les gustó, también reaccionaron siendo irónicas.

A: ¿Por qué?

S: Porque la clínica de acá arriba iba yo y no había doctor, este la doctora nada más me pedía este...a lo mejor lo normal ¿no? Tráeme estudios de embarazo, ya tenía yo una panzota y me seguía pidiendo de embarazo, porque el primero no me lo hice. Yo llegué y le dije, este doctora estoy embarazada y dijo no, necesito ver unos estudios que consten que estás embarazada

A: Y tú ya tenías una panzota y te seguía pidiendo estudios de que estabas...

S: Sí, entonces este, casi siempre me acompañó mi esposo, dijo, no no le hagas caso a la doctora dice, está viendo tu panzota y dice que no estás embarazada, entonces me llevó con un particular, pero... (Soledad).

A: ¿En algún momento te dijeron algo sobre tu comportamiento? Pues sí, esto que decías que ya no te ¿cómo dices que te decían que te comportaras?

S: Que ya me tenía que comportar como una señora, que mis comportamientos eran como de una adolescente (risas)

A: ¿Y qué les decías?

S: Les decía yo que ajá, pero nada más les daba yo el avión

A: *¿Y qué pensabas por dentro?*

S: *Que estaban locas (Sarahí).*

6.6.3 Desobediencia, auto explicaciones sobre el trato recibido

En los relatos de las mujeres hubo respuestas que tuvieron que ver con las burlas, ironías y sarcasmos, pero también existieron mujeres cuya agencia fue muy evidente y que bien podría ser denominada como desobediencia pues ignoraron todas las instrucciones del personal de salud y actuaron. En este sentido encuentro el relato de Alicia quien al sentir que ya estaba coronando, a pesar “de que le dijeron que todavía le faltaba”, ejerció físicamente la resistencia colocando la mano del doctor entre sus piernas para que este se diera cuenta de que el bebé ya venía en camino.

A1: Sí pues llegamos temprano al hospital, todavía en lo que fuimos al centro, me hicieron el ultrasonido, ajá sí, pero ellos me dijeron que a las 10:30 era mi revisión, entonces yo me acuerdo que eran 9:30, y yo estaba yo en los pasillos, cuando yo entro y les dije, es que a cada rato cambiaban al doctor que a mí me atendía, cuando yo entré y les dije el bebé ya viene en camino, y me decían no señora, usted tiene revisión hasta las 10:30, aguántese dice, todavía no es hora y yo les dije, no les digo, es que yo ya siento como que ya me voy a aliviar, dice es que así dicen pero no se alivian, usted nada más siente los dolores

A: *Nada más siente*

A1: Y yo me acuerdo de que ese día, (risas), me da hasta risa, agarré al doctor, le agarré su mano y me la puse así entre mis piernas

A: *Ay no es cierto*

A1: Mire le digo, la cabeza del bebé se espantó

A: *No me imagino la escena*

A1: Se espantó, porque él llegó de frente y me agarró la panza, y me dijo, no señora espérese todavía le falta muchísimo tiempo y yo así le agarré la mano y le digo, mire le digo es la cabeza del bebé, me acuerdo de que llevaba yo, un mallón, llevaba yo un mallón pegado

A: *Y se sentía...*

A1: Sí, porque se sentía la bola. Pus ya me dice él, le dice el doctor a la... se voltea el doctor y le dice a las enfermeras con las que estaba, esta señora ya se va aliviar este bebé ya coronó, y me acuerdo que en ese momento me quitaron la ropa, así rapidísimo, me sentaron en una silla de ruedas antes de llegar pasé como por dos pasillos y antes de llegar donde las llevan para aliviarse normales nace mi bebé en una silla de ruedas, yo me acuerdo que así íbamos llegando, íbamos entrando, y me decía, aguántese señora, aguántese, cuál aguántese, ya no le digo y me acuerdo que así pujé muy fuerte y sentí un alivio, y pues ya mi bebé estaba a punto de caerse al piso.

A: *¿Y luego?*

A1: Lo alcanzó a agarrar el doctor, lo agarró, recuerdo que lo agarró, entre dos me subieron a la camilla y ya nos empezaron a limpiar y todo (Alicia).

Esta desobediencia la pude encontrar también en el caso de Elena quien al sentir mucho dolor y enfrentarse con el común “todavía le falta”, abandonó el albergue para las mujeres del hospital y fue a pedir lo que ella describió como un “pase” para volver al hospital y “que le hicieran” caso, y lo logró. La resistencia también estuvo presente en Lupita al negarse a colocarse algún método anticonceptivo ante la coerción de las enfermeras, y en Samara y Alicia, quienes “sabían que no estaba permitido” pero aun así se tomaron un té que les dio su suegra para acelerar los dolores del parto y cuando los médicos les preguntaron al respecto, ellas lo negaron.

Me gustaría mencionar que algunos autores como Meneses, et.al (2008) y Restrepo, Rodríguez y Torres (2016) en sus investigaciones han descrito cómo las mujeres resistieron ante la violencia de forma física, es decir a través de reacciones corporales como cambiarse de posición, caminar, a pesar de que el personal de salud se los había prohibido, o bien, impedir con sus manos, por ejemplo, la realización de tactos vaginales; o verbal, la cual consistió en reclamos, ironías, palabras y gestos de inconformidad que las mujeres mostraron al personal de salud; coincidiendo así con algunos de los hallazgos de esta investigación.

Sobre los aspectos negativos de la atención, las mujeres formularon algunas explicaciones del porqué esos existieron. La primera se relacionó con el hecho de pensar que el personal de salud está saturado y cansado, la segunda con relacionar al personal de salud, sobre todo a los médicos varones como personas desinteresadas, frustradas, crueles y malas a las que no les importa su profesión y no tienen pasión por lo que hacen, y la tercera a que no saben lo que hacen. Algunas mujeres como Elena y Adriana sugirieron que los médicos que no hacen bien su trabajo deberían obtener una sanción, ya sea un descuento de su nómina o sacarlos de la profesión.

A: Ok, en ese momento que me dices que no fuiste bien tratada, que fue básicamente con la enfermera, que no te hacían mucho caso ¿a qué crees que se debe esto?

B: Pues yo siento que a veces ha de ser que igual ellas ya se encuentran un poco estresadas, cansadas y pues en sí no saben cómo sacar su frustramiento que tienen de estar allí, no, y ya, en lo primero que pueden pues ya (Blanca).

La revisión de la literatura arrojó sus propias conclusiones por las cuales continúan existiendo prácticas violentas durante la atención del pp. Entre ellas se encontraron: 1) la condición

de desventaja social, 2) la naturalización de un deber-ser por parte de las mujeres que bien puede ser leído como violencia simbólica, 3) la falta de información sobre derechos sexuales y reproductivos, 4) el hecho de que las mujeres lleven su control de embarazo en el primer nivel de atención hospitalaria, pero tengan que parir en el segundo nivel de atención hospitalaria, 5) el racismo, 6) la mirada tradicional de género y la organización del modelo hegemónico de salud y 7) mecanismos de tipo institucionales que no permiten que las mujeres denuncien cualquier tipo de violencia.

6.6 Acashanarse, puerperio inmediato

En los testimonios de las entrevistadas al hablar de su puerperio inmediato o cuarentena existió un término que contiene en sí varios significados, acashanarse. Acashanarse se puede equiparar a enfermarse o dañarse y sucede cuando las mujeres no tienen cuidados ni reposo en la cuarentena “Si no te cuidas te puedes acashanar”. Los síntomas del acashane pueden ser uñas quebradizas, caída de cabello, dolores de huesos y debilidad, principalmente. El término fue usado también para explicar que durante la cuarentena no se puede tener ningún contacto sexual pues eso también puede dañar y te puede acashanar. El acashane no es una enfermedad que no se pueda curar, sin embargo, ellas mencionaron que en caso de enfermarse se debe buscar una cura.

S: Porque acá le llaman que te acashanas

A: ¿Qué es acashanarse?

S: Después, bueno no sé, dice mi suegra que una señora este, en la cuarentena se puso a pelar...

S: No sé, dice mi suegra que ella se puso en la cuarentena a pelar ajos, al parecer o no sé qué peló, y que ella tiempo después se le cayeron las uñas y pues ya...

A: Se puso a pelar

S: Y ya con el tiempo dice que ahorita sus uñas, sus manos las tiene muy feas, que no tiene uñas, se le cayeron las uñas, y con el agua fría pues que después de duelen las manos

A: ¿Eso es como acashanarte?

S: Ajá, de eso, de que no debes... tienes que andar con el gorro y tapada de ...

A: ¿Y así te tenían? Por eso dices que esclavizada

S: Sí, tapada toda, no salir, la luz por... este, el frío igual no porque supuestamente te... los huesos, eso es acashanar, de cosas, si te pones a hacer tu quehacer al ratito no sé qué pasa

A: ¿Algo pasa?Ok

S: Y luego hay otro acashan que es cuando estás con tu esposo antes de los cuarenta días

A: ¿Y qué pasa ahí?

S: Pues supuestamente son dolores muy feos, y cosas

A: ¿Y te quedan para toda la vida?

S: Este...pues si no encuentras a alguien que te sepa curar, creo que sí (Sofi)

Alarcón, Ana y Yolanda Nahuelcheo, 2008; Drake, 2014 en comunidades diferentes a Teopancingo coinciden en que cada entorno tiene un sistema de cuidados diferentes durante el embarazo, parto y puerperio, el cual puede variar en cuanto a pautas de alimentación, cuidados y restricciones. En Teopancingo a pesar de que las mujeres refirieron que durante el puerperio los cuidados ya no son tan estrictos como los que tuvieron sus madres y sus abuelas, cuestiones como la alimentación y los baños de hierbas permanecen como pautas culturales de cuidado intactas.

6.7.1 Lactancia

En el puerperio inmediato hubo dos cuestiones que sobresalieron en los testimonios, la primera el cómo vivieron la lactancia, y la segunda, los cuidados que siguieron durante la cuarentena.

Adriana, Elena, María, Mariana, Alicia, Amalia, Francisca y Teresa vivieron el inicio de la lactancia como algo muy sencillo. Es decir, al poco tiempo de parir, y aun estando en el hospital, pudieron amamantar a su recién nacido sin ningún contratiempo; sin embargo, en algunos casos el inicio de la lactancia fue difícil pues ellas manifestaron “que no les bajaba la leche” y que esto acarrió que su bebé estuviera muy chillón el hospital “ y no se llenara”, y que ellas se sintieran desesperadas. Ante esta situación, el personal de salud tomó dos actitudes distintas, la primera ofrecerle fórmula láctea a sus bebés para que pudieran comer, en algunos casos, incluso, lo hicieron como parte de la rutina del puerperio inmediato, pero en otros lo manejaron como “un favor para las madres”. La respuesta de las mujeres que recibieron la fórmula fue positiva y se sintieron agradecidas como lo demuestra el testimonio de Dianelly.

A: ¿Y la leche ya bajaba completamente?

D: Sí, ya bajaba, ya podía comer normal

A: ¿La bebé nunca tomó fórmula entonces?

D: En el hospital le dio la enfermera me parece que dos veces

A: ¿Antes de que tú le dieras?

D: No, le di yo y como estaba llorando me decía que a lo mejor no alcanzaba la que me estaba bajando, entonces con jeringa le dio como dos veces y ya después pues ya no lloró por suerte (Dianelly).

Sin embargo, en otros casos como el de Sarahí a las mujeres se les culpabilizó por el hecho de no poder amamantar, insinuando “que eran flojas, que no le echaban ganas o que simplemente no lo querían hacer”, coincidiendo con los hallazgos de Bohren, et.al (2015) en donde fueron comunes los reclamos hacia las mujeres por no poder amamantar, como se demuestra en la experiencia de Sarahí.

S: Ajá, de hecho, la primera, la segunda noche estuvo llore y llore porque por más que yo le daba, pero no se llenaba y las doctoras dijeron que fórmula no le podíamos dar pero ya después no paraba de llorar y no paraba y fueron y según ellas estuvieron allí tratándome de ayudar para ver si podía darle más leche, y no, y ya después dijeron, que no se dieran cuenta y le dieron con una jeringa de tomar leche, y ya fue así como estuvo un rato dormida

A: ¿Y por qué decías que según ellas trataban de ayudarte, por qué el según ellas? ¿No sentías que realmente te ayudaran?

S: No porque como me decían no es que debes de dar, así son todas las señoras, luego no quieren darles de comer a sus niños, ya nomás quieren pura fórmula y yo en verdad sí le quería dar, ósea sí había comprado la mamila y eso, la leche, pero yo pensaba, por si no se llenaba, este, ya con lo de la mamila, con fórmula (Sarahí).

Las mujeres que no pudieron dar de lactar inmediatamente se enfrentaron a un proceso que conllevó dolor e intentos fallidos. En algunos casos como el de Denisse, Samara y Natalia la lactancia les causó mastitis (inflamación del tejido mamario) y tuvieron que recurrir a fórmulas como apretar los senos por otra persona “hasta que brotara la leche”, “amamantar a un niño de dos años para que saliera con fuerza” y “darse masajes”, al final la lactancia resultó exitosa. Todas las mujeres entrevistadas fueron bañadas con hierbas en por lo menos una ocasión durante el puerperio y fue gracias a este baño que en muchos casos, la lactancia se logró, es decir, pudo bajar la leche (para las que tenían poca leche) y además se desinflamaron los senos. Sofi explicó cómo ella no hizo caso ni es muy adepta “a las creencias de antes”, sin embargo, reconoció que fue solo hasta que tomó los baños con hierbas que pudo dar de lactar.

S: Pues no, porque yo siempre andaba de allá para acá con él a todos lados, y este, y pues no, mi mamá me tenía ahí de que cuida al bebé, aparte cuando yo le empecé a dar pecho que yo no tenía leche, pero supuestamente yo no creía tanto en los mitos, y eso de las hierbas, pero pues no, no tenía leche y no tenía leche y dice mi mamá no, te voy a bañar con hierbas, este a

ver si así la leche , porque me dieron pulque, me dieron que agua de alfalfa para la leche, y no tenía leche, pues que me baña con las hierbas, y en las noche tenía yo unos...

A: ¿Pechos?

S: Ajá, y ya me empezó a salir leche, y le digo mamá, pero ¿por qué estoy así? Y ya que...(Sofi).

Algunas de las mujeres que entrevisté se encontraban aún en el proceso de lactancia, en el caso particular de Sofía ella me comentó que tuvo que interrumpir su lactancia pues padeció una fuerte depresión posparto que la obligó a tomar medicamentos. Asimismo, Natalia y Samara tuvieron que suspender la lactancia por instrucciones médicas pues estando, lactando volvieron a embarazarse. En el siguiente apartado y relacionado a los cuidados como los baños de hierbas, abordaré más a fondo cómo es que este grupo de mujeres de Teopancingo se cuidaron y protegieron del acashane durante la cuarentena.

6.7.2 Cuidados en la cuarentena

Ninguna de las mujeres que tuvieron una cesárea o un parto vaginal manifestaron no haber tenido reposo, lo único que varió fue el tiempo que ellas descansaron, en su mayoría fueron cuarenta o cincuenta días, pero también hubo casos en los que descansaron solo quince o treinta días. Esto dependió de dos factores, el primero el que tuvieran más hijos y todavía requirieran de sus cuidados por lo cual como narró Natalia “fue difícil descansar con los otros queriendo jugar”, y el segundo factor solo presente en Sofi y Sarahí quienes descansaron treinta y quince días respectivamente, fue no descansar más tiempo pues estaban aburridas.

A: Ok, me decías que no tuviste cuarentena

S: No

A: ¿Cuánto duró tu descanso de la niña?

S: De la niña quince días

A: ¿Y del niño?

S: Igual, quince días

A: ¿Y en esos quince días quién te apoyaba?

S: Mi mamá y mi esposo (Sarahí).

Todas las mujeres contaron con el apoyo de sus madres, suegras, cuñadas y esposos durante la cuarentena y siguieron una rutina bastante similar. En primer lugar, al salir del hospital lo tenían que hacer bien tapadas y con un gorro en la cabeza para evitar “entuetos y acashanes”. La explicación sobre taparse la cabeza tuvo que ver con el hecho de no “agarrar un aire pues sales tiernita y calentita”.

Si tuvieron un parto vaginal, al salir del hospital y llegar a su casa les daban el primero de tres baños de hierbas (solo en el caso de Lupita fueron seis). Después de terminar ese baño que describieron como “rico pero que quemaba”, tomaban un último con piedras calientes, pero “con agua limpia”, es decir sin hierbas. A este baño se le conoce como el último baño limpio o para quitarse las hierbas. A la par se le aseaba con hierbas al recién nacido, pero “no tan calientes” y después se le bañaba normalmente con agua limpia.

En el caso de las mujeres que tuvieron cesárea, la mayoría también siguió la rutina de tres baños, sin embargo, Mariana mencionó que debido a la cesárea se bañó con hierbas después de un mes, sin embargo, este caso fue la excepción y no la regla. Con respecto a la dieta todas las mujeres menos Sarahí, Teresa y Mariana comieron tostadas, caldo de gallina de rancho, atoles, gelatina y té. Sarahí comió otro tipo de cosas pues “no le gusta la gallina de rancho”. Mariana “solamente aguantó por ocho días comer lo mismo”, y la economía de Teresa no le permitió seguir la dieta recomendada y tradicional, así que solo pudo comer sopa, tortilla y papas.

T: ¿Yo, ¿qué hacía?, pues yo estaba acostada

A: ¿Y, ¿qué comías?

T: Pues como la crisis está muy dura, así mucha falta de dinero nomas así, lo más sencillo sopa, caldito de frijoles, papas (Teresa).

En el puerperio además del reposo, los baños y la dieta tradicional, fueron las tradiciones y memorias transmitidas entre generaciones las que se llevaron a cabo para cuidarse o no enfermarse. Entre las más comunes se encontraron, no agarrar el agua fría, no salir al aire frío, no moverse mucho ni cargar cosas pesadas para “que se cerraran bien los huesos”, no ver la televisión ni el celular, no mojarse ni coser a mano. Asimismo, algunas de ellas guardaron “el ombligo” de sus recién nacidos para curarlos del mal de ojo (enfermedad que se contrae cuando ven mal a un niño o lo ven mucho y como resultado tiene mucho llanto). Cuando “les da el mal de ojo” lo que tienen que hacer es sacar el ombligo y pasarlo por toda su cara.

En algunos casos el ombligo se enterró en una planta. Cuando intenté averiguar el significado de enterrar el ombligo en una planta las mujeres me dijeron “que así se acostumbraba” pero no relacionaron nada más con esto. A pesar de que como bien menciona Giménez (2006) la etnicidad es una etiqueta clasificatoria y:

“Ya no puede concebirse como un conjunto intemporal e inmutable de “rasgos culturales” transmitidos de generación en generación en la historia del grupo, sino como el resultado de acciones y reacciones entre los grupos dentro de un contexto más amplio de organización social que no deja de evolucionar. (Giménez, 2006, p.135).

Me interesó saber si el entierro de los ombligos tenía alguna relación con lo nahua, pues a pesar de que la mayoría de las mujeres no se concibió como indígena nahua y las pocas que lo hicieron lo asociaron con el hecho ser de rancho, analfabetas, pobres y campesinas, quise indagar si esta práctica era común en otros entornos.

León Vega (2017) al respecto apuntala que entre los nahuas del pueblo de Xoxotla, el ombligo se entierra pues esto representa un punto de fuerza y equilibrio vital para las personas. Korn (2012) señala que:

Después de dar a luz, las mujeres indígenas rurales del occidente de México entierran tradicionalmente el cordón umbilical debajo de un árbol en la tierra. Este ritual simboliza el plantar raíces en la tierra para su hijo y en la comunidad y, de esta manera, reafirma las conexiones culturales del niño. Esta conexión hereditaria entre la gente y la tierra es la que demuestra la esencia de la cultura humana. Es fácil ver esta relación en la palabra misma. La cultura (cult que significa culto y ure que significa tierra) vincula la tierra y sus beneficios vitales con la salud y bienestar de la familia, y refuerza las actividades cotidianas y los ritmos de la naturaleza en la vida de las mujeres.

Con respecto al apartado anterior y sin afán de esencializar las prácticas de cuidado durante la cuarentena en Teopancingo, es muy probable que el entierro del ombligo resulte una característica de su pasado y presente nahua. En los siguientes apartados reflexionaré sobre las violencias durante la atención del parto que recibieron las mujeres en su atención hospitalaria y sobre los significados de género que atravesaron todos los relatos.

6.9 Socialización primaria: género y maternidad

Para comenzar este apartado es necesario recordar que la socialización primaria se refiere al proceso en el cual las personas adquieren los significados comunes a su entorno, que se convertirán también en sus propios significados. Al pensar en los significados comunes de las mujeres que entrevisté me pude dar cuenta de que los roles más importantes que asumen son los siguientes: son amas de casa, son madres, son campesinas y son mujeres, sin embargo, por la naturaleza de mi investigación no pude explorar en algo que me hubiera gustado, qué significa ser mujer para ellas y si se separa de alguna manera del ser madre, ama de casa y campesina.

Estas mujeres se dedican a ser amas de casa; sin embargo, en sus discursos se desdibujó que junto con sus esposos ellas trabajan el campo y además cuidan animales. Ser ama de casa como en muchos entornos de nuestro país es un trabajo de tiempo completo que implica realizar toda la faena de limpieza del hogar, procesar el alimento y convertirlo en comida, y además cuidar a los hijos e hijas. El cuidado de los hijos es más que alimentarlos y bañarlos e incluye también involucrarse en las actividades escolares, hacer tareas, participar en juntas, entre otras cosas.

Estas mujeres no se reconocen como mujeres trabajadoras a excepción de Lupita “quien rompió totalmente este molde” y se asume como una mujer y madre soltera y que además trabaja todos los días en una cocina en Huauchinango, dejando a su hija al cuidado de sus padres en Teopancingo. Vale la pena resaltar que mujeres como Sofi y Samara que venden los fines de semana comida y cortan el cabello, respectivamente, no consideran su labor como un trabajo y más bien lo consideran una “ayuda” para su casa.

Una cuestión relevante fue el gran papel que juega el ser madre en Teopancingo. Para estas mujeres tuvo que ver con un sacrificio que vale totalmente la pena, como una bendición que no se puede rechazar y como algo hermoso. También existió la reflexión sobre el hecho de que ser madre es una tarea pesada, una gran responsabilidad y que además implica “dejarlo todo para los hijos”. Es interesante que a pesar de que estas mujeres ensalzan la maternidad como el componente más importante de ser mujer, en sus decisiones reproductivas, comparadas con las de sus madres y abuelas hay un cambio sustancial, **las mujeres de Teopancingo están decidiendo tener menos hijos y más espaciados.**

A: *Ok, ok, ¿Qué significa para ti ser mamá?*

M: *Pues es algo muy bonito, es como un regalo que dios nos da ¿no? Porque no cualquiera, bueno hay muchas mamás, mujeres, que no pueden tener un hijo ¿no?, pero yo siento que es un regalo*

A: *¿Todo es bonito de ser mamá?*

M: *Sí, bueno, pues tiene cosas buenas y cosas malas ¿no?, el educar a un hijo no es cosa fácil (Mariana).*

A: *¿Y por qué, por el riesgo?*

D: *No, porque yo considero que Dios nos da como un don a las mujeres de que, hay mujeres que tienen mucha paciencia y hay mujeres como yo que no tenemos tanta paciencia, entonces yo dije, no, no, no, no soy de las mamás como pa tener muchos hijos y más, así como soy delicada, pues no, ya (Denisse).*

A: *¿Por qué muy bonito?*

F: *Porque hasta que fui mamá valoré a mi mamá, todos los sacrificios que hace, que hacemos, ellas como mamá que sentimos que no les debe de faltar nada, que los debemos de cuidar*

A: *¿Y cuáles son esos sacrificios que se hacen como mamá?*

F: *Pues que por ejemplo, yo tengo un negrito (pan de chocolate) y si mis hijos lo quieren, yo prefiero que coman ellos a que coma yo, que si tienen frío que los tengo que arrullar, que los tengo que, no sé cómo que sí es*

A: *Y eso te hizo como valorar a tu mamá*

F: *Sí (Francisca).*

En relación con los significados de la maternidad, en estas mujeres estuvo presente el hecho de asociar el parto y la cesárea como un proceso que, aunque describieran como doloroso, feo, horrible como lo abordé en este capítulo, al final “no importa lo que sucedió” pues se resignifica con una gran recompensa, el ser madre.

A: *¿Qué significa para ti dar a luz?*

D: *Ay dar a luz, pues significa que, no sé, que me he realizado como mujer y que pude dar frutos de mí (Dianelly).*

A lo largo de este capítulo final respondí a la pregunta inicial de esta investigación ¿Cómo son las experiencias sobre la violencia obstétrica durante la atención del parto y puerperio de un grupo de mujeres de Teopancingo? La pregunta se ensanchó y más bien terminó respondiendo al hecho de ¿Cómo experimentan el parto y su atención hospitalaria veinte mujeres de Teopancingo?

Pude demostrar que la experiencia de parir si bien es individual, también está enclavada en significados y prácticas comunes y que estos significados y prácticas compartidos tienen que ver con el cuerpo, el dolor, las redes de apoyo, el tipo de embarazo, los cuidados, las expectativas, los significados sobre la violencia y la maternidad, y las posibilidades de atención que tuvieron cada una de estas mujeres. Se trata de una investigación que más que presentar en el siguiente apartado una serie de reflexiones finales, abre vetas importantes para el análisis necesario, enfocado, antropológico y cualitativo sobre la experiencia de parir.

REFLEXIONES FINALES

Las experiencias sobre el embarazo, parto y puerperio han existido y se han narrado desde siempre. Sin embargo, los contextos sociales, los usos y costumbres, la tecnología y el surgimiento de la obstetricia moderna han modificado la manera en las que se viven. En México, a partir del siglo XIX, el embarazo, parto y puerperio (EPP) pasaron de ser momentos que se resolvían en el entorno familiar a ser atendidos dentro de hospitales, bajo la idea de que las mujeres necesitaban de atención médica para llevar a buen término el embarazo y parto. La obstetricia moderna convirtió la atención de estas etapas reproductivas en procesos sistemáticos y rutinarios en donde las condiciones culturales, sociales y psicológicas de las mujeres ya no fueron tomadas más en cuenta. De igual manera, al medicalizarse el EPP se relegó a otros actores que anteriormente eran claves en la atención, tales como las parteras.

Durante el siglo XX se continuó practicando la llamada obstetricia moderna sin ningún tipo de cuestionamiento, y fue hasta década de los ochenta que se comenzó a revisar cómo funcionaba el modelo biomédico desde una mirada crítica, destacando que la medicalización del EPP ha traído consecuencias negativas para las mujeres, sobre todo aquellas que refieren a violaciones de derechos humanos (derecho a la salud, derechos sexuales y reproductivos tales como el derecho a elegir dónde parir, en qué posición hacerlo o bajo que restricciones o cuidados).

La antropología médica ha aportado datos etnográficos sobre cómo experimentan la atención del parto muchas mujeres en contextos distintos, destacando también una crítica sobre el modelo biomédico de salud y la manera en la que las mujeres son atendidas, centrándose en su carácter sistémico, estructural, y en las desigualdades y violencias (institucionales y de género) que subyacen la experiencia de atención del EPP. Mi investigación se ubica dentro de este gran marco de la antropología médica que busca describir y analizar las experiencias sobre la atención del manejo del parto hospitalario en unidades de salud públicas y privadas, desde una mirada antropológica, fenomenológica y de género.

El objetivo general de mi trabajo fue: describir y analizar las experiencias sobre la atención del manejo del parto hospitalario en unidades de salud públicas y privadas, desde una mirada antropológica, fenomenológica y de género, de un grupo de veinte mujeres de Teopancingo.

Para ello tuve que plantearme tres preguntas guías: -1) ¿cómo describen las mujeres la experiencia de atención durante el EPP en hospitales públicos, 2) ¿Cuáles son los factores que intervienen o modelan la manera en la que viven sus experiencias sobre la atención del parto? y 3) ¿qué significados culturales rodean esta experiencia? Las tres preguntas anteriores comparten una preocupación respecto a entender la experiencia de EPP como un hecho cultural, que está imbricado en un sistema social que las mujeres de Teopancingo viven desde las desigualdades, discriminaciones y violencias, pero también como una experiencia que las hace sentirse felices y orgullosas de sí mismas.

Este apartado final comienza con un brevísimo resumen sobre la ruta metodológica que seguí y que me permite describir quiénes son las mujeres a las que entrevisté. Después continúa evidenciando mis principales hallazgos, mediante una frase concreta que enseguida se desarrolla. Cierra con las inquietudes que me quedan por resolver pero que sin duda son vetas de investigación que retomaré en futuros trabajos, o por qué no, que pueden ser útiles para otras investigadoras.

Ruta metodológica

Mi investigación partió de una mirada cualitativa y exploratoria. Transité de un objetivo centrado en la violencia obstétrica a otro más específico que abarcara la experiencia de atención hospitalaria durante el embarazo, parto y puerperio. Utilicé como herramientas de investigación la observación participante y las entrevistas semiestructuradas, bajo la idea de que el lenguaje es el medio a través del cual la actividad interpretativa de un grupo puede ser observada.

Tuve la oportunidad de entrevistar a 34 mujeres, de las cuales solo a 20 entrevisté de manera más profunda y sus testimonios son el cuerpo de este trabajo. Estas entrevistas las llevé a cabo durante el año 2021 en una zona rural y campesina del estado de Puebla, Teopancingo.

Las mujeres entrevistadas fueron mujeres jóvenes de 21 a 39 años, en su mayoría amas de casa y campesinas, y que vivían en unión libre. Asimismo, más de la mitad contaba con bachillerato terminado y se reconocían como católicas. Sobre su historia reproductiva vale la pena recordar que habían tenido un parto máximo cuatro años antes de la entrevista. Este parto se presentó en trece

de los casos por cesárea, mientras que los otros siete fueron partos vaginales. Asimismo, doce de ellas habían parido en un hospital público y ocho en una institución privada en el municipio más cercano, Huauchinango.

El primer hallazgo tuvo que ver con el hecho de encontrarme con un gran número de mujeres que viviendo en pobreza y pobreza extrema habían parido en hospitales privados pagando alrededor de veinte mil pesos (\$20, 000 MXN). Asimismo, el número tan elevado de cesáreas fue coincidente con la revisión de la literatura en donde una característica del sistema biomédico y que también constituye un acto de violencia obstétrica es la realización de cesárea sin una justificación médica real.

Las voces de estas mujeres las analicé desde una mirada diacrónica; comenzando con el embarazo, el cual resultó una etapa importantísima pues allí me di cuenta de que se tomaron decisiones reproductivas que moldearon su experiencia de parto, tales como la elección del sitio de parto y la atención médica que iban a recibir. Después abordé la etapa del parto hospitalario y su atención dentro de las unidades médicas, y por último el parto y puerperio inmediato, o mejor conocido como cuarentena.

Hallazgos

El tipo de embarazo moldea la experiencia de parir al ser catalogado como de riesgo o normal. Las mujeres son sometidas al escrutinio médico por haberse embarazado o no en el momento correcto

Hablar de la experiencia de atención durante el parto me remitió al embarazo, pues justo en esta etapa existieron factores que influyeron en la vivencia posterior del parto. El primer aspecto fue el diagnóstico médico durante el embarazo que les indicó si este era de alto o bajo riesgo y que les permitió vivir a las mujeres con un embarazo de bajo riesgo sin preocupaciones y sin cambiar de forma radical su rutina de vida como amas de casa y campesinas; y que, por el contrario, a las mujeres que vivieron un embarazo de alto riesgo, les acarreó preocupaciones, transformaciones en sus rutinas de vida, y un sentimiento de culpa.

En este punto uno de los hallazgos importantes fue entender que desde este momento las mujeres fueron culpabilizadas por el personal de salud (principalmente por médicos varones) por vivir un embarazo de alto riesgo cuando se embarazaron “luego, luego”, es decir sin haber pasado un año del último embarazo. Fue interesante darme cuenta además de que esto se relacionó

íntimamente con las pautas culturales de cuidado que existen en Teopancingo, las cuales establecen que una mujer no debe embarazarse “luego, luego” pues “la matriz no está preparada” y se puede acashanar (enfermar), término usado por estas mujeres para referirse al hecho de no guardar reposo y abstinencia sexual durante el puerperio.

Las redes de apoyo son el principal soporte durante el embarazo en Teopancingo. Estas redes permiten a los “señores” tomar decisiones reproductivas sobre los cuerpos de las mujeres

El segundo aspecto fue el hecho de contar con una red de apoyo durante el embarazo, al respecto encontré que, según el discurso de las mujeres, estas son tratadas con respeto mientras están embarazadas y las redes de apoyo familiares son esenciales para que el embarazo se desarrolle con tranquilidad. Incluso sucedió así en el caso de Lupita quien se asumió como madre soltera y contó con la red de apoyo de su familia y de sus amigas. En Teopa cada vez es más evidente que los cuidados en el embarazo están a cargo de las mujeres y de sus parejas sentimentales, lo cual es un arma de doble filo, pues por un lado se están derribando estereotipos de género tradicionales y el varón cada vez se involucra más en el embarazo, nacimiento y crianza, pero por otro lado eso les permite tomar decisiones sobre el cuerpo de las mujeres y su reproducción.

Las suegras son personajes que estuvieron presentes en los relatos como parte de la red de apoyo de las mujeres, pero también como aquellas quienes las orientan con base en su experiencia y les indican, por ejemplo, cuando son normales los dolores y cuando tienen que ir al hospital pues el parto está cerca.

En Teopancingo el aborto no es una opción viable para las mujeres pues la maternidad es altamente valorada

Ninguna mujer entrevistada consideró el aborto como una posibilidad ante los embarazos que en su mayoría no son planificados y que inclusive pueden representar un peligro mortal para su salud, las mujeres como Soledad y Mariana llevan a término su embarazo aun sabiendo que en este pueden morir, y esto se debe a que la maternidad es altamente valorada como un atributo de ser mujer. La mujer que no es madre en Teopancingo es vista desde sentimientos como la lástima y el rechazo, y se le considera como a un ser humano “que se está perdiendo la dicha más grande”.

La pandemia resignificó el embarazo como un evento de riesgo, que se vive con miedo y con zozobra ante la posibilidad latente del contagio y muerte

El hecho de que en Teopancingo existiera un imaginario colectivo que aún después de la campaña de vacunación está presente sobre el hecho de que “el virus fue lanzado por el gobierno para matar gente, o es un invento” continúa presente. En *Teopa* las personas no están muy seguras sobre su posición ante la pandemia, sin embargo, para las mujeres que tuvieron un embarazo y un parto en esta época sí las trastocó pues tomaron decisiones reproductivas orilladas por el miedo y la desconfianza, como parir en hospitales privados.

También vivieron embarazos “pandémicos” —por denominarlos de alguna manera—, los cuales se caracterizaron por salir poco de casa al grado de sentirse encerradas o marginadas, por el temor a sufrir contagio, y también por una atención en el sector público todavía más lenta y deficiente debido a los protocolos de higiene entre los cuales por ejemplo, no hubo la posibilidad de hacerse ultrasonidos, las citas médicas eran todavía más espaciadas, y el personal de salud les indicaba “no asistir si no era necesario”. Dianelly, Blanca, Natalia y Samara fueron las mujeres que vivieron el embarazo durante la pandemia actual de coronavirus.

La atención prenatal en Teopancingo combina modelos hegemónicos y no hegemónicos de salud

Todas las mujeres, a excepción de Sarahí, quien se negó a tener atención prenatal pues no le gustó como la atendieron en su primer embarazo, no se cuestionaron si debían o no tener consultas en el centro de salud, para ellas fue evidente que cuando se embarazan hay que “ir a chequearse”, y así lo hicieron.

La hegemonía del modelo biomédico fue evidente pues para las mujeres el asistir a la clínica durante el embarazo es sinónimo de que su bebé y ellas están bien. Sin embargo, esto no evita que algunas mujeres sigan recurriendo a la única partera reconocida en Teopancingo durante el embarazo, ya sea para sobarse, acomodarse al bebé o darse un masaje para sentirse mejor. Las mujeres que optaron por la revisión de una partera fueron mujeres cuyas madres y abuelas habían practicado la partería.

Como un hallazgo más que interesante fue notar que estas mujeres que recurrieron a los servicios de partería durante el embarazo, al ser cuestionadas por el servicio de salud, siempre lo negaron, pues saben que esa práctica “para ellos está mal”. Ellas resisten, guardando silencio, aun si otras como Elena aceptan que se atendieron con una partera. Los médicos, en su mayoría varones, ante esta situación, reaccionan positivamente “diciéndoles que fue una buena decisión ir con la partera si se sintieron bien”, o negativamente, culpabilizándolas “por tomarse cosas que les hacen daño”.

Sin embargo, ninguna mujer considera una opción viable parir con una partera, ya sea porque ya no existen o por desconfianza hacia ellas y a su trabajo. La relación entre el hecho de que la partera no tenga un quirófano o elementos como un ultrasonido hacen que las mujeres desconfíen de su trabajo y las vean, o la vean, en el caso de Rocío (la única partera reconocida), como poco preparada o actualizada.

La atención privada del parto es sinónimo de calidad, rapidez, menor dolor, calidez y buen trato

Durante el embarazo las mujeres planearon si iban a parir en un nosocomio privado o público, y esta decisión básicamente estuvo influida por los recursos económicos disponibles, la falta de atención oportuna en los hospitales públicos, el miedo al contagio en pandemia y la cuestión de riesgo en el embarazo. Un hallazgo más que importante fue darme cuenta de que todas las mujeres, a excepción de Dianelly si hubiesen tenido la posibilidad de parir en un hospital privado lo hubieran hecho porque para ellas la atención privada es sinónimo de rapidez, calidad, seguridad, amabilidad, menor dolor y calidez, características que forman parte de sus expectativas de parto.

Existe un imaginario colectivo producto de experiencias propias y de otras mujeres que se comparte, y es que la atención pública es deficiente, en el sentido de que es burocrática, lenta y el personal de salud suele no ser amable ni estar capacitado. Fue altamente valorado por las mujeres la presencia de médicos especialistas, en específico del pediatra. El papel que juega la aparición del pediatra durante el parto pareciera que también garantiza una óptima atención del recién nacido.

La atención privada es preferida por las mujeres pues “allí sí les hacen cesárea”

A pesar de que se hizo mucho énfasis en mi investigación sobre la hipermedicalización del parto y como en México y Latinoamérica se practican múltiples cesáreas que no son siempre necesarias, para las mujeres la cesárea es altamente valorada, pues cuando ellas están planeando donde parir toman en cuenta el sitio en el que les podrán hacer una cesárea ya que les representa menos dolor (pues vislumbran la anestesia como algo positivo), y además para muchas es la oportunidad “de aprovechar la cortada” para ya no tener más hijos.

La consideran además un procedimiento seguro en donde ellas y sus bebés no van a sufrir, aunque estén conscientes muchas veces de que la recuperación puede ser más lenta y dolorosa. Esta idea sobre la hipermedicalización como sinónimo de seguridad estuvo todo el tiempo presente.

El atenderse en el ámbito de lo privado durante el embarazo y el parto es siempre un sacrificio económico que se toma si el embarazo es de alto riesgo, si se lleva a cabo durante pandemia o si no se es atendida en el ámbito público

Las mujeres de Teopancingo viven en pobreza y pobreza extrema como se esclareció a lo largo de la tesis, así que para ninguna la atención privada es una decisión que no conlleve sacrificios económicos. Mencioné que Mariana y Soledad son las mujeres que poseen una casa de material y que “según la comunidad tienen dinero”. Sin embargo, esto se traduce en percibir no más de cinco mil pesos mensuales y vivir sin acceso a servicios básicos.

Ellas siguen teniendo recursos limitados, así que el hecho de que algunas mujeres hayan podido acceder a la atención privada tuvo que ver con tres cuestiones bien claras: la primera, la pandemia COVID-19, por la cual las mujeres buscaron no atenderse en los hospitales públicos “pues allí las estaban matando”, segundo, si el embarazo era de alto riesgo (los mismos médicos que trabajaban en los hospitales públicos les ofrecían la posibilidad de una atención más personalizada en sus clínicas privadas), y tercero, porque no las atendieron en hospitales públicos “y no les quedó de otra más que ir a la mera hora al hospital privado”. Todas las mujeres, inclusive las que habían parido anteriormente en clínicas privadas, valoraron la opción de atenderse en un hospital público como primera opción.

La tecnología en el embarazo y parto es sinónimo de buena atención

El hecho de poder acceder a estudios de laboratorio y ultrasonidos para estas mujeres fue sinónimo de “asegurarse de que todo estaba bien”. Sin embargo, en el hospital público el tener estos servicios es sumamente burocrático y complicado, por lo cual las mujeres recurren a la atención privada que no solo es rápida si no que, en costos, es menor que “costear los pasajes para ir al hospital”.

El Hospital General de Huauchinango, por lo menos para estas mujeres no les brindó ultrasonidos durante el embarazo. Esta asociación entre tecnología y bienestar es producto de la idea de que detrás del conocimiento biomédico existe un cuerpo universitario, que vuelve al personal de salud expertos en el uso de la tecnología que es vista como moderna y cuyo fin (por lo menos en el ámbito del discurso) es eliminar cualquier tipo de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio.

El dolor se convirtió en sufrimiento cuando las mujeres esperaron mucho tiempo para recibir atención médica

Un hallazgo de mi investigación fue darme cuenta de que, si las mujeres eran atendidas rápidamente (en no más de tres horas a su llegada), los dolores se mitigaban sólo por el hecho de saber que ya las habían recibido, empero, si no eran ingresadas y se enfrentaban a la espera, ellas iban describiendo su dolor cada vez más como insoportable. Una vez más esto se puede asociar al hecho de que para ellas, el hospital, con todo y sus temores, es un lugar en donde podrán estar atendidas y, por ende, seguras.

Las episiotomías, los tactos vaginales y la limpieza de cavidades uterinas provocaron en las mujeres sufrimiento que permaneció años después del parto; pero fue asumido por ellas como procedimientos normales y “que se tenían que llevar a cabo”

A pesar de que las mujeres narraron desde el sufrimiento procedimientos médicos como las episiotomías y limpieza de cavidades uterinas, ellas lo asumieron como procesos normales que “se tenía que hacer”, y aunque dolorosos, formaban parte de la atención. El dolor producto de estos procedimientos se extendió incluso años después del nacimiento de sus hijas e hijos. Estos, al llevarse a cabo de manera rutinaria y en el caso de la limpieza de cavidades sin analgesia son prácticas de violencia obstétrica, que siguen reproduciendo el poder biomédico sobre el cuerpo de las mujeres. Sin embargo, el dolor y el sufrimiento del embarazo y trabajo de parto se resignifican como algo “que valió la pena” cuando sus hijos e hijas llegan con salud al mundo.

Para las mujeres una atención positiva radica en la amabilidad, la disposición de cuidados y la aceleración del parto

Las mujeres describen como una atención positiva aquella en donde el personal de salud es amable y las felicita “por portarse bien”, cuando están pendientes de su salud y la de sus hijos, cuando existe consuelo del dolor, ya sea a través de medicamentos o palabras de aliento, y cuando el parto es rápido. Valoran como positivo “que las ayuden” acelerando el parto con medicamentos o “empujando al bebé” (maniobra de Kristeller). Estas últimas maniobras responden a un modelo hipermedicalizado del parto que restringe la autonomía de las mujeres y sus cuerpos, pero que sin duda para ellas es positivo. Las mujeres son infantilizadas al ser felicitadas “por portarse bien y no quejarse”, sin embargo, dentro de una sociedad patriarcal y además que ve en los médicos un campo especializado y de poder, el recibir una felicitación es algo que las hace sentirse bien tratadas.

Para las mujeres una atención negativa es sinónimo de regaños, falta de atención, trato brusco y negligencia médica

Los aspectos negativos sobre la atención fueron nombrados por ellas como bullying, atención grosera, hipócrita, pésima y mala y versaron entre los regañones, el que las hicieran esperar y no las atendieran, el trato brusco al practicarles tactos, limpiezas y canalizaciones, así como amarrarles las manos durante la cesárea, así como la negligencia médica que decantó en consecuencias graves de salud para ellas y sus hijos. Algunos hallazgos particulares tuvieron que ver con pagar por la atención pública, y sentirse mal por estar internadas junto con otros pacientes con heridas graves de diversa índole.

Las mujeres se apropian de su cuerpo durante el embarazo, y en el puerperio existe un extrañamiento y rechazo

En el embarazo, aún con las molestias físicas, las mujeres narran su cuerpo como suyo, desde la pertenencia, y además lo describen con motes positivos como tierno, grande, con vida, empero después de parir, el cuerpo atendido es descrito como adolorido, marcado, traumatado. Este extrañamiento dura muchos años después del parto.

La violencia obstétrica estuvo presente en el ámbito privado y público

En 16 de 20 relatos se llevaron a cabo prácticas de violencia obstétrica que no estuvieron ligadas al tipo de hospital en el que parieron, sin embargo, las cuatro mujeres que no fueron violentadas parieron en el ámbito privado: Natalia, Samara, Sofía y Mariana, lo cual me hace concluir que la hipótesis de las mujeres acerca de que en los hospitales privados hay un mejor trato, es verídica. Otro hallazgo importante es que las mujeres que más violencia recibieron fueron las que más se quejaron o resistieron, así como la única mujer que parió siendo adolescente, Sarahí.

La violencia psicológica y las formas elementales de abuso fueron las violencias mayormente presentes durante la atención del parto

Las mujeres vivieron amenazas, burlas, regañones, ironías y arrebatos del consentimiento. Asimismo, castigos como no darles un cómodo, cobijas o bandejas para el vómito. Las burlas y amenazas siempre iban en un tono culpabilizador “por no saberse comportar” o “quejarse mucho del dolor”. Las mujeres que parieron dentro de un hospital público no pudieron estar acompañadas por un familiar. Los actos antes descritos son prácticas de violencia obstétrica en su modalidad, psicológica.

Vale la pena mencionar también que existió violencia obstétrica en prácticas que se relacionan con las condiciones estructurales del sistema de salud y estas consistieron en: una atención poco oportuna, la falta de camas y la ausencia de ultrasonidos, que los baños no sirvan y

cuando sirven no tuvieran agua caliente, y la falta de insumos y personal médico. De la misma manera, el encontrar dentro de los relatos que un anestesiólogo atendió en estado de ebriedad fue un hallazgo (yo diría delito) más que importante de reconocer.

El arrebató del consentimiento es una práctica de violencia presente en todos los relatos y muchas veces no es reconocida por las mujeres

No consentir fue la constante en las experiencias de estas mujeres. Ellas no daban su clara autorización para que las tocaran, vendaran y rasuraran, por ejemplo. Asimismo, no consentían en procedimientos como las episiotomías y las cesáreas. Los casos más graves de arrebató del consentimiento fueron la esterilización forzada en Soledad y María. Las mujeres no incluyeron el arrebató del consentimiento dentro de los aspectos que consideraron negativos durante su atención.

Tener un hijo de tez blanca o morena representa un valor diferenciado para las mujeres y el personal de salud que las atiende

Dentro de los testimonios de las mujeres, hubo una clara valoración positiva cuando su hijo era blanco, y negativa o “graciosa” cuando su hijo era moreno. Un hallazgo impresionante fue que, en el caso de Sarahí, el personal de salud “dio consejos” al nacer un bebé blanco, mencionando que este debería estudiar y no trabajar en el campo por ser güero. Dicha diferencia consiste en un acto de discriminación sociocultural.

Las mujeres resistieron ante las violencias de forma física y a través de la “desobediencia”

Las mujeres no son sujetas pasivas ante la violencia que reconocen, y responden reclamando y usando el sarcasmo como arma ante el personal de salud. Otras lo hacen de manera física, defendiendo su cuerpo sobre todo cuando hay dolor, negándose a cooperar o exigiendo que las atiendan, y por último algunas optan por buscar una atención privada para ser tratadas con mayor dignidad.

Asimismo, algunas ante la insistencia de las enfermeras, después del parto, de usar algún método anticonceptivo e incluso bajo amenazas tácitas si no lo usaban, decidieron no hacerlo y decidir sobre su propio cuerpo. La resistencia de estas mujeres se puede ilustrar con el ejemplo icónico de Alicia quien al sentir que ya estaba coronando, a pesar “de que le dijeron que todavía le faltaba”, ejerció físicamente la resistencia colocando la mano del doctor entre sus piernas para que este se diera cuenta de que ella estaba coronando.

El acashane representa en un solo concepto las pautas de cuidado cultural durante la cuarentena

En Teopancingo existen pautas claras de cuidado durante el puerperio que consisten en reposar cuarenta días, tener una dieta con base en caldo de gallina y atoles, así como darse tres baños de hierbas en temazcal para que “baje la leche”. Las mujeres no pueden tener relaciones sexuales durante la cuarentena y en algunos casos los cuidados son más extremos y no les permiten, por ejemplo, ver televisión, cepillarse el cabello o coser. Esta forma de autoatención durante el puerperio estuvo presente en todos los relatos.

En esta tesis, con lentes fenomenológicos, antropológicos y de género, describí y analicé cómo fueron las experiencias sobre la atención del manejo del parto hospitalario en unidades de salud públicas y privadas de mis entrevistadas, empero, hubo cuestiones que toqué de manera velada o que no exploré y que valen la pena identificar para cerrar este apartado reflexivo:

La primera es que con base en el corpus sobre violencia obstétrica que revisé, pude identificar muchas prácticas de violencia obstétrica física y consistentes con la hipermedicalización del parto, entre ellas destacaron la narración por parte de las mujeres de tactos repetitivos realizados por diferentes personas, episiotomías y cesáreas de rutina, el no aplicar anestesia para limpieza de cavidades y legrados, así como aceleración del parto. Sin embargo, una de las limitantes para enunciar estas prácticas es que al no estar yo presente en el momento del parto y basarme únicamente en lo que me dijeron las mujeres, no podría asegurar, por ejemplo, que las episiotomías hubieran sido innecesarias y otras cuestiones que evidencian una mirada necesaria sobre la dinámica relacional entre médicos y mujeres atendidas.

En segundo lugar, el cuerpo y sus representaciones emergió como un tema que atraviesa la experiencia de parir. Uno de mis hallazgos fue ver que las mujeres significan el cuerpo parido desde la incomodidad, sin duda esta es una veta de investigación importantísima para entender cómo influye la atención en estas representaciones negativas sobre su cuerpo.

La tercera línea de investigación que dejo abierta es el papel que juega durante el embarazo la autoatención y la partería. Encontré que existe el pluralismo médico, sin embargo, el platicar con la única partera que es reconocida por la comunidad, Rocío, me hizo darme cuenta de la necesidad latente de explorar la ausencia de la partería en Teopancingo.

Un hallazgo significativo fue el hecho de encontrar que las mujeres tienen una representación positiva sobre la cesárea y la tecnologización e hipermedicalización de su embarazo y parto, por lo cual vale la pena seguir averiguando, a qué responde, además de a la expansión del modelo biomédico como hegemónico.

Las mujeres expresaron ser bien tratadas por su familia durante el embarazo y contar con redes de apoyo amplias, sin embargo, al hacer etnografía en Teopancingo, tuve indicios de que las mujeres acuden por ejemplo al juez de paz cuando son golpeadas por sus esposos “y no les hacen caso”. Explorar la violencia de género me parece un tema urgente que no pude tratar.

Asimismo, la etapa del puerperio me arrojó datos como la conocida depresión posparto, en la que no ahondé pero que sin duda viven las mujeres de Teopancingo y ya se comienza a nombrar como tal. El cómo se vive esta depresión es algo que sin duda debiera complementar los estudios sobre el embarazo, parto y puerperio. La posición de la familia y de los varones en estas etapas siempre es algo que debiera ser explorado también.

En Teopancingo la experiencia de atención al embarazarse y parir como lo vimos en este trabajo cruza múltiples aspectos que tienen que ver con el cuerpo, el dolor, las pautas culturales de cuidado y las violencias, sin embargo, al final me quedo con más interrogantes que respuestas ¿Cómo lograron reunir el dinero para pagar un parto privado? ¿Qué papel juegan los médicos para “convencer” a las mujeres de atenderse con ellos, pero en sus clínicas privadas? ¿De verdad las mujeres no abortan? ¿Cómo influye la religión en sus ideas sobre el aborto, el embarazo, el parto y el puerperio? ¿Qué violencias existen y siguen sin nombrarse? Y ¿Cómo pueden vivir estas etapas desde sus propias expectativas y deseos garantizando una mayor dignidad en el trato? Son preguntas que quedan abiertas para todas y todos.

8. ANEXOS

a) Guion I⁴³

Datos sociodemográficos

Fecha y lugar de realización:

Nombre:

Para mantener el anonimato ¿cómo te gustaría que me refiriera a ti? Elige el nombre que tú quieras

¿Cuántos años tienes?

¿Con quién vives?

Con las personas que vives ¿compartes la cocina o tienes tu propia cocina?

¿A qué te dedicas?

¿A qué se dedica tu familia?

¿Cuáles son tus ingresos mensuales o de tu familia?

¿Tu vivienda es: propia, rentada, prestada? ¿Por quién?

¿Cuál es el material de tu vivienda?: (cartón, asbesto, madera, tabique o cemento)

¿Cuántos focos tienes en tu vivienda?

¿Cuántos cuartos tienen en tu vivienda?

¿Cuentas con luz eléctrica dentro de tu vivienda?

¿Cuentas con luz eléctrica fuera de tu vivienda?

¿Cuentas con agua entubada adentro de tu vivienda?

¿Cuentas con agua entubada afuera de tu vivienda?

¿Cuentas con refrigerador?

¿Cuentas con cocina? Descríbela por favor

¿Cuentas con televisor?

¿Cuentas con teléfono celular?

¿Cuentas con camioneta, carro o motocicleta de uso particular? ¿Y para uso de alguien de la vivienda? ¿Quién maneja el vehículo?

¿Tienes algún animal en casa? ¿Cuál es la función del animalito, es mascota, ayuda en el trabajo?

¿Tienes algún familiar en otra ciudad o país? ¿Quién y en dónde?

⁴³ Este cuestionario lo apliqué verbalmente a 34 mujeres. En su mayoría está compuesto por preguntas de opinión y de antecedentes y tuvo una duración de entre 10 y 20 minutos.

¿Desde hace cuánto vives en Teopancingo?

¿Pertenece a alguna religión?

¿Qué idiomas hablas?

¿Te considera indígena?

¿Por qué? (no o sí)

¿Cuál es tu último grado de estudios?

¿Con quién vives?

¿Cuál es tu estado civil: soltera, casada, viuda, divorciada, unión libre?

¿Cuántos embarazos has tenido en tu vida, incluyendo abortos?

¿Hace cuánto fue tu último parto?

¿Se trató de un parto vaginal o cesárea?

¿Por qué fue una cesárea?

¿Cuentas con seguro social? ¿Cuál?

¿En dónde atendiste tu parto? (hospital, casa)

¿En qué hospital? ¿Por qué fue en ese lugar?

En caso de ser en clínica privada ¿Cómo lo pagaron? ¿Cuánto costó?

Si tuvieras que calificar tu atención del uno al 10 en el hospital en donde pariste (en donde uno es la peor atención y 10 es la mejor atención) ¿qué calificación le darías?

¿Por qué le darías esa calificación?

¿Recibes algún apoyo o beca por parte del gobierno? ¿Cuál?

¿Alguien con quien tú vives recibe algún apoyo o beca por parte del gobierno y cuál?

Embarazo

Cuéntame ¿qué cuidados tuviste durante tu embarazo?

¿Asististe a consultas prenatales? ¿A cuántas? ¿En dónde fueron esas consultas?

¿Hacías tu vida normal? ¿Qué hacías y qué no hacías estando embarazada?

¿Algo cambió en tu vida estando embarazada?

¿Alguien te ayudaba? ¿Quién? ¿Por qué te ayudaba esa persona?

¿Qué comías? ¿Cambiaste la forma de comer estando embarazada?

Me han contado sobre tradiciones como “poner los seguros en cruz en el vientre estando embarazada” ¿tú hiciste algo para protegerte en el embarazo? ¿Qué hacías? ¿Por qué lo hacías, por qué no lo hacías?

Parto y puerperio inmediato

¿Tuviste cuarentena? ¿Cuánto duró?

¿Qué hacías en la cuarentena?

¿Quién te cuidó y por qué?

En caso de que conteste que la cuidaron puras mujeres pregunté: ¿Se valía que te cuidara tu papá, tu esposo o era “solo cosa de mujeres”?

¿Qué comías?

¿Te dieron algún cuidado como un baño o algo así? ¿Quién?

¿Guardaste el cordón umbilical, la placenta? ¿Hiciste algo con ellos? ¿Por qué hiciste eso?

Cierre (despedida y preguntar sobre la posibilidad de hacer una entrevista más larga en un futuro)

b) Guion II⁴⁴

Embarazo

[Ejes]Acompañamiento/ atención dentro y fuera del hogar/ Consultas prenatales (percepción de la atención)/ Sentimientos/ Preocupaciones y alegrías/Riesgos/ Expectativas con respecto al parto/ Planeación del parto/

Acompañamiento/ atención dentro y fuera del hogar

Cuéntame a grandes rasgos ¿cómo viviste tus últimos meses de embarazo? ¿Con quién vivías estando embarazada? ¿Quién te acompañaba estando embarazada?

En casa ¿cómo te cuidabas, ¿cómo te cuidaban? ¿Cómo era tu vida estando embarazada?

¿Cómo sentías que te trataban las personas con las que vivías? ¿Salías a la calle? ¿Cómo sentías que te trataba la gente estando embarazada?

Normalmente ¿cómo se reparten las tareas tú y tu esposo? ¿Qué hacen cada uno? Estando embarazada ¿cambió esta dinámica?

Consultas prenatales (percepción de la atención)

¿Tuviste consultas prenatales? ¿Más o menos cuántas consultas tuviste? ¿En dónde fueron? ¿Cada cuándo ibas a las consultas? ¿Quién te acompañaba? ¿Cuánto tiempo esperabas antes de pasar a la consulta?

Descríbeme, llegabas ¿qué te hacían, ¿quién te atendía, ¿cómo te revisaban? ¿Te mandaron a hacer algún estudio? ¿Cuál? ¿Dónde hiciste ese estudio y por qué? ¿Tuvo algún costo el estudio o las consultas prenatales? ¿Cómo te sentías al ir a tus citas?

Sentimientos/ Preocupaciones y alegrías/Expectativas con respecto al parto

¿Cómo te sentías, cuáles eran tus sentimientos estando embarazada?

¿Qué preocupaciones tenías durante el embarazo, qué pasaba por tu cabeza? ¿Por qué te preocupaba eso?

⁴⁴ Este guion lo apliqué en la tercera etapa de trabajo de campo de manera verbal. Se trató de una entrevista a profundidad que combinó preguntas de diferentes tipos: opinión, expresión de sentimientos, conocimientos, antecedentes, sensitivas y de simulación y que duró entre 60 y 90 minutos.

¿Qué riesgos pensabas que podía haber en tu parto? ¿Cuándo fue que pensaste eso?

¿Hubo algo que te diera alegría durante el embarazo?

¿Tú que querías del parto? ¿Qué otra cosa esperabas?

Durante tu embarazo recibiste regaños o golpes ¿por parte de quién?

Planeación del parto

Cuéntame ¿cómo planeaste tu parto? ¿Cómo lo imaginabas? ¿Quién te iba a llevar, qué creías que iba a pasar? ¿Preparaste algo, qué y cómo?

Experiencia de Parto

Inicio de parto

¿Hasta qué mes llegaste de embarazo?

Cuéntame con toda la calma del mundo ¿cómo fue tu parto? Trata de recordar desde que estabas en tu casa hasta que saliste del hospital ¿Cómo inició tu parto? Descríbeme cómo fue ese día ¿qué estabas haciendo? ¿Qué sentimientos tenías? ¿Qué sensaciones tenías? ¿Cómo llegaste al hospital y cuánto te tardaste en llegar? ¿Quién te llevó? ¿En qué medio de transporte fuiste?

Dilatación

¿Y qué pasó después?

¿Cuánto tiempo esperaste para ingresar al hospital? ¿Te recibieron enseguida o qué pasó? Si es que esperaste ¿cuál fue la razón para esperar y cómo te sentiste con ello? ¿Quién te recibió en el hospital? En caso de haber esperado ¿dónde esperaste? ¿Con quién estabas? ¿Cuánto tiempo esperaste? ¿Cómo te sentiste al momento de la espera? ¿Te acompañaba alguien de tu familia? ¿Quién? ¿Cómo estabas vestida?

Mientras esperabas ¿alguien del personal de salud te revisó? ¿Cuéntame cómo fue y qué te decían? ¿Cuántas veces te revisaron? ¿Quién tomaba las decisiones mientras esperabas que te ingresaran al sitio de parto? ¿Tenías dolor? En caso de tener dolor ¿Qué hacías para sobrellevar el dolor? ¿En algún momento algún miembro del personal de salud te indicó tu dilatación? ¿Cómo fue ese proceso y cómo te hizo sentir?

Expulsión

¿Cómo fue que entraste al área en donde diste a luz a tu bebé? ¿Cómo era el lugar? ¿A qué olía, recuerdas? ¿Cómo estabas vestida? ¿Con quién estabas? ¿Quiénes te atendieron y que te dijeron? En ese momento ¿Te acompañaba alguien de tu familia?

¿Qué procedimientos recuerdas que te hicieran ejemplo, inyectarte, vendarte, ponerte suero, conectarte a algún aparato, etc.? ¿Cómo te hacían sentir estos procedimientos? ¿Cuánto tiempo duraste en este lugar? ¿Tuviste un parto vaginal o cesárea? ¿Alguien te explicó por qué tuviste un parto vaginal o cesárea? ¿En qué posición pariste, acostada, sentada u otra? ¿Por qué pariste en esa posición y cómo te hizo sentir? ¿Sentiste alguna sensación dolorosa? ¿Qué hacías para aguantar esa sensación?

Alumbramiento

¿Cómo fue el momento en el que por fin diste a luz a tu beba o bebé? ¿Pudiste verlo inmediatamente? ¿Cómo era? ¿A qué olía? ¿Cómo se sentía ser mamá nuevamente? ¿Qué emociones sentías? ¿Estas emociones fueron distintas al resto del parto? ¿Cuánto tiempo permaneció tu bebé a tu lado?

¿Recuerdas que le hicieran algún procedimiento o revisión a tu bebé? ¿Existió alguna complicación en el parto? ¿Qué sensaciones tenías en el cuerpo? ¿Había dolor? ¿Amamantaste a tu bebé? Cuéntame sobre eso.

¿Y después, qué pasó? ¿Te llevaron a algún sitio? ¿Quién?

¿Amamantaste a tu bebé? ¿Cómo te sentiste? ¿Existió alguna complicación? ¿Cómo se sentía tu cuerpo al haber dado a luz a tu bebé? ¿Después qué pasó? ¿Te llevaron a algún lugar?

Puerperio inmediato

¿Qué pasó en las próximas 24 horas después del parto?

¿Permaneciste en el hospital y por cuánto tiempo? ¿Cómo fue ese tiempo? ¿En dónde estabas? ¿Cuál era la dinámica? ¿Estabas en contacto con tu bebé? ¿Estuviste en contacto con algún familiar? ¿Cómo te sentías? ¿Te bañaste? ¿Cómo fue ese baño?

Alta

¿Cuéntame cómo te dieron de alta? ¿Te dieron alguna indicación en el hospital antes de irte? ¿En el hospital te ofrecieron algún método anticonceptivo? ¿Tú querías ponerte un método anticonceptivo? ¿Lo tomaste? ¿Cuál fue? ¿Por qué decidiste usarlo o no? ¿Tuvieron que pagar algo por tu atención durante el parto?

Llegada casa e inicio de cuarentena

¿Cuéntame entonces, cómo fue que saliste del hospital, a dónde llegaste? ¿Quién te llevó? ¿En qué medio de transporte te llevaron? ¿Qué pasó cuando llegaste? Describe el momento

¿Tuviste cuarentena? ¿Cuánto duró? ¿Quién y cómo te apoyaban? ¿Qué cuidados tenías durante la cuarentena?

Percepción sobre la atención recibida

¿Te gustó parir en el hospital de Huauchinango u otro? ¿Sí, no, por qué? ¿Qué te pareció la atención de los médicos varones? ¿Qué te pareció la atención de las médicas mujeres? ¿Percibiste alguna diferencia entre cómo te trataban médicos hombres y médicas mujeres?

¿Qué te pareció la atención de los enfermeros? ¿Qué te pareció la atención de las enfermeras? ¿Percibiste alguna diferencia entre cómo te trataban los enfermeros y las enfermeras? ¿Te llamaban por tu nombre o cómo se dirigía a ti el personal de salud? ¿Estuviste cómoda con la forma en la que se dirigían a ti? ¿Cómo te hicieron sentir los miembros del personal de salud? ¿Por qué dices eso?

¿Hubo algún momento en el que te sintieras incómoda durante la atención? ¿Cuál, cuéntame? ¿Qué hiciste al respecto? ¿En algún momento tuviste alguna sensación como enojo, miedo, tristeza o impotencia? ¿Cuándo, cuéntame más? ¿Te sentiste cuidada y protegida?

¿Qué cosas te gustaron de la atención que recibiste y qué cosas no? ¿Por qué?

Si tuvieras que calificar la atención que recibiste del uno al diez en donde el 10 es excelente y el uno es muy malo ¿Qué calificación le pondrías? ¿Por qué?

Imagina que tú pudieras decidir todo lo que pasa en el hospital ¿qué te hubiera gustado que pasara en tu parto? ¿Qué pedirías? ¿Qué te gustaría? ¿Qué no te gustaría? ¿Te gustaría volver a parir en el mismo hospital? ¿Por qué? Si pudieras describir en una palabra la atención que te brindó en el hospital ¿qué palabra sería esa?

Violencia obstétrica

Si mencionó que en algún momento no se sintió bien tratada por el personal de salud ¿a qué crees que se debió esto?

Violencia psicológica y formas elementales de abuso

¿En algún momento dentro del hospital alguna persona te gritó o levantó la voz? ¿Quién fue? ¿Cuál fue el motivo?
¿Qué hiciste al respecto?

¿En algún momento sentiste que se burlaron de ti durante tu parto? ¿Quién fue? ¿Cuál fue el motivo? ¿Qué hiciste al respecto?

¿Te sentiste humillada durante el parto? ¿En qué momento? ¿Quién o quiénes te humillaron?

¿Te dijeron algo con respecto a tu comportamiento durante el parto como que te portaste muy bien o te quejabas mucho?

¿Te quejaste en algún momento? ¿Cuándo? ¿Por qué lo hiciste o por qué no?

¿Alguna persona opinó sobre tu cuerpo o el de tu bebé?

¿Podías expresar libremente emociones como dolor o alegría? ¿Sí, no y por qué?

¿Te sentías en un ambiente privado y de confianza? ¿Por qué?

¿Sentiste que te informaron lo suficiente sobre tu estado de salud y el de tu bebé?

¿Manifestaste alguna duda al personal médico? ¿Respondían a tus dudas y de qué forma?

¿Entendías lo que te decían las y los médicos o te quedaron dudas?

¿Sentiste en algún momento que si no cooperabas o seguías las órdenes del personal de salud, tú o tu bebé correrían peligro? ¿Cuándo? ¿Qué tipo de peligro?

¿Te pidieron autorización en todo momento para tocarte, inyectarte, hacerte cesárea o cualquier otro procedimiento médico? ¿Firmaste algo, leíste algo?

¿Te ayudaron a manejar tu dolor? ¿Qué hacían cuando manifestabas dolor? ¿Tenías la confianza para hacerlo o preferías aguantarse y por qué?

Discriminación sociocultural

¿Pudiste parir vestida de la manera en la que tú querías?

¿Te preguntaron en algún momento si te cuidaste durante tu embarazo o parto usando por ejemplo, tés, masajes u otra cosa? Si te lo preguntaron ¿Qué te dijeron al respecto?

¿Te hubiera gustado hacer algo especial con tu placenta o cordón umbilical? ¿Qué te hubiera gustado hacer? ¿Te lo permitieron en el hospital?

En tu familia tradicionalmente quiénes acompañan a las mujeres durante el parto ¿pudieron hacerlo de esa manera con usted? ¿Por qué sí o por qué no?

¿Crees que debido a algún aspecto físico como el color de tu piel te trataron diferente que a otras personas?

¿Crees que debido a tu forma de vestir te trataron de diferente manera que a otras personas? Cuéntame más sobre ello

¿Crees que debido a tu forma de hablar o a tu idioma te trataron de diferente manera que a otras personas? Cuéntame más sobre ello

¿Crees que debido a que vives en Teopancingo la trataron de manera diferente que a otras mujeres?

¿Crees que debido a tu educación te trataron de manera diferente que a otras personas, sí, no, por qué?

¿Crees que debido a tus recursos económicos te trataron de una forma distinta a las otras personas, cuéntame sobre ello?

Según tu perspectiva ¿hubo diferencias en el trato a las mujeres que observaste mientras estabas en el hospital?
¿Cuáles fueron esas diferencias y a quiénes fueron?

Cierre: Agradecimiento/ Recordatorio objetivo/ Espacio para que ellas manifiesten algo no dicho durante la entrevista

c) Carta presentación⁴⁵



Ciudad de México a 12 de Enero del 2021.

A las Autoridades Civiles, Militares, Religiosas y Escolares de
Teopancingo, Municipio de Huauchinango en el Estado de Puebla.
Presente

Por este medio, me permito presentar a la alumna Ana Teresa Peña Hernández, matrícula 2183801150 alumna inscrita al Posgrado en Ciencias Antropológicas que se imparte en esta Institución, le solicitamos atentamente le den las facilidades necesarias para la realización de entrevistas a grupos focales y toma de fotografías, por el período de Febrero a Diciembre del 2021, sobre su proyecto de investigación “*¡Me enojé porque no me atendieron rápido como a las que traían hartos dolores!*”

Cabe aclarar que esta investigación la respalda el Departamento de Antropología y es únicamente con fines académicos y la información obtenida es totalmente confidencial.

Agradeciendo de antemano la atención que brinda a esta solicitud, y quedo de usted para cualquier duda o aclaración.

A t e n t a m e n t e.
“Casa Abierta al Tiempo”

Dr. Pablo Castro Domingo
Coordinador del Posgrado

UNIDAD IZTAPALAPA
Av. San Rafael Atlixco No. 186, Col. Vicentina, Del. Iztapalapa, 09340, México, D.F.
Teléfonos: 58044763 y 58044764. Correo electrónico: antro@xanum.uam.mx

⁴⁵ Lo utilicé en la primera etapa I. Acercamiento inicial, y a lo largo del trabajo cuando fue necesario.

d) Formato de consentimiento informado⁴⁶

Buenos (días, tardes).

Soy Ana Teresa Peña Hernández. Soy antropóloga, tengo 32 años y estoy haciendo un trabajo de investigación para hacer una tesis de doctorado en Ciencias Antropológicas, en una universidad que se llama Universidad Autónoma Metropolitana. Desde hace varios años trabajo temas que se relacionan con mujeres y en esta ocasión estoy investigando acerca de las experiencias de atención en el parto de distintas mujeres.

Me interesa entablar una plática cordial con usted para que me cuente cómo le fue en el parto. Es una cuestión académica y totalmente anónima. Si usted acepta charlar conmigo podemos establecer una fecha y un horario en el que ambas podamos asistir. La entrevista durará entre una y dos horas, y tendré que pedirle que me haga el favor de dejar grabar su voz, ya que es difícil apuntar muchos detalles en poco tiempo. Con estos datos yo generaré un texto, el cual va a hablar de su parto, sus dificultades y sus alegrías. Usted solamente contestará lo que quiera contestarme y con lo que se sienta cómoda. Espero que pueda colaborar conmigo. Los resultados (es decir la publicación del trabajo) los podrá ver usted al finalizar, y darme su opinión.

Quiero decirle que para mí es muy importante y valiosa su experiencia. Los alcances que tiene esta investigación probablemente no le beneficien a usted directamente pero sí son importantes pues ayudan a las personas a retratar cómo se vive esta experiencia en distintos lados y qué se podría hacer para mejorarla. Muchísimas gracias.

Nombre o Firma colaboradora

⁴⁶ Lo utilicé principalmente en la segunda etapa II. Conformación del universo de estudio.

9. APARATO CRÍTICO

Alarcón, A., y Nahuelcheo, Y. (2008). Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. Chungara. *Revista de Antropología Chilena*, 40(2), 193 – 202.

Alvesson, H., Magnus L., Bouasavanh, K., y Laflamme, L. (2013). Changes in pregnancy and childbirth practices in remote areas in Lao PDR within two generations of women: implications for maternity services. *Reproductive Health Matters*, 21(42), 203 - 211. Recuperado de: [Full article: Changes in pregnancy and childbirth practices in remote areas in Lao PDR within two generations of women: implications for maternity services \(tandfonline.com\)](#)

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

Arguedas, G. (2020). Poder obstétrico, aborto terapéutico, derechos humanos y femicidio de Estado: una reflexión situada en América Latina. En Quattrocchi P., y Magnone, N. (Comp.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Argentina: Universidad Nacional de Lanús.

Arnau, J., Martínez, M., Nicolás, M., Peña, B., Morales, E., y Álvarez, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. AIBR. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225 – 247. Recuperado de: [Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de Murcia. \(redalyc.org\)](#)

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2007). *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Caracas: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Augé, M. (1998). *Las formas del olvido*. España: Gedisa.

Ávila, M. (2013). Embarazo de alto riesgo ¿Para quién? en *Revmeduas* (1), 21-25.

Baeza, N. (2013). La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia. *Revista Anuario Americanista Europeo*, (11), 179 – 197. Recuperado de: [La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia \(Chubut, Argentina\) \(conicet.gov.ar\)](#)

Bastos, M., y Suely, F. (2006). Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil. os desafios os de uma política pública de humanização da assistência Cad. *Saúde Pública*, 22(12), 2647 – 2655. Recuperado de: [SciELO - Brazil - Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência](#)

Bautista, E. y López, O. (2017). Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de estado. Dispositivos biopolíticos de salud. *Salud Problema*, 11(21), 28 – 53. Recuperado de: [MUERTE MATERNA EN MUJERES INDÍGENAS DE MÉXICO Y RACISMO DE ESTADO. DISPOSITIVOS BIOPOLÍTICOS EN SALUD - Observatorio de Mortalidad Materna \(omm.org.mx\)](#)

Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Red bioética: UNESCO*, 1(7), 25 – 34. Recuperado de: <https://www.bing.com/ck/a?!&p=f21b70f0b7102a26JmltdHM9MTY3MjAxMjgwMCZpZ3VpZD0wZDEyODYzZS1jZTEzLjN2YtMTkxZS05NmRIY2Y3MjZkNWQmaW5zaWQ9NTE3Mg&ptn=3&hsh=3&fclid=0d12863e-ce11-6c7f-191e-96decf726d5d&psq=La+violencia+obstétrica%3a+otra+forma+de+violación+a+los+derechos+humanos&u=a1aHR0cHM6Ly9yaS5jb25pY2V0Lmdvdi5hci9oYW5kbGUvMTEzMTI4Njg&ntb=1>

Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 7(18), 93 – 111. Recuperado de: [\(21\) La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Revista Dilemata / Violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Revista Dilemata. | Silvia Bellon - Academia.edu](#)

Berger, P. y Luckman, T. (2000). *La construcción social de la realidad*. Argentina: Amorrortu editores.

Bohren, M., Joshua P. Vogel, Erin C. Hunter, Olha Lutsiv, Suprita K. Makh, João Paulo Souza, Carolina Aguiar, Fernando Saraiva Coneglian, Alex Luíz Araújo Diniz, Özge Tunçalp, Dena Javadi, Olufemi T. Oladapo, Rajat Khosla, Michelle J. Hindin, A. Metin Gülmezoglu (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6), 1 – 32. Recuperado de: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

Boltvinik, J. (2007). Hacia una teoría de la pobreza campesina. *Papeles de Población*, 13(54), 23 – 38. Recuperado de: [\(99+\) Hacia una teoría de la pobreza campesina | Julio Boltvinik - Academia.edu](#)

Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan, Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Barcelona: Editorial Paidós.

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

Camarco, M., Ramírez, M., Lanza, L., y Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 20(68), 113 – 120. Recuperado de: [Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica \(redalyc.org\)](#)

Canadian International Development Agency, Organización de los Estados Americanos, Mesevici (2019). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la mujer. “Convención de Belém do Pará”, Folleto informativo. Recuperado de <http://www.oas.org/es/mesevici/convencion.asp>.

Cardus, L. (2015). Fear of Childbirth and Intergenerational Narratives: An Approach from Anthropology. *Dilemata. Revista Internacional de éticas aplicadas*, 7(18), 129 – 145. Recuperado de: [\(99+\) Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología Fear of Childbirth and Intergenerational Narratives: An Approach from Anthropology | Laura Cardús i Font - Academia.edu](#)

Caron, A., y Silva, I. (2002). Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Rev Latino-am Enfermaren*, 10(4), 485 – 492. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000400004>

Carrera, C. (2017). La elección de una atención humanizada en tiempos de violencia durante el parto en la Ciudad de México. *La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarías, Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud*, A. C., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología social. (Texto no publicado).

Carrillo, A. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, (19), 167-190. Recuperado de: [Nacimiento y muerte de una profesión : las parteras tituladas en México - Dipòsit Digital de Documents de la UAB](#)

Castellanos, G. (2011). El Feminismo Lésbico Dentro de la Teoría Política Feminista. *Crítica Contemporánea. Revista de Teoría Política*, 1(11), 127 – 145. Recuperado de: [El Feminismo Lésbico Dentro de la Teoría Política Feminista \(udelar.edu.uy\)](#)

Castrillo, B. (2015). Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. Reflexiones conceptuales y análisis de relatos de partos de la ciudad de La Plata. Memoria Académica. Recuperado de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4127/ev.4127.pdf.

Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 197 – 167. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/iis.01882503p.2014.2.46428> Recuperado de: [Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México \(scielo.org.mx\)](#)

Castro, R. (2000). La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. *Región y sociedad*, 14(25), 257 – 269. Recuperado de: [La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza \(scielo.org.mx\)](#)

Castro, R., Bronfman, M., y Loya, M. (1991). Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad: el caso de Ocuituco. *Estudios Sociológicos*, 9(27), 583 – 606.

Castro, A. y Savage, V. (2018). Obstetric violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*, 6(12), 123 – 136. Recuperado de: [Artículo completo: La violencia obstétrica como gobernanza reproductiva en la República Dominicana \(tandfonline.com\)](#)

Castro, R., y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19(1), 37 – 42. Recuperado de: [25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México \(medigraphic.com\)](#)

Castro, R., y Erviti, J. (2003). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En López, Rico, B., Langer, A., y Espinoza, G. (Comps.). *Género y Política en Salud* (255 - 273). México: SSA-UNIFEM.

Castro R. y Frías, S. (2020). Violencia obstétrica en México: hallazgos de una encuesta nacional de violencia contra mujeres. En Quattrocchi, P. y Magnone, N. (Comp.). *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (57 – 76). Argentina: Universidad Nacional de Lanús.

Castro, R. y Frías, S. (2017). *Violencia obstétrica en México: Resultados de la ENDIREH 2016*. México: UNAM, CRIM, CIEG.

Centenaro, D., Marín, Á., Da Silva, C., y Golembiewsky, M. (2015). ¡Llegó la hora! Expectativas y experiencias de parto de adolescentes embarazadas. *Revista de Psicología*, 33(2), 333 – 361. Recuperado de: [¡Llegó la hora! Expectativas y experiencias de parto de adolescentes embarazadas \(scielo.org.pe\)](http://scielo.org.pe)

Cicek, O., y Mete, S. (2018). Women's Expectations from Delivery Nurses of Vaginal Birth: A Qualitative Study. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 831 – 839.

Código Penal Federal. Artículo 199 Quintus. 14 de junio de 2012 (México)

Collins, P. H. (2000). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*. Nueva York: Routledge.

Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) (2018). Derechos humanos. Recuperado de: http://www.cndh.org.mx/Derechos_Humanos.

CNDH. (2017). *Recomendación general no.31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud*. Recuperado de: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf.

Congreso del Estado de Puebla (2020). *Legislan a favor de erradicar la violencia obstétrica*. *Boletín de Prensa 1100*. Recuperado de: https://www.congresopuebla.gob.mx/index.php?option=com_k2&view=item&id=12701:lx-legislatura-del-congreso-del-estado-hace-historia-al-sesionar-por-primera-vez-de-manera-virtual&Itemid=614

Consejo Nacional de Población (2020). Recuperado de: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/indices-de-marginacion-2020-284372>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2020). Recuperado de: <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>

Covarrubias, E., Salas, F., y Meléndez, L. (2012). Y salí del hospital con mi hija y un gran dolor en el corazón. Reflexiones en torno a la violencia en la atención hospitalaria del parto. *Revista Mirada Antropológica*, 11(2).

Curiel, O. (2014a). Construyendo metodologías feministas desde el feminismo decolonial. En Mendia, I., Luxán, A., Legarreta, M., Guzmán, G., Zirion, I., y Azpiazu, J. (Eds.), *Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista* (45 – 60). Bilbao: Universidad del País Vasco.

Curiel, O. (2014b). Hacia la construcción de un feminismo descolonizado. En Espinosa, Gómez y Ochoa (Eds.), *Tejiendo de otro modo: feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala* (325 - 335). Colombia: Universidad del Cauca.

Curiel, O. (2011). Los límites del género en la teoría y la práctica política feminista. En Arango, L.G. y Viveros, M. (Eds.), *El género: una categoría útil para las ciencias sociales* (203 – 228). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Estudios de Género, Grupo Interdisciplinario de Estudios de Género (GIEG).

D Ambruso, L., Abbey, M., y Hussein, J. (2005). Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. *BMC Public health*, 15(1). DOI: 10.1186/1471-2458-5-140.

Da rocha, R., Franco, S., y Baldin, N. (2011). El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. *Revista Bras Anesthesiol*, 61(3), 204 – 210.

Da-Silva-Carvalho, I., y Santana-Brito, R. (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global*, 16(3), 89 - 97. Recuperado de: [Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal \(isciii.es\)](http://www.isciii.es)

De Barbieri, T. (1992). Sobre la categoría género. Una introducción teóricometodológica. *Revista Interamericana de Sociología*, VI (2-3), 147 – 178.

De Morales, B., Juárez, E., y Aníbal, J. (2012). *Implicaciones culturales en el embarazo parto y post parto Q'eqchi'*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala Dirección General de Investigación, Programa Universitario de Investigación Interdisciplinaria en Salud, e Instituto de investigación del centro universitario del norte Cunor. Recuperado de: [Resumen - Implicaciones culturales en el embarazo parto y post parto Q'eqchi' \(usac.edu.gt\)](http://www.usac.edu.gt)

Devine, J., Ojeda, D., y Yie, S. (2020). Formaciones actuales de lo campesino en América Latina: conceptualizaciones, sujetos/as políticos/as y territorios en disputa. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (40), 3-25. DOI: <https://doi.org/10.7440/antipoda40.2020.01>

Díaz Cruz, R. (1997). La vivencia en circulación. Una introducción a la antropología de la experiencia. *Alteridades*, 7(13), 5-15.

Domínguez, E. (2017). Reportan 35 denuncias por violencia obstétrica en Puebla. *El Sol de Puebla*. Obtenido de <https://www.elsoldepuebla.com.mx/local/reportan-35-denuncias-por-violencia-obstetrica-medicos-salud-puebla-denuncias-hospitales-puebla-3280961.html>

Drake, E. (2014). *El Significado Cultural del Parto: Perspectivas de Mujeres Mapuche*. Chile: Independent Study Project.

Earth, B. (2001). From the forest to the clinic: Changing birth practice among the Katang, Lao. *Reproductive Health Matters*, 9(18), 99 – 104. DOI: 10.1016/s0968-8080(01)90096-5

Fassin, E. (2009). *Género, sexualidades y política democrática*. México: PUEG/PIEM.

Fleischer, S. (2006). Pasando por comadrona, midwife y médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala. *Anthropologica del Departamento de Ciencias Sociales*, 24(24), 51 – 75.

Fornes, V. L. (2009) Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. *Actas 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

Fulchiron, A. (2014). Poner en el centro la vida de las mujeres mayas sobrevivientes de violación sexual en la guerra: una investigación feminista desde una mirada multidimensional del poder. En: Mendiá, I., Luxán, A., Legarreta, M., Guzmán, G., Zirion, I., y Azpiazu, J. (Eds.), *Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista* (127 – 146). Bilbao: Universidad del País Vasco.

Galeana, M. (2020). Sufrió violencia obstétrica un tercio de mujeres en Puebla. *ContraRéplica Puebla*. Recuperado de: <https://puebla.contrareplica.mx/nota-Sufrio-violencia-obstetrica-un-tercio-de-mujeres-en-Puebla20202645>

Gall, O. (2004). Identidad, exclusión y racismo: reflexiones teóricas y sobre México. *Revista Mexicana de Sociología*, 66(2), 221-259.

García, E., y Manzano, J. (2010). Procedimientos metodológicos básicos y habilidades del investigador en el contexto de la teoría fundamentada. *Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 69(31), 283 – 288.

Gayeski, M., y Bruggemann, M. (2009). Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 153 – 159.

Geertz, C. (1994). Desde el punto de vista del nativo: sobre la naturaleza del conocimiento antropológico. En Geertz, C. *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas* (73-93). Barcelona: Ediciones Paidós.

Geertz, C. (1996). El pensar en cuanto acto moral: las dimensiones éticas del trabajo antropológico de campo en los nuevos Estados. En Geertz, C. *Los usos de la diversidad* (37 – 65). Barcelona: Ediciones Paidós.

Geist, I. (2002). *Antropología del ritual*. Víctor Turner, México, INAH.

Giménez, G. (2006). El debate contemporáneo en torno al concepto de etnicidad. *Cultura y representaciones sociales*, 1(1), 129-144.

Giraldo, D., González, M., y Henao, P. (2015). Experiencia de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *AV Enferm*, 33(2), 271 – 281.

Gobierno del Estado de Veracruz (2014). *Ley número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave*. Recuperado de: [reg_ley_acceso.pdf \(inmujeres.gob.mx\)](#)

Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero (2017). *Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero*. 499. Guerrero. Mayo de 2022. Recuperado de: [P.O-40-ALCANCE-I-20-MAYO-20.pdf \(guerrero.gob.mx\)](#)

Poder Judicial del Estado de Chiapas (2016) *Ley de Acceso a Una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas*. Chiapas, marzo 2009. Recuperado de: [8ed1ley-de-acceso-a-una-vida-libre-de-violencia-para-las-mujeres-en-el-estado-de-chiapas.pdf \(poderjudicialchiapas.gob.mx\)](#)

Gobierno del Estado de México (2008). *Ley de Acceso a Una Vida Libre de Violencia del Estado de México*. Estado de México. Octubre 2022. Recuperado de: [H. Congreso de Nuevo León | LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA \(hcnl.gob.mx\)](#)

Gobierno del Estado de Puebla (2019). *Ley de Acceso a Una Vida Libre de Violencia del Estado de México*. Recuperado de: [http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Puebla/wo96587.pdf](#)

Goodman, P., Mackey, M., y Tavakoli, A. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Revista de avanzado enfermería*, 46 (2), 212–219.

Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE) (2015a). Omisión e indiferencia, derechos reproductivos. *México: aborto/anticoncepción/mortalidad materna/violencia obstétrica/vida laboral y reproductiva/reproducción asistida*. México: GIRE.

GIRE. (2015b). *Violencia obstétrica*. Recuperado de: [http://www.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstétrica](#).

Fernández, G. F. (2015) ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos, jurídicos. *Dilemata*, 7(18), 113 - 128.

Guimaraes, E., Jonas, E., y Oliveira, L. (2018). Obstetric violence in public maternity wards of the state of Tocantins. *Rev. Estud. Fem*, 26(1), 1 – 11. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>

Gutiérrez, N. (2016). Violencia obstétrica en madres indígenas: un caso de racismo. En Saldaña Tejada, A., Venegas, L. y Davids, T. (Coords.), *¡A toda madre!: una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México*. México: Secretaría de Cultura., Instituto Nacional de Antropología e Historia., Ítaca., Universidad de Guanajuato.

Gutiérrez, M., Suárez, R., y Carmona, G. (2013). Percepción de mujeres embarazadas sobre los servicios de salud, en cinco municipios con mayor mortalidad materna y violencia hacia las mujeres en el Estado de México. En Paola Sesia y Graciela Freyermuth (Coords.), *Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductiva: Nuevas experiencias de contraloría social* (9 – 18). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Hamui, L., Fuentes, R., Aguirre, R. y Ramírez, O. (2013). Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud. En *México: Un estudio de satisfacción con la atención médica* (137 – 166). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Hernández, R., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Hernández G. J. y Echeverría, P. (2015). El nacimiento hospitalario e intervencionista: un rito de paso hacia la maternidad. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 10(3), 401 – 426. DOI: 10.11156/aibr.100306

Hernández, K. (2020). Puebla tendrá Centro de Justicia para las Mujeres; estará en Huauchinango. *Milenio*. Recuperado de: <https://www.milenio.com/politica/centro-de-justicia-para-las-mujeres-se-construira-en-puebla>

Herrera, C. (2020). Género, responsabilidad penal y castigo: ¿cómo el derecho penal comprende a la violencia en la salud materna?. En Quattrocchi, P. y Magnone, N. (Comp.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (31 – 56). Argentina: Universidad Nacional de Lanús.

Herrera, C. (2010). De pacientita a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres frente al orden médico en México. En Roberto Castro y Alejandra López. (Eds.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina: Avances y desafíos en la investigación regional* (73 – 99). México: Universidad de la República, Facultad de Filosofía, Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género UNAM – CRIM.

Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo municipal. (2017). Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Recuperado de: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM21puebla/municipios/21071a.html>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=21#collapse-Resumen>

Janevic, T., Sripad, P., Bradley, E., y Dimitrievska, V. (2011). There's no kind of respect here. A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans International Journal for equity in health. *Journal Equity Health*, 10(53), 1 – 12. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-53>

Kabakian, T., Campbell, S., y Ghorayeb, F. (2000). Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity?. *Social Science & Medicine*, 51(1), 103 – 113. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00443-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00443-8)

Otis, K., y Brett, J. (2008). Barriers to hospital births: why do many Bolivian women give birth at home?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(1), 46 – 53.

Korn, L., y Moreno, M. (2012), La costumbre de enterrar el cordón umbilical. *Fourth World Journal*, 13(1), 33 – 58.

Lamas, M. (2007). El género es cultura. *VIII edición del Campus Euroamericano de Cooperación Cultural en la Ciudad de Cuenca*. Ecuador. Recuperado de: http://www.oei.es/historico/euroamericano/ponencias_derechos_genero.php.

Lamas, M. (2002). La antropología feminista y la categoría género. En Olvera, K. (Ed.), *Cuerpo, Diferencia sexual y Género* (3 – 31). México: Taurus.

Lamas, M. (1996) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG UNAM.

Luque, M., y Oliver, M. (2005). Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. *Index Enferm*, 14(48-49), 9 – 3. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100002&lng=es&tlng=es.

Larguía, M., Lomuto, C., y González, A. (2006). *Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia*. Buenos Aires: Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia.

Larios, A. (2018). *Violencia y discriminación contra mujeres embarazadas de Pachuca Hidalgo, en sus espacios laborales: Un análisis a partir de la experiencia social*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Larrondo, M., y Ponce, C. (2019). Activismos feministas jóvenes en América Latina. Dimensiones y perspectivas conceptuales. En Larrondo, M., y Ponce, C. (Eds.), *Activismos feministas jóvenes:*

emergencias, actrices y luchas en América Latina. (21 – 38). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO. Recuperado de: <https://doi.org/10.2307/j.ctvt6rkfs.5>

Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.

Lozano, B. (2014). El feminismo no puede ser uno porque las mujeres somos diversas. Aportes a un feminismo negro decolonial desde la experiencia de las mujeres negras del Pacífico colombiano. *La manzana de la discordia*, 5(2), 7 – 24.

Lugones, M. (2014). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, 9, 73 – 101. DOI: <https://doi.org/10.25058/20112742.340> Recuperado de: <https://www.revistatabularasa.org/numero09/colonialidad-y-genero/>

Lugones, M. (2008). Colonialidad y género: Hacia un feminismo descolonial. En Mignolo, W. (Comp.), *Género y Descolonialidad* (13 – 25). Buenos Aires: Ediciones del Signo.

Luque, M., y Oliver, M. (2005). Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. *Index Enferm*, 14(48 – 49), 9 – 13. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100002&lng=es.

Malinowski, B. (1927). *La vida sexual de los salvajes en el Noroeste de Melanesia*. Madrid: Ediciones Morata.

Marcos, S. (2014). La espiritualidad de las mujeres indígenas mesoamericanas: descolonizando las creencias religiosas. En Espinosa, Y., Gómez, D., y Ochoa, K. (Ed.), *Tejiendo de otro modo: feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala* (143 – 160). Colombia: Universidad del Cauca.

Marques J., Pires, A., y Bilma, L. (2010). Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Cad. Saúde Pública*, 29(11), 2287 – 2296.

Martínez, A. (2005). *Los derechos sexuales y reproductivos en México*. México, Movimiento Ciudadano.

Martínez, B. (2020). Reforman Ley para frenar violencia obstétrica en Puebla. *El Sol de Puebla*. Recuperado de: <https://www.elsoldepuebla.com.mx/local/reforman-ley-para-frenar-violencia-obstetrica-en-puebla-congreso-5143864.html>

Matejić, B., Milićević, M. Š., Vasić, V., y Djikanović, B. (2014). Maternal satisfaction with organized perinatal care in Serbian public hospitals. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(14). Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-14>

McMahon, S., George, A., Chebet, A., Mosha, I., Mpembeni, R., y Winch, P. (2014). Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region. *Tanzania BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(268). Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-268>

Mead, M. (1955). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Argentina: Paidós.

Menéndez, E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, (58), 104 – 113. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lng=es&tlng=es.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Salud Colectiva*, (8), pp. 185-207.

Menéndez, E. (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS-Cuaderno de la Casa Chata.

Meneses, A., Nations, M., y Therezinha, M. (2008). Pisada como Pano de Chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. *Saúde Soc*, 17(1), 61 – 72.

Moya, M., y Moral, P. (2014). Parto y cultura: una herramienta cualitativa para el estudio de las mujeres inmigrantes en España. En Pina, R., y Almansa, M. (Coord.), *Mujer y cuidados: retos en salud* (135 – 151). España: Universidad de Murcia.

Muñoz, G. (2020). *Huellas de las morbilidades maternas extremas y violencias más allá del espacio clínico. Trayectorias de atención y queja médica como procesos hacia la construcción de ciudadanía reproductiva*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Muñoz, G. y Berrio, L. (2020). Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: La violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México. En Quattrocchi, P., y Magnone, N. (Comp.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (103 – 130). Argentina: Universidad Nacional de Lanús.

Nacamandi, M. (2020). Si médicos denigran mujeres, será considerado violencia obstétrica. *El Popular*. Recuperado de: <https://elpopular.mx/secciones/puebla/2020/04/23/si-medicos-denigran-a-mujeres-sera-considerado-violencia-obstetrica>

Nieto, L., Romero, M., Córdova, M., y Campos, M. (2011). Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería. *Revista CONAMED*, 16(1), 6 – 12.

Núñez, P. (2014). Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica. *Matronas Profesión, España, Federación de Asociaciones de Matronas de España*, 15(2), 43 – 49.

Núñez, M. (2012). Una aproximación desde la sociología fenomenológica de Alfred Schütz a las transformaciones de la experiencia de la alteridad en las sociedades contemporáneas. *Sociológica*, (75), 49 – 67.

Organización de Naciones Unidas, Mujeres (ONU-Mujeres). (2011). Convención sobre la Eliminación De todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer CEDAW. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100039.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, por una experiencia de parto positiva. Recuperado de: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-uidelines/es/>.

OMS. (2016). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>.

OMS, HRP. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea Resumen ejecutivo. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/.

OMS. (2015a). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto, Organización Mundial de la Salud, Human Reproduction Programme. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205685/WHO_RHR_16.01_spa.pdf;jsessionid=669DFE52C19C3869AA10BE36CFF2DB40?sequence=2.

OMS. (2015b). Manual de atención. Embarazo saludable, parto y puerperio seguros. Recién Nacido. Recuperado de: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=576-manual-de-atencion-embarazo-saludable-parto-y-puerperio-seguros-recien-nacido-sano&category_slug=documentos-de-referencia&Itemid=493.

OMS, HRP (2015c). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea Resumen ejecutivo. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/.

OMS. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Septiembre 2014. Recuperado de: [Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud \(who.int\)](#)

Ortner, S. (1979) ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?. En Harris, O., y Young, K. (Comp.), *Antropología y feminismo* (109 – 131). Barcelona: Anagrama.

Ortner, S. (1984). Theory in Anthropology since the Sixties. *Comparative Studies in Society and History*, 26(1), 126 - 166. doi:10.1017/S0010417500010811

Otis, K., y Brett. J. (2008). Barriers to hospital births: why do many Bolivian women give birth at home?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(1), 46 – 53.

Pinho, A., Pamplona, L., y García de Lima, C. (2010). Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1187 – 1194.

Platero, R. (2014) ¿Es el análisis interseccional una metodología feminista y queer?. En Mendia, I., Luxán, A., Legarreta, M., Guzmán, G., Zirion, I., y Azpiazu, J. (Eds.), *Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista* (79 – 96). Bilbao: Universidad del País Vasco.

Portal Electrónico Oficial del Estado de Puebla (2020). Recuperado de: <http://www.nuestro-mexico.com/Puebla/Huachinango/Teopancingo/>

Pozzio, M. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Revista Estudios Feministas*, 24(1), 101 – 117.

Quattrocchi, P. (2020). Violencia obstétrica, desde América Latina hasta Europa: similitudes y diferencias en el debate actual. En Quattrocchi P. y Magnone, N. (Comp.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (195 – 202). Argentina: Universidad Nacional de Lanús.

Rangel, Y., y Martínez, A. (2017). Invisibilizaciones de violencia obstétrica en las percepciones de indígenas del centro norte de México. *Revista Conamed*, 22(4).

Restrepo, A., Rodríguez, D., Torres, N. (2016). *Me des-cuidaron en el parto: La violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de salud a mujeres durante su proceso de parto*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de enfermería, Bogotá.

Rueda, S. (2017). Emite CNDH recomendación a Hidalgo por Violencia Obstétrica. Independiente de Hidalgo. Recuperado de. <https://www.elindependientedehidalgo.com.mx/emite-cndh-recomendacion-hidalgo-violencia-obstetrica/>.

Sachse, M., Sesia, P. y García, M. (2013). Calidad de la atención durante el parto normal en establecimientos públicos de Oaxaca Avances en Ciencia. *Salud y Medicina*, 1(1), 17 – 36.

Sachse, M., Sesia, P., Pintado, A., y Lastra, Z. (2012). Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. *Revista Conamed*, 17(1), 4 – 15.

Sadler, M. (2020). Despertando las metáforas que dormían en la ciencia. En Quattrocchi, P., y Magnone, N. (Comp.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (VII – XXI). Argentina: Universidad Nacional de Lanús.

Sánchez, A. (2017). Emite CNDH recomendación a Puebla e Hidalgo por muerte de bebé. *El Universal*. Recuperado de: <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2017/01/16/emite-cndh-recomendacion-puebla-e-hidalgo-por-muerte-de-bebe>

Sánchez, M. (2015). *¿Violencia Obstétrica? Un tema del que no se habla: Testimonios en Cuetzalan, Puebla.* (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Autónoma de México, México.

Scott, J. (2008). *Género e historia.* México: FCE.

Secretaría de turismo en México. (2020). Recuperado de: <https://www.sectur.gob.mx/gobmx/pueblos-magicos/>

Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC). (2020). Subsistema SINAC. Recuperado de: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_sinac.html.

Sesia, P., y Yañez, P. (2020). Apreciaciones de mujeres indígenas de Oaxaca acerca de la calidad de la atención recibida en el sistema institucional de salud durante la atención materna. Un análisis desde la antropología médica crítica. (En prensa)

Sesia, P. (2020). Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En Quattrocchi, P. y Magnone, N. (Comp.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (3 – 30). Argentina: Universidad Nacional de Lanús.

Sesia, P. (2018). Derechos humanos, salud materna y violencia obstétrica. *Ichan Tecolotl*. Ciesas, CONACYT, México, enero 12.

Sesia, P. (2017). Maternidades violentadas, ¿maternidades justiciables? Una primera aproximación a la judicialización de la violencia de los derechos en salud materna en México. En Saldaña, A., Venegas, L., y Davids, T. (Coords.), *¡A toda madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México.* México: INAH.

Sesia, P., Van Dijk, M., y Sachse, M. (2014). Características del manejo obstétrico en la atención pública de segundo nivel en la era del Seguro Popular. En Page, J. (Coord.), *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública.* México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México.

Silva, M. (2013). La subjetividad del médico y la mortalidad materna. *Revista Conamed*, 18(4), 157 – 164.

Smith, R. (1984). Anthropology and the concept of social class. *Annual Review Anthropology*, (13), 467 – 494. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/2155678>

Srivastava, A., Avan, B., Rajbangshi, P., y Bhattacharyya, S. (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(97). DOI: 10.1186/s12884-015-0525-0

Staroselsky, T. (2015). Consideraciones en torno al concepto de experiencia en Walter Benjamin. Recuperado de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.7648/ev.7648.pdf.

- Talpade, C. (2008). Bajo los ojos de occidente: feminismo académico y discursos coloniales. En Suárez, N., y Hernández, C. (Eds.), *Descolonizando el feminismo: teorías y prácticas desde los márgenes* (404 – 468). Madrid: Cátedra.
- Taylor, S., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Teran, P., Castellanos, C., González, M. y Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica, percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 171 – 180.
- Turner, V. (1969). *The Ritual Process: Structure and Anti-structure*. New York: Aldine de Gruyter.
- Ureste, M. (2017). Indígena pierde a su bebé por negligencia y luego le colocan anticonceptivo sin su permiso. *Animal Político*. Recuperado de: <https://www.animalpolitico.com/2017/01/indigena-bebe-negligencia-anticonceptivo/>
- Valdéz, R., Hidalgo, E., Mojarro, M., y Arenas, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en la sala de parto. *Revista Conamed*, 21(1), 26 – 31.
- Valladares, L. (En prensa). De la antropología crítica al decolonialismo: miradas sobre el irredentismo étnico en México y América Latina.
- Vega, L. (2017). Calor, corazón y personalidad entre los nahuas de San Pedro Xolotla. *Cuicuilco, Revista de Ciencias Sociales*, 24(70), 195 – 223.
- Villanueva, A. (2016). Reflexiones sobre la violencia organizacional en los servicios de salud: del trabajo enajenado a la violencia obstétrica. *Salud Problema*, (11), 111 – 122.
- Villanueva, A., Riega, P., Torres, J., Yabar, C., y Alarco, O. (2003). Cumplimiento de estándares de calidad en la atención del parto institucional y nivel de satisfacción de usuarias. *CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana*, 8(1), 13 – 18.
- Villanueva-Egan, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*, 15(3), 148 – 151.
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, (52), 1 – 17.
- Wade, P. (2011). Multiculturalismo y racismo. *Revista Colombiana de Antropología*, 47(2), 15 – 35.
- Wolff, L. (2008). Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc.* 17(3), 138 – 151.
- Xirau, R. (2011). *Introducción a la historia de la filosofía*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Zárate, C., y Ortiz, J. (2017). Violencia obstétrica un caso de violación en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Hidalgo. *Ponencia llevada a cabo en el congreso XIII Congreso Nacional Sobre Empoderamiento Femenino*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

ACTA DE DISERTACIÓN PÚBLICA

No. 00191

Matrícula: 2183801150

Y ME DIJO EL DOCTOR QUE YA LE HABÍA CORTADO LAS ALAS A LA CIGÜEÑA Y YO NI SABIA. EXPERIENCIAS DE PARTO HOSPITALARIO ENTRE MUJERES DE TEOPANCINGO. PUEBLA.

En la Ciudad de México, se presentaron a las 10:00 horas del día 22 del mes de mayo del año 2023 en la Unidad Iztapalapa de la Universidad Autónoma Metropolitana, los suscritos miembros del jurado:

- DRA. LAURA RAQUEL VALLADARES DE LA CRUZ
- DRA. PAOLA MARIA SESIA ARCOZZI MASINO
- DRA. LINA ROSA BERRIO PALOMO
- DRA. ADRIANA AGUAYO AYALA
- DR. PABLO CASTRO DOMINGO

Bajo la Presidencia de la primera y con carácter de Secretario el último, se reunieron a la presentación de la Disertación Pública cuya denominación aparece al margen, para la obtención del grado de:

DOCTORA EN CIENCIAS ANTROPOLOGICAS

DE: ANA TERESA PEÑA HERNANDEZ

y de acuerdo con el artículo 78 fracción IV del Reglamento de Estudios Superiores de la Universidad Autónoma Metropolitana, los miembros del jurado resolvieron:

APROBAR

Acto continuo, la presidenta del jurado comunicó a la interesada el resultado de la evaluación y, en caso aprobatorio, le fue tomada la protesta.



ANA TERESA PEÑA HERNANDEZ
ALUMNA

REVISÓ

MTRA. ROSALIA SERRANO DE LA PAZ
DIRECTORA DE SISTEMAS ESCOLARES

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE CSH

MTRO. JOSE REGULO MORALES CALDERON

PRESIDENTA

DRA. LAURA RAQUEL VALLADARES DE LA CRUZ

VOCAL

DRA. PAOLA MARIA SESIA ARCOZZI MASINO

VOCAL

DRA. LINA ROSA BERRIO PALOMO

VOCAL

DRA. ADRIANA AGUAYO AYALA

SECRETARIO

DR. PABLO CASTRO DOMINGO