



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE CUAUTLA
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

DE EXPERIENCIA Y EMOCIONES.
UN ESTUDIO SOBRE LAS PARTERAS EN MORELOS

TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES

PRESENTA
MTRA. KARINA XÓCHITL ATAYDE MANRÍQUEZ

DIRECTORA
DRA. LUZ MARÍA GONZÁLEZ ROBLEDO

COMITÉ REVISOR
DRA. ANA PAULINA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ
DR. OMAR GARCÍA PONCE DE LEÓN

COMITÉ AMPLIADO
DRA. MORNA MACLEOD
DRA. SANDRA TREVIÑO SILLER
DRA. ROSIBEL RODRÍGUEZ BOLAÑOS
DRA. BERENICE PÉREZ AMEZCUA



CUAUTLA, MORELOS, MAYO, 2021.

Índice

PREFACIO. EL LUGAR DE ENUNCIACIÓN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	15
1.1. EL CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA DE ESTAS PARTERAS (PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA)	17
1.2. ACERCA DEL OBJETO DE ESTUDIO. LA EXPERIENCIA, LAS EMOCIONES Y SUS SENTIDOS DESDE LA PARTERÍA.....	23
1.3. PREGUNTAS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
1.4. JUSTIFICACIÓN	30
II. EXPERIENCIA Y EMOCIONES EN EL CONTEXTO DEL MODELO MÉDICO ALOPÁTICO HEGEMÓNICO	33
2.1. EXPERIENCIA.....	34
<i>La experiencia desde Joan W. Scott.....</i>	36
<i>Los aportes de Chandra Tlalpade Mohanty y Shari Ston-Mediatore para la conceptualización de la experiencia.....</i>	41
2.2. EMOCIONES.....	50
<i>La inclusión de las emociones en la investigación social.....</i>	51
<i>La sociología de las emociones.....</i>	53
<i>Un sentido histórico particular que ha guardado el estudio de las emociones.....</i>	60
2.3. LAS RELACIONES DE PODER Y PARTERÍA: MODELO MÉDICO ALOPÁTICO HEGEMÓNICO	64
III. LA EXPERIENCIA Y LAS EMOCIONES EN SU PROPIO CONTEXTO (MARCO METODOLÓGICO).....	80
3.1. TIPO DE ESTUDIO	80

3.2. CAMPO DE INVESTIGACIÓN.....	81
3.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS.....	83
3.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA	85
3.5. EN TORNO AL TRABAJO DE CAMPO	86
3.5.1 PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN Y RECLUTAMIENTO DE LAS PARTICIPANTES.....	89
3.5.2. REALIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS	90
3.5.3. MI PRESENCIA EN EL CAMPO.....	93
3.6. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	96
3.7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	96
3.8. METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL CAPÍTULO TRES	98
IV. PARTERÍA Y PARTO. DECONSTRUCCIÓN DEL HOY PARA ENTENDER EL MAÑANA.....	100
4.1. PARTERA, COMADRONA, COMADRE, MADRINA, MATRONA... ..	102
4.2. MÁS ALLÁ DE LA ETIMOLOGÍA: DEFINICIONES DE PARTERA	103
4.3. PARTERÍA Y PARTERAS DEL MUNDO, EN MÉXICO, EN MORELOS.....	107
4.4. ATENCIÓN AL PARTO EN MORELOS. TIPIFICACIÓN DE LAS PARTERAS EN MORELOS.....	112
4.5. DESARROLLO HISTÓRICO DE LA PARTERÍA HASTA NUESTROS DÍAS.....	114
4.6. TIPIFICACIÓN DE LAS PARTERAS EN MORELOS	123
V. EXPERIENCIA Y ACOMPAÑAMIENTO EMOCIONAL. LA RELACIÓN ENTRE LA PARTERÍA Y MODELO MÉDICO ALOPÁTICO HEGEMÓNICO	129
5.1. EXPERIENCIA DE LAS PARTERAS.....	129
<i>Motivaciones para ser partera.....</i>	<i>133</i>
<i>Formación y entrenamiento</i>	<i>138</i>
<i>Labores y prácticas en la atención al embarazo y parto.....</i>	<i>141</i>
<i>Cuidado del espacio para el trabajo de parto.....</i>	<i>145</i>
<i>Prácticas tradicionales: herbolaria, masajes, reboso, temazcal.....</i>	<i>148</i>
<i>La placenta como símbolo.....</i>	<i>154</i>
<i>El nacimiento; entre la tradición y la simbiosis médica.</i>	<i>155</i>
5.2. EMOCIONES Y PARTERÍA	160
<i>Experiencia, emociones y afectos.....</i>	<i>161</i>

<i>De las emociones como falta de autodomínio</i>	
<i>a la mediación social y política de la gestión emocional</i>	163
<i>Emociones como dispositivos emocionales</i>	169
<i>Sororidad y violencia obstétrica; tensiones con la homogeneización capitalista</i>	170
5.3. SER OTRAS ANTE EL MODELO MÉDICO ALOPÁTICO HEGEMÓNICO.....	173
<i>Biologicismo</i>	176
<i>Relación asimétrica médico paciente y relación subordinada y pasiva de la usuaria</i>	179
<i>Profesionalización formalizada</i>	181
<i>Racionalidad científica como criterio para excluir otros modelos y prácticas:</i>	
<i>La otredad del ser partera</i>	184
<i>Expansión sobre áreas problemáticas</i>	189
<i>Tendencia al control social e ideológico</i>	194
CONSIDERACIONES FINALES	197
REFERENCIAS	207
ANEXOS	218
GUÍA DE ENTREVISTA	218
GUÍA DE OBSERVACIÓN	221

DEDICATORIA

A cada una de las parteras que me compartieron sus experiencias vitales,
que me abrieron sus espacios personales, físicos y anímicos,
que me permitieron conocer sus experiencias
y sus formas de ver el mundo.
Sin ellas la presente Tesis doctoral no habría sido posible.

A Obdulia, Francisco y Kuin
cuya forma de vida y amor,
me entregaron las llaves de la felicidad
tan preciada en estos tiempos.

A mis amores,
porque su sola existencia
ilumina los paisajes más áridos.

A mis amigas y amigos
a mis maestras y maestros,
que han sabido cultivar en mí,
por quienes puedo florecer.

A Adriana, Angie y Paulina,
Por hacer de un encuentro casual
una experiencia de vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi directora de tesis Luz María González Robledo por seis años de confianza en mi trabajo de maestría y de doctorado, por siempre tener palabras de aliento para seguir avanzando. Seis años se escriben con dos palabras, pero permanecer confiando es un regalo.

Agradezco a Ana Paulina Gutiérrez Martínez por ser maestra, amiga, compañera y una inspiración académica y personal.

Agradezco a Omar García por toda su paciencia durante tantas horas de clase en los diversos seminarios y por siempre estar atento más allá de los límites de su competencia.

Agradezco a Morna Macleod por todo el acompañamiento que generosamente me regaló a lo largo de estos años, por hacer siempre de sus espacios lugares de seguridad para expresarme sin juicios y por su lectura final de la presente investigación.

Agradezco a Sandra Treviño Siller, su atenta lectura y comentarios en relación con la candidatura doctoral y la lectura final de mi tesis doctoral.

Agradezco a Rosibel Rodríguez Bolaños por su enorme generosidad para darse el tiempo de leer el presente trabajo y por su siempre fresca amistad.

Agradezco a Berenice Pérez Amezcua por permitirse el tiempo de leer este trabajo y su siempre gentil trato que, más aún, en contextos grises se agradecen tanto.

Agradezco a todas las personas de la Facultad de Estudios Superiores de Cuautla (FESC), que me han regalados su conocimiento y su experiencia, cada quien me enseñó algo y hoy día hace parte de mi formación profesional.

Agradezco Esmeralda por ser siempre amiga y compañera, con su generosidad y cuidados. A mis compañeras de generación Iris y Ana por estar siempre presentes con un buen ánimo.

Sin duda todas ellas endulzaron la estancia en el Posgrado. Gracias a mi compañero Ignacio por su ánimo y creatividad que salen de los márgenes.

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

RESÚMEN

La presente tesis doctoral buscó conocer la experiencia y las emociones en la práctica de la partería, en el estado de Morelos. Se realizó un estudio cualitativo, apoyado en elementos del método etnográfico, y tomando como referencia las narrativas de las propias parteras, mediante entrevistas en profundidad. Los principales resultados del estudio muestran que 1) la experiencia de las parteras las ha encaminado a desarrollar y mantener prácticas que tienen una lógica distinta al modelo médico alopático hegemónico; 2) las parteras cuidan de manera significativa la dimensión emocional de las mujeres en la atención al embarazo, parto y posparto, con sensibilidad y respeto; al tiempo que 3) se mostró que dichos conocimientos y prácticas son deslegitimados desde la lógica hegemónica de la medicina alopática. El estudio concluyó que es necesario tener una mayor y mejor comprensión de la forma en la que trabajan las parteras y buscar generar espacios de diálogo con el sistema formal de salud, a fin de generar políticas inclusivas, de reconocimiento y de respeto para ellas, en tanto que de esa manera es posible apoyar a la salud de las mujeres y de quien nace en beneficio de la sociedad.

Palabras clave: emociones; experiencia; parteras; conocimientos tradicionales; medicina tradicional.

PREFACIO

El lugar de enunciación

El punto en el mundo en el que quien escribe se encuentra, es una dimensión cartográfica que permite dar cuenta de la propia epistemología. Es una conceptualización que se ha contrapuesto ante el objetivismo positivista, mostrando que puede ser más útil mostrar el propio punto de partida con toda franqueza, que pretender seguir una serie de normas que parecen sobre humanas y que ponen a quien escribe como si estuviera por encima de todo interés y flotara por sobre una estructura social determinada, sin tener un posicionamiento social y político. Un posicionamiento tal implica que se desconoce implícitamente que, así como hay violencias físicas en contra de los cuerpos y violencia económica, también hay una violencia cultural y epistemológica.

Djamila Ribeiro (2017) refiere dicha violencia epistémica como la invisibilización de saberes producidos lejos de la lógica eurocéntrica. Por su parte, Lélia González (1984), refiere a la jerarquización de conocimientos como producto de la clasificación racial de la población, diciendo también que, quien posee privilegios sociales, posee privilegio epistémico. Ambas han hablado desde el feminismo negro, compartiendo, de alguna manera el posicionamiento de Grada Kilomba (2020), en torno a su búsqueda por complejizar la categoría de “otros” que planteara Simone de Beauvoir, pues consideran que la mujer negra sería como “el otro del otro”.

Muchos de los posicionamientos referidos, tienen su origen en el llamado feminismo negro, y han aportado herramientas que abren espacios intelectivos para el entendimiento de lo social. Patricia Hill Collins (1990), ha conceptualizado lo que llama la matriz de dominación, para poder notar la intersección de las desigualdades, en las cuales puede encontrarse una persona, por ejemplo, el cruce entre raza, género, clase o generación. En ese sentido, es que hablar de lugar de enunciación ha tenido sentido en el presente estudio, principalmente en dos vertientes: por una parte, buscando contextualizar la presentación de las parteras, haciendo alusión a su experiencia individual, pero también a su dimensión grupal, entendiendo que el análisis entre lo uno y lo otro mantiene un pulso, un ir y venir. El sentido de lo grupal lo destaca Ribeiro (2017) cuando refiere:

En Brasil, comúnmente oímos ese tipo de crítica en relación con el concepto, porque los críticos parten de individuos y no de las múltiples condiciones que resultan en las desigualdades y jerarquías que ubican grupos subalternizados. Las experiencias de estos grupos ubicados socialmente de forma jerarquizada y no humanizada, hacen que las producciones intelectuales, los saberes y las voces sean tratadas de modo igualmente subalternizados, además de que las condiciones sociales los mantengan en un lugar silenciado estructuralmente. Esto en modo alguno significa que esos grupos no creen herramientas para enfrentar esos silencios institucionales; por el contrario, existen varias formas de organización política, cultural e intelectual. La cuestión es que esas condiciones sociales dificultan la visibilidad y la legitimidad de esas producciones. Una simple pregunta que nos ayuda a reflexionar es: ¿a cuántas autoras y autores negros leyeron o tuvieron acceso durante el período de la graduación quienes cursaron la facultad? (Ribeiro, 2017)

La otra vertiente que me interesa plantear en el presente estudio es otro aspecto del lugar de enunciación. Además de mostrar el que pudiese ser el lugar propio de las parteras de manera individual, como un grupo, en tanto parteras, como una clasificación mediante el tipo de partera que se consideran a sí mismas y los elementos que comparten o en los que se diferencian. Además de ello —lo cual he intentado ir trazando a lo largo de la tesis— me interesa hablar de mi propio lugar de enunciación como investigadora. Para ello decidí retomar un cuento que escribí en un ejercicio durante mis estudios doctorales, a propuesta de una querida maestra y amiga.

Dicho cuento fue resultado del planteamiento de una exploración personal acerca de las razones, los sentidos, los sentimientos, las emociones, a partir de las cuales me había planteado esta investigación, asumiendo que efectivamente nuestras investigaciones tienen un lugar de enunciación y que incluso metodológicamente es útil conocerlo. Considero que la forma narrativa del cuento propicia una comprensión más profunda de mi lugar de enunciación de una manera más profunda que si hiciera una descripción para ello. El ejercicio, no pretendía ser expuesto en la tesis o en ningún espacio público, sino que era una cuestión más personal y de autoreflexividad. Para presentarlo aquí, he preferido no hacerle ninguna modificación significativa, sino dejarlo tal como fue escrito en ese momento de manera espontánea, por considerar que preserva transparencias de sentido, más significativas que si le realizara transformación de tipo estético.

De contrastes

Lía había decidido junto con Paco, después de dos años de matrimonio, que quería tener un bebé. Por muchos años ella había cuidado de su cuerpo y de su sexualidad atendiendo a libros cuyos secretos se abrían a sus ojos, en contraste a los silencios que sobre “esos temas” su madre le había guardado.

No era nuevo para Lía, siempre se había abierto camino como mujer a contracorriente, por contrastes, como tantas otras mujeres. Por ejemplo, para estudiar; ya su padre le había dejado bien claro que ella al igual que sus hermanas no necesitaba seguir más allá de la educación básica, que eso era suficiente para ella por ser mujer “que eso del estudio se lo dejara a sus hermanos hombres”.

Lía lloró la negativa de su padre, que tanto contrastaba con su propio sentir. Después, después se secó las lágrimas y fue con su padre; le dijo que ella iba a estudiar y que si él no la apoyaba ella trabajaría para pagar sus estudios. Y... así fue, después de ella incluso sus hermanas mayores regresaron a la escuela y estudiaron licenciaturas, maestrías y doctorados.

Abrirse paso a contracorriente y por contrastes, para ella tampoco hoy era novedad. Así llevó a cabo su estudio propio en los libros para ver paso a paso y minuciosamente lo que vendría después de permitir que el proceso de fecundación siguiera su curso de engendrar una hija y de leer cómo eran las contracciones y sus flujos y sus tonalidades y el parir.

En ese proceso, Paco tenía náuseas y dejó de usar siempre su auto porque se dormía manejando. Ella sabía que eran las hormonas que intercambiaban durante el sexo y que en el cuerpo de él tenían esos efectos. A ella le hacía gracia, le conmovía mirar su emoción infantil ante su vientre abultado.

Así transcurrieron 38 semanas de embarazo... Un viernes, llegó al consultorio feliz, emocionada y conmovida a decirle a la mujer que le había hecho las revisiones médicas y el seguimiento correspondiente que su hija ya estaba por nacer. En contraste, la mujer le

respondió con sequedad: ¡no!... mira, que te faltan semanas... pero para que estés tranquila —le dijo— ven el lunes y te daré la autorización que me pides. Al día siguiente, un sábado por la noche, nació su hija.

Pasó que ese día, por la tarde, ella sintió que en su cuerpo que había llegado el momento. Le pidió a Paco que la llevara al hospital “para medir el tiempo que tardaban en llegar”. Ella sabía que su hija ya iba a nacer, pero no quería ponerlo nervioso... Al llegar a la entrada del hospital ella le pidió que se detuviera para bajarse, mientras él se estacionaba ¿se estacionaba? se preguntó él sorprendido ante la petición y la apresurada bajada de Lía.

Mientras tanto ella indicaba en la recepción que su hija ya iba a nacer, sonreía y trataba de explicar, visiblemente emocionada. Por contraste, el médico que la recibió la miró incrédulo de arriba abajo, de abajo arriba y le dijo desacreditándola ¡Ah señora! Es usted primeriza ¿verdad? ¡Aquí las atendemos cuando ya vienen gritando!

A desgano y por la insistencia de Lía la pasaron a una camilla de ingreso para revisión, en donde la dejaron acostada. Ella sentía su cuerpo caliente, sentía cómo su cuerpo se abría, sentía las continuas contracciones que se hacían más fuertes en esa posición acostada. Su calor contrastaba con lo frío de la camilla, con la absoluta indiferencia de los médicos a quienes veía a través de los cristales del hospital festejar el fin de año.

Después de una larga espera y un torrente sin fin de sensaciones pasó cerca de Lía una enfermera que hacía una revisión de rutina. Lía le pidió ayuda, volvió a repetir que su hija ya iba a nacer, la enfermera la revisó y su bebé ya coronaba, podía verse la pequeña cabecita asomarse en medio de sus piernas. Corrió a llamar a la médica, quien a su vez corrió y gritó a los médicos ¡vengan, ya está coronando, ya está coronando! Llegaron todos corriendo ya sólo a presenciar el alumbramiento y a cachar, literalmente en el aire, a su bebé. Aún uno se atrevió a decir ¡Señora, por qué no avisa!

Lía ya había experimentado esa frialdad que tanto contrastaba con el arder de su corazón y su fuerza para calentar su cuerpo y alumbrar su propio camino... Lía, como tantas

mujeres sabía de contrastes, sabía también de arder para avanzar en la obscuridad, sabía de incendiar mujeres, hermanas, amigas... y ese día aprendió también a incendiar el corazón de su hija y tantas veces más arderían como una.



Esa es la historia que escuché de mi madre en varias ocasiones acerca del día de mi nacimiento. Si bien es un tiempo remoto, considero que ha marcado el interés que tengo en el tema que he abordado en el presente estudio. El título del mismo “De contrastes”, marca mi foco de interés: el contraste que yo miraba en el autoconocimiento corporal y emocional de mi madre, su fuerza y su conciencia, con la constante negación con la que se encontraba, incluso en lo relacionado con sus intereses, deseos y su propio cuerpo. Particularmente, resultaba contrastante la manera como se presentaba ella ante profesionales de la salud, de los que se esperaba mayor comprensión del fenómeno, respeto, cuidado y una actitud profesional. Me importaba comprender cómo se construyen esos contrastes socialmente, cómo ha de convertirse en una batalla y no en un fluido proceso de amor que se ofrece como el ideal social. Por otra parte, fui viendo que no era solo una experiencia personal, sino que escuché esa historia repetida con otros rostros, otros nombres y así, dejó de ser una anécdota personal para ser un problema social en el que decidí adentrarme.

Esas narrativas de mi madre y de otras mujeres me despertaron múltiples inquietudes acerca de la experiencia, en primera instancia de las mujeres. Lo cual me llevó al proceso de escritura de la del estudio y narrativa desde el trabajo de maestría, en torno a la mirada de las mujeres acerca de la elección del tipo de parto, en el que algunas de las mujeres entrevistadas parieron en espacios no hospitalarios con parteras. En ese trabajo, observé la perspectiva de las mujeres que parían. En ese proceso tuve importantes acercamientos a la vida y práctica de algunas parteras, desde la visión de las mujeres había cosas que las parteras hacían que las dejaba con una experiencia satisfactoria y que las llevaba a preferir atenderse con parteras a pesar de los retos que ello les implicaba. Esa ruta me llevó a preguntarme ¿qué hacen las parteras? ¿cuál es su perspectiva?

Al enfrentarme a la elección del tema para la tesis doctoral, me quedaba claro que quería continuar con una temática afín y aclararme las referidas preguntas y muchas otras

que se me iban presentando conforme avanzaba en lecturas y diálogos informales. El camino, para ese momento era claro: establecer diálogos con las parteras, conocer cuál era su visión; de ahí que me interesara en el estudio de la experiencia de las parteras, especialmente, por notar perspectivas tan distintas a lo hegemónico en torno al embarazo, al parto y al postparto. Retomar la experiencia como una forma conceptual, fue un reto que parecía prometedor. Me pareció que lo más apropiado para comprender a fondo, era dar cuenta de la perspectiva de las parteras lo más fielmente posible y la búsqueda por observar su experiencia me abría camino para ello.

Ahora bien, para ese punto era yo una investigadora externa a la vida cotidiana de las parteras y para conocer su experiencia precisaba estar muy cerca de ellas. Sin embargo, había establecido un vínculo significativo con las mujeres con quienes había hablado acerca de su parto para la investigación durante la maestría, eso me volvió una persona menos externa a las parteras, permanecía, de alguna manera, como secundaria la cuestión de que yo era una investigadora interesada en entrevistarlas. En primera instancia, era la amiga de tal y cual mujer, quien me llevó a conocerla, quién me dio su contacto, quién me presentó en alguna ocasión. En segundo lugar, fue significativo que yo recidía en Tepoztlán, es decir, que mi vida cotidiana me posibilitaba conocerlas y tener a mano formas de interacción con ellas. Principalmente sucedió así con las primeras parteras. Eso me dio un rango de igualdad de alguna manera, era una mujer que cohabitaba cerca de ellas y que compartía determinado lenguaje y conocimiento del espacio y ciertas normas de interacción del lugar.

Para con las subsiguientes parteras era yo la amiga de la primera o segunda partera, eso me habría la puerta a cierta confianza y apertura. Para las mujeres fuera de Tepoztlán, especialmente para una de las parteras tradicionales que vive en otra localidad hubo una diferencia, pues si bien yo era amiga de otra partera sí hubo elementos de ajenidad que me presentaban con una figura de autoridad, en la que había una relación de poder (por haber ido a una Universidad y venir de ella), por mi propia presencia como entrevistadora y no como amistad de otra partera solamente. En ese caso me fue más difícil tratar de acercarme a ella como alguien cercana. Aquí era muy claro que el lugar social que yo ocupaba para ella era de una forma de autoridad, más allá de mis intenciones de acercamiento e incluso de mis propios sentimientos de reconocimiento a su persona o a su labor.

Otro elemento que jugó un papel importante en mi presencia como investigadora en relación con el acercamiento a las parteras fue el hecho de ser madre. Ello me abrió un acceso porque me volvía, en cierto sentido, objeto de su interés, la edad de mi hija, mi propia experiencia en el parto y en la crianza cerraba de alguna forma lazos e incitaba también preguntas, dudas y de alguna manera complicidades acerca de lo que puede ser el nacimiento para quien pare y para quien mira a alguien parir. Estos elementos implican emociones, cercanías que propician que la investigación misma sea un camino más orgánico y menos exterior para las participantes, tanto yo como investigadora como ellas como parteras entrevistadas. Esa red de significados compartidos que propiciaba el diálogo se volvieron hilos conductores que permitieron hilar ese tejido que me permitió establecer vínculos con ellas y dar y recibir de alguna forma.

Para tal proceso conté con algunas habilidades sociales de comunicación que mi propia experiencia de trabajo con grupos y comunidades que, al menos, la década anterior había precisado arduamente mi atención. Sin embargo, por otra parte, el reto era mayor en tanto que debía enmarcar de forma orgánica todo ello mediante una investigación académica. Además, el trabajo que había constituido mi formación básica, fue en la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), lo cual tiene implicaciones y retos de envergadura considerable para girar y mirar de frente a la investigación en Ciencias Sociales y, si bien, había ya tenido un acercamiento importante en los estudios de maestría, ya en esa misma línea académica, me pareció que una investigación doctoral requería de una transformación más profunda de mi propia mirada.

Por supuesto mis diversos intereses y rutas en el feminismo, la filosofía, el existencialismo, la psicología, el marxismo, entre otros elementos me habían llevado a formas de mirar lo social. Pero, hacer una investigación, con todas las implicaciones y cuidados epistémicos que requiere el pensamiento y escritura académica era otra cosa. Recuerdo que en algún momento de los estudios doctorales me dijeron que me daría cuenta de que avanzaba, cuando se pusiera en cuestión la propia confortabilidad de mi ruta epistémica. Me pareció —en ese momento— que era una bonita idea, pero ese momento llegó, realmente hubo un momento en que sentí que estaba rompiendo con mi propio campo, saliendo de mi zona de confort, en lo que leía, escribía, lo que me hacía cuestionarme y a lo que quedaba —de alguna manera— obligada, después de sacar las consecuencias lógicas

conducentes. Y, por si fuera poco, aún había que escribirlo y tratar de hacerlo lo mejor posible en medio de las propias limitantes implicadas en el tiempo, las habilidades de las que disponía y la necesidad de leer y aprender más que me persiguió y aún me persigue. El resultado de todo ello es la presente tesis doctoral.

Introducción

1.1. El contexto de la experiencia de estas parteras (planteamiento del problema)

La presente investigación se propuso conocer y analizar la experiencia de las parteras en el estado de Morelos en relación con sus narrativas, vistas a partir de dos dimensiones: 1) lo emocional como un aspecto central de la referida experiencia, en tanto que a lo largo del trabajo de campo de ésta investigación ese tema fue referido como significativo para ellas; 2) la observación de las relaciones de poder establecidas entre ellas y el sistema de salud como contexto, en tanto que fue un referente constantemente planteado por ellas a lo largo de sus narrativas. Este estudio considera que la partería se inscribe en un momento histórico particular en el que la salud de las mujeres y de quienes nacen se enfrenta a retos significativos a nivel nacional y global (por ejemplo: resolver problemas de salud, reducir la mortalidad materna e infantil, incorporar prácticas más orgánicas de atención, reducir la violencia obstétrica), y busca mostrar el significado de todo ello desde la mirada particular de las parteras entrevistadas.

El número de nacimientos a nivel mundial es aproximadamente de 95 millones al año (Worldmeters, 2019). Mientras que, para México, esta cifra es de 2,200 al año, con una mortalidad estimada en 38,9 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos (Atkin et al 2016). El tema de la mortandad materna prevenible es un problema de tal magnitud que ha ocupado a los gobiernos y organizaciones de todo el mundo, buscando darle una solución. Como parte de dicho proceso, en el año 2000, ocurrió una reunión de jefes de Estado, cuyos acuerdos fueron aprobados por 189 países, bajo el esquema de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que deberían alcanzarse en 2015; entre estos se encuentra el ODM número 5 que consiste en reducir la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes (OMS, 2019).

A pesar de los esfuerzos a nivel internacional en alcanzar las metas de esta iniciativa, así como también los enormes esfuerzos realizados en México por mejorar la atención materna, no fue posible lograr los objetivos propuestos, por lo que previo al año 2015, fueron

replanteados y se estableció la agenda 2030, mejor conocida como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En ese contexto, la necesidad de comprender los diversos aspectos en torno a las dificultades que impiden que pueda resolverse el problema de la mortalidad de las mujeres y de quienes nacen a escala mundial se vuelve urgente y es necesario sumar esfuerzos junto a las disciplinas que están buscando caminos de mejora en dichas condiciones; para ello es imprescindible un esfuerzo multidisciplinario. Es necesario que se aborde la diversidad de dimensiones que comprenden la salud de las mujeres y sus hijos e hijas durante el embarazo, parto y posparto.

La mortalidad materna prevenible se observa también como una forma de medición de la desigualdad social, se concentra en los países de ingresos medios y bajos con mayores tasas en los municipios más pobres. Además de que puedan encontrarse aspectos de orden biológico y médico relacionadas a dicha mortalidad, las causas sociales se encuentran estrechamente vinculadas e, incluso, correlacionadas. Desde las ciencias sociales, es preciso coadyuvar en el referido análisis, más aún cuando se sabe que, por ejemplo, en 2012 el riesgo de morir por una causa relacionada al embarazo, el parto o el puerperio era cinco veces mayor para las mujeres en los 100 municipios más pobres del país y tres veces mayor para las mujeres indígenas (Atkin et al, 2016).

Otro elemento distinto, pero que hace parte del contexto en el que laboran las parteras —y que está asociado a la medicalización— es el incremento excesivo del uso de la cesárea. Desde 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) implementó el uso de cesáreas en emergencias obstétricas como una estrategia para reducir la mortalidad materna; se recomendaba que el número de partos bajo esta práctica quirúrgica no excediera el 15% del total de nacimientos al año en cada país. Sin embargo, los partos por cesárea superaron, desde el año 2010, el 36% del total de los nacimientos registrados aún cuando estudios realizados en ocho países en América Latina demostraron que la cesárea conlleva un alto número de complicaciones y riesgos para la salud (García, et al., 2012).

Buscando revertir la problemática, desde los años ochentas, la OMS promovió el parto natural y su atención integral adecuada al contexto cultural de las madres; con tal finalidad, el Estado mexicano implementó programas de capacitación para parteras y buscó regular el uso de la tecnología. Sin embargo, los logros alcanzados en cada uno de dichos

aspectos han sido insuficientes (García, et al., 2012). Lo antedicho se encuentra relacionado con un proceso continuo en la medicalización del embarazo y el parto que incluye la medicalización de los procesos normales que se constituye, a decir de Hernández y Echevarría (2014), como una “etnoobstetricia” caracterizada por la medicalización de los procesos normales, el control biotecnológico y la organización protocolizada y mecanizada del trabajo.

La estructura de medicalización ha sido promovida por la predominancia del modelo médico alopático hegemónico, el cual es entendido como: 1) una propuesta conceptual pertinente para evaluar cómo la biomedicina, sin demeritar sus logros en la mejora de las condiciones de salud de las poblaciones, secundariza, anula y demerita otros saberes populares y colectivos del conocimiento medicinal ancestral comunitario.; y 2) como un factor que excluye el diálogo más dinámico o menos jerárquico a los pacientes en la relación médico-paciente (Huerta, 2015).

La propuesta conceptual de modelo médico alopático hegemónico que se emplea en esta investigación doctoral es deudor directo del concepto de Menéndez (1988; 2020; 1992), quien alude a un modelo médico hegemónico, definiéndole como

el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del S. XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, 1992).

En el presente estudio, se ha añadido la adjetivación específica de alopático. En otros espacios de investigación social, también se le nombra como biomedicina. Aquí se entiende lo alopático como forma opuesta a otras maneras de medicina. Si bien lo alopático ha sido utilizado como concepto opuesto la homeopatía, se utiliza también para hablar de formas de medicina alternativa y es de esa manera como se incorpora aquí. Así mismo, se utiliza dicho concepto para caracterizar el tipo de medicina que hoy hegemoniza, sus principios y su sentido. En este momento no hay otro modelo que compita con la hegemonía del alopático, sin embargo, el darle historicidad, el definirlo, posibilita también poner en cuestión su

prevalencia como único, muestra que otro u otros modelos podrían prevalecer; ya fuese un tejido de ellos o alguna otra forma de interacción que pudiese ser configurada. Busco pues, desestabilizar la concepción incuestionable de su figura. Con la precisión de alopático busco retirar el halo que le rodea como único y abrir la mirada a otras formas de medicina.

El modelo médico alopático hegemónico ha desempeñado un papel que subraya la medicalización del proceso de embarazo, parto y postparto, lo que no se refiere únicamente al hecho de que se utilicen medicamentos innecesarios en el proceso de atención, sino que se lleven a cabo una serie de protocolos que homogeneizan a las mujeres en el trato, que no consideran necesidades básicas de movimiento, posición y alimento como el centro del proceso, sino que hacen prevalecer las necesidades de tiempo, espacio y rutina del personal médico como parte dicho modelo y además establecen mecanismos que resultan en procesos de control del cuerpo de las mujeres tanto de las parteras como de las mujeres que son atendidas, al presentarse como una autoridad incuestionable (Menéndez, 1988).

La asociación entre modelo médico alopático hegemónico y la medicalización del parto, han tenido efectos negativos para otras formas de atención al parto. Así se constata en el caso de la partería; aún cuando está demostrado que invertir en personal de partería competente, motivado y respaldado, es una estrategia costo-efectiva (Atkin et al, 2016); lo que implica que también es económicamente viable para mejorar la calidad de la atención y los resultados maternos y neonatales. Lo anterior ocurre a pesar de que, se ha estudiado y mostrado que, si la atención por parteras estuviese disponible y fuese accesible para todas las mujeres y sus bebés, se podrían evitar dos tercios de las muertes maternas y la mitad de las muertes de recién nacidos, siempre y cuando las parteras dispusiesen de una buena formación, de acceso a los equipos adecuados y del apoyo necesario (Atkin et al, 2016).

La partería tiene una larga historia en México, ha sido una práctica ancestral ejercida por las parteras a lo largo de casi todo el país. Sin embargo, hasta el día de hoy, ni las parteras tradicionales ni las profesionales han tenido el debido reconocimiento, ni un espacio de actuación claramente definido dentro del sistema de salud (Atkin et al, 2016). Además, ha ocurrido un proceso de silenciamiento en el diálogo con la partería, en el cual las parteras han sido despojadas de la palabra mediante mecanismos de poder (Butler, 1997; Foucault, 1977). Aunque la práctica de las parteras ha sido central en la atención a las mujeres embarazadas y los recién nacidos, los intereses políticos y económicos de grupos de poder al

interior de la práctica médica alopática, han tomado su conocimiento para profesionalizarlo como parte de la medicina, lo cual resultó en beneficio de la profesión y la salud en general. Sin embargo, al mismo tiempo se comenzó a prohibir la labor de las parteras de diversas maneras (ver capítulo tres, correspondiente al abordaje histórico). Bajo la consideración de que ha existido históricamente ese silenciamiento y consecuente reducción de la partería es que en el presente estudio se consideró necesario escuchar y presentar la perspectiva y narrativas de las parteras, acerca de sus propias prácticas, el sentido de éstas y las relaciones de poder establecidas con el sistema de salud.

El propósito de la investigación fue conocer y comprender las experiencias de las parteras de Morelos en la atención del embarazo, parto y posparto a partir del manejo de las emociones y la interacción con el sistema formal de salud. Para ello se buscó comprender, en términos históricos, el contexto general en el que ha ocurrido la labor de las parteras en el proceso de atención al parto en México y analizar la experiencia de las parteras en relación con la atención que ofrecen durante el embarazo, parto y post parto, lo cual se realiza bajo la consideración de que es una forma de escuchar esas voces que han sido silenciadas.

En la escucha de las experiencias se pudo comprender —mediante resultados del análisis de las entrevistas— que el tema de referencia en torno al acompañamiento emocional que realizan las parteras en atención a las mujeres a quienes atienden es una dimensión determinante de su experiencia y práctica cotidiana. Por tal motivo, se buscó conocer y analizar en qué consiste y cómo funciona la labor emocional que realizan las parteras y qué papel juega en la atención que prestan a las mujeres durante el embarazo, parto y post parto desde su experiencia. Resulta significativo entender lo que tienen que decir las parteras acerca de la medicalización del parto y el papel que juega el poder en relación con las experiencias y prácticas de las parteras. Por ello la presente investigación buscó analizar las relaciones, posibles problemas y dificultades que perciben las parteras en su interacción con el modelo médico en la atención a la salud a lo largo de su experiencia.

El planteamiento de dichos propósitos motiva el poder comprender en qué consisten las prácticas de acompañamiento emocional de las parteras y especificar cuál es el sentido que tienen para ellas. Además, tales propósitos, posibilitan conocer qué prácticas de resistencia, adaptación o subordinación llevan a cabo las parteras en las condiciones actuales de prevalencia del modelo médico alopático hegemónico. Los planteamientos de la

investigación recién aludidos discurren bajo la consideración de que las interacciones entre las parteras y el modelo médico no son aspectos meramente mecánicos, sino que implican al cuerpo de las propias mujeres parteras que se encuentra directamente involucrado y, junto con él, una serie de emociones correlacionadas.

La elección de los tres conceptos teóricos que rigen el presente estudio tiene una directriz unifocal, encaminada a comprender la experiencia de las parteras. En primer lugar, se ha decidido abordar el tema de estudio a partir de la exploración de las emociones porque al trabajar en el campo de la investigación con las parteras y acompañándolas en sus trayectorias cotidianas se notó lo importante que para ellas es el cuidado emocional consigo mismas, así como con las mujeres a quienes atienden.

Dada la importancia de las emociones para la práctica de la partería, es significativo el abordar teóricamente lo emocional desde una perspectiva social. Lo cual torna posible profundizar en el estudio y comprensión de dicho elemento como parte nuclear de su experiencia. Las referencias que ellas hacían en torno al personal médico, el sistema médico, las capacitaciones, los hospitales, entre otros elementos, son considerados como parte de su experiencia y como una forma a veces contrapuesta, y otras veces incorporada en su propia práctica. Dichas dimensiones se mostraron como un aspecto conformador de su experiencia, por lo que se consideró como una dimensión central del análisis, en tanto que favorece la comprensión de la experiencia de las parteras en los últimos años y dan cuenta de su configuración actual.

Poder escuchar la experiencia de las parteras permite observar otra forma distinta de atender en relación al modelo médico alopático hegemónico. Así mismo, posibilita conocer lo que hacen las parteras en el trato con las mujeres; el tipo de cosas que privilegian antes de llevar a cabo prácticas propias de la atención alopática centrada en las mediciones; el silencio como parte de un “buen comportamiento” de las mujeres a quienes atienden; la quietud (inmovilización) de sus cuerpos.

Es importante mencionar que la presente investigación ha procurado poner el foco de la atención en la experiencia y mostrar elementos e investigaciones que posibiliten comprender la visión de las mismas de manera radical: desde la raíz de sus concepciones. En este sentido, existen planteamientos y perspectivas que pueden presentarse como dicotómicas, como imaginarios que buscan quitar un reconocimiento ganado por la

biomedicina, sus logros y alcances. Sin embargo, no es la intención del texto, sino que seque el discurso que prevalece es el del modelo que hoy hegemoniza y que, por la manera en que lo hace y por sus contenidos, subordina a otros discursos como el de la partería. En ese sentido es que aquí retomo la experiencia para tratar de hacer una lectura desde otra mirada que abra la perspectiva general de cómo se observa.

La perspectiva planteada con anterioridad no es simplemente un elemento premeditado, sino un resultado de las circunstancias observadas y analizadas. Un ejemplo de ello es cierta simbiosis de elementos o abordajes médicos que en la práctica de la partería se puede encontrar en el caso de algunas de las mujeres entrevistada; tal es el caso de la incorporación de los estudios médicos que se solicitan a las mujeres, entre otros elementos que pueden leerse en el capítulo de resultados (capítulo IV) de la investigación.

Es preciso referir que, para la presente investigación, se ha buscado darle peso central a la experiencia para leer de otra manera la atención a la salud de las mujeres y de quien nace, mostrar a fondo su perspectiva y las críticas implícitas y explícitas de ellas y de autoras que siguen sus perspectivas. Dicha lectura no pretende generar contraposiciones, sino que busca posibilitar otras lecturas que puedan propiciar la observación de otras perspectivas distintas a las figuras hegemónicas y, con ello, enriquecer también la perspectiva de la atención a la salud de las mujeres y de quien nace, de quienes son actoras y actores en esos contextos, permitiendo mirar sus palabras en otras parteras (para el caso de las parteras) o el caso de la perspectiva y experiencia de las parteras (para la mirada de los médicos y médicas) en la medida en que podamos flexibilizar nuestra mirada.

1.2. Acerca del objeto de estudio. La experiencia, las emociones y sus sentidos desde la partería

Para abordar el objeto de estudio de esta investigación, es preciso referir, bajo un primer acercamiento, que la diversidad de las parteras que hoy día laboran en las distintas partes de México es particularmente subrayada por la falta de formas de profesionalización, las cuales precisan que cada una diseñe su propia ruta de formación. Es posible encontrar parteras profesionales, tradicionales, técnicas, autónomas, empíricas; todas ellas se definen de múltiples formas y buscan estar o no dentro del sistema de salud; hay también quienes quieren

trabajar en espacios como centros de salud y hospitales para tratar de generar cambios en el trato a las mujeres en esos espacios.

La primera elaboración teórica llevada a cabo para la definición del objeto de estudio tiene relación con el espacio geográfico, en tanto que consiste en un acotamiento territorial que, si bien originalmente se había planteado para centrarse en el municipio de Tepoztlán en el estado de Morelos, dado el seguimiento a la trayectoria de las parteras entrevistadas fue necesario ampliar la escala de análisis la totalidad de la entidad, en tanto que las parteras no se limitan ni se definen territorialmente de manera única dentro de un municipio. Si bien hay parteras que aún se encuentran adscritas a una comunidad, comprendida como su municipio y sectores espacialmente cercanos, otras parteras se encuentran definidas por una comunidad cuya caracterización espacio temporal no está en un territorio físico, sino en un *territorio por afinidad*¹, en el cual, las parteras interactúan con mujeres que buscan un parto natural, un parto en casa o bien a mujeres que no quieren ser atendidas en un hospital.

Un segundo acercamiento para delimitar el objeto de estudio tiene que ver con las temáticas que se han rastreado en torno a la experiencia de las parteras, la cual no es entendida en su sentido coloquial, sino como una conceptualización teórica a partir de los planteamientos que hiciera Joan Scott (2001). La búsqueda por darle historicidad a las narrativas de las parteras, a su experiencia, ha llevado a mostrar su voz y, también, a contextualizar el momento en el que se encuentran y cómo ha ido evolucionando la partería y la medicina. La investigación aquí presentada se ha enfocado a observar, de manera particular, cómo sucede la experiencia de las parteras en relación al acompañamiento emocional que hacen de las mujeres a quienes atienden y a sus propias emociones.

La dimensión teórica que ha definido al objeto de estudio de la presente Tesis doctoral representa una singular fuerza explicativa a lo largo de la investigación, quizá por la afinidad que guarda la herramienta teórica con el objeto mismo. La experiencia de las parteras conlleva una trayectoria de gestión y acompañamiento emocional que ocurre de manera casi permanente a lo largo de su labor; por lo que la categoría teórica del estudio de las emociones

¹ Entiendo como territorio por afinidad a un espacio no físico-geográfico sino un espacio determinado y construido por quienes interactúan en él y encuentran formas similares o afines de comunicación, intereses y rutas vitales, prevaleciendo como secundario el territorio que habitan.

—asociada a la empatía emocional— permite comprender sus trayectorias y prácticas en función de la experiencia de las parteras. Además, dicha asociación teórica entre experiencia y emociones posibilita mirar el referente emocional permanente con el que se desempeñan las parteras en su cotidianidad. De forma que la amalgama entre realidad y teoría me ha permitido mirar, desde la teoría y desde las necesidades explicativas del objeto.

Una de las dimensiones importantes de la conceptualización teórica de la experiencia consiste en que se le de a ésta una historicidad para, así, también especificarla y dar cuenta del lugar de enunciación de las parteras. Por este motivo, es que en la investigación se habla de la relación entre las parteras y el modelo médico alopático hegemónico, de manera que se posibilitara mirar las lógicas que subyacen a ambos modelos, buscando comprender lo que significa para ellas, por ejemplo, encontrarse en la dualidad de estar “incorporadas al sistema de salud”, mientras que tienen que dejar de realizar algunas de las prácticas que hicieron siempre para poder tener el “permiso de practicar”, o seguirlas llevando a cabo de manera oculta, en tanto que se encuentran condicionadas a presentarse una vez por mes a capacitaciones para que les otorguen los certificados de alumbramiento, lo que constituye una búsqueda de control de sus prácticas por parte de un modelo que determina lo que es un conocimiento válido y lo que no lo es en función de sí mismo.

Una tercera elaboración teórica para delimitar el objeto de estudio consiste en tomar en consideración el análisis apriorístico sobre las emociones, para poder observar, dentro de las narrativas de las parteras, lo que las motiva, lo que las define como tales. Al respecto, durante el proceso de investigación se encontraron una serie de prácticas coincidentes y que confluyen en una línea de empatía y cuidado emocional de las mujeres a quienes atienden, y puede mirarse ahí reflejos de sus experiencias autobiográficas sobre su nacimiento y el de sus propios bebés. Lo cual llevó también a dar cuenta del tema del acompañamiento emocional el cual se alimenta con los hallazgos del trabajo empírico.

De las referidas elaboraciones teórico metodológicas, territoriales, teóricas y analíticas he articulado la estructura de la investigación a partir del establecimiento de tres categorías:

1) *Las experiencias de las parteras*. Esta categoría se encuentra vinculada a la conceptualización de la experiencia, con ella se explica lo empírico y, desde ahí, se regresa

a una nueva resignificación teórica que puede verse en la descripción de la categoría en el apartado de resultados.

2) *La gestión emocional como eje de la labor de las parteras*. Partiendo de la teoría de que la observación de los fenómenos sociales con la mirada puesta en las emociones favorece la comprensión de otros aspectos de lo social, se observa lo empírico y se regresa a una significación analítica específica de cómo discurren las emociones en el caso de las parteras a quienes entrevisté.

3) *El ser otras personal y laboralmente*. Esta categoría se encuentra asociada a la teoría del modelo médico alopático hegemónico, siendo éste utilizado como un reflejo de contraste para analizar las lógicas que subyacen en ambos modelos (el modelo de partería y el modelo médico alopático hegemónico). Buscando, de esa manera seguir una vigilancia epistemológica “frente a la tentación de definir el objeto a priori” (Ariza, 2016).

Estructura de la tesis

La estructura de la tesis se encuentra fundada en los objetivos particulares de la investigación, se conforma por cuatro capítulos más un apartado de consideraciones finales. El primer capítulo se centra en el abordaje teórico de la investigación. Presenta la forma de abordar la experiencia desde la perspectiva de Scott (2001), incluyendo para ello los aspectos planteados por Mohanty (1991; 2008), desde la particular lectura y aportes de Ston-Mediatore (1999). La conceptualización de la experiencia se toma como eje rector para comprender la perspectiva de las parteras entrevistadas acerca de su propia formación como tales y de la manera en que llevan a cabo sus labores de atención y lo que ello implica en su despliegue para con las mujeres a quienes atienden.

En segundo lugar, se exploran las consideraciones que hacen las parteras en torno a la importancia de las emociones en la atención a la salud de las mujeres y de quien nace y se refiere a las prácticas concretas que despliegan para con quienes atienden y su propia emocionalidad. Dicho abordaje de las emociones se hace considerando algunos de los planteamientos propuestos por Ariza (2016) para observar los fenómenos sociales considerando la dimensión emocional como aspecto significativo que puede aportar una mirada mas integral de lo social; la perspectiva de López (2011; 2013) resulta significativa particularmente para considerar las formas en que se ha representado a la mujer y a su cuerpo

desde la medicina hegemónica y la visión de Bericat (2000) permite analizar aspectos concretos del trabajo desempeñado por las parteras. Se realiza un análisis de lo social *con* la consideración de las emociones (Hochschild, 1975). Tales planteamientos resultan en una forma de acercamiento exploratorio.

En tercer lugar, se considera el abordaje del modelo médico hegemónico planteado por Menéndez (1988; 1992; 2020), particularizándolo como específicamente alopático por el tipo de atención y forma tratamiento que desempeña en relación con la salud. Tal caracterización de la forma de abordar la atención a las mujeres y a quien nace con la que se ven contrapuestas las parteras y la cual responde a una lógica muy distinta a la de ellas permite observar los contrastes entre ambas y los efectos que una figura hegemónica ha tenido sobre otro tipo de conocimiento. Este apartado tiene un correlato práctico en la observación empírica en la que las parteras y el personal médico tienen una suerte de diálogo permanente en el que uno de ellos despliega formas de poder y permite también mirar las consecuencias para las personas en lo individual y también bocetar lo que sucede con la dominancia de una única forma de conocimiento reconocida sobre otra infantilizada y vuelta lo otro, secundario y prescindible o, más aún, cuando se encuentra cruzado por prejuicios de raza y género.

El segundo capítulo corresponde al apartado metodológico de la investigación. En él se ofrecen las principales características del estudio, que retoma elementos de la investigación etnográfica para acercarse a conocer la experiencia y emociones de las parteras mediante la realización de entrevistas en profundidad con parteras que habitan y laboran en municipios de Morelos. En él se muestran las formas en que se logró acceder y conformar el campo de investigación que más allá de ceñirse a un territorio concreto se fija en la construcción experiencial, emocional y de diálogos planteados por las narrativas autobiográficas de las parteras. Se muestran las formas de construcción del *rapport* que busqué conformar, los retos que ello implicó, así como el procesamiento de la información y el análisis, los significados de mi presencia en el campo y la reflexividad implicada en dichos procesos.

En el tercer capítulo se inicia la presentación de lo que son propiamente los resultados, organizados a partir de los objetivos; particularmente lo correspondiente al primero. Por una parte, se retoman elementos que nos acercan a la comprensión de la partería hoy; la

etimología que define los nombres de las parteras, las maneras en que se las nombra, se las define legalmente en los contextos nacionales e internacionales desde la perspectiva de los actores de tales definiciones, las dimensiones en que se estructura su tipificación. La forma en que la profesión médica ha discurrido en la representación social de la parturienta como enferma y la evolución de los servicios de atención materna basados en ella y los contrastes prácticos de la partería; así como la manera en que ha ocurrido tal proceso desde las posiciones de poder y los procesos de subordinación laboral.

El cuarto capítulo se concentra en presentar los resultados de la investigación correspondientes con los objetivos dos (experiencia de las parteras), tres (labor emocional de las parteras) y cuatro (relaciones con el modelo alopático hegemónico); ello mediante las narrativas de las propias parteras, desde sus voces organizadas temáticamente según las consideraciones teóricas y los temas más destacados y planteados desde sus propias voces. En este apartado se va conformando un análisis que busca dar cuenta de las tres grandes divisiones referidas.

En la primera de ellas se consideran las subcategorías que reflejan sus motivaciones para ser parteras, la formación y entrenamiento que tuvieron, las labores que desempeñan, el cuidado del espacio para el trabajo del parto, las prácticas tradicionales y el nacimiento.

En la segunda, se abordan sus afectos y emociones, así como la transformación práctica que hacen de una consideración generalizada de las emociones como una falta de autodominio a un uso político de gestión en favor de las mujeres a quienes atienden; se busca dar cuenta de los contrastes entre la sororidad y la violencia obstétrica y las tensiones de ello en su experiencia.

Y, en la tercera, se contrastan las principales prácticas con los elementos señalados en la conceptualización de la medicina hegemónica como el biologicismo, la relación asimétrica medico-paciente, la racionalidad científica como un criterio de exclusión de otros modelos como el de partería, la forma en que esta estructura se expande sobre otras áreas produciendo problemas y la tendencia a ejercer formas de control social e ideológico.

1.3. Preguntas y objetivos de la investigación

Pregunta general

¿Cómo son las experiencias de las parteras de Morelos en la atención del embarazo, parto y posparto a partir del manejo de las emociones y la interacción con el sistema formal de salud?

Preguntas particulares

1. ¿Cuál es el contexto histórico general del que deriva la experiencia de las parteras en el proceso de atención al parto en México?
2. ¿Cómo es la experiencia actual de las parteras en Morelos en la atención al embarazo, parto y post parto?
3. ¿En qué consiste y qué sentido tiene para las parteras la labor emocional que realizan durante la atención al embarazo, parto y post parto?
4. ¿Cómo son las relaciones, posibles problemas y dificultades de las parteras en su interacción con el sistema de salud?

Objetivo General

Partiendo del contexto histórico del papel de las parteras en México, el objetivo principal del estudio es conocer y comprender las experiencias de las parteras de Morelos en la atención del embarazo, parto y posparto a partir del manejo de las emociones y la interacción con el sistema formal de salud.

Objetivos específicos

1. Conocer y comprender en términos históricos el contexto general en el que ha ocurrido la labor de las parteras en el proceso de atención al parto en México.

2. Conocer y caracterizar la experiencia de las parteras en relación con la atención que ofrecen durante el embarazo, parto y post parto.
3. Conocer y explorar en qué consiste y cómo funciona la labor emocional que realizan las parteras y qué papel juega en la atención que prestan a las mujeres durante el embarazo, parto y post parto desde su experiencia.
4. Conocer e identificar las relaciones, posibles problemas y dificultades que perciben las parteras en su interacción el sistema de salud a lo largo de su experiencia.

1.4. Justificación

Considero que la presente investigación es relevante para el desarrollo de las ciencias sociales en salud, para la observación aplicada de la categoría de la experiencia y para los estudios de las emociones. Así como para observar las relaciones de poder entre el sistema de salud y otros modelos de atención, particularmente para la exploración de los efectos de subordinación de un conocimiento sobre otro. De igual forma puede ser de utilidad para pensar las relaciones de determinados actores sociales con el modelo médico alopático hegemónico y para observar la forma en que determinados elementos del actual modelo han sido incorporados a la práctica de la partería.

Su relevancia en cuanto a los estudios relacionados con la experiencia radica en que, observar la partería y a las parteras mismas, desde la perspectiva experiencial subjetiva, puede permitir mirar cómo funciona ésta desde su perspectiva en sus aspectos individuales, grupales y sociales. Así mismo notar cómo construyen su experiencia y los conocimientos que han desarrollado. También posibilita observar las reacciones que experimentan ante un proceso de transformación por la dominación histórica del modelo médico alopático hegemónico y las formas que las parteras tienen, en este contexto, para hacer frente a los procesos que aparecen ante ellas bajo formas de rebeldía, o la medida en que se pueden adaptar e, incluso, hacer parte de los procesos de medicalización, conservando rutas de acción que no son parte del modelo hegemónico y otras que quedan subordinadas o incorporadas a sus propios procesos de atención. Del mismo modo se pueden observar las formas de

resistencia con las que actúan ante procesos de discriminación, silenciamiento y deslegitimación.

Todo lo anterior en el contexto en el cual las parteras se encuentran dentro de un país que ha sido llamado de tercer mundo o emergente, según quién busque caracterizar a México. Un país en el cual —durante décadas— han prevalecido políticas de corte neoliberal que no han tenido como centro el apoyo a la salud de la población y, menos aún el apoyo a otro tipo de conocimientos de tipo local o manejo de salud alternativa. Dicho entorno conforma la parte estructural en la que se desarrolla la experiencia de las parteras; un contexto económico y político desfavorable para su desempeño laboral.

La relevancia de la investigación en cuanto a las ciencias sociales en salud radica en que el estudio podría posibilitar la observación de otras formas de atención a la salud de las mujeres y de quien nace, distintas a las del modelo hegemónico. A sí mismo, puede abrir la posibilidad a notar cómo se han delimitado las relaciones de las parteras entre lo que se considera hegemónico y lo que se considera la otredad. Por lo que se puede permitir observar la relación entre lo legítimo y lo ilegítimo, la forma en que las relaciones sociales entre las parteras y el personal médico ejercen un efecto en los temas de salud en las mujeres, la forma en que actúa un conocimiento encarnado individual y colectivamente como no hegemónico ante un conocimiento legitimado como tal.

Otro aspecto significativo en cuanto a la pertinencia del estudio consiste en que, siendo abordado como una investigación que observa las narrativas de las mujeres parteras, permite mirar, de primera mano, la forma en que las mujeres parteras significan y experimentan los procesos de transformación de su propio conocimiento. Conocer desde dónde se colocan frente a la atención a la salud de la población y sus criterios para ello; notar —desde su mirada— cómo son estos procesos y qué implicaciones tienen. Lo dicho puede permitir comprender los procesos que ocurren socialmente en relación con los conocimientos y de qué manera inciden en la salud de las mujeres en este espacio concreto. Así como también el efecto que éstas interacciones tienen en quienes prestan los servicios de tipo hegemónico con quienes atienden desde espacios y modelos no hegemónicos.

En relación a los estudios sobre las emociones, el presente estudio, puede resultar de utilidad en tanto que permite observar los efectos que tiene la consideración de las emociones para la investigación social, los efectos de las emociones en las decisiones de las parteras

para la atención y el sentido que guarda la gestión emocional para los procesos de atención en salud; particularmente la manera en que funcionan los cuidados emocionales en la atención a la salud de las mujeres y de quien nace desde la experiencia de las parteras y abrir brechas de investigación en pro de dicha salud.

II. Experiencia y emociones en el contexto del modelo médico alopático hegemónico

El eje teórico fundamental que da soporte a la presente investigación es el concepto de experiencia. Como parte de la búsqueda por comprender y conocer la experiencia de las parteras, desde su propia perspectiva, al momento de las entrevistas realizadas, destacaron otros elementos que han dado lugar a la incorporación de dos conceptos, además del ya referido. Entonces, tenemos que el segundo de ellos es el que se encuentra vinculado con el trabajo emocional que las parteras llevan a cabo con las mujeres embarazadas a quienes atienden, por lo que apoyada en los estudios sobre las emociones (Ariza, 2020; López, 2013; Bericat, 2000), he buscado dar cuenta del trabajo que las parteras realizan en ese sentido y que parece ser —según sus propias referencias— un núcleo importante de su trabajo, por el sentido y significado que tiene para ellas.

En la búsqueda por comprender las relaciones de poder que se establecen entre las parteras y el sistema de salud —en tanto que éste fue una referencia constante de diálogo explícito e implícito a lo largo de las entrevistas— el tercer concepto que he incorporado al presente estudio, lo he retomado de la teoría elaborada por Menéndez (1988; 1992; 2020): el concepto de modelo médico hegemónico. Dicha incorporación la he realizado en razón de que, a lo largo de las entrevistas, observaciones y conversaciones con parteras, se ha mostrado un proceso de transformación que me ha sido referido por ellas y que les ha resultado significativo en su experiencia. Me refiero a que hoy se encuentran, muchas de ellas, orilladas a un tipo de interacción previamente determinado en su forma y contenido por el sistema de salud y ello ha tenido diversas implicaciones para las parteras y ha generado reacciones y respuestas tanto positivas como negativas e, incluso, transformaciones en sus prácticas cotidianas. Considero que esos efectos en su experiencia pueden ser observados de mejor manera con la conceptualización de Menéndez, particularmente con la figura que les presenta a las parteras hoy, el modelo médico hegemónico, como modelo de salud dominante. Este concepto cruza con la experiencia de las parteras y tiene efectos en sus determinaciones emocionales de forma individual y gremial.

Retomando el referido concepto de Menéndez, consideré pertinente realizar la precisión del tipo de atención que hegemoniza la atención a la salud: la medicina alopática.

Si bien más adelante puntualizaré lo que entiendo por el modelo médico alopático hegemónico, aquí cabe decir que la especificación de dicho modelo como concretamente alopático tiene sentido en tanto que refiere que es una de las formas en que se trata la salud actualmente y que, sin embargo, las maneras en que hegemoniza implican formas de control y subordinación de otras maneras de entender y tratar el proceso de salud-enfermedad-atención. Tal condición de esos procesos tiene sentido de ser estudiados, comprendidos y puestos en cuestión en tanto que, por ejemplo, México es un país en el que existe una diversidad de formas de comprender y abordar la salud que quedan como marginales ante la prevalencia de un único modelo legitimado.

Entonces, dicho de manera sintética, ofrezco una figura teórica tripartita, pero con un foco principal de análisis: la experiencia de las parteras, y me apoyo en la consideración de las emociones y las relaciones de poder apoyadas en la concepción del modelo médico hegemónico específicamente alopático para, en primer lugar, hablar de una dimensión fundamental del trabajo de las parteras —dicho de manera breve— su labor emocional. Por otra parte, ésta última conceptualización es vista aquí como una herramienta que permite visibilizar la dimensión externa pero interiorizada y, de alguna manera, encarnada en la experiencia de las parteras a la que ellas se contraponen y, ante la cual, han convalidado, incorporado o confrontado según el momento y lugar.

2.1. EXPERIENCIA

El concepto de experiencia, como otros utilizados dentro de las ciencias sociales, tienen implícita una dificultad para su comprensión y, especialmente, para su utilización dentro de la investigación. Me refiero a que, siendo una palabra usada de manera coloquial —como parte del sentido común— por cualquier persona, independientemente de su actividad o profesión, y siendo una palabra que no pertenece exclusivamente a las ciencias sociales, es preciso dotarla de un contenido que la defina en su justa medida, de forma tal que pueda fungir como una herramienta conceptual para acercarnos a la complejidad de la vida de las parteras.

Considero que es un concepto que posibilita la comprensión de los procesos en los que se encuentran inmersas las mujeres parteras a quienes he entrevistado y que a partir de

su definición el concepto puede ser desbrozado, expuesto y desentrañado. Ello, a fin de permitir un acercamiento a sus vivencias, buscando que dicho concepto nos lleve a comprender la experiencia de estas parteras en Morelos. Y, así mismo, que nos posibilite observar en amplitud cómo es el proceso que las conforma con una determinada experiencia desde el sentido que tiene para ellas y para su labor en lo que respecta al proceso de atención al embarazo, parto y postparto. Es de esa definición de la que me ocuparé en esta primera parte.

Una característica importante al hablar de la experiencia y que otorga sentido a la elección de dicho concepto para la exploración de las parteras es que ha sido un concepto acuñado para hablar de realidades ignoradas, deslegitimadas o dejadas de lado:

La experiencia fue convocada para que pudiera hablar de aquello para lo cual la ciencia neutral no tenía ni palabras ni protocolo de experimentación, Y esta ausencia de un lenguaje y de un método disponible para visibilizar estas realidades-otras, fue bien interpretada (y denunciada) como la existencia y el despliegue de un poder. Un poder mordaza. Poder que desprecia, deslegitima, subestima y, finalmente, no ve sujetos subalternos; ni sus historias, ni sus condiciones específicas de existencia... La experiencia fue citada a dar testimonio de formas de dominio y de opresión productoras de sujetos subalternos (Trebisacce, 2016).

En el concepto de experiencia destaca, desde sus orígenes, la crítica al conocimiento neutral, en cambio, ofrece un conocimiento situado. En ese sentido, importa precisar el punto desde el que quien escribe se encuentra, así como también del punto en que se sitúa el tema tratado y quienes han llevado a cabo esa experiencia.

El caso de la partería en México tiene en su historia reciente la subalternidad, la otredad: las mujeres parteras —para la medicina hegemónica actual— se han mostrado en diversos momentos como ese otro ajeno, lo cual puede observarse en su desarrollo histórico (Ver capítulo III). De manera que resulta importante referir que la propia génesis del concepto de experiencia tiene un origen histórico y conceptual análogo a la historia de la partería en México. Es un concepto que se ha construido para tratar justamente esos silenciamientos, las personas de la historia que han sido acalladas por diversos motivos. De eso da cuenta la experiencia de las mujeres parteras, así como también de la medida en que ha tenido efecto en su sentir, pensar y actuar, así como en sus contextos socio culturales. Respecto al desarrollo histórico del concepto no me he de ocupar aquí por considerarlo como fuera del foco central de esta investigación: la experiencia de las parteras.

Dentro de la trayectoria del concepto de experiencia, las diversas perspectivas desde las cuales ha sido estudiado y los múltiples aportes, me interesa destacar los planteamientos que al respecto han hecho tres autoras: Joan W. Scott (2001), Chandra Tlalpade Mohanty (2008) y Shari Stone-Mediatore (1999), pues considero que a partir de las conceptualizaciones sobre la experiencia que ellas han desarrollado es posible conformar un concepto propio de experiencia que permita abordar y comprender la experiencia de las parteras en Morelos, si bien la principal conceptualización la retomo de Scott (2001). Esto tiene sentido porque, si bien la experiencia es un concepto que puede ser útil para comprender a diversos actores de la sociedad, resulta particularmente significativo para contextos como el que aquí nos ocupa. Ello nos acerca a la comprensión social en espacios en vías de desarrollo, acallados al no hacer parte de los espacios hegemónicos que han tomado la palabra, quedando —intencionalmente o no— fuera, sin siquiera la posibilidad de hablar sobre sí mismos en los ámbitos de dominio o hegemonía.

También tiene sentido porque las parteras conforman un sector de la sociedad dedicado a la atención a la salud que ha sido relegado por las condiciones económicas del país y por la serie de políticas neoliberales que se han llevado a cabo durante décadas en México en detrimento de las condiciones estructurales de salud del país; esto a pesar de los esfuerzos de dicho ramo y de otros grupos de la sociedad. Así mismo, es preciso considerar el cruce del género en esta investigación en torno a las parteras, pues su condición de ser mujeres —como es el caso de todas las entrevistadas de esta investigación— las coloca en una situación particular de la que habrá que dar cuenta contextual y particularmente.

La experiencia desde Joan W. Scott

Para abordar propiamente a la experiencia, quiero comenzar refiriéndome a la conceptualización que lleva a cabo Joan W. Scott (2001), quien ha puesto el acento en que el análisis de la experiencia explore más allá de concepciones que esencialicen a los sujetos en una catalogación predeterminada sea por su raza, su clase o su pertenencia a algún grupo social (religioso, familiar). Para ello refiere que es necesaria la observación estrecha entre experiencia, identidad y lenguaje, considerando la contextualización histórica. Plantea como imprescindible dar historicidad a los procesos que se estudian, observar cómo se desarrollan

y conforman otras identidades ancladas en diversas experiencias. Mismas que si bien pueden comprender la clase, la raza, la etnia o alguna otra experiencia no se limitan a ello. Me refiero a la observación crítica en la que nota una tendencia a considerar como entidades fijas e identidades supuestas a las distintas categorías de adscripción. Propone un cuestionamiento sistemático a las categorías de análisis y la realización de un estudio social que considere a las identidades como resultados de una creación histórica y contextual (Scott, 2001).

Un segundo aspecto que considero necesario observar, es la importancia que Scott da al lenguaje como parte de la observación y análisis de la experiencia, pues si bien lo refiere como un medio de representación de la realidad, también considera que opera activamente en la producción de significados. Así mismo, plantea que éste va otorgando sentido a la práctica, funcionando como un sistema mediante el que las personas comprenden quiénes son de manera personal y qué lugar ocupan las demás personas en su entorno, sus relaciones e interacciones en el mundo (Scott, 2001).

Scott refiere que existen significaciones experienciales que han sido silenciadas, ignoradas, usualmente considerándolas poco dignas de ser mencionadas. Habla de que existe evidencia de un mundo de prácticas y valores alternativos, cuya existencia desmiente las construcciones hegemónicas de mundos sociales, ya sea en que estas construcciones se ufanen de superioridad política, de coherencia y unidad de las identidades, de lo natural o de lo inevitable. También ha tratado de subrayar el concepto de experiencia como una herramienta para pensar lo otro, lo diferente, lo ausente, lo silenciado, lo no dicho y posibilitar que esos silenciamientos, que esa otredad, no pasen por asunto dado por una pretensión de superioridad o naturalización (Scott, 2001).

Dado el interés de la presente investigación por mostrar lo que ha ocurrido y está ocurriendo con la partería en Morelos, desde la propia experiencia de estas parteras, la forma crítica de Scott para pensar las otredades puede ser una herramienta epistémica útil acorde al objetivo de este estudio. Ello en tanto que, desde los primeros acercamientos al campo, observé que las parteras están insertas dentro del sistema de salud —pero a la vez, han quedado fuera— o al menos subordinadas, a manera de ese otro subalterno que muestra el concepto. Es por ello que he considerado que la conceptualización de la experiencia se articula con la observación de las relaciones de poder, a la cual le he dado seguimiento

mediante la observación de un segundo concepto de esta investigación: el modelo médico alopático hegemónico, del cual me ocuparé más adelante.

Scott considera que el lenguaje es el sitio donde se representa la historia y que, por tanto, la explicación histórica no puede separarlos. En sus propias palabras refiere que:

Tratar la emergencia de una nueva identidad como un evento discursivo no es introducir una nueva forma de determinismo lingüístico ni privar a los sujetos de agencia. Es rehusarse a una separación entre la “experiencia” y el lenguaje, y en su lugar insistir en la cualidad productiva del discurso. (Scott, 2001).

Joan Scott considera que es preciso seguir la pista al lenguaje, y que es al situar y contextualizar ese lenguaje que puede darse historicidad a los términos mediante los cuales se representa la experiencia, y que, de ese modo, se da historicidad a la experiencia misma (Scott, 2001). Al respecto, la presente investigación, se pregunta por el discurso de las parteras, así como por la forma en que perciben su entorno y el significado que cobra para ellas. Por lo cual he buscado también observar cómo perciben el discurso médico, la relación con las mujeres a quienes atienden, con otras parteras y con la comunidad en la que laboran. No pretendo dar cuenta en esta investigación, a lo que refieren las instituciones o los prestadores médicos de salud, sino mirarlas a ellas mismas y a su entorno desde su propia visión, dar cuenta de su perspectiva. En ese sentido es preciso notar que, la mirada expuesta, tiene un sesgo o punto desde el que se observa en un mismo ángulo sin hacer un balance global de la situación más que en determinados puntos.

Un tercer aspecto que es preciso notar es que, como parte del cuestionamiento de los puntos que se dan por sentados o por estáticos, hay que decir que Scott considera que la experiencia es el basamento sobre el que se construye la explicación; que no es la explicación sino la evidencia sobre la que ésta se construye. Niega la transparencia de los eventos o los actos, considerando que pertenecen a sistemas ideológicos que los reproducen y a los cuales hay que poner en cuestión, mostrando el impacto del silencio y la represión sobre las vidas de quienes han sido afectados (Scott, 2001). En ese sentido, busco dar cuenta de a qué sistema ideológico responde la lógica de la experiencia de las parteras y las transformaciones de la misma por la intervención del modelo médico alopático hegemónico como un poder desplegado hacia las parteras. En este sentido sí, la presente investigación, se sale de la mirada focal de las parteras para observar la interacción desde un punto más amplio.

Desde esta perspectiva Scott plantea que la experiencia puede entenderse como la historia de un sujeto y que el lenguaje es el sitio donde se representa dicha historia, por lo que la explicación de ese curso histórico no puede separarlos.

Este acercamiento no hace a un lado la política negando la existencia de los sujetos, sino que interroga a los procesos de creación de éstos, y al hacerlo reconfigura la historia y el papel del historiador, y abre nuevas maneras de pensar acerca del cambio. (Scott, 2001).

Como parte de esta definición, importa subrayar que lo que se puede referir como experiencia no es evidente ni claro y directo: está siempre en disputa y, por lo tanto, siempre es político. Por tal razón su estudio considera lo político, y el análisis de la producción de ese conocimiento mismo (Scott, 2001).

Un cuarto aspecto que es determinante para la comprensión del concepto de experiencia a la manera en que lo entiende Scott, es la importancia de la historicidad en su análisis. Éste habría de incluir tres aspectos básicos, según considero: por un lado, la historicidad que puede aportar el lugar de enunciación de quien escribe (aunque este punto lo he puesto aparte para mantener su fuerza). Por otra parte, el contexto sociopolítico en el que se encuentran insertas las parteras. Y, en tercer lugar —no por orden de importancia— el situar a las parteras que han sido entrevistadas, considerando los elementos históricos que rodean el fenómeno que nos interesa analizar. En palabras de Scott:

Hacer visible la experiencia de un grupo diferente pone al descubierto la existencia de mecanismos represivos, pero no su funcionamiento ni su lógica internos: sabemos que la diferencia existe, pero no entendemos cómo se constituye relacionamente. Para eso necesitamos dirigir nuestra atención a los procesos históricos que, a través del discurso, posicionan a los sujetos y producen sus experiencias (Scott, 2001).

Al respecto, Scott ha discutido con Raymond Williams, a quien le critica no considerar en su análisis ni el poder ni la política en las nociones de conocimiento y experiencia, sino dar por sentado un conocimiento legitimado de antemano, un conocimiento que resulta válido no por sus propios argumentos y construcciones, sino a razón de la autoridad de quien los declara. En cambio, Scott considera que es necesario estudiar los procesos de construcción del sujeto, así como examinar las relaciones entre discurso, cognición y realidad, considerando la posición, la ubicación del conocimiento que producen y los efectos de las diferencias en éste,

si es que quien es estudiado o quien estudia se encuentra en determinada condición, raza o clase, entre otras categorías (Scott, 2001).

Esta determinación propuesta por Scott (2001) resulta muy significativa para esta investigación. Esto es así en tanto, que el estudio de los procesos de construcción de las parteras y la observación de las relaciones entre cognición, discurso y realidad —desde la ubicación política de ellas— permite comprender la lógica del conocimiento que han conformado desde su condición específica e histórica. Ello muestra, por una parte, sus características de producción sociocultural en sus espacios de trabajo mediante sus trayectorias vitales. Mientras que, por otra, permite ver el aspecto de su experiencia en el momento en que se conecta con el sistema de salud.

Un quinto aspecto que habría que considerar para acercarse a la experiencia es el lugar de enunciación de quien observa, habla y escribe. El que cualquiera que lea un texto sepa desde dónde está pensando quien escribe es imprescindible para un buen análisis. Scott dice que el planteamiento acerca de dónde está ubicado el historiador, quién es, cómo está definido en relación con otros y cuáles pueden ser los efectos políticos de su historia son aspectos que deben incluirse en un estudio sobre la experiencia (Scott, 2001). Se buscaría, de esa manera,

desenmascarar a todos los reclamos de objetividad como una cubierta ideológica para la parcialidad... al hacer notar las fallas, lo incompleto y lo excluyente de la corriente principal”, en tanto que considera que “la ‘experiencia’ ha ayudado a legitimar una crítica de las falsas afirmaciones de objetividad de los relatos históricos tradicionales (Scott, 2001).

Joan W. Scott (2001) ha pensado la experiencia como un concepto ligado a la identidad, motivo por el cual se ha interesado en desarrollar formas de pensar la identidad sin esencializarla. Considera que ésta se encuentra atada a nociones de experiencia y en tanto que la identidad como la experiencia son categorías que en algunas investigaciones se dan por hecho para ella es importante criticar eso y transformarlo. Para subrayar este aspecto retoma las palabras de Gayatry Spivak (2003) diciendo que es necesario:

hacer visibles las asignaciones de posiciones-sujeto... no en el sentido de capturar la realidad de los objetos vistos, sino de tratar de entender las operaciones de los complejos y cambiantes procesos discursivos por los cuales las identidades se adscriben, resisten o aceptan, procesos mismos que no son señalados, y que de hecho consiguen su efecto porque pasan desapercibidos. Para hacer esto parece requerirse un cambio de objeto, que tome la

emergencia de conceptos e identidades como eventos históricos que necesitan explicación.
(Scott, 2001).

Tanto la observación de la experiencia como la de la identidad en los fenómenos sociales habrá de ser un proceso en el que, quien observa, debe considerarlos como conceptos que se encuentran en movimiento, no como algo estático y dado. Éstos habrían de ser considerados como un proceso en transformación constante al que nos acercamos en un momento determinado (Scott, 2001). Así mismo, es preciso notar la consideración de Scott (2001) acerca de que las categorías de análisis que utilizamos han de ser tomadas como contextuales, disputadas y contingentes, considerando la historia de los conceptos que llama fundacionistas (clase, género, relaciones de producción, biología, identidad, subjetividad, agencia, experiencia, cultura) y observar también las relaciones de poder en los marcos analíticos. Es de esa forma que se vinculan la experiencia, la identidad y la consideración de la historia (Scott, 2001).

Los aportes de Chandra Talpade Mohanty y Shari Ston-Mediatore
para la conceptualización de la experiencia

Los planteamientos de Joan Scott (2001) al concepto de experiencia han sido muy importantes para el desarrollo de la teoría y son un referente desde diversas posiciones. Ello la ha colocado como una autora imprescindible para abordar la experiencia de manera conceptual. Se esté de acuerdo o en desacuerdo con sus planteamientos la interacción con ella a partir de la observación de sus textos resulta de gran utilidad.

Además de retomar los planteamientos de Scott observo las críticas y planteamientos que han hecho de su trabajo Chandra Talpade Mohanty (2008) y Shari Stone-Mediatore (1999). Esta segunda autora ha retomado elementos de Mohanty para comprender la experiencia y ha realizado con ello articulaciones comprensivas del concepto. El retomar los planteamientos de Chandra Mohanty es significativo por sus principios que aportan estructura al concepto, pues si bien no ha sido la experiencia —conceptualmente hablando— un análisis ampliamente significativo en su labor teórica sí ha tenido como fundamento la

observación de temas sociales vinculados con los estudios del tercer mundo, en el que quien escribe y de quienes se escribe en el presente estudio nos encontramos insertas.

Antes de entrar propiamente en los planteamientos relacionados con dichas autoras quiero referir, de manera general, la forma en que las retomo para esta investigación. Considero que Stone-Mediatore (1999), si bien realiza múltiples críticas a posicionamientos explícitos e implícitos de Scott, sus críticas fuera de oponerse a sus planteamientos y presentar propuestas contrarias ofrece formas de profundizar los propios posicionamientos de Scott. En ese sentido, la discusión de ambas autoras, según mi lectura, se dirige en una misma dirección, subrayando aspectos para mejorar la misma y pudiendo ser complementarios.

Ahora bien, en lo referente a Mohanty (2008), aún cuando no se ha ocupado de un desarrollo reflexivo específico y amplio acerca de la experiencia de manera conceptual, sí se ha ocupado de múltiples experiencias y ha planteado lineamientos que surcan en el mismo sentido que Scott. Adicionalmente, Mohanty ha sido de gran utilidad para profundizar en la reflexión teórica sobre la experiencia en este trabajo, porque coincide con aspectos elementales de la construcción sociocultural; como lo planteado por las voces o análisis en torno al tercer mundo. Si bien me ocuparé en los siguientes párrafos de nombrar más a detalle lo que noto como importante y retomo la manera en que lo veo, me resulta significativo decir que considero que estas tres autoras pueden aportar mucho a formas de concebir la experiencia en favor de la misma.

En primer lugar, quiero referirme a los planteamientos de Shari Stone-Mediatore (1999), quien critica a Scott considerando que su concepto posestructuralista de experiencia, si bien nos ayuda a acercarnos de manera crítica a la experiencia, nos impide un compromiso efectivo con las narrativas sutiles de la experiencia marginal. Ello en tanto que considera que su concepto de experiencia, entendido como una producción discursiva, simplifica demasiado la relación entre experiencia y lenguaje. Ella propone, basándose en Mohanty, una forma de comprender el concepto que no naturalice ni reduzca a discurso, sino que considere sus complejidades históricas y las relaciones recíprocas entre experiencia y escritura. Lo propone buscando la manera que puedan leerse sus dimensiones más sutiles poniendo en primer lugar sus intervenciones en los discursos hegemónicos y reconociéndolos como desafíos a nuestras propias imaginaciones históricas (Stone-Mediatore, 1999).

La crítica nuclear de Mediatore a Scott se encuentra fundamentalmente enderezada en torno a la tesis de Scott en la que refiere a la experiencia como un fenómeno epistemológico organizado discursivamente en configuraciones o contextos particulares, describiéndola como un evento lingüístico. Stone-Mediatore considera que la visión de Scott se encuentra limitada en el sentido de que únicamente alcanza a ver dos formas de la experiencia, por una parte, la propia presentación empirista a la que Scott critica y el análisis del lenguaje que Stone considera objetivante. Mediatore refiere que Scott va a sugerir que no hay experiencia más allá de los discursos que delinear identidades, que naturalizan el deseo y dividen lo personal de lo político; los discursos que construyen sujetos identificables, conscientes y cognoscibles (Stone-Mediatore, 1999).

Stone considera que, si bien Scott nos ayuda a remitir la experiencia a algunos procesos ideológicos que están por detrás, el hecho de que la defina como un fenómeno epistemológico analizable en términos de mecanismos retóricos y en su esfuerzo por rechazar una separación entre experiencia y lenguaje —refiere Stone— pasa por alto la distinción entre las dos. Razones por las cuales terminaría disolviendo a la experiencia en el lenguaje y supone que no podemos ir más allá del discurso, que lo único que podemos analizar son mecanismos discursivos (Stone-Mediatore, 1999).

De dicha crítica, Stone deduce que Scott, cuando pone en el mismo plano a la experiencia y sus representaciones, oscurece el papel que tiene la experiencia subjetiva en lo que Stone llama la motivación y su intervención formadora en las prácticas de representación. Llama la atención acerca de la distinción entre el uso particular que hace del lenguaje de quien vive la experiencia y la experiencia misma, para lo cual acuña el término de *experiencia motivadora* para dar cuenta de esta distinción de ambos planos que considera como necesarios al observar la experiencia (Stone-Mediatore, 1999). En ese sentido mi planteamiento al respecto, retoma el posicionamiento de Scott, pero busca atender a la observación de Stone-Mediatore observando con atención a lo largo de las narrativas los motivos que las llevan a elegir en distintos momentos; su experiencia motivadora.

Una crítica más que lleva a cabo Stone-Mediatore a Scott es en relación con que hace una referencia de manera aislada, a la que posteriormente descuida: la conceptualización de “dominio visceral”. Stone considera que es un término importante que lleva a confrontar aspectos de la experiencia que no están mediados por el lenguaje en el mismo alcance que la

percepción, lo cual es una reducción más y que el hecho de que Scott la dejara como un término secundario le impide profundizar en la experiencia dejándola únicamente como una visión espontánea. La implicación de este límite —según refiere Shari Stone— es que las observaciones sobre la experiencia de Scott se limitan a dos definiciones: la que originalmente criticara la propia Scott acerca de una representación empirista ingenua de la experiencia como evidencia irrefutable o respecto a un análisis objetivante como sería —según su perspectiva— la consideración exclusiva del lenguaje.

Como salida a ambas lecturas —que Stone considera como limitantes— propone observar la tensión que puede producirse entre la escritura y la experiencia, mirar cómo es esa relación, sus tensiones y sus implicaciones. En este caso, ella está haciendo referencia al tema de la escritura y no de narrativa porque en su discusión con Scott va ejemplificando con la exposición que ésta llevara a cabo sobre la experiencia a partir del texto de Delany que comentara en su texto *The Evidence of Experience* (Scott, 2001). Sin embargo, considero que la alusión que Shari hace acerca de la escritura puede verse también reflejada en las narrativas. Me refiero a que no se encuentra limitado a que podamos utilizar únicamente un análisis como el referido a una experiencia plasmada por escrito, sino que también puede observarse la relación entre narración y experiencia, la tensión que existe o puede existir en el lenguaje y cuáles son sus implicaciones entre la conciencia que habla y su experiencia misma, así como la manera en que ambos fenómenos se modelan entre sí. En ese sentido retomo de Stone-Mediatore (1999) la observación de las propias tensiones que las parteras muestran en su experiencia, pero que se refleja, de manera más marcada, en los aspectos que cruzan sus relaciones de poder, específicamente en relación con el sistema de salud.

Hasta este punto las observaciones realizadas por Stone-Mediatore (1999) se encuentran de alguna manera más enfocadas en dimensiones de corte —digamos— individual, asociadas a lo que hace parte directa de quien narra o escribe en torno a la experiencia. En adelante, enuncio lo que corresponde aún a críticas realizadas por Stone, pero que son el aporte que me parece fundamental de Mohanty, pues los siguientes aspectos se encuentran relacionados con el entorno sociopolítico, económico y geopolítico en el que hace énfasis. Cabe aclarar que ambos aspectos se encuentran esencialmente imbricados, no son dos cuestiones separadas, sino que todo el tiempo interactúan y modelan la experiencia y el

lenguaje en movimiento constante, pero para el análisis resulta importante distinguirlos para observarlos con nitidez en su especificidad.

Dichos aspectos que si bien Stone-Mediatore ofrece como una crítica a los planteamientos de Scott con los que busca ir más allá, también los presenta como caminos que pueden desarrollar los planteamientos de Scott. Refiere que Mohanty no solo aborda el papel de las prácticas discursivas en la construcción de las subjetividades, sino que, además, examina cómo los sujetos pueden tener más poder como usuarios del lenguaje y como productores del conocimiento. Según mi lectura no es que Scott no considere aspectos como este y algunos de los antedichos, pero al quedar implícitos en sus contextualizaciones, resulta de utilidad subrayarlos como lo hace Mohanty, para al momento de realizar análisis en torno a la experiencia considerarlos como aspectos de peso sustantivo.

Otro elemento a incluir es en relación con que Mohanty no solo visualiza las identidades sociales y sus instituciones a manera de discursos locales, sino que los ubica en un análisis económico-político global. También combina tanto el efecto de los discursos locales como la forma en que se insertan en una lógica global, distinguiendo las relaciones entre experiencia, escritura y praxis. Mohanty invita a mirar lo que puede expresar de la experiencia la narrativa misma y la actividad concreta que se efectiviza. Para referir esta dimensión histórica más amplia, Stone-Mediatore habla del globalismo de Mohanty y refiere que ella se ocupa de observar los procesos sociales y políticos específicos que:

afectan a un complejo de relaciones jerárquicas en el interior y entre las comunidades históricamente específicas... [que] ve en esa economía global, con sus corporaciones transnacionales, movilidad de capital y decisiones internacionales del trabajo, ha exacerbado (aún cuando soporta complicaciones adicionales) a las jerarquías de raza, clase, sexo y género. Ve que... relaciones globales de trabajo, propiedad y control de estado afectan profundamente las elecciones e intereses diarios de las personas, aún cuando son invisibles a las personas y aún cuando no definen la naturaleza esencial de las personas (Stone-Mediatore, 1999).

Ahora bien, estos elementos que aparecen en una dimensión global y que tienen efectos en lo local —e incluso en lo individual— van generando respuestas que, aún sin ser necesariamente expresadas, pueden aludir a esta dimensión y presentarse como respuestas ante esas dinámicas generales. Un elemento útil para la conceptualización de la experiencia en estos términos es el abordaje acerca de la conciencia oposicional. En ello Scott ha expuesto

la forma en que la escritura conforma la identidad, ha planteado que es preciso entender como las mujeres pueden reinterpretar sus vidas de manera deliberada y estratégica, por lo que debemos también investigar los recursos subjetivos con los que cuentan para la ejercitación de discursos de oposición (Stone-Mediatore, 1999). Al respecto, los elementos que propone Mohanty, subrayados por Mediatore, apuntan a la necesidad de tematizar el proceso creativo y la energía subjetiva. Precian que no basta con expresar o revelar la experiencia marginal, sino que el recordar y re-narrar las experiencias de dominación y de resistencia y el situarlas en relación con los procesos históricos posibilita construir una conciencia de oposición y no solo una contraposición (Mohanty, 1991).

Una construcción y comprensión así entendida de la experiencia sugiere —según nos dice Stone-Mediatore (1999)— que la experiencia cotidiana se encuentra delineada por el discurso hegemónico, pero que en ella también pueden encontrarse elementos de resistencia a dichos discursos, los cuales, si están estratégicamente narrados, pueden desafiar a las ideologías que naturalizan identidades y grupos sociales e incluso posibilita a quien las lee mirar desde otra perspectiva los fenómenos sociales.

Mediatore también refiere que la re-narración basada en la experiencia no requiere de un autoconocimiento y análisis completo de parte de quien ha vivido la experiencia, sino el tener el coraje de confrontar las fuerzas que ejercen peso sobre nuestras elecciones y acciones, así como la iniciativa de contribuir a los términos en los que las fuerzas están representadas (Stone-Mediatore, 1999). Entiendo que una de las labores que habría de desempeñar quien escribe su experiencia —o quien recupera la narrativa— es resaltar los aspectos que vinculan las dimensiones individuales con los contextos históricos.

En ese mismo sentido, considero que resultan significativos los señalamientos de Mohanty en relación con la conciencia de la comunidad, las comunidades políticas. Ella tematiza la relación entre la vida pública y la privada cuestionando la oposición entre ambas. Esta autora muestra que si las narrativas contextualizan con habilidad las luchas personales pueden favorecer la conciencia de la comunidad, implicando que el proceso creativo de recordar, procesar y reinterpretar experiencias vividas en un contexto colectivo transforma la experiencia y posibilita el poder reclamar la subjetividad y la identificación con luchas de oposición.

Entonces podemos decir que la escritura o, en este caso, la narrativa basada en experiencia, lleva a la discusión pública preocupaciones y planteamientos que han sido excluidos en las ideologías dominantes; mismas que sustentan y, a la vez, son sustentadas por las jerarquías económicas y políticas (Stone-Mediatore, 1999). Un aspecto que resalta del trabajo de Mohanty en torno a la dimensión pedagógica refiere que las prácticas de conocimiento soportan relaciones de sometimiento al representar a cierta gente de un modo tal que las objetivan y deshumanizan, como puede verse en el caso de las mujeres del tercer mundo que son comúnmente tratadas como víctimas o dependientes; de manera que hay un cierto permiso para que las prácticas políticas y culturales ejerzan un control sobre sus cuerpos y su sexualidad (Alexander & Mohanty, 1997). En palabras de Mohanty:

El trabajo científico participa (aún sin saberlo) de esta colonización discursiva cuando otorga autoridad para hablar a ciertos grupos, suprime la heterogeneidad del grupo para que la gente encaje en categorías sociales puras, u oscurece la historia y la política detrás de una definición de identidad de grupo (Mohanty, 1991).

La llamada de atención acerca del colonialismo hecha por Mohanty precisa comprender los aspectos que hay que observar con mayor cuidado. Por ejemplo, como lo refiere Shary Stone cuando dice que

esta colonización cultural se mantiene aún después del desmantelamiento de la colonización política, impidiendo... [incluso] a las mismas mujeres del Tercer Mundo reconocer la acción de las mujeres del Tercer Mundo. En este contexto, la hipótesis de la autoconciencia de las mujeres del Tercer Mundo, acerca de la responsabilidad de cómo sus identidades e historias, son representadas constituye un acto de agencia política, un acto que —lejos de una ilusión— es necesario para que ellas comiencen a definir los términos de sus propias vidas (Stone-Mediatore, 1999).

La visión de Stone-Mediatore (1999) antes referida me parece muy significativa para la observación de la experiencia. Si bien su última línea me despierta la pregunta de si ¿“ellas” no habían comenzado a definir los términos de sus propias vidas? Entiendo que su planteamiento es, de alguna forma, casi una invitación y un llamado a tomar las plumas de la definición, también en los textos, a tomar el poder que puede otorgar la palabra dicha. Sin embargo, pienso que es una cuestión a observar en la propia investigación, acerca de la experiencia en general y de esta investigación en particular, mirar la manera en que definen los términos de sus vidas, porque el hecho de que no sean visibles, proyectadas y nombradas no necesariamente implica que no exista dicha definición en su cotidianidad, aunque no

aparezca en los espacios hegemónicos y, en todo caso, habrá que buscar dar cuenta de tales definiciones en las narrativas que se escriben o se escuchan. Lo antedicho puede parecer una obviedad, pero considero que sería un error darlo por sentado.

Para Stone-Mediatore la experiencia es además una herramienta que puede ser un recurso poderoso para las mujeres del Tercer Mundo, para sostener una agencia política y epistémica y consideran que la agencia puede redefinirse en términos de coaliciones que permitan la autorización histórica real, por considerar que una agencia política efectiva requiere de formar alianzas que atraviesen cuestiones como la clase, la raza y los límites nacionales pues si se desea repensar la individualidad en estos términos pluralistas y colectivos necesitamos tomar en cuenta las complejidades de la gente marginalizada en las luchas múltiples históricamente específicas (Stone-Mediatore, 1999).

Hasta ahora he tematizado, apoyada en Mohanty y en Shari Stone, aspectos con los que se encuentra relacionada la experiencia para ser leída y comprendida desde las narrativas de quien habla o escribe de su propia experiencia. Sin embargo, aún hay algunos aspectos que destacar en relación al tratamiento de la experiencia por quien la escucha y esto es la consideración de que:

No necesitamos enumerar rígidamente o priorizar estas capas de experiencia para reconocer que es el grosor, la multiplicidad y, en particular, las tensiones dentro de la experiencia las que hacen de esta un recurso que nos lleva a “ver” en forma diferente. Las narrativas que toman en cuenta estas tensiones no dan lugar a una conciencia espontánea, pero crean imágenes y formas narrativas para re-articular la experiencia de tal forma que las imágenes narradas permitan al escritor confrontar esas tensiones experimentadas más constructivamente (Stone-Mediatore, 1999).

Mi lectura al respecto es que no podemos esperar tener una estructura similar y rígida de lo que se espera de la experiencia para cualquier estudio o investigación de forma indistinta y de su observación al escuchar o leer una narrativa. Sino que, lo que se requiere, es tener una perspectiva abierta que considere la complejidad con la que se construyen las experiencias, que observe las tensiones, sus contextos locales, históricos, políticos y los referentes particulares de quienes hablan y habitan esos espacios. Así como también notar la manera en que ello incide o cómo incide en quien mira, para después escribir de forma creativa la experiencia que se escucha, recordando que existe una vinculación entre quien lee y lo que ante quien lee se ofrece.

Las autoras referidas hablan de un texto vivo que convoque a quien lee a re-pensar el mundo histórico desde la perspectiva de esa narrativa, desde otros puntos de vista a los propios, mirando el mundo que nos es familiar con mayor sensibilidad a los elementos ininteligibles dentro de la historia hegemónica. Así mismo ubicar las narrativas en lo que Stone refiere como procesos entre-culturales y entre-límites geográficos y con ello también considerar nuestras vidas dentro de las narrativas de otros. De manera que:

Cuando comprendemos una narrativa como un intento por tomar en cuenta tensiones dentro de la experiencia, tensiones que reflejan tipos de acciones, de comunidad o de conciencia que tiene negada la articulación en el discurso hegemónico, entonces también vemos que el texto no presenta datos evidentes sino solo da indicios de fenómenos rudimentarios (Stone-Mediatore, 1999).

Lo anterior es particularmente importante cuando se habla de la experiencia porque ésta no va a observarse de antemano, ni se va a tener claro su contenido con antelación, sino que es a partir de las tematizaciones planteadas como significativas por las parteras —en el caso de la presente investigación— que las he retomado y seguido la pista, tanto en sus narrativas como en la teoría. En esa observación he decidido incluir dos de las cuestiones que fueron más significativas en la experiencia de las parteras y que me parecen más acorde con los aspectos que he planteado como parte de la teoría. Uno de esos aspectos se encuentra vinculado a la experiencia de las parteras en su propia labor, en la forma en que trabajan y los criterios que consideran para realizar sus tareas cotidianas que —según pude observar— tienen en sí mismas una asociación profunda con el trabajo emocional, por ello realizo una conceptualización al respecto y la expongo en el apartado siguiente.

Posteriormente atendiendo a las dimensiones señaladas por Mohanty (1991), acerca de cómo se presentan en la experiencia las cuestiones de carácter sociopolítico y la observación del sentido e importancia que tiene la observación de lo político y de las estructuras e interacciones relacionadas con el poder, es que decido retomar el modelo médico alopático hegemónico en relación con las parteras. Antes de abordar el tema del modelo médico, presento un elemento que observé como significativo para las parteras: el acompañamiento emocional que tienen para con las mujeres a quienes atienden durante el embarazo parto y puerperio.

2.2. EMOCIONES

La sociología del conocimiento, aplicada esta vez a la propia disciplina sociológica, deberá enfrentarse muy pronto con la tarea de explicar un enigmático e imperdonable olvido... podemos preguntarnos cómo y por qué la sociología, ciencia del estudio de las lógicas de acción social y de las estructuras sociales, ha prescindido durante casi doscientos años de una dimensión humana tan íntimamente vinculada a la sociabilidad como la construida por los afectos, las pasiones, los sentimientos o las emociones.

Eduardo Bericat Alastuey, 2000.

Si bien en la historia es posible encontrar observaciones significativas acerca de las pasiones, los afectos y las emociones, importa aquí el darles un peso mayor, un espacio más central. La incorporación del abordaje en torno a las emociones en esta investigación surge de la observación e interacción con las parteras entrevistadas a lo largo del trabajo de campo en el estado de Morelos. El presente estudio se enfocó en comprender las experiencias de las parteras en la atención del embarazo, parto y posparto de mujeres en Morelos. En sus narrativas encontramos elementos significativos para ellas sobre diversas labores y determinaciones cuyo foco es que se encuentran asociadas a formas de trabajo emocional, mismo que llevan a cabo con las mujeres a quienes atienden y que para ellas resulta importante.

Una segunda dimensión en la que observo las emociones de las parteras es en relación con la forma en que se miran a sí mismas y a sus propias emociones. He centrado la búsqueda de comprensión en las emociones que me refirieron en torno a su interacción y percepción con el sistema de salud. Dicha determinación se encuentra basada en la consideración de que es un aspecto que a lo largo de sus narrativas se presentaba como significativo para ellas. Para las parteras a quienes entrevisté, el tema del contacto con el sistema de salud y particularmente con el personal médico, es un elemento que se encuentra incorporado de manera importante en su experiencia, particularmente en sus emociones. En el espacio destinado a los resultados de la investigación haré referencia a las emociones específicas que percibí y a sus narrativas al respecto. Aquí quiero comenzar exponiendo la manera en que estoy estudiando las emociones y a la perspectiva de las mismas, así como los enfoques que

estoy considerando, en tanto que las emociones han sido observadas desde distintas perspectivas y es preciso definir la manera en que aquí las estoy abordando.

La inclusión de las emociones en la investigación social

Durante el transcurso en el que observé la importancia y sentido que guardaba el tratamiento de las emociones para las parteras en su labor, me fueron regaladas por maestras —en el sentido amplio de la palabra— y amigas, obras literarias en torno al abordaje de las emociones en términos teóricos, lo cual fue estupendo para mi investigación y para comprender ese aspecto de lo que observaba en el campo mediante el diálogo con las parteras, mismo que aún no tenía una interpretación o una traducción que me posibilitara dialogar con la teoría. Por iniciativa propia, en años previos, mi acercamiento conceptual hacia las emociones había tenido una lectura más de carácter psicológico, desde la psicología social, mediante autores como Sigmund Freud, Erich Fromm, Wilhelm Reich, entre otros. Sin embargo, al estar inmersa en la investigación social sabía que tales lecturas distan en su interpretación y lectura a la que se hace desde las ciencias sociales si bien en algunos aspectos pueden complementarse.

Entonces, me encontré con una gama de autoras y autores que habían abordado las emociones —desde hacía ya varias décadas— en un estudio riguroso y sistemático y fuera de los dogmas que contraponen la razón con la emoción, elevando a la primera por sobre la segunda, de la misma manera como se ha buscado enarbolar a lo masculino sobre lo femenino atribuyéndole el derecho al dominio y al control, mismo que se ha hecho valer en la vida cotidiana, en la ciencia y en la teoría. Todo esto me resultó altamente gratificante, principalmente, porque este vínculo para el diálogo de la razón y la emoción con todos los matices que existen entre un aspecto y el otro, me resultaba enriquecedor para lograr una visión más completa. La visión de un aspecto sin el otro me parecía como una imagen rota de la vida que la volvía inasible, particularmente, en lo que se refiere a la experiencia de las parteras con quienes dialogué.

Ya más inmersa en la teoría de las emociones, me encontré con la reflexión acerca de cuatro puntos en torno a la pertinencia de la inclusión de la dimensión emocional en la

investigación social que realizara Ariza (2016) y quienes colaboran en el libro titulado *Emociones, afectos y sociología. Diálogos desde la investigación y la interdisciplina* (Ariza, 2016). El *primer argumento* que esgrime, refiere que la inclusión de las emociones en la investigación social, ofrece un prisma mediante el cual pueden observarse los procesos de estructuración social en aspectos nodales, nos dicen que

Desde el punto de vista de la sociología de las emociones, la relación entre las macroestructuras y la afectividad compleja presenta diversos matices. Por un lado, parte del supuesto de que las emociones se suscitan en los vínculos sociales de que participan las personas, por lo que la diversidad de mundos sociales posibles encierra la potencialidad de promover una variedad de experiencias afectivas. En un plano macrosocial, esto significa que las sociedades promueven estructuras afectivas particulares que pueden ser identificadas y — en cierto modo— “derivadas” de los patrones relacionales que las caracterizan (Ariza, 2020).

Ariza refiere como otro ejemplo el trabajo de Elias (2009) acerca del incremento del umbral de la vergüenza, en paralelo a la progresiva racionalización del proceso de civilización y también ejemplifica con las implicaciones que el proceso de estratificación social tiene sobre la afectividad y viceversa. La forma en que la sociología de las emociones explora los efectos emocionales que tienen los grupos sociales, en las posiciones contrapuestas dentro de la pirámide social, por ejemplo, el papel del resentimiento como una emoción moral. Mismo que se define como el agravio, el enojo y la indignación ante una ventaja inmerecida, ante una injusticia, como es el caso del trabajo de Barbalet (2001), quien toma el resentimiento como la llave de tuercas que permite entender la transformación del antagonismo de clases en conflicto (Ariza, 2020).

Su *segundo argumento* y punto de reflexión es en relación con que se posibilita mirar el fundamento emocional de la vida social y las bases afectivas que tienen la cohesión y la reciprocidad. Ariza (2020) considera que la sociología de las emociones rescata el papel de éstas en la edificación y continuidad de la vida social, siguiendo de alguna manera las huellas de Émile Durkheim y de Georg Simmel; ello, en tanto que rescata del primero la noción de efervescencia colectiva y el papel del ritual en el mantenimiento de los vínculos sociales, como han propuesto Thomas Scheff y Randal Collins. En el caso de Simmel, postula las emociones como una forma basal de apropiación del mundo y como la condición de producción de lo social. Las emociones en ese sentido sirven, por un lado, para discriminar entre lo importante y lo no importante y para otorgar viabilidad a la interdependencia

implicada en el proceso de diferenciación social como un hilo intangible que teje los intercambios y afectos en la interacción social. También perpetúan los vínculos entre las personas para propiciar la cohesión y la reciprocidad social (Ariza, 2020).

Una de las formas en que diversos investigadores han abordado las emociones es directamente retomando tesis como las antes referidas o a través de otros sociólogos contemporáneos como Erving Goffman (1956) en torno al cual quienes escriben en el libro de Ariza (2020) se han apoyado y han contribuido también a la construcción de las reflexiones en torno al para qué y por qué de los estudios de la sociología de las emociones. Y así, el *tercer argumento* refiere que las emociones tienen un rol importante, también para la comprensión del orden y el conflicto en tanto que la dimensión afectiva se encuentra en este punto con tales preocupaciones clásicas de la sociología, como la contribución al orden social mediante el malestar afectivo, que suscita la autoconciencia de haber transgredido un código moral compartido o la vergüenza, como han referido Elias (2009) y Goffman (1956).

Un *cuarto argumento*, lo esgrime en relación con dos puntos: primero, que realza la naturaleza afectiva de la acción social, en tanto que problematiza el vínculo entre acción social y afectividad ya que las emociones son relacionales, sociales y empujan a tomar determinadas acciones, como un presupuesto ontológico, en el afán de diferenciarlas de un impulso biológico. Y segundo, entre la acción racional-instrumental y las emociones, en donde, por una parte, destaca las limitaciones de los modelos de acción racional para explicar la emergencia de la acción colectiva, por su restringida noción de la racionalidad y, por otra, al proponer que, entre razón y emoción —antes que oposición— existe complementariedad. Además de que la observación de las emociones contiene la posibilidad de abrir la mirada a nuevas vetas de intelección.

La sociología de las emociones

En el presente trabajo, busco estudiar las emociones como una herramienta para la investigación, desde el enfoque de las ciencias sociales, particularmente desde el abordaje de la sociología de las emociones, el cual abreva de las ideas de los fundadores de la disciplina y de varias sociologías contemporáneas, y se apoya en recursos analíticos de disciplinas afines (Ariza, 2016). El análisis sobre las emociones, a decir de Marina Ariza (2016), forma

parte de un esfuerzo amplio de recuperación de una dimensión analítica largamente soslayada en las ciencias sociales y humanidades (Ariza, 2016). Las emociones han ido adquiriendo sucesivamente importancia dentro de las ciencias sociales, como sucedió con los estudios del cuerpo, a razón de que se ha reconocido su valor heurístico para entender la vida social e individual, así como la necesidad de tomar en cuenta la parte afectiva de los sujetos, para comprender los fenómenos sociales (López, 2013).

Dicho proceso paulatino de transformación se encuentra asociado al llamado giro afectivo (Lamas, 2017) de las Ciencias Sociales, el cual trae consigo una perspectiva más integral de la forma de ver el conocimiento. Las emociones que nos atraviesan y la manera en que repercuten en nosotros, se alimentan de normas colectivas implícitas, de orientaciones de comportamiento que cada uno expresa, según su estilo y su apropiación personal de la cultura y los valores que la empapan y comparten una simbólica social (Le Breton, 1999). Acerca del estudio de las emociones se ha dicho que:

Entre los factores que permiten entender lo que algunos califican como el “nuevo affaire” de las ciencias sociales y las humanidades, figuran: el declive de la hegemonía del positivismo como paradigma predominante en el periodo de la posguerra; el interés cada vez mayor por los aspectos subjetivos y culturales de la acción social; la crítica posmoderna a la producción de conocimiento; la influencia cuestionadora del pensamiento feminista y sus desarrollos teóricos; las reflexiones sobre la modernidad tardía; las repercusiones que traen consigo los avances de las neurociencias en distintas áreas del saber; y —más recientemente— la llamada emocionalización de la vida pública (Ariza, 2016).

Respecto a la génesis de este tipo de estudios desde la perspectiva de la sociología de las emociones puede verse el seguimiento realizado por Marina Ariza (2016), quien hace un recorrido por el desarrollo de la temática desde autores clásicos de la sociología hasta la manera en que se ha decantado la investigación en nuestros días y, así mismo, puede verse también el estudio realizado por Eduardo Bericat (2000) o el desarrollado por Olga Sabido (2011). En tanto que dicha trayectoria no se encuentra directamente asociada a los objetivos de esta investigación no me detendré más en ello. Sin embargo, quien lee la presente investigación, puede remitirse a dicha literatura y a sus fuentes para conocer el desarrollo histórico de los estudios acerca de la sociología de las emociones.

Teorías de la emoción propiamente dichas pueden ser rastreadas en la tradición sociológica hasta la década de los ochenta del siglo XX, tomando como referencia, por ejemplo, la publicación de una de las destacadas pioneras de la investigación sociológica de

las emociones como lo es Arlie Russel Hochschild (1975) quien publicara su libro *The Sociology of Feelings and Emotions* o la organización de la primera sesión sobre sociología de las emociones durante el Congreso de la American Sociological Association, Randal Collins en *Conflict Sociology* reflexiona sobre las relaciones entre ritual, poder y energía emocional. Por su parte Theodore D. Kemper, otro de los destacados pioneros de la teoría sociológica de las emociones, publica *A Social International Theory of Emotions* e 1978, mientras que otro de los pioneros, Thomas J Scheff, publica *Catharsis in Healing Ritual and Drama* en 1979; en el mismo año David R. Heise publicó *Understanding events. Affect and the consturction of social action* (Bericat, 2000).

Uno de los principales méritos de la sociología de las emociones es que abre un horizonte importante necesario para el desarrollo de metateorías sociológicas que subsanen el sesgo racionalista que afecta a casi todas ellas. Dentro de dicha sociología se han observado tres líneas básicas de trabajo: la sociología *de* la emoción, la sociología *con* emociones y la emoción *en* la sociología. En el primer caso, se tiene como finalidad el estudio de las emociones mediante el uso del aparato conceptual y teórico de la sociología, su objeto propio es estudiar las relaciones entre la dimensión social y la dimensión emocional del ser humano; un ejemplo significativo en este campo es el trabajo de T. D. Kemper (1978). El segundo caso representa la voluntad de incorporar el componente emotivo a los estudios y una autora muy significativa de este tipo de estudios es A. R. Hochschild (1975). Finalmente, la emoción en la sociología se enfoca en la comprensión social de los sentimientos; un ejemplo paradigmático de este tipo de trabajos es el que sustenta Thomas J. Scheff (Bericat, 2000).

En el caso de la sociología *de* la emoción, Theodore D. Kemper (1978) refiere que la mayor parte de las emociones humanas van a tener sentido en el marco de las relaciones sociales. La naturaleza de ellas se encuentra condicionada por la naturaleza de la situación social en la que las personas sienten y que en el cuerpo se expresan las distintas formas de relación social. Emociones como el miedo, la vergüenza, el orgullo o la venganza corresponden a situaciones sociales específicas. Kemper va a tomar como conceptos clave el estatus y el poder con la consideración de cuatro emociones tratadas como negativas: depresión, vergüenza, culpa y miedo, con lo cual da una explicación sociológica de dichas emociones (Bericat, 2000).

Ahora bien, además de desentrañar la sociabilidad de las distintas emociones, la sociología también las incorpora como un elemento más para tener en cuenta en los estudios. Y es justamente el caso de la sociología *con* emociones donde se inscribe el trabajo de Hochschild (1975), quien muestra que la incorporación de las emociones puede contribuir decididamente al descubrimiento de nuevos fenómenos sociales y a la definición precisa de su naturaleza; también puede abrir nuevas perspectivas de la realidad social que hubieran pasado desapercibidas de no atender a la estructura y a los procesos emocionales implicados en un determinado fenómeno. Hochschild muestra que las emociones no son un absoluto biológico, sino que están condicionadas por las normas sociales y que hacen parte del proceso reflexivo característico de los fenómenos sociales (Bericat, 2000).

En el tercer caso, la emoción *en* la sociología, Thomas J. Scheff (1988) plantea que los sentimientos son expresión directa del vínculo social y definen su naturaleza. Enfocado en los sentimientos de vergüenza y orgullo como núcleos del vínculo social, este autor considera que toda interacción que no sea susceptible de provocar vergüenza u orgullo no constituye un vínculo social en sentido estricto y considera a ambos conceptos necesarios para el estudio del orden y del conflicto. Se enfoca en la observación de los vínculos sociales que los sujetos perciben como seguros y los vínculos inseguros. Los primeros establecerían la única forma de solidaridad que lleva a la cooperación y que constituyen la fuerza que mantiene unida a la sociedad mientras que los inseguros señalan formas de alienación y aislamiento que pueden llevar a la desintegración y al conflicto. Para esta línea de trabajo los planteamientos de la emoción *en* la sociología y la emoción *de* la sociología contribuyen a su desarrollo (Bericat, 2000).

La sacrificial síntesis realizada en los párrafos anteriores acerca de los complejos planteamientos de los autores y la autora busca ofrecer —de manera muy general— una síntesis que permita mirar tres formas básicas del estudio de las emociones y dar crédito a tres de sus principales teóricos. Así mismo, sirve para exponer que la manera de mirar las emociones en este estudio se encuentra inscrita fundamentalmente en el segundo tipo, la sociología *con* emociones, si bien abreva de elementos de los otros dos tipos de planteamiento.

Para los fines de esta investigación, considero al estudio de las emociones como una plataforma para el estudio de lo social, en tanto que la sociología de las emociones desde un

punto de vista epistemológico que parte del doble supuesto de que las emociones tienen naturaleza social y que los fenómenos sociales poseen dimensiones emocionales (Barbalet, 2001; Bericat, 2000). Desde la perspectiva de Thomas J. Sheff (1988) las emociones son el giroscopio que nos informa sobre el estado de nuestros vínculos sociales y nos permite hablar y actuar en consecuencia (Sheff, 1988). Realizar estudios desde la sociología de las emociones requiere:

El esfuerzo de deslinde del espacio netamente sociológico en el estudio de las emociones implica situarlas fuera de la psique y de la fisiología (aún reconociendo que estas participan), y entenderlas como experiencias “sentidas” mediante circunstancias sociales, como una propiedad más de la interacción social (Barbalet, 2001). En esta perspectiva, la emoción y la emocionalidad no se encuentran ubicadas en el sujeto o en su cuerpo, sino en la relación del sujeto con su cuerpo vivido en un contexto social dado [cursivas del autor] (Denzin, 1985). (Ariza, 2016).

En el contexto social actual, en el que existe un proceso de individuación, en función del cual se regulan mecanismos de la vida, resulta necesaria la exploración de los efectos de las transformaciones de largo plazo en las estructuras emocionales tanto individuales como colectivas (Trevignani & Videgain, 2016). En el caso de las parteras pueden observarse aspectos marcados tanto de lo uno como de lo otro, pues si bien todos pertenecemos de alguna manera al entorno social general, la especialización de las parteras, como un sector de la sociedad, muestra características comunes dentro de su propia diversidad. Esto es particularmente notable cuando se pone atención a sus emociones, tanto en lo que respecta a la atención que ofrecen a las mujeres embarazadas como a las emociones que expresan en torno a su relación con el sistema de salud.

La forma de abordar las emociones desde la perspectiva sociológica considera un espectro diverso: desde las emociones básicas como miedo, ira, tristeza, alegría hasta las llamadas de “segundo orden” como las emociones morales y las sociales. Las de carácter moral hacen referencia a emociones como el orgullo, la vergüenza, la indignación, la culpa, la humillación o la gratitud y son parte de la formación de la identidad que los actores sociales desempeñan mediante roles en los ámbitos sociales. Mientras que las emociones sociales están asociadas a códigos culturales compartidos que de forma tácita o explícita sancionan un buen o mal actuar (Turner & Stets, 2006).

Ahora bien, como refiere Ariza (2016), la construcción de indicadores, observables y variables de carácter empírico para analizar las emociones, es uno de los aspectos más desafiantes para esta área del conocimiento. En tanto que aún con la ubicuidad que éstas plantean, el realizar un análisis científico resulta una labor ardua, pues además tienen una naturaleza efímera, contingente, se prestan a represión, a manipulación y es preciso aprehenderlas empíricamente para objetivarlas en un análisis riguroso y sistemático. Sin embargo, es posible observar con una somera inspección un conjunto selecto de varias compilaciones e incontables artículos que se han producido y que da cuenta de una variedad de acercamientos metodológicos que son posibles como las grabaciones, el registro pormenorizado de estados de ánimo, ejercicios de inducción de emociones, la construcción del dato con base en información secundaria o mediante la evolución de hechos y vivencias personales con base en la construcción de relatos biográficos con los interlocutores (Ariza, 2016).

En términos analíticos las emociones pueden tener al menos tres formas: las emociones como resultado, como causa o como mediación, si bien es preciso considerar que es una forma simplificada de mirarlas.

...la sociología de las emociones en tanto plataforma para la investigación social, se edifica sobre un terreno en el que confluyen, en la mejor de sus apuestas: la flexibilidad analítica que propicia el diálogo con varias tradiciones de conocimiento, el acento en el carácter relacional y social del objeto de estudio, la apelación al contexto situacional como locus del esfuerzo interpretativo, la apertura propositiva a la interdisciplina, la construcción de diseños de investigación cuidadosos, y el estímulo (no pocas veces desafiante) a la creatividad en la elaboración de las variables de observación empírica, entre otros aspectos (Ariza, 2016).

Respecto a la manera en que funcionan estas emociones y los respectivos indicadores empíricos que son visibles, una de las funciones relevantes de las emociones en los colectivos humanos es, ser orientadoras, dadoras de sentido y gestoras y mediadoras sociales (López, 2011). En relación con ello, me pareció importante observar la trayectoria que siguieron las narrativas de las mujeres parteras mientras fueron reconstruyendo discursivamente sus experiencias a lo largo de las entrevistas, a fin de mirar el sentido que tiene para ellas cada aspecto y el funcionamiento de las emociones en tanto *mediadoras sociales* en sus diversas relaciones.

Consideraré útil abordar las emociones como dispositivos emocionales, es decir, como conjunto de estrategias discursivas ya sean científicas, religiosas, jurídicas, morales, institucionales o estéticas que cada época histórica construye y que contribuyen a generar un capital emocional distinto también para cada sexo (López, 2011). El interés de mirar a las emociones como dispositivos emocionales tiene el sentido de que pueda mostrarse cuáles son y cómo funcionan estos dispositivos que utilizan las parteras con quienes se entabló el diálogo, si es que puede hablarse en plural, cuáles establece cada una, cuáles comparten y cuáles no y la forma en que estos se articulan como parte del proceso de transformación de la partería hoy.

Estos dispositivos o mecanismos de funcionamiento nos pueden aportar diversas informaciones: en el entorno de la persona, acerca de la propia persona y también de nuestra relación con ella y una de sus funciones es actuar como una pauta o una señal. Para comprender las emociones —según nos dicen Trevignani y Videgain— es preciso analizar las estructuras y los factores sociales sobre los que se presentan, las conductas, las expresiones y consecuencias a nivel social que derivan de las mismas (Trevignani & Videgain, 2016).

La emoción como pauta y señal no es meramente reactiva; tampoco irracional: está formada del mundo al que el individuo pertenece o quiere pertenecer, de su entorno institucional, de las estructuras de poder, del lugar que ese individuo quiere ocupar y del que cree que ocupa en la estructura social, así como de las expectativas de conductas relacionadas con tales posiciones” (Trevignani & Videgain, 2016).

Este aspecto señalado por Trevignani y Videgnain (2016) resulta particularmente sensible para las observaciones en torno a las parteras. En tanto que, en el trabajo de campo, pude notar que en su interacción con el sistema de salud, las formas de emocionarse y más aún, sus emociones mismas, se mueven en una dualidad entre la pertenencia a su propia raíz, trabajo y criterios y la posibilidad de reconocimiento para su labor. Ello en tanto que, por una parte, tienen la necesidad de ampliar los espacios de su práctica y el reconocimiento de la misma, para que sea aceptada e incluida de manera digna en un espacio institucional. Sin embargo, la actual inclusión de ellas en el sistema de salud revisa y califica las conductas que son aceptadas y reconocidas y las que no lo son (uso de rebozo, hierbas y baños), aunque hagan parte su identidad como parteras o como personas. Tales emociones se muestran en un

ir y venir de un punto a otro en tensión, lo que tiene un efecto en la solidez de su identidad y un constante reflejo de la diferencia en lo institucional.

Un sentido histórico particular
que ha guardado el estudio de las emociones

Uno de los sentidos que se ha dado a las emociones, desde el sentido común, resulta ser un sentido que se muestra *per se* como subordinado, incluso negativo, propio de lo otro, siendo a veces “lo otro” las mujeres. A decir de David Le Breton (1999):

el sentido común asimila de buen grado la emoción a una emergencia de irracionalidad, a una falta de autodominio, a la experiencia de una sensibilidad exacerbada. La emoción sería entonces una falta de voluntad, una impotencia para controlarse, una imperfección lamentable en la adopción del camino recto propio de una existencia razonable (Le Breton, 1999).

En cambio, habría de pensarse que el estudio académico y científico se distanciaría del sentido común, para buscar comprender con mayor profundidad y detalle los aspectos individuales y sociales adscritos a las emociones. Sin embargo, el pensamiento científico retoma —en ocasiones— sin distanciarse dicho juicio de valor; analizando a la emoción como una fuente de perturbación de los procesos intelectuales y de la conducta misma (Le Breton, 1999).

Considero que la visión referida en el párrafo anterior es un aspecto que hay que poner en cuestión teórica y políticamente mediante el análisis de sus implicaciones, pensando las emociones desde las ciencias sociales y buscando dejar de lado la dualidad en términos de oposición entre la razón y emociones. El considerar esta articulación para la investigación social, posibilita tener una visión más orgánica y completa del fenómeno social articulado entre experiencia y emociones en las parteras y, particularmente, en la forma en que se muestran sus emociones frente a las relaciones de poder que experimentan y en cómo sucede la relación entre dos conocimientos: uno que permea como dominante y otro que habiendo estado presente por décadas se transfigura como un conocimiento subordinado y excluido. Lo anterior permite, en primer lugar, mirar lo que sucede en la experiencia individual, bajo la figura de la vergüenza, que puede sentir una partera, la empatía con las mujeres a quienes

atienden y el sentir que la desprecian por no saber lo que el conocimiento hegemónico conoce.

La experiencia de las parteras, en sí misma, posibilita también observar y mostrar aspectos de la realidad que han sido silenciados, lo que es justamente uno de los puntos de fortaleza del análisis desde la experiencia: otorgar material para la comprensión. Y también, permite mirar un fenómeno social que incide en un grupo social en relación con otro, en este caso, el de las parteras en relación al sistema de salud y aún, puede otorgar elementos de lo que pasa en una sociedad entre los conocimientos, uno hegemónico y otro subordinado y ofrecer cuestionamientos ante ello.

La observación de las experiencias posibilita una imagen o una trayectoria, al menos, en las tres dimensiones antes referidas, yendo desde una dimensión individual, una dimensión de sectores sociales y una dimensión más abstracta como puede ser la interacción entre conocimientos; o digamos, desde lo micro, lo meso y lo macro. La observación de las emociones se mueve no sólo en lo individual, aunque muchas veces se presente como que el mundo de lo político se mueve en la razón y que la emoción está en lo privado y es de menor importancia. En cambio, sucede que es un aspecto silenciado, una dimensión que se mueve permanentemente en todo el universo de lo social y sus distintas dimensiones, pero del que no se habla.

En determinadas circunstancias, se muestra a la razón prístina, dominando las instituciones y lo social, cuando en realidad hay un acallamiento de una dimensión humana como pueden ser las emociones y se ha buscado adjudicarlas a un sector, sea este, por ejemplo, las mujeres (así referidas genéricamente), que en su vida privada se emocionan y, por lo tanto, no son aptas para la vida pública, sea bajo el discurso biologicista de la menstruación, sus “enfermedades uterinas” o su carácter (Martínez & Matilde, 1985). Este silenciamiento parece tener efectos no solo en la partera sino, en tanto que son conocimientos en salud para diversas culturas, parece derivar también en un acallamiento de la humanidad por la humanidad misma. Habrá que observar quiénes lo detentan y lo que de ello ganan y lo que pierden en lo particular, pero, al final, quizá solo son personificaciones y lo que hay sea una pérdida general para cada miembro de la sociedad y de ésta en su conjunto.

Las emociones para el estudio de las parteras

El interés por conocer y analizar la experiencia de las parteras en la atención del embarazo, parto y posparto en el estado de Morelos me llevó a la indagación de las emociones en su dimensión social; bajo la consideración de que, las variaciones sociales, ideológicas e históricas también generan cambios en los estilos emocionales, en sus contenidos, experiencias y expresiones (López, 2011). Resulta interesante observar, por ejemplo, cómo ha cambiado el trabajo de las parteras en dos formas, que dichas de manera general, podrían representarse en una primera figura asociada a un espacio comunitario en la que la partera es reconocida por todas las mujeres y, en general, por toda la comunidad como un miembro de importancia incluso como una persona que tiene un don, como una persona sabia por parte de la comunidad y de las mujeres que buscan y quieren atenderse con ella.

Por otra parte, podemos imaginar una figura “tipo”, de una mujer que lleva una vida sencilla en una comunidad —cuando la palabra “sencilla” tiene una carga ideológica que la distancia de la fulgurante modernidad, por ejemplo— cuyas mujeres en su entorno han escuchado sistemáticamente el progreso que representa el hospital, los avances de la medicina y los beneficios para la salud del conocimiento médico; ahora bien, se puede mirar a esta mujer no como sabia, sino como alguien que carece de todos los beneficios del sistema médico y lo poco que se ha hablado del papel que puede tener una partera en un parto normal y sus beneficios. Este cambio de la primera figura a la segunda es un movimiento que implica una transformación material e ideológica, pero también emocional, tanto para las mujeres en su etapa reproductiva —particularmente en el momento del embarazo— como para las mujeres que se desempeñan como parteras y para el sistema médico, cada uno de estos personajes tomando una posición emocional correspondiente al papel desempeñado.

Dicho tránsito de una figura a otra, con sus múltiples determinaciones, nos permite imaginar, de manera general, lo que puede suceder en las emociones de cada personaje; ira, vergüenza, sensaciones de poder, desprecio, desafirmación, etcétera. Es, sin embargo, una figura demasiado esquemática e imprecisa, aunque con la virtud de que abre la mirada a la imaginación sociológica (Wright, 1994). Sin embargo, la observación y entrevistas a las mujeres parteras nos permite acercarnos un poco a lo singular de estos procesos, a lo específico en cada una de ellas como parte de esta estructura general; sin olvidar que la

estructura guarda siempre una doble dimensión como estructura y como estructura estructurante (Bourdieu, 1988).

Uno de los aspectos centrales del análisis de la experiencia que he procurado es la observación de la narrativa experiencial de las mujeres parteras, particularmente considerando que una dimensión importante del análisis y la observación general del discurso requiere de reconocer que el objeto de estudio del análisis discursivo de las emociones está constituido por una serie de problemáticas específicas. Por ejemplo, observar que la narrativa emocional, es una actividad significativa, con diferentes formas de expresar o comunicar, por lo cual, es preciso reconstruir dicha narrativa a partir de indicios emocionales específicos (Ariza, 2016). Lo antedicho, si bien se observa de manera práctica en el trabajo empírico, está sustentado en los aspectos teóricos de las emociones como una estructura epistémica que puede posibilitar el acceso a la experiencia de las mujeres parteras y que se encuentra conectado particularmente con la tercera parte del proceso de salud-enfermedad-atención: en la atención. Al respecto considero que tiene sentido observar cómo vivifican y refieren en su experiencia la atención, lo que les implica, no sólo en sus resultados, sino como un proceso que transcurre, la forma en que se produce y se conforma.

La observación del aspecto emocional de las mujeres parteras fue un foco de interés importante dado que, en las observaciones preliminares al campo, se mostraba como una línea importante y reiterada en el discurso de las parteras con quienes había establecido interacción. Pienso que es útil, metodológica como teóricamente, en tanto que en la presente investigación la teoría y el objeto de estudio quedaban articulados en esa misma dimensión, las emociones.

Esta dualidad teórica y empírica que confluye en lo emocional ha potenciado la comprensión del fenómeno y ha facilitado el desarrollo metodológico. Así como también permite un tratamiento circular de este aspecto de la investigación, pues ha sido posible observar la emocionalidad en lo empírico, subrayar y enfocar lo teórico desde el estudio de las emociones y volver a mirar cómo éstas se reflejan en las mujeres a quien entrevisté; ello en sus aspectos asociados con el cuerpo: el propio cuerpo y con el de las mujeres a quienes atienden. La referida asociación teórico-empírica, posibilita observar el significado emocional y político que para ellas tiene el haber vivido un embarazo y un parto y de esa manera re-significar el parto cada vez que atienden a una mujer como un reflejo del propio

cuerpo. Por otra parte, esta dimensión que queda en la memoria corporal y emocional, marca una unidad, una forma organizada de existencia identificable dentro de un grupo —en este caso el grupo de parteras— que comparte una simbólica social (Le Breton, 1999).

Para realizar dicha indagación consideré preciso observar a la corporeidad como la relación entre la exterioridad física del cuerpo y la interioridad de su vivencia, entre la objetividad y la subjetividad (López, 2013). Ya que mirarlo de esa manera permite romper la dicotomía del estudio del sujeto, versus el estudio del objeto y me permitió una visión más integral de lo observado. Entre otras cosas porque la salud ha ido dejando de ser vista como resultado único de los componentes físico-biológicos y un fenómeno individual para entenderse como un proceso complejo que abarca el proceso salud-enfermedad-atención, el cual es resultado también de la conjugación de los fenómenos económicos, políticos, sociales y culturales (López, 2013).

He puesto especial atención en la observación de sus emociones más significativas, asociadas a indicadores empíricos, expresados en palabras, en gestos, en aspectos que, por ejemplo, han llegado a asumir como cómplice a su interlocutora, por que los han percibido como obvios o naturalizados. He buscando notar cuáles son las principales emociones que ellas refieren asociadas a tópicos como el parto, su relación con las mujeres, los médicos y el sistema de salud, a manera de poder mirar el sentido e importancia que tienen para ellas, pues a partir de eso ellas dan forma a su actuar. Como parte de las observaciones hechas en el presente estudio he buscado indagar en torno a las relaciones que establecen las mujeres parteras entre su cuerpo y su vivencia; la observación de su experiencia vista desde el papel que en ella juegan las emociones en tanto cuerpo vivido (Montoya, 2019) de las parteras en el estado de Morelos y, en ese sentido, mirar la manera en que se encuentran afectadas (experiencia y emociones) y cómo interactúan en las relaciones de poder en las que participan, específicamente, ante el modelo médico alopático hegemónico. De manera que con dicho concepto se forma el trípode teórico de esta investigación.

2.3. LAS RELACIONES DE PODER Y PARTERÍA: MODELO MÉDICO ALOPÁTICO HEGEMÓNICO

Las relaciones de poder han marcado la historia reciente de la partería de manera subrayada; ello resulta particularmente útil para observar la manera en que ha quedado conformada la historia médica (Castro, 2014; 2011) y la historia de la partería hasta hoy (Ehrenreich & English, 2006). Para observar las relaciones de poder me he apoyado en la conceptualización del modelo médico alopático hegemónico, que es el tercer elemento conceptual que retomo para esta investigación. El sentido principal de ello es que dicho concepto pueda fungir como una forma de espejo, como la relación correlativa que se establece entre éste y las parteras entrevistadas. De alguna forma es su contexto, en tanto que es en él junto al que se mueven en un ritmo sincopado. Como puede observarse en la investigación de Ehrenreich & English (2006) las parteras en pocos casos pueden marchar al margen del sistema de salud, más bien han tenido que subordinar su práctica al ritmo o la pauta que éste les marca y, aún así, habiendo incorporado elementos médicos en su práctica cotidiana. Teóricamente lo observo como un contexto que, si bien durante años no existió para las parteras, en el momento que se presentó llegó mostrándose a éstas mediante diversas formas de regulación de su actividad, como una estructura de poder bajo la que ellas se encuentran en México.

Parto del reconocimiento necesario que conlleva el desarrollo de la medicina biomédica. Sin embargo, es preciso reflexionar de manera crítica las implicaciones negativas que conlleva tener un dominio hegemónico de una figura tal. En específico, en lo que significa para las parteras y los efectos que tiene sobre éstas. Es preciso hablar del concepto original —sin la determinación específica de alopático— del modelo médico hegemónico planteado por Menéndez (1988), quien ha desarrollado textos sobre temas de salud y enfermedad buscando comprender las representaciones y prácticas de algunos grupos sociales. Particularmente, mediante la antropología médica crítica, orientación que integra elementos del pasaje histórico, con implicaciones políticas y económicas, especialmente evalúa cómo está constituida la ciencia biomédica. Las principales críticas que hiciera Menéndez a dicha ciencia, es que —dicho de manera general— privilegia la biología, la individualidad, los elementos técnicos pragmáticos y de mercado (Huerta, 2015).

El modelo médico hegemónico es una propuesta conceptual pertinente para evaluar cómo la biomedicina, sin demeritar sus amplios logros en la mejora de las condiciones de salud de las poblaciones, secundariza o anula otros saberes populares en el campo medicinal, del mismo modo que excluye el diálogo más dinámico o menos jerárquico a los pacientes de la relación médico-paciente (Huerta, 2015).

Leticia Huerta (2015), señala que la biomedicina tiene como motor la eficacia y la rapidez del diagnóstico, en algunos casos, por la emergencia de determinados padecimientos, por lo que su principal motor es la acción, entendiendo que la medicina alopática tiene como propósito restablecer la salud rápida y eficazmente y busca, generalmente, establecer al diagnóstico como respuesta, siendo un evento que tiende a cerrar procesos en lugar de abrirlos. Dicho movimiento —según explica Huerta— está asociado al corto plazo, privilegiando más los síntomas que los significados. Mientras que, por otra parte, la antropología médica se plantea en términos de pensar procesos de larga duración tratando de comprender significados, prácticas y representaciones (Huerta, 2015). Puede observarse que son dos lógicas distintas y que ambas apuntan a procesos que quizá pueden ser complementarios retomando con seriedad sus fortalezas.

Uno de los aspectos a los que obedece el interés en dicha diferenciación es a la observación de cuestiones como las siguientes: el que, a pesar del uso de la biomedicina como estrategia de curación, los sujetos también acuden a los saberes populares para complementar sus tratamientos, así mismo, a que la población, particularmente en México, es heterogénea, por lo que consideran no se pueden establecer sintomatologías, diagnósticos y tratamientos como si la población fuese homogénea. Dicho de manera general, observan una distancia entre la ciencia biomédica y las personas usuarias de los servicios. Leticia Huerta considera que los campos de estudio y las formas como se tratan pueden verse como complementarios tanto en la investigación académica, como a nivel operativo y en la práctica de los servicios médicos. (Huerta, 2015).

En palabras de Eduardo Menéndez el modelo médico hegemónico puede describirse, de forma general, de la siguiente manera:

[Como un] *conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado* (Menéndez, 1988).

El análisis de este concepto en términos prácticos, según nos dice Menéndez, debe observar la hegemonía del modelo en relación con las prácticas con las cuales subalterniza, pero sin por ello poder eliminarlas (Menéndez, 1988). En ese sentido es que se inscribe aquí

la presente investigación y resulta pertinente tomar como marco conceptual el modelo médico hegemónico en tanto que las parteras conforman, en sus labores prácticas, una especie de bisagra entre la ciencia biomédica y los saberes populares. En dicha bisagra se encuentran discusiones en torno al hecho de su reconocimiento, sus prácticas y sus derechos. Particularmente, tiene sentido en tanto que se encuentra asociado con las conversaciones acerca de la medicalización del parto, que es el siguiente elemento que abordaré.

Los principales rasgos estructurales señalados por Menéndez (1988) acerca del modelo médico hegemónico son el biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico. Por otra parte, dicho modelo, cumple determinadas funciones que Menéndez agrupa en tres tipos: el que incluye funciones curativas, preventivas y de mantenimiento; un segundo tipo que se integra con las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación y, finalmente, un tercer tipo que se ocupa de lo que llama la función económico ocupacional (Menéndez, 1988).

El biologismo básicamente consiste en que se remite a series históricas de corta duración, ignorando en los hechos la mediana y larga duración histórica, lo que deja de lado las determinaciones sociales, la parte histórica de lo biológico y la vigencia de este enfoque evita justamente poder verificar la importancia de los procesos no biológicos. La ignorancia de las series históricas largas, impide articular los procesos históricos que operan y que no pueden agotarse en la coyuntura por más urgente que esta sea. Un segundo aspecto, consiste en que la epidemiología utiliza como principales variables aquellas que más fácilmente puede referir a procesos biologizados como el sexo y edad, utiliza con mayor frecuencia indicadores raciales que indicadores sociales para referirse a la estratificación social, de manera que ha ocurrido un proceso de naturalización de los procesos que tiende a simplificarlos y a opacar parte de las determinaciones. Menéndez pone como ejemplo de lo anterior el concepto de estilo de vida, generado a partir de las ciencias sociales como un concepto intermedio entre el estrato social y el sujeto. Lo que inicialmente fue planteado como un concepto global, el trabajo epidemiológico lo fue reduciendo a simple indicador de grupo de riesgo, eliminando la capacidad explicativa del concepto (Menéndez, 1988).

Dentro de los cuestionamientos hechos al modelo médico hegemónico se encuentra el aumento correlativo del consumo de equipo y de fármacos. Dentro de los fármacos se ha intensificado el consumo de aquellos que pueden conducir a consecuencias negativas en la salud; el aumento correlativo de la intervención médica, de cuyas expresiones más visibles y costosas son las intervenciones quirúrgicas, que en algunos casos pretenden establecer determinado tipo de intervenciones como una forma estandarizada de atención como en el caso de las cesáreas, (Menéndez 1992). Dentro de estas observaciones críticas hechas al modelo médico hegemónico se sitúa el proceso de medicalización al parto, al cual me refiero en el siguiente apartado.

Medicalización del parto como pieza del modelo médico hegemónico

El parto en espacios hospitalarios, como los que hoy conocemos, se ubica históricamente a finales de la Segunda Guerra Mundial, en la búsqueda por ofrecer una atención especializada por parte del personal médico y en la construcción de espacios controlados y asépticos. Tiene poco tiempo en términos históricos el proceso —digamos— migratorio del parto, que va del ámbito domiciliario a los hospitales. Sin embargo, ello no ha implicado simplemente un cambio de lugar como tal, sino que múltiples transformaciones y discusiones, tanto por parte de la biomedicina o medicina hegemónica, como por parte de sus diversos críticos.

Una de las principales discusiones es la siguiente: desde la medicina hegemónica se ha dicho que es gracias a que el parto ocurre en espacios hospitalarios que se ha podido reducir las cifras de mortalidad materna (Hernández & Echevarría, 2014). Sin embargo, esto ha sido cuestionado, argumentando que no es por la tecnología hospitalaria, sino debido a otras circunstancias o determinantes, como una mejor nutrición, una mayor salud de las mujeres, una disminución de la natalidad o del espaciamiento de los hijos, mejores condiciones de la vivienda y de higiene. Al respecto Hernández y Echevarría señalan que:

Autores como Dopico (2000) han puesto de relieve que el descenso de la mortalidad materno-fetal se generalizó mucho antes de la aparición de los antibióticos y de cualquier medicamento eficaz contra las infecciones. Como señalan autores como Michael Foucault (1990) Josep Bernabéu y Sonica Contada (1991), a pesar de que la reducción fue atribuida a la medicalización hospitalaria de los partos, parece que en este descenso influyeron más las variables del medio que los avances médicos (Hernández & Echevarría, 2014).

También se ha referido la importancia de variables como la escolaridad en la reducción de la mortalidad. En el caso de la mortalidad infantil se considera que una mayor escolaridad de la madre redujo la mortalidad infantil entre un 7% y un 9% por cada año adicional de escolarización. Así mismo, influyeron las mejoras en la alimentación y las condiciones de salubridad, mientras que la mortandad intraparto no ha experimentado diferencias significativas, a pesar de la hospitalización de los nacimientos ocurrida durante la segunda mitad de siglo XX. Incluso se ha dicho que ha podido aumentar la morbilidad de las mujeres y quienes nacen, no existiendo evidencia de que sea más seguro para las mujeres parir en éste. En ese sentido se dice que el descenso de la mortalidad de las mujeres y de quien nace no se ha debido tanto a lo que han hecho los obstetras en el medio hospitalario, sino a los autocuidados que empezaron a practicar las mujeres en sus propias casas (Hernández & Echevarría, 2014).

Quiero destacar, en particular, una observación que se ha hecho en torno a la ausencia, en este tipo de medicina, de la contextualización socio cultural y a la crítica de la práctica misma con base a la observación de sus efectos. En ese sentido, Manuel Hernández y Paloma Echevarría (2014), consideran que nos encontramos ante un padrón asistencial que ha encontrado su justificación clínica en un presunto pragmatismo epidemiológico convenientemente higienizado de las causas culturales, pero en cuya difusión y asentamiento han influido factores sociológicos negados desde las ciencias biomédicas (Hernández & Echevarría, 2014). Refieren que es preciso observar el propio desempeño y toma de decisiones que se han llevado a cabo para llegar a la institucionalización del parto y considerarlas también en el sustrato que tienen como producidas socio cultural y económicamente.

Con la intención de contribuir a dicho análisis, Hernández y Echevarría (2014) han caracterizado al parto medicalizado o parto institucionalizado como una etnoobstetricia y consideran que se encuentra constituida por tres partes: la medicalización de los procesos normales, el control biotecnológico y la organización protocolizada y mecanizada del trabajo. Cuando hablan del primer punto: la medicalización de los procesos normales, refieren una tendencia y observan que el nacimiento es uno de los procesos que, a pesar de no ser considerados una enfermedad, ni por las mujeres que paren ni por los médicos han puesto a los clínicos en el centro del proceso de parto y de los criterios de interacción materno fetales.

Acompañado con la introducción de la tecnociencia con el surgimiento de bioinstrumentos como los fórceps o el cloroformo. Lo que refieren como el control biomecánico de los cuerpos maternos (Hernández & Echevarría, 2014).

Esto es, que existe una estructura que ha privilegiado el control biométrico de los cuerpos, el estudio de los rasgos antropométricos establecidos y comparados mediante instrumentos y medios técnicos adecuados, posibilitando la cuantificación matemática de las características fisiológicas y temperamentales (Fernández, 2007, citado por Hernández & Echevarría, 2014). Los autores, refieren también el peligro de reducir a las madres a un conjunto de datos, dicen que el riesgo de la biometría radica en el hecho de que los expertos dejen de mirar a las gestantes a los ojos, para desplazar su atención en un sin fin de artefactos mecánicos, de manera que las madres quedan condicionadas con frecuencia por los frecuentes exámenes que plasman gráficamente su estado (Hernández & Echevarría, 2014) o, dicho de otra manera, consideran que nos encontramos con una serie de cortocircuitos teóricos que la biometría podría activar, la simplista, pero seductora confusión entre lo que es medido y las mujeres mismas (Saraceni, 2005, citado por Hernández & Echevarría, 2014).

En ese contexto, las vivencias de las propias madres ya no dependen de su sensibilidad inmediata sino de los datos biométricos que ofrecen los artilugios mecánicos, quedando condicionadas por los exámenes en los que se les dice su estado y sus sensaciones y percepciones quedan supeditadas a las definiciones de dichos artilugios. De manera que hay tendencia a la desconfianza sobre lo sensitivo-corporal y una sustitución por los datos que dictan los resultados de los exámenes de la ciencia empírica (Hernández & Echevarría, 2014).

También consideran que:

Es un afrontamiento biotecnológico que reafirma la subordinación materna, al transformar un proceso intuitivo en algo que, pese a suceder en y desde el cuerpo de las mujeres, es interpretado y manejado desde el 'saber' de los asistentes. Las máquinas sirven, por tanto, para potenciar el poder de la tecnociencia en las definiciones de la salud y la enfermedad, al anular el saber y la autonomía de las mujeres... tienen que consultar periódicamente a los sanitarios, que son quienes dan explicación de lo que acontece, lo que sucede en sus cuerpos (Hernández & Echevarría, 2014).

Por supuesto, no se trata de llevar a cabo un proceso de desconocimiento de los avances que los procesos científicos-tecnológicos traen consigo, las posibilidades que abren

y lo que conocer esos procesos y poder medirlos tiene en positivo para el embarazo y parto, el hecho de que algunos de ellos sirven para salvar vidas, como es el caso de la cesárea cuando se precisa. Sin embargo, se vuelven problemáticos algunos de sus criterios de producción que pueden responder a intereses subrayadamente comerciales, el uso que hoy se hace de los mismos y la práctica habitual que resulta acrítica y trae dificultades que habrán de ser observadas y puestas en cuestión para mejorar el conocimiento en su conjunto, así como las condiciones y procesos de atención.

En dicho contexto se vuelve significativo el enfoque de la partería que se centra en el autoconocimiento del cuerpo de la mujer y en la búsqueda de que ese conocimiento del propio cuerpo y los procesos que se esperan en el embarazo y el parto se transformen en procesos de empoderamiento de las mujeres. No significa entonces que sea esa la única y mejor manera en cualquier forma o circunstancia para atender la salud de las mujeres y de quien nace. Sino justamente, que se consideren ambas perspectivas de acuerdo a las necesidades de cada mujer, para ello es preciso comprender la lógica que establece la partería y de la que me ocupo en el apartado de resultados, pero que aquí conviene dejar apuntada para que se la entienda en sus términos más generales.

En segundo lugar, José Manuel Hernández y Paloma Echevarría (2014) refieren una degeneración ritual, un proceso de organización del trabajo protocolizada y mecanizada. También que el parto es tratado como un proceso en el cual se llevan a cabo rutinas y procesos asistenciales que se basan en protocolos establecidos, procedimientos y pruebas que tienden a homogeneizar a las personas, que obedecen a un conjunto de reglas generales, a una planificación de sus actividades en un orden preestablecido y mecanizado. Por lo que no resulta extraño que los partos estén impregnados de experiencias de sometimiento a innumerables tareas repetitivas, que los profesionales deben realizar, amparados en la justificación de que el protocolo lo establece (Hernández & Echevarría, 2014).

De tal manera que los protocolos son obligatorios para las madres, al margen de sus opiniones, conocimientos o estado clínico, todos los discursos e ideologías institucionales. Discursos que deben interiorizar, dando muestras fehacientes de participación y responsabilidad en su aprendizaje y reproducción. Además de la debida firma que las mujeres deben otorgar para liberar de responsabilidad a las y los profesionales. Naturalizando un

proceso de objetivización pasiva y sumisa por parte de las mujeres y una especie trabajo mecánico-técnico por parte del personal médico (Hernández & Echevarría, 2014).

En tercer lugar, refieren las bases antropológicas que implican una serie de representaciones ideológicas que caracterizan como etno-obstetricia, que implica una búsqueda exagerada por el control de la reproducción que alimenta la tendencia a la medicalización. La referida representación incluye también en su discurso el tema del dolor, particularmente la abolición del dolor. Dicho discurso, Hernández y Echevarría (2014), lo asocian a la instauración de tratamientos estándar del dolor vinculados a contextos culturales que han pasado de ver al dolor como una purificación, una expiación del pecado, un fortalecimiento del vínculo madre-hijo, a la justificación de la medicalización de los partos, desvalorizando otros aspectos en su reducción, como la autogestión de la mujer u otras técnicas de afrontamiento no biomédicas. Se refuerza así la autoridad de la personas expertas y la visión del parto como algo negativo, como un mal del que sólo quienes prestan servicios técnicos pueden liberar a la mujer (Hernández & Echevarría, 2014).

Este proceso no implica únicamente una cuestión inmediata en la que la mujer, en el momento del parto o durante el embarazo, tienda a tener una actitud pasiva, que perderá al final de dicho proceso, sino que existe un riesgo de que las pacientes se distancien cada vez más de la experiencia de su entorno y de su propia corporalidad (Hernández & Echevarría, 2014). Esto tendría implicaciones en el largo plazo que aún desconocemos, pero que es preciso sean observadas y puestas en cuestión las prácticas y sus consecuencias. En ese contexto, la presente investigación, observa una serie de prácticas de las parteras que han venido ocurriendo de forma previa y, aún hoy, paralela a todas las prácticas antedichas de medicalización con todas sus implicaciones presentes y posibles y que abren el cuestionamiento a lo que sucederá de ser dichas prácticas preservadas o abolidas.

Este sustento de las bases antropológicas de la medicalización del parto, según lo planteado por Hernández y Echevarría (2014), destacan dos aspectos: en primer lugar, la biopolítica, que entienden como la forma en que las organizaciones nacionales y estatales se han ido introduciendo en el control de los procesos biológicos, con el fin de garantizar ciudadanos/as útiles y productivos/as, para lo cual mediante el Estado, se ha buscado garantizar la hegemonía del poder técnico y profesional de los/las especialistas. Dicha hegemonía de poder —según su consideración— funciona no únicamente desde la ideología

y la conciencia sino desde el propio organismo, dando preferencia a la enfermedad frente a la salud, dejando de ser la reproducción una experiencia cotidiana en la vida de las mujeres. Un segundo componente que ellos consideran es el pos-humanismo, mismo que entienden como una filosofía que pretende la superación de lo humano a través de la exaltación de la tecnología y, en tercer lugar, consideran que ha tomado centralidad el productivismo que entienden como una ética en la que el trabajo cumple un papel crucial, teniendo como primacía a la industria y a la producción en la sociedad moderna, volviéndose la productividad medible como el fin central de la organización humana (Hernández & Echevarría, 2014).

El concepto mismo de medicalización ha dejado de ocupar un lugar periférico en el estudio de la relación entre la medicina y la sociedad siendo hoy un concepto central para este campo (Murguía, Ordorika y Neldo, 2016). Para profundizar en la comprensión de dicho proceso habría de remitirse a algunos de los principales autores que han abordado el concepto de medicalización como es el caso de Michel Foucault (1977) e Iván Illich (1978), quienes abordan de forma estructural el proceso de medicalización como un problema global de diferentes dimensiones de la vida cotidiana. De la misma manera es posible profundizar el tema en Foucault, mediante su obra *El nacimiento de la clínica*, que ofrece la genealogía de la clínica y con ello sienta las bases para poder observar cómo se ha conformado el proceso de medicalización, mediante un análisis que considera una arqueología para desentrañar el nacimiento de la clínica y de su mano la propia medicalización.

Por su parte, Iván Illich (1978), en su obra *Némesis médica*, parte de caracterizar a la medicina institucionalizada como una grave amenaza a la salud, nos presenta de manera estructural lo que ha implicado la construcción de la medicina como hoy la conocemos y va a conformar lo que llama la medicalización de la vida. Dicha medicalización va a observar el desarrollo de una tendencia asociada al capitalismo que llevara al control de la vida y a la predominancia de la medicina hegemónica y también a lo que llama la invasión farmacéutica, que pasa por lo que refiere como el imperialismo del diagnóstico y el estigma preventivo. Para los fines de esta investigación sobra profundizar más al respecto, sino tomar los aspectos señalados como marco de referencia para comprender lo que está pasando en la experiencia de las parteras, particularmente de estas parteras en el estado de Morelos.

Los referidos marcos teóricos, son un posicionamiento crítico ante la medicina alopática, la medicalización y otros elementos asociados, vistos desde una perspectiva radical, cuya virtud es que permite observar las contradicciones que puede presentar dicha perspectiva. Para la presente investigación no significa establecer una oposición férrea o un des-reconocimiento de las ventajas de los avances de la biomedicina y de sus virtudes. En cambio, significa mostrar y subrayar los aspectos profundos que circunscriben la experiencia y la crítica de la visión de los planteamientos de otra forma de mirar la medicina y la salud como es la partería; la experiencia y perspectiva de las parteras es lo que aquí importa conocer a profundidad es, en ese sentido, que ha de ser considerada y leída la visión que —con el marco teórico referido— se hace, en tanto que considero que ello posibilita comprenderlas más en su contexto y perspectivas. Aquí no hay aún una propuesta acabada de formas de cooperación o de incorporación, aunque se vislumbra como una posibilidad, lo principal es desestabilizar la naturalidad con la que se mira la salud desde la biomedicina.

LOS APORTES DE LA ARTICULACIÓN ENTRE EXPERIENCIA, EMOCIONES Y PODER MEDIANTE LA OBSERVACIÓN DEL MODELO MÉDICO ALOPÁTICO HEGEMÓNICO

La presente investigación se planteó conocer y analizar la experiencia en la atención del embarazo, parto y posparto de las parteras del estado de Morelos, en relación con la observación de las emociones como dimensiones centrales de dicha experiencia en el contexto del modelo médico alopático hegemónico, tomando como referencia sus narrativas.

Llevar a cabo un análisis sobre esta experiencia de las parteras, posibilita la observación de una forma de construcción social de las relaciones y las interacciones en la sociedad contemporánea; particularmente, permite mirar cómo funcionan y se despliegan las conformaciones identitarias mediante su propia lógica. Esto es, las maneras en que la experiencia se desarrolla a lo largo de generaciones, en que van acumulando conocimientos y formas de asumir e incorporar en su labor la atención, formas de tratamiento, concepciones y representaciones de lo social, particularmente de la manera en que se mira a otras mujeres y en que se miran a sí mismas en lo tocante a la salud sexual y reproductiva.

Observar la experiencia, es pues una forma de concebir la otredad, el cuerpo de la otra. La manera de incorporar sus emociones y sensaciones implica la construcción de un mapa, de una ruta trazada en la que tiempo y espacio se vuelven elementos determinantes y cualitativamente significativos para tomar las elecciones en dicha ruta. El espacio donde se va a partir, sus tenues luces y características de temperatura, ventilación, la búsqueda de la armonía en ello; el tiempo, lo que hay que esperar, la paciencia como clave del curso al que se hace frente, son elementos que se han incorporado en la práctica y que se llevan marcados en el cuerpo.

La experiencia es, en este caso, el señuelo que indica el momento en que hay que inhalar para tener fuerza en el pujo que va a expulsar a la cría o la exhalación que va a permitir que nazca más suave, que la cabeza que está siendo expulsada por la vagina no ejerza demasiada presión sobre el periné de la madre y lo desgarrar con su salida. El tic-tac del reloj es a veces soportado por las parteras mientras tejen con agujas y estambre; ellas dicen que ayuda a reducir el estrés y así se mantiene ocupada a la partera, para tener paciencia y esperar y al mismo tiempo le permite estar atenta. Narrar esto en un libro de texto de formación médica no es lo que permea la práctica médica, pues dicha práctica se encuentra más enfocada en el segundo y tercer nivel de atención; en la resolución de problemas que han salido de los parámetros de lo normal. Dichos elementos descritos sobre la labor de las parteras no es lo que muestran los monitores que marcan el latido de la madre y el latido del bebé, es otro pulso, es otra experiencia, es otra percepción y podría ser validada como tal en la atención de primer nivel y funcionar como una atención complementaria.

La experiencia de las parteras, observada en sus narrativas, da cuenta de los principales aspectos en los que ellas centran su labor cotidiana y cómo significan los sucesos que viven. Una de las dimensiones que destaca es la labor emocional que realizan y sus propias emociones; es por ello que propuse observar la manera en que miran y gestionan las emociones, tanto para observar su labor como para pensar la otredad. Dicha observación no se limita a mirar únicamente las emociones que se encuentran y a describirlas, si bien esto hace parte del camino a su comprensión; tampoco se reduce al establecimiento de distinciones entre emociones positivas o negativas, lo cual ya conlleva una predeterminación valorativa de quien observa, si bien entiendo que aquello puede tener sentido como han planteado algunos teóricos (Kemper, 1978; Burke & Stets, 2009; Turner & Stets, 2005) que

observan así sus análisis para otras formas de entender lo social. Aquí no es el caso ni la intención.

Sin embargo, la observación de las emociones pretende prescindir, en la medida de lo posible, de la visión propia de quien mira; buscando que tal conceptualización sea esa ruta, ese mapa que traza la experiencia. Es ella quien va mostrando al mirar desde su emoción lo que importa a la interlocutora, lo que la lleva al punto donde está situada, lo que da muestra de su lugar de enunciación. Las complicidades mostradas por la interlocutora al hacer afirmaciones, sus silencios y pausas en la narrativa da información sobre esa ruta, sobre ese mapa sobre lo que se está tratando de comprender y que para quien mira desde afuera es desconocido. La narrativa se construye, la construye quien la describe, pero también quien la refiere, en ese sentido no es posible hablar de objetividad, pero sí quiero apuntar que se ha buscado seguir como eje rector la mirada de las mujeres parteras que vivieron las experiencias.

La observación de las emociones ha sido aquí una herramienta de intelección de la experiencia de las parteras y ha buscado ser la línea en el mapa. De alguna manera se parece al objeto de investigación en tanto la experiencia obedece también a una línea invisible, es un trazo en el mapa del camino seguido. En la investigación social es difícil hablar de un destino, de un punto final en el que nos podemos encontrar de frente con la identidad y saludarla; ergo, tampoco podríamos hablar de que la línea de este mapa nos va a llevar a un lugar fijo, definitivamente no. Seguir así la experiencia es solo una forma de montarse en una línea que te hará caminar un rato por la experiencia de nuestra interlocutora, ver en qué puntos sus valles suben y son crestas, en qué puntos bajan y son ríos corrientes; ahí donde ellas ponen la emoción y qué emoción ponen. Y, esto sin dejar de registrar dónde se encuentra la emoción de quien mira; ahí se encuentra la vigilancia epistemológica.

La observación de las emociones, así vista, ha resultado importante para el desarrollo de esta investigación, no a la manera de una especialidad en la observación y escrutinio del análisis de las emociones como quienes se especializan en la observación de la culpa o la vergüenza como emociones morales y que llegan a comprender formas de lo social descritas en esas emociones, sino que aquí, la observación de lo emocional es un señuelo. Sin embargo, considero que la vinculación entre experiencia y emociones, el pensar ambas dimensiones de una manera articulada ha aportado a la comprensión de la experiencia de estas mujeres.

Siguiendo la línea intelectual del mapa, de la ruta marcada por sus narrativas, todo el tiempo en que hablaban había una observación de contraste en ellas, un diálogo, una conversación constante en la que se hablaba del personal médico, de las capacitaciones, de los centros de salud, de los hospitales, de las actas de alumbramiento, del sistema de salud... ¿cómo nombrar aquello? Ellas lo refirieron bajo esos nombres diversos. Al final, consideré que en lugar de acuñar un nombre para una nueva abstracción que representara todo aquello de lo que ellas hablaban era más adecuado retomar la figura planteada por el modelo médico hegemónico.

Sin embargo, había algo en esa conceptualización que me resultaba demasiado general, necesitaba algo que lo especificara, que lo definiera un poco más: eso fue la caracterización concreta de alopático. Ello da cuenta de su lógica, de esa otra forma de mirar la salud sexual reproductiva desde esa construcción. Hablar de un modelo (en general), ya dice que hay una pauta de acción, también algunas de las parteras hablaban de un modelo de partería². Al hablar de medicina se hace alusión al estudio de la enfermedad o a las sustancias usadas para atenderla. Al hablar de su construcción como hegemónica nos remite al papel de aquella medicina hoy. Aún me resultaba necesaria la particularidad: es una medicina específicamente alopática. La palabra alopática se encuentra, en primera instancia, históricamente contrapuesta con la medicina homeopática, si bien hoy el término alopático se utiliza para oponerla a otros tipos de medicina alternativa o tradicional. La medicina dominante, hegemónica es justamente esa medicina, la alopática y ella obedece a una lógica, a su propia forma constitutiva. Aquí busco dar cuenta del otro lado de la moneda de una de esas formas que se originaron bajo otra lógica, lo cual no las hace por sí mismas mejores o peores sino diferentes y específicas.

Desde el análisis social, importa dar cuenta de las implicaciones de las figuras hegemónicas, de los efectos de poder que se instauran en los sujetos, de quien los imprime y

² Dos de las parteras entrevistadas, ambas parteras que se refieren a sí mismas como parteras profesionales, hacían referencia a un modelo de partería. Si bien la partería es diversa algunas parteras refieren a un conjunto de prácticas que comparten de manera básica con otras como propiamente un modelo. Parece ser un esfuerzo por buscar una forma de profesionalizar o dar estructura a su labor. Sin embargo, como bien me hizo ver Sandra Treviño-Siller ha sido cuestionado porque se considera que hay varias formas de hacer partería y ello es algo que pude constatar en el trabajo empírico.

en quién son impresos. En ese sentido, considero que el precisar su figura alopática, especifica también su lógica, nombra un tipo de medicina; una forma de diagnosticar, una forma de medicar y de asumir la salud. En este caso, cómo define, atiende, incorpora y representa la salud sexual reproductiva. Así mismo, la manera en que se relaciona un modelo de partería con un modelo de medicina, desde la perspectiva de las parteras, desde la perspectiva de la otredad.

Ahora bien, su caracterización y los elementos que lo componen son propuestos aquí como una figura de espejo, así lo utilizan constantemente las parteras, como un medio de referencia, de contraste fotográfico que destaca el otro tono; en este caso buscando resaltar los bordes con la partería, sus métodos, representaciones y formas de atención. Existe una estructura de poder implicada en dicho modelo, que impone una serie de lineamientos. Su observación propicia también mirar los alcances de una lógica sobre la otra, lo que sucede socialmente cuando se instaura mediante el uso de relaciones de poder un conocimiento dominante sobre uno dominado; con sus implicaciones lingüísticas e ideológicas.

La precisión de nombrar como alopática a la figura hegemónica actual busca poner en cuestión su prevalencia como tal. Si bien en este momento no existe otra forma hegemónica de observar y entender la salud, no significa que no pueda existir. Se trata justamente de plantear si una sociedad como la nuestra requiere de una figura hegemónica, si es ésta la que resulta mejor social y culturalmente o, en qué medida tal prevalencia somete a otras formas que no responden a su lógica, deslegitimándolas de diversas maneras y, en este caso, se ofrece —desde la mirada de las parteras— cómo ha quedado subordinada su lógica y formas de acción. Hacerse la pregunta acerca de la necesidad de una figura como la actual o las críticas que le son pertinentes y observar las posibles respuestas, bajo diversas perspectivas, más allá de las propias, tiene sentido para observar otros horizontes.

Hasta aquí he mostrado la forma trimembrada del sustento teórico con el que dialogo en la relación entre lo teórico y el trabajo empírico, y la interacción de ambos aspectos. Para ello fui construyendo una metodología que me permitiera acercarme a la experiencia de las parteras e ir comprendiendo la función que tiene su labor emocional en su tarea cotidiana en medio del contexto del modelo hegemónico actual. El siguiente capítulo es el espacio en el cual presento dicha metodología y expongo la forma en que planifiqué el acercamiento al campo, los sentidos y lo que resultó de dicho acercamiento en lo que a metodología se refiere.

III. La experiencia y las emociones en su propio contexto (marco metodológico)

3.1. Tipo de estudio

Se presenta una investigación que retoma técnicas del método etnográfico, como son la observación, el *rapport* y la entrevista en profundidad, principalmente, con el uso de la narrativa como su eje rector. Ello en consideración a la teoría observada en el apartado teórico de la investigación; en tanto que, para el concepto de experiencia, según los planteamientos de Scott (2001), es preciso seguir la pista al lenguaje, para de esa manera situarlo, contextualizarlo y darle historicidad a los términos mediante los cuales se representa la experiencia, y de ese modo dársela también a la experiencia misma (Scott, 2001).

Al momento de tratar de explicar el objeto de estudio, según nos dice Rosana Guber (2013), se parte de determinado paradigma teórico que corresponde con lo real, pero no de forma directa, de manera que se requiere de mediaciones sucesivas en las que se manifiestan los mundos de quienes actúan, en este caso las mujeres parteras. Sin embargo, a dichos mundos no se accede de manera directa mediante la percepción sensorial de quien investiga, sino por un diálogo constante con el modelo teórico, que es lo que permite ordenar las prioridades y criterios selectivos para la observación y registro. De manera que la perspectiva de las mujeres parteras es una construcción orientada teóricamente por quien investiga, buscando dar cuenta de la realidad empírica tal como es vivida y experimentada por las mujeres parteras (Guber, 2013). De hecho, las narrativas mismas se construyen, se les va dando contexto y forma, de manera que quien investiga queda también incorporada en las mismas.

De manera tal que, con base en los conceptos planteados en el apartado teórico (experiencia, emociones y modelo médico alopático hegemónico) de la presente investigación, los objetivos fueron alcanzados mediante una ruta que buscó dar cuenta de dichos procesos, desde la perspectiva de las parteras, mediante la investigación narrativa, dada la importancia del lenguaje en la conceptualización teórica de la experiencia.

Para aproximarme a las narrativas sobre su experiencia, realicé entrevistas en profundidad, lo cual permitió a las informantes poder hablar ampliamente de su experiencia. Así mismo, mediante los planteamientos presentados a manera de preguntas en la guía de entrevista, pude tener un referente constante para alcanzar los objetivos planteados.

3.2. Campo de investigación

El campo en la presente investigación se sitúa principalmente en torno a las mujeres parteras que habitan y/o laboran en municipios del estado de Morelos. El campo de esta investigación fue mi referente empírico, la porción de lo real que deseaba conocer, el mundo natural y social en el cual se desenvuelven las mujeres parteras, y que se compone, en principio, de todo aquello con lo que se relaciona quien investiga, como una cierta conjunción entre un ámbito físico, actores y actividades (Guber, 2013).

Si bien, el núcleo de la investigación se encuentra centrado en quienes laboran y/o habitan en municipios de Morelos, es preciso aclarar, que al momento de llevar cabo el establecimiento de un recorte de lo real, que es lo que se hace al plantear el campo, dicho recorte no está dado, sino que es construido activamente en la relación entre quien investiga y las informantes. El campo no es un espacio geográfico, un recinto que se autodefine desde sus límites naturales sino una decisión de quien investiga, que abarca ámbitos y actores y que contiene a la materia prima, la información que el investigador transforma en material utilizable para la investigación (Guber, 2013). De manera tal, que es preciso comprender lo que aquí refiero como campo, como el espacio de acción de las mujeres parteras en el que interactúan de manera cotidiana.

Adicionalmente, la referida cuestión teórica en torno al campo, es algo que también he podido constatar en el ámbito empírico de ésta investigación, por lo que, en atención al trabajo de observación preliminar que realicé, en el cual noté que algunas de las mujeres parteras tienden a moverse cotidianamente en otros espacios y municipios de Morelos de manera regular; otras de ellas, incluso, han cambiado de domicilio dentro del propio estado y mantienen relaciones con otras parteras y pacientes con quienes interactúan fuera de sus propios municipios. Por estas razones, consideré pertinente mantener como marco de investigación al estado de Morelos, si bien, —cabe comentar— originalmente había

planteado incluir únicamente el municipio de Tepoztlán. Sin embargo, tomé en cuenta que ampliar el territorio me permitiría presentar mejor la forma que toman las trayectorias que cotidianamente realizan las mujeres parteras en sus procesos de interacción con las mujeres a quienes atienden. Pese a lo anterior, aún existe en los resultados una fuerte focalización en dicho municipio en particular.

Fue significativo observar con atención aspectos subjetivos como la trayectoria de las parteras en su desempeño laboral, su relación con las mujeres y familias a quienes atienden, las relaciones entre ellas, así como la forma en que perciben su interacción con el personal médico, como un proceso individual que permitió observar las características que guardan en torno a su experiencia en cada uno de estos aspectos.

El territorio seleccionado, se enfoca en un espacio en el que se desempeñan hoy las mujeres parteras, sin embargo, las conversaciones con ellas también aportaron elementos respecto a las formas en las que observan el territorio más allá de la referencia de divisiones políticas del espacio, los modos en que construyen sus propias áreas de atención al proceso de embarazo, parto y salud de las mujeres, la manera en que lo hacían antes y cómo lo hacen hoy. Así como las labores que desempeñan como apoyos a las comunidades y familias de su entorno. De ahí que notara la construcción de lo que refiero como territorio por afinidad, es decir, una forma de comprender el espacio por parte de las mujeres parteras en el que el territorio no se circunscribe al territorio físico, material, de un municipio, sino a un territorio de afinidades, que si bien no es un espacio material tangible sí es una forma de leer y comprender el espacio, en el que se vinculan con las mujeres que tienen perspectivas similares a las de ellas.

En relación con las mujeres con quienes trabajé, las parteras, otro aspecto a considerar fue el tema del *rapport*³, entendiéndolo éste, como lo refiere Guber (2013), a manera de una utopía movilizadora. En ese sentido, en primera instancia, me acerqué a algunas de las

³ Rosana Guber (2013), habla del *rapport* como “el estado ideal de relación entre el investigador y los informantes, basado en un contexto de relación favorable, fundado en la confianza y la cooperación mutua que visibiliza un flujo, también ideal, de información (esto es, un material genuino, veraz, detallado, de primera mano)... *rapport* significa que aquella dimensión descriptivo explicativa del mundo social de los informantes y la perspectiva teórica adoptada se plasman y traducen en la relación misma entre el investigador y los sujetos de estudio”.

mujeres parteras con quienes tuve conversaciones de carácter informal, introduciéndome a los espacios en los que habitan o a los que asisten. Por tales circunstancias, considero que fue posible entrar en contacto con ellas con un *rapport* suficiente para que me permitieran entrevistarlas y me contactaran también con otras parteras, en tanto que ambas posibilidades fueron contempladas desde las primeras conversaciones con ellas.

Sin embargo, aún quedaba el reto de que el *rapport* que se conformó a lo largo de dichas pláticas, mismo que posibilitó tocar sus dimensiones personales y sus opiniones más profundas, pudiera efectivamente consolidarse en la apertura para entrevistas y espacios de observación. Pude notar que, la mayoría de ellas, tuvieron interés por hablar de las cosas que hacen hoy, acerca de su práctica, e incluso de las dificultades que enfrentan. Considero que ello permitió ampliar la red de mujeres parteras con quien conversar y la posibilidad de un acercamiento empírico a aspectos que la teoría desde la experiencia, las emociones y el modelo médico alopático hegemónico se han planteado.

3.3. Técnicas de recolección de información e instrumentos

El tratamiento metodológico de acercamiento narrativo y abordaje de la presente investigación consistió principalmente en tres aspectos: un proceso de observación (para lo cual se consideró la guía de observación incluida en los documentos anexos) que estuvo enfocada al momento de la entrevista en observar aspectos como la vestimenta, el espacio, los objetos, las actitudes al momento de la entrevista. En segundo lugar, —y como foco principal— el desarrollo de entrevistas en profundidad (cuya guía de entrevista puede verse en los documentos anexos). En tercer lugar, la entrevista a informantes clave que pudieron aportar guías para la investigación. También es preciso referir que todas las observaciones, entrevistas, documentos, objetos y otros materiales que se consiguieron a lo largo del trabajo de campo fueron documentados en un diario de campo.

Observación

La observación, resultó importante al momento de tener acercamientos con las mujeres parteras, en tanto que permitió el mirar aspectos y detalles que no necesariamente se expresaron o se transformaron en palabras al momento de las entrevistas. Además de las observaciones que hice en el momento mismo de las entrevistas, en tanto que, los silencios, las pausas, los gestos, pudieron también dar información acerca de lo que importa observar como parte de los objetivos. Los cuales incluyen elementos de la emocionalidad de las mujeres parteras y del que la observación pudo aportar cuestiones sustantivas. Particularmente, considero que la observación pudo ser de utilidad en tanto que posibilita dar cuenta de los fenómenos sociales a partir de la observación de contextos y situaciones en que se generan los procesos sociales (Sánchez, 2015), a la que pude tener acceso en el desarrollo de algunas de las rutinas de estas mujeres parteras. Realicé también observación en consultas y espacios de atención de algunas de las parteras con las mujeres y familias, en dos baños post parto e incluso en todo el trabajo de parto hasta el nacimiento junto a una partera. Sin embargo, dada la cantidad de información reunida, la observación principal que incluyo en el presente trabajo es la que se relaciona con las entrevistas a las parteras.

Entrevistas en profundidad

Las entrevistas, entendidas como una suerte de situación construida con el fin de que un individuo pueda expresar ciertas partes esenciales sobre sus referencias pasadas y presentes, así como sobre sus intenciones futuras (Kahn y Cannell, 1977, citado por Vela, 2015), posibilitaron el acercamiento a la experiencia percibida por las mujeres parteras, para observar a detalle los procesos de interacción social en los que se involucran cotidianamente, así como los significados y sentidos que guardan para ellas. Además de incluir en la investigación aspectos que no habían sido considerados en el diseño de la entrevista original, sino que surgieron en las entrevistas mismas. La guía de entrevista diseñada sirvió como guía de asuntos o preguntas en las que se tuvo la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos y obtener mayor información (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). De forma tal que se posibilitó manejar la tensión existente entre el bagaje de la investigadora y la originalidad del campo (Guber, 2013).

Constantemente consideré importante insistir a las parteras a quienes entrevisté, en que se sintieran libres de destacar todos los elementos que quisieran al momento de responder a las preguntas, en un rango que iba desde negarse a responder las preguntas hasta tomar determinado planteamiento que viniera a su mente y que fuese de su interés. Ello mediante frases como “mis preguntas solamente son una forma de iniciar la conversación”, “lo que más me interesa es conocer las cosas que son importantes para ti”, “por favor, no te limites a mis preguntas”, “me interesa conocer tú historia, tu vida, lo que tú piensas y eres tú la que sabe todo sobre ello”, “no limites el tiempo de tus respuestas o exposiciones”.

Otro elemento importante durante la realización de las entrevistas fue el manejo del tiempo. Me refiero con eso a que hacía citas con ellas y les refería previamente el tiempo aproximado que duraba la entrevista y les preguntaba por el tiempo del que ellas dispondrían para ese día y exploraba su disposición para siguientes entrevistas (lo cual generalmente me era expresado por ellas de manera explícita en un sentido de apertura y disposición). Dicho manejo temporal resultó particularmente útil no solo como un gesto de amabilidad, sino que al establecer un tiempo de inicio y un tiempo de cierre en función de sus necesidades (mediante el uso de una alarma) y haciendo esto explícito con ellas, se relajaban y estaban enfocadas y tranquilas a lo largo de la entrevista. Al momento de acompañarlas en sus actividades, procuraba tener tiempo disponible y acuerdos explícitos sobre lo que podían necesitar de mi o lo que se esperaba. Esto procurando que no fuera algo rígido, pero sí muy claro y explícito. Metodológicamente, el manejo del tiempo resultó un elemento muy importante para poder generar las condiciones más propicias para el diálogo y la observación.

3.4. Selección de la muestra

La muestra se realizó por conveniencia y con base en saturación teórica (Tarrés, 2008). En primer lugar, se efectuaron entrevistas en profundidad a tres parteras: una tradicional, una con educación formal (referida como partera profesional, porque así se autodefine ella) y una en formación. A partir de ahí se analizó la información y se evaluó la necesidad de ampliar el número de parteras bajo esa misma estructura muestral. Entendiendo por muestra a un subconjunto de la población compuesto por las unidades que efectivamente se observan (Batthány & Cabrera, 2011). El trabajo en el espacio del estado de Morelos lo consideré bajo

la observación en el que es posible encontrar a parteras con formación tradicional y con educación formal, así como parteras que tienen muchos años ejerciendo su labor y mujeres parteras que recién se inician en la formación, además del acceso factible que tengo para dicho espacio. De esa manera la muestra final quedó conformada por 8 parteras entrevistadas; tres de ellas en formación, tres que se denominaban a sí mismas como profesionales y dos tradicionales.

A lo largo de la investigación en el campo y las referidas interacciones con las mujeres parteras, consideré preciso no perder de vista los conceptos teóricos, sino aspirar a reconocer de qué modo se especifican y resignifican en lo real concreto (Guber, 2013), o de qué manera no lo hacen. De tal forma que un primer acercamiento empírico me planteó la perspectiva de cómo podía ser la teoría que posibilitara explorar y comprender los fenómenos observados y así tener un primer acercamiento a la manera de explicarlo. Mientras que el trabajo propiamente empírico me permitió regresar a la teoría para retomar los principales aspectos que habían resultado del mismo y dejar de lado o anotar como de segundo orden aquellos que se mostraban como menos significativos en las narrativas de las parteras.

3.5. En torno al trabajo de campo

Para hablar de las estrategias seguidas para acceder al campo en el que transitan y habitan las parteras, en primer lugar debo referir que un aspecto importante que me facilitó la entrada al campo fue el hecho de que durante el estudio de maestría trabajé con mujeres habitantes de Tepoztlán en relación con sus preferencias por el tipo de parto y en qué medida había sido una elección (Atayde-Manríquez & González-Robledo, 2019). Al realizar las entrevistas semiestructuradas para esa investigación me permitió acercarme, en ese momento, a parteras con quienes estas mujeres se habían atendido a manera de triangulación y contextualización para esa investigación. De esa manera, el acercamiento al campo resultó más accesible, por la experiencia previa.

La primera persona a quien me acerqué para buscar la entrada al campo para la presente investigación fue una mujer partera cuya formación es peculiar y su trayectoria amplia; ello en tanto que ha tenido acceso, por una parte, a la formación y trato con parteras tradicionales y también, por otra parte, se ha acercado a instituciones internacionales,

particularmente, ha colaborado en *revisiones*: de “estudios de estudios” que avalan la llamada *medicina basada en evidencia*. Es una mujer que conoce los marcos institucionales de carácter internacional, tiene conciencia de las condiciones actuales de la partería en el mundo, en México y particularmente en lo local, en este caso en Tepoztlán, Morelos.

La entrevista con dicha partera me permitió tener un panorama amplio de conjunto y me dio acceso a investigaciones en las que ella colaboró en espacios internacionales, nacionales y locales. Así como también me compartió su visión de la partería en estos diversos espacios y en su propia experiencia como partera. Me proporcionó números telefónicos de otras parteras en Morelos y me fue abriendo caminos para una buena recepción de mi persona con ellas, pues me recomendaba decirles que ella me había dado sus números telefónicos, de manera que pude, a partir de sus contactos, ir construyendo —mediante la estrategia de bola de nieve (Guber, 2013)— comunicación con más parteras. Considero que el haber comenzado con ella fue una estrategia adecuada, pues si bien conocía a otras parteras y tenía sus contactos —por la investigación realizada durante la maestría— el elegirla a ella me dio todos los beneficios referidos, comenzando por un panorama amplio y el diseño de una estrategia de acercamiento a campo.

En segundo lugar, fue importante la entrevista realizada con una segunda partera, cuyos datos de contacto me los había otorgado la primera. Esta segunda partera, fue importante en tanto que además de ser, igualmente que la anterior, una mujer con una larga trayectoria como partera, también ha colaborado durante varios años con los centros de salud, instituciones, parteras tradicionales, profesionales y en formación; ya que también había acompañando el proceso de formación de parteras en la Licenciatura en Salud Reproductiva y Partería de la Cruz Roja (Morelos). De manera que, además de relatarme su experiencia, me proporcionó números telefónicos para poder contactar con parteras tradicionales locales (en Morelos) y con mujeres jóvenes que se están formando en dicha licenciatura.

Considero que los dos casos referidos conformaron la estructura básica sobre la que se levantó el trabajo de campo, ya que el grueso de los contactos partió de estas dos primeras entrevistas y también me otorgaron una primera visión panorámica que me facilitó las decisiones para la selección de las participantes. Subsecuentemente las informantes con quienes hablaría me dieron información más directamente relacionada con sus propias experiencias que con el conjunto de la situación y algunas de ellas me contactaron con otras

mujeres parteras y también me sugirieron hablar con otras investigadoras que se encontraban trabajando en temas afines. En particular, esto último ocurrió en un caso, en el cual, una de las parteras que se formó en la escuela de parteras Luna Maya me invitó a conversar con otra investigadora que también la había entrevistado. Ello derivó en un intercambio de ideas con otras dos investigadoras locales en relación a perspectivas y maneras de entender los contextos socioculturales.

Consideraciones éticas

Otro de los aspectos importantes a considerar en la investigación fue la cuestión ética al momento de realizar las entrevistas. Para lo cual di a conocer a cada una de las mujeres entrevistadas el interés y objetivo de la investigación y busqué su consentimiento informado en relación con la participación en las entrevistas, respetando en todo momento la voluntad de la persona entrevistada. Se hizo expreso que la entrevista podía detenerse en el momento que ella lo considerara necesario, el derecho de no contestar cualquier pregunta que no le pareciera pertinente o que, bajo cualquier razón, prefiera no responder. También se especificaron aspectos de confidencialidad, haciéndole notar a las informantes que no se publicaría en ningún momento el nombre real de las personas entrevistadas. De la misma manera, atender a cualquier petición implícita o explícita de cuidado o discreción particular por parte de las personas entrevistadas.

Dentro de las consideraciones éticas, también consideré la necesidad de tomar un posicionamiento en contra de lo que se ha llamado extractivismo epistémico (Grosfoguel, 2016), por parte de las/os investigadoras/es hacia las comunidades o informantes en general. Para ello acordé con las parteras entrevistadas regresarles la transcripción de sus entrevistas y, posteriormente, hacerles llegar un resumen de los resultados de la investigación. De manera tal que mínimamente la información que yo obtenía de sus entrevistas podía estar en sus manos y quizá serles de utilidad. Por ejemplo, una de ellas, comentó que podía servirle para un libro que estaba preparando y otra que podía utilizarlo para dársela a leer a sus pacientes, en tanto que ella planteaba cosas que pueden serles de utilidad. En todo caso, este ejercicio, tiene un sentido de devolver un poco de lo que las entrevistadas me compartieron y es consecuente también con el planteamiento epistémico y conceptual de la experiencia.

3.5.1 Procedimiento de selección y reclutamiento de las participantes

Considerando los criterios de clasificación que había previsto, con base en las observaciones preliminares de campo (parteras tradicionales, parteras profesionales y parteras en formación) comencé a contactarlas para solicitarles las entrevistas. Procuré ir buscando a las parteras de manera que las tres clasificaciones fueran creciendo simultáneamente, en la medida de lo posible y estando abierta por si me encontrase con otra figura partir de la cual tuviese sentido abrir una nueva clasificación. Ninguna partera rechazó ser entrevistada.

En todos los casos, lo que hice, fue enviar un mensaje de texto vía Whatsapp (a quienes tenían dicha aplicación), a fin de darles espacio para pensar y responder. Hubo parteras, especialmente del grupo de las parteras tradicionales, que no utilizan Whatsapp y, en esos casos, las contacté vía telefónica, generalmente a los teléfonos fijos de su casa. Busqué simultáneamente a dos o tres parteras para tratar de tener flexibilidad en las fechas y buscarlas de una semana para la otra (a menos que ellas propusieran una fecha posterior), a fin de que tampoco quedaran las fechas tan distantes del día de acuerdo y pudieran olvidar el encuentro. Aún con esas precauciones, en un caso, ocurrió que como una de ellas tenía una clase (así la definió, refiriéndose a las capacitaciones de la Secretaría de Salud), olvidó nuestra cita y tuvo que irse en el momento en que yo llegué, de manera que fue preciso re-agendar la cita, fue el caso de una partera tradicional.

Pude notar que la mayoría tenía muy buena disposición para la entrevista y también que, casi todas, tienen tiempos muy saturados por sus distintas actividades, además de que en más de una ocasión me advertían que la fecha que me daban quedaba a reserva de que alguna de las mujeres embarazadas a quienes atendían en ese momento, y que tenían en próxima su fecha de parto las llamara y que, en ese caso, deberíamos cambiar la fecha de nuestro encuentro. Todas las parteras aceptaron ser entrevistadas, no hubo ninguna que se negara. Los datos de contacto los fui agendando en mi diario de campo con sus nombres, números telefónicos, tipo de partera que parecía ser, mismo que —después de la entrevista— revisaba en función de la forma en que ellas se consideraban así mismas.

El espacio de la entrevista era acordado con ellas en el momento en que accedían a la entrevista. Les dejaba por entero la decisión del lugar mediante frases como “yo puedo ir al

lugar que usted/tú me indique(s)”, “en el espacio donde usted/tú se/te sientas más cómoda”. Generalmente, dichos encuentros ocurrieron en los lugares de trabajo de las mujeres parteras que, en casi todas las ocasiones eran extensiones de sus propias casas, consultorios, espacios donde daban talleres a grupos de mujeres embarazadas, en un par de casos la entrevista fue en un lugar público.

Otro aspecto que acordaba con ellas, en el inicio de la entrevista, era el tiempo que tenían para dedicar ese día para nuestro encuentro, diciéndoles que yo podía regresar en otro momento si era preciso, pero que yo pondría una alarma que nos avisara unos minutos antes para detener la entrevista y que no estuvieran preocupadas por la hora y pudieran concentrarse y sentirse tranquilas. Todas aceptaron y estuvieron de acuerdo con los términos y me refirieron tener disposición para un siguiente encuentro. Considero que los planteamientos referidos en este párrafo tienen un sentido no únicamente anecdótico, sino que también tiene un carácter específicamente metodológico, en tanto que el establecer una clara de interacción con las parteras puede tener efectos sobre la calidad de sus respuestas y sobre la ética del trabajo (en tanto que se considera a la entrevistada con responsabilidad y respeto).

También, les indicaba que la duración de la entrevista dependía de lo que ellas quisieran expresar, que mínimamente duraría una hora, si ellas estaban dispuestas, pero que para mí lo más importante es que ellas pudieran expresar todo lo que quisieran de sus experiencias que, si bien yo tenía una guía, ellas se sintieran en libertad de comentar o añadir otras cosas, así como de no responder si algo no querían decir. Esto último no ocurrió en ningún caso, siempre contestaron todas mis preguntas de buena manera, aún cuando fueran preguntas que les tocaran fibras de su vida personal y se permitían expresar sus emociones, alegría, llanto, entre otras emociones.

3.5.2. Realización de las entrevistas

El pilotaje de las entrevistas lo llevé a cabo con una partera profesional, quien me aportó elementos clave para la consolidación de la estrategia y planificación del campo y de las entrevistas en particular y me permitió volver para continuar con la entrevista, de manera que pude preguntarle cuestiones que surgieron posteriormente. Con dicha partera, ya había tenido

acercamientos previos y un *rapport* importante, pues tiene sensibilidad respecto al trabajo académico y a la investigación. En segundo lugar, un pilotaje que fue importante ocurrió con una de las chicas que están en formación ya que también pude llevar a cabo tres entrevistas con ella y preguntarle cosas que iban surgiendo.

Con ambas pude agregar aspectos útiles que alcanzaba a ver en sus propios relatos y dudas que me surgían en el curso de sus narraciones. Además, hice preguntas a partir de las cosas que me planteaban ellas, que se vinculaban a sus historias personales, a sus ideas, pensamientos y sentimientos, sin olvidarme de ninguna pregunta de la guía, pero permitiéndome agregar cualquier otra pregunta que derivara de la propia narrativa de la partera en cuestión. De esa manera, pudieron aparecer temas importantes de forma individual, además de las preguntas y búsquedas construidas expresamente.

Uno de los aspectos más significativos que puede transformar en la guía de entrevista a partir del pilotaje fue el ritmo de la entrevista. Me refiero a que me permitió notar qué preguntas venían mejor después de otras, me permitió generar grupos de preguntas asociadas a emociones positivas y grupos de preguntas que tocaban aspectos más sensibles, de manera que pudiera dar tiempo a que tocaran sus propia experiencias sin llevarlas a elementos que las emocionaran, en medio otras que pudieran tocar experiencias dolorosas y otras de enojo. Si bien cada elemento no es absolutamente predecible para cada partera sí era claro que hablar del nacimiento de sus hijas e hijos, por ejemplo, era muy distinto que el abordar momentos en que experimentaron malos tratos.

Considero que, en general, el *rapport* para con todas las entrevistadas fue bueno, en muchos de los casos las parteras se entusiasmaban con sus propios planteamientos e iban recordando cosas y reflexionando. En ocasiones me refirieron ideas que ya tenían respecto al parto y sus condiciones, sus relaciones con las mujeres a quienes atienden—tema que era especialmente emocionante para todas—, el momento de acompañarlas y particularmente el momento del nacimiento. Así también fueron planteando sus relaciones con instituciones de salud y con otras parteras, circunstancias que casi siempre refirieron de manera vívida, expresando sus emociones sin mucho pensar, más a manera de quien recuerda y entonces describe cada proceso. Considero que en todos los casos las mujeres tuvieron una gran generosidad para conmigo, lo que puede verse en el tiempo que dedicaron. La mayoría de las entrevistas se llevaron dos sesiones y en algunos casos tres encuentros. En el caso de la

partera de la cual pude presenciar un parto fueron al menos cinco reuniones de distinta índole y características (entrevista, consulta, visita a casa pre y post parto, días del parto⁴).

Pienso que lo antedicho es la razón, no sólo de haber tenido un buen *rapport*, sino también con la posibilidad que tenían de pensar su propia historia, de mirarse a sí mismas, de significar y resignificar sus narrativas. Por ejemplo, sorprenderse al escuchar sus propias descripciones, de poder expresar o mostrar lo que piensan y hacen, lo que disfrutaban y lo que padecían. Comenzando por cuestiones descriptivas, pero llegando a las razones que las motivaban para realizarse como parteras, a reflexiones en torno a su mirada sobre la vida, la muerte y el futuro de la partería.

Las entrevistas más breves (dos sesiones) fueron las aplicadas a las parteras en formación ya que el enfoque se centraba en sus motivaciones para ser parteras y en las facilidades y dificultades para serlo y podía indagar en las prácticas que les recomendaban en sus espacios de formación o acompañamientos a otras parteras. Sin embargo, todos los detalles de la experiencia en relación a la atención al momento del parto, que abarcaban un apartado sustantivo de la guía, que no aplicaba a ellas. En el caso de las parteras, tanto tradicionales como profesionales las entrevistas eran más largas (de dos a tres sesiones y hasta al menos cinco en un caso) pues las preguntas por sus experiencias abarcaban siempre múltiples dimensiones. Particularmente, en el caso de las parteras tradicionales, quienes en su mayoría eran mujeres de mayor edad en relación con el resto de las parteras entrevistadas, se tornaba aún más amplia pues había mucho tiempo de experiencias del cual hablar, mucho que decir sobre las mujeres a quienes atienden hoy y a quienes atendían antes y las transformaciones por los cambios institucionales y en sus propias vidas. La duración promedio de las entrevistas fue de entre 1 hora 30 minutos y 2.

En todos los casos, la conversación era fluida. La forma narrativa con la que fue planteada la investigación, la búsqueda y peticiones explícitas e implícitas al momento de las entrevistas respecto a que sus experiencias eran lo más significativo para la investigación, produjo también cierta seguridad que les permitía hablar. El tener clara de antemano la siguiente pregunta cuando había terminado un aspecto de su narración ayudó a que no hubiera algo así como “silencios incómodos”. Lo que sí hubo, fueron planteamientos que despertaban

⁴ El trabajo de parto inició un día pasado del medio día y terminó al otro día por la mañana.

nuevas preguntas y me permitían profundizar y preguntar más a fondo sobre lo que decían. Al volver a las subsiguientes entrevistas con cada partera generalmente llegaba ya con las transcripciones previas, lo cual constituía un gran apoyo porque tenía fresco el diálogo. También procuraba manter notas al final de cada entrevista con dudas que me surgían y que guardaba para el momento más apropiado de la entrevista o para el siguiente encuentro. Así mismo al llegar con ellas les refería brevemente lo que habíamos dialogado en los últimos momentos de la entrevista anterior para entrar en contexto y facilitarles el acceso a la continuación de la entrevista o a elementos sueltos que me hubieran interesado.

Además, tuve la percepción de que ellas mismas, al realizarles las preguntas, iban reflexionando sobre su propia trayectoria, ideas, experiencias, sentimientos. A veces, podía notar esto en ideas que expresaban con frases como “qué interesante, no lo había pensado”, “ahora que lo digo me doy cuenta...”, “creo que no lo había visto así antes”. Considero que estas expresiones y sus propias narrativas las llevaba a tomar cierta conciencia respecto de procesos de sí mismas que, al sintetizar sus propias vidas, ideas y, particularmente, sus decisiones vitales, iba abriendo puertas de sí mismas, no solo para su interlocutora sino para ellas mismas en muchos casos. En otros momentos, refiriendo cosas que les eran agradables de recordar y que, seguramente, habrían referido en múltiples ocasiones y que les despertaban sentimientos de orgullo. Así mismo, hubo otros momentos en que recordaban cosas que les producían indignación y enojo; también muchos de sus planteamientos, en relación con su práctica, les despertaban sentimientos de fuerza, determinación y coraje.

3.5.3. Mi presencia en el campo

Otro aspecto que considero significativo referir es que, si bien las mujeres parteras con quienes hablé fueron muy generosas en su tiempo, abriéndome un espacio en sus apretadas actividades y agendas, me importa hablar de las observaciones que pude hacer en torno a mi presencia en el campo. No es que simplemente yo fuera parte “natural” de cada cuadro en el que me internaba, o que pudiera presenciárselas prístinamente sin ser vista, como quien mira un paisaje y que no ejerce influencia sobre él.

Durante las entrevistas, fueron diversas las formas en que percibí que era vista: en el caso de las parteras profesionales, la mirada era de una especie de solidaridad, de saber que

tenían cosas que decir y aportar y que, además, ya habían sido entrevistadas en otras ocasiones, entonces, tenían gran facilidad para acceder, acordar tiempos, estar presentes, ser gentiles. Esto se sumaba a la insistencia de mi parte al decirles que lo que ellas tuvieran que decir es lo que yo quería escuchar y que mis preguntas eran sugerencias para ir dando pie a sus palabras. Eso resultó en ser así literalmente, pues respondieron a mis preguntas, pero profundizaron y expresaron mucho desde sí mismas. Ello fue particularmente claro en las dos parteras profesionales que, ya he referido, fueran quienes cimentaran la primera panorámica general de la investigación en lo referente al campo y temas más significativos de lo que puede constituirse como la experiencia.

En el caso de las parteras tradicionales, la recepción fue bastante personal y distinta en cada caso, oscilando del “en lo que pueda ayudar” a “por favor, dime qué más te muestro”, “¿quieres que me ponga la ropa con la que atiendo?”, “¿te muestro los ejercicios que les pongo?”, una actitud particularmente solícita, quizá en algunos casos, por las determinaciones ideológicas implicadas en el hecho de que yo venía de una Universidad por la que ellas no habrían pasado y que podría estar representando para ellas cierta “autoridad” a la que habría que tratar bien y mostrarse como interesante, importante, útil, conocedora.

En el caso de las parteras en formación, se mostraban más observadoras, como quien está leyendo entre líneas, y poco a poco iban soltándose hasta contar sentimientos más profundos, como el caso de una de ellas que me habló del abuso sexual que vivió y a partir del cual ella se planteara o se replanteara posiciones de su propio ser, de su relación con su cuerpo y eso la llevara a querer ser partera. En otro caso, otra de las parteras, me llamó para invitarme a acompañarla en un “cierre de post parto” y me dijo que, así como la acompañé, así le enseñaba su maestra y me permitió estar presente en un proceso sumamente íntimo de su labor.

De ninguna manera puedo hablar de un proceso lineal en las entrevistas. Si bien, he tratado de plantear en los párrafos anteriores aspectos destacados y clasificaciones y agrupadas de diversos elementos de estas mujeres parteras y una cierta tipificación, por considerarlo de utilidad para la exposición temática, también es preciso decir que la individualidad de cada partera contiene múltiples dimensiones que las hace únicas; no estoy tratando de decir que son únicas, como podría decirse que cada persona en el mundo es única porque no hay una huella digital idéntica. Estoy diciendo que resulta arduo encontrar

generalidades o que, más bien, encuentro múltiples diferencias e historias particulares. Quizá si habláramos de una profesión más homogénea, si habláramos de ellas y con ellas en otro momento histórico en que no hay un proceso tan intenso de transformación podría, quizá, ser distinto.

Al momento de ir realizando las entrevistas mi interés era mucho, pero en cada una iba encontrando cosas nuevas que mantenían mi atención. Quizá las tareas más difíciles eran el tener que estar atenta a los aparatos de grabación mientras mi atención estaba puesta en sus gestos, sus miradas y sus palabras y, a la vez, tratar de estar como testigo de mí misma para controlar los tiempos y el entorno de ellas. Por ejemplo, notaba que sonaba un teléfono, procuraba decirles que se sintieran en libertad de contestar, ver si aún con el acuerdo de un tiempo para detener la entrevista, de repente, sus condiciones variaban por la presencia de alguien. Y así mismo, notar cuando aparecía una posible necesidad de que se pausara o se pospusiera la entrevista por algo importante para ellas y no pasar con mi curiosidad e interés por sobre sus tiempos y espacios, era una sensación como de desdoblamiento de papeles; por un lado, la flexibilidad y sensibilidad y, por otra parte, el control y respeto a sus espacios y tiempos.

La guía, sin duda fue muy útil, porque mantenía en el papel el recuerdo de cada cosa por la que habría que preguntar, pues es muy posible que, dado lo interesante que resultaban las narrativas de aspectos generales y particulares de los que hablaban pudiera perder el hilo del conjunto. Sin embargo, eso hacía que pudiese volver una y otra vez a los puntos que me había planteado investigar, sin por eso cortar sus narrativas, que me aportaban información y me daban acceso, en muchos casos, ha sentimientos más profundos al interior de sus experiencias. E incluso, podía ahí mismo registrar preguntas que me surgían, para no olvidarlas, en lugar de interrumpirlas.

Ahora bien, antes de entrar propiamente al análisis de las narrativas de las parteras y el abordaje de su experiencia me interesa presentar su contexto histórico. Para ello en el siguiente capítulo articulo aspectos del desarrollo histórico de la partería que me parecen importantes para comprender el espacio y tiempo en el que se han conformado las parteras para llegar al momento actual. Los lineamientos internacionales y nacionales en los que se presenta su experiencia y que hacen parte, de una manera u otra de la misma. Busco en ese espacio dar cuenta de cómo son observadas y referidas desde dimensiones más

institucionales, de alguna manera más exteriores a su propia experiencia y que, sin embargo, van siendo parte de las tomas de decisiones al interior del país y conforman las políticas que rigen sus prácticas en una escala social en la salud pública nacional.

3.6. Procesamiento de la información

El procesamiento de la información se realizó de manera electrónica, mediante la transcripción exhaustiva de las entrevistas y observaciones, expresiones verbales y no verbales. Así como también de la información visual como fotografías, videos, cartas, objetos apreciados por las mujeres parteras entrevistadas; todos estos objetos personales que engloban un conjunto de registros que reflejan una trayectoria humana o que dan noticia de la visión subjetiva que los sujetos tienen de la realidad circundante, así como de su propia existencia (Pujadas, 1992), en ese sentido, guardan congruencia con el enfoque narrativo y la reconstrucción de la experiencia de las mujeres parteras.

Dichos materiales fueron explorados y organizados en unidades y categorías, tratando de descubrir los conceptos, temas y patrones en función a los objetivos para comprender el contexto de los datos y reconstruir las narraciones de las personas entrevistadas y de quien entrevista (Hernández, et al., 2014), analizadas mediante el vaciamiento en matrices que vinculan los aspectos teóricos ya planteados en el marco de referencia, más lo que pudo aprenderse en el transcurso del trabajo de campo y cruzados con lo encontrado en el trabajo empírico. De manera que dichas matrices facilitaron el análisis puntual de los hallazgos más significativos para comprender las particularidades y las generalidades de todo lo que se ofreció en el curso del trabajo de campo y así, pudieron analizarse e interpretarse, siendo lo más apegada posible a las expresiones y planteamientos propios de las mujeres parteras.

3.7. Análisis de la información

Para el análisis temático de la información obtenida a partir de las diversas estrategias que he referido en el presente capítulo adopté los siguientes pasos: basada en la transcripción de las entrevistas, procedí a imprimir todo el material. Proseguí a asignar un color y subrayar cada una de las líneas que se presentaban como una posible categoría según las propias expresiones y narrativas de las parteras. Inicé trabajando con el orden de las entrevistas que juzgué eran las más amplias y exhaustivas y continué con el resto. De esa manera extraje más de cincuenta categorías. De manera tal que, por un lado, tenía un listado de categorías, estrictamente apegadas a los términos narrativos encontrados en las entrevistas, mientras que, por otro lado, tenía una serie de documentos (entrevistas transcritas) en los que asociaba las categorías con los textos cromáticamente.

Tomé las categorías que había creado en el primer paso y las asocié, a fin de que, algunas de ellas, quedaran como sub categorías de las que pudieran ser más representativas. Mediante dicho proceso asociativo reduje las más de cincuenta categorías a nueve y, finalmente, las reduje a solo cinco categorías principales, con sus respectivas subcategorías, mismas que indiqué como códigos que me permiten conceptualizar directamente de las narrativas de las parteras los resultados de las entrevistas. Renombré la categoría principal de manera que el título de la misma pudiera dar cuenta o permitir la integración de las subcategorías ahí incluidas. Procedí a especificar las propiedades que contemplan la categoría principal. Desarrollé las referencias a las dimensiones que dicha categoría y sus propiedades comprenden, a fin de hacerla más precisa.

Dichas categorías las asocié directamente con conceptos teóricos que me permitieran analizar los aspectos observados en las entrevistas. De esa manera los resultados presentados en los capítulos correspondientes comprenden lo presentado por las parteras en las entrevistas, pero no simplemente como un elemento empírico sino asociado a una conceptualización teórica que posibilitó explorar con mayor profundidad sus planteamientos y dar cuenta de cómo se muestra su experiencia dentro del contexto y las interacciones sociales, su devenir histórico y su figura actual.

Busqué incluir básicamente respuestas a las preguntas ¿por qué sucede lo que indico en esa categoría? el ¿cuándo sucede? y ¿cómo sucede?; lo anterior bajo la consideración de sus condiciones causales, contextuales e intervinientes, registrando también las consecuencias de dichos planteamientos. Finalmente desarrollé todos los puntos anteriores

en una narrativa en la que se presentó todo el material, tratando de apegarme lo más posible a las propias perspectivas de las parteras, pero ya desde estas categorías construidas y sus derivaciones.

Finalmente, para presentar la información generé una serie de códigos, uno para cada partera, a fin de que tuviese un manejo práctico para mí la lectura de las narrativas de las parteras en cada momento y me facilitara la organización de los materiales. Resultó particularmente de utilidad para la clasificación temática de los diversos aspectos abordados. Decidí quitar mi código de trabajo en la versión final del texto y sustituirlo por un seudónimo; lo cual considero resulta útil para quien lee y puede mirar la narrativa de la partera y asociar si es una partera en formación, tradicional o profesional. Considero que de esa manera se añade un sentido que puede favorecer la comprensión de los planteamientos de las parteras al momento de realizar la lectura del texto, preservando su anonimato, pero siendo más asequibles para quien lee, manteniendo esa unicidad que un nombre puede aportar.

3.8. Metodología para la construcción del capítulo tres

El capítulo tres de la presente investigación se ofrece como el primero que presenta resultados de la investigación. Éste busca cumplir con el primer objetivo particular planteado en la presente investigación: conocer y comprender en términos históricos el contexto general en el que ha ocurrido la labor de las parteras en el proceso de la atención del embarazo, parto y posparto en México. Dicho capítulo presenta resultados basados en la revisión bibliográfica realizada a lo largo de la construcción del proyecto, del trabajo teórico y del trabajo empírico en campo. Es un apartado que contiene fundamentalmente elementos derivados de la lectura de textos significativos que buscan dar cuenta de la configuración actual de la partería a escala nacional e internacional.

Dicho análisis documental de corte cualitativo consistió básicamente en la búsqueda y exploración de fuentes primarias y secundarias, impresas y electrónicas. Partí de una lectura inicial de los textos encontrados para definir las categorías centrales para la investigación en el capítulo, las cuales son: desarrollo histórico de la partería, concepción internacional de la partería, concepción nacional de la partería, concepción local de la

partería, percepción de las parteras de Morelos en torno a su propia labor. Posteriormente, sistematicé, analicé e interpreté la información recabada, para proceder a la redacción del texto.

Para ello me enfoqué en las siguientes categorías: desarrollo histórico de la partería, como categoría general. Como subcategoría, me interesó observar la concepción internacional de la partería a fin de comprender el marco en el que se encuentran las parteras y el reconocimiento de las mismas a esa escala. Así mismo busqué observar la concepción nacional de la partería, particularmente la forma en que se las comprende y se las refiere en México. De esa forma me interesó acercarme a la concepción local de la partería en Morelos, para llegar, finalmente, a la percepción de las parteras de Morelos en torno a su propia labor.

IV. Partería y parto. Deconstrucción del hoy para entender el mañana

Este capítulo hace parte del tratamiento llevado a cabo en relación al primero de los objetivos particulares de la presente investigación, mismo que busca conocer y comprender en términos históricos el contexto general en el que ha ocurrido la labor de las parteras en el proceso de atención al embarazo, parto y pos parto en México. Se ofrece un planteamiento que busca mostrar, por una parte, una imagen, una especie de fotografía de cómo se presenta hoy la partería, pero no solamente ese punto, sino que busca dar cuenta de cómo se llegó a esa imagen, al momento presente. La forma en que se muestra a escala mundial, pero especialmente en México y, particularmente, en el estado de Morelos. Se observa también lo que significa la partería como tal, sus definiciones y perspectivas, antecedentes internacionales, su vinculación con la atención al parto a escala nacional, los aspectos legales, formas de caracterización y la manera en que se ha tipificado a la partería en relación con su origen. Quiénes son hoy y cómo se encuentran configuradas las formas de la partería.

Con base en la presentación de dicho escenario, el contexto de la partería, con los personajes que figuran (parteras, mujeres embarazadas, personal médico e instituciones) y las representaciones o roles que asumen cada uno de quienes actúan en ese espacio escenográfico, busqué llevar a cabo una ruta retrospectiva de ese proceso. Ello para mostrar su trayectoria histórica, a fin de que no fuese únicamente una fotografía de un momento, con la neutralidad de quien desconoce su configuración histórica, sino con el fin de que pueda observarse, en esas líneas, las elecciones de sus personajes, en donde unos y otros van teniendo más o menos libertad de movimiento, más o menos poder y, en función de eso, se difumine la neutralidad que pudiesen guardar los acontecimientos actuales.

En primer lugar, quiero referir lo que se presenta en el documento Partería en México (Fagety & Capasso, 2016) como los actores en el ecosistema de la partería (entendido como las relaciones que se establecen entre las parteras y otros actores sociales, el ambiente en el que se desempeñan), para que pueda observarse el espacio en el que las mujeres parteras se encuentran insertas. En el documento se habla de cinco actores principales que conforman dicho ecosistema: el personal médico, quienes investigan, las organizaciones internacionales, instituciones de gobierno y organizaciones de la sociedad civil. Puede decirse que son los

actores que se relacionan en el ámbito externo de los procesos de interacción de las mujeres parteras, incluso, en la mayoría de los casos, es posible que las mujeres parteras, al menos en lo individual, no se relacionen con los investigadores o con las organizaciones nacionales e internacionales de manera directa o sí con alguno de estos actores más no con todos. Sin embargo, son los actores que se han interesado y están influyendo en mayor o menor medida en lo que rodea a las parteras profesionales.



Fuente: Partería en México (Saldaña et. al. 2016).

En el caso de las parteras entrevistadas, su interacción principal se encuentra con otras parteras, instituciones de gobierno, médicos, investigadores, organizaciones de la sociedad civil y organizaciones internacionales (en ese orden de interacción). Sin embargo, los últimos dos rubros ocurren de manera escasa e individual, no es una generalidad para todas las parteras, en el caso de su contacto con investigadoras/es también es poco, aunque casi todas las parteras entrevistadas han tenido ese tipo de encuentros, de una forma mayormente receptiva, siendo entrevistadas.

Otro aspecto que me gustaría resaltar de la observación que se hace en el documento Partería en México (Atkin et al, 2016), es que es un documento que se enfoca de manera

exclusiva en lo que se refiere a las parteras profesionales, no se ocupa de comprender la condición actual de las parteras tradicionales. Lo cual no es su objetivo ni tendría que serlo. Sin embargo, resulta significativo, en tanto que hace parte de un panorama que se ha dedicado a silenciar la condición actual de las mujeres parteras que no tienen una formación profesional en un sentido u otro y que se ha dado por nombrar como parteras tradicionales. Dicho silenciamiento ha sido mostrado y analizado en la investigación de Hilda Argüello y Ana Mateo (2014) quienes han estudiado distintos documentos de carácter internacional en los cuales se habla cada vez menos de la partería tradicional (Argüello-Avendaño & Mateo-González, 2014).

Para observar el ecosistema que conforma el ambiente de las parteras quiero comenzar aquí con una serie de elementos básicos. En primer lugar, me refiero a los términos con los que se denomina a las mujeres parteras y de dónde surgen dichas voces. El núcleo de la presente tesis doctoral se encuentra en el concepto de experiencia; dicho concepto tiene como un elemento importante a observar el uso del lenguaje, la narrativa, la forma de nombrar lo que se observa. Si bien el enfoque de la investigación se encuentra en las parteras y en sus narrativas el observar la forma en que son conceptualizadas en otros espacios, resulta significativo para observar aspectos disruptivos en la forma en que ellas y su trabajo son referidos y la manera en que ellas narran sus trayectorias, su mirada sobre la partería y sobre sí mismas. Ello puede observarse incluso desde aspectos etimológicos en los cuales se las refiere.

4.1. Partera, comadrona, comadre, madrina, matrona...

Etimología de las voces

Existen diversas formas de nombrar a las parteras y resulta significativo explorar las raíces de la definición, en tanto que hoy es una conceptualización cargada de implicaciones de discusiones y reconocimiento, tanto expresas como implícitas, a escala internacional y en el propio país. Importa hacer una lectura social de algo que parece ser tan neutro como un nombre y que implica en realidad una conceptualización, una forma de mirar, así como determinadas relaciones de poder, en ese sentido importa observar el origen y contexto de las nominaciones actuales de la partería. En ese sentido, tenemos que etimológicamente el

sustantivo partera proviene del latín *partus* y es la voz más usada en México para referirse a quien asiste a la mujer parturienta. En el diccionario de la Real Academia Española (RAE) se define como quien, sin tener estudios o titulación, ayuda o asiste a la parturienta (RAE, 2017). Mientras que, en el Diccionario Español, se refiere a la persona que con títulos legales asiste a la parturienta (RAE, 2017). Ambas definiciones tomadas del diccionario ofrecen, en sí mismas, una muestra de una de las principales discusiones que encontramos en los debates actuales que acontece en relación con la definición de lo que es una partera.

Hoy se vuelve importante aclarar el concepto, ya que la definición se encuentra imbricada con el reconocimiento y asunción de una u otra manera de seguir siendo partera y de desempeñarse en sus funciones en unos u otros espacios. Puede observarse que en una de las definiciones se refiere a la partera como una persona que *sin tener estudios o titulación* asiste a una parturienta, mientras que, por otra parte, la segunda definición se refiere a la persona que *con títulos legales* asiste a la parturienta. Aquí la discusión implícita en ello no es secundaria, sino una cuestión central y ésta es otra forma de transfigurar a las mujeres parteras, de hablar de la partera con estudios y silenciar a la que no los tiene.

Se conoce la figura de la partera con otras voces como madrina y matrona que provienen del latín *mater* y *matrix*, que significan “madre” o “de la madre”. También se las refiere con los términos comadre y comadrona que provienen del latín “*cum matre*”, significa “con la madre” o “que acompañan el trance de la maternidad”. Estas voces son menos utilizadas en México, sin embargo, en los países de América Latina lo son más. Quizá estas últimas referencias se encuentran más directamente asociadas al tipo de persona que acompañaba a una mujer que, en múltiples casos, eran la madre, la suegra o algunas otras mujeres cercanas al círculo inmediato de la mujer que paría.

4.2. Más allá de la etimología: definiciones de partera

Para los organismos internacionales y nacionales también ha sido necesario definir lo que se entiende por partería. En primer lugar, tenemos, por ejemplo, la definición de comadrona de la Confederación Internacional de Comadronas:

Una comadrona es una persona que, habiendo sido admitida reglamentariamente a un programa de educación para comadronas, reconocido en el país donde se encuentra, ha completado con éxito los estudios para comadrona y ha adquirido las calificaciones

requeridas para ser matriculada y/o legalmente obtener licencia para practicar como comadrona (EcuRed, 2020).

Según dicha definición, debe ser capaz de proporcionar la supervisión y el cuidado necesarios, así como consejos a las mujeres durante el embarazo, parto y el período posparto; atender partos bajo su propia responsabilidad y cuidar del el bebé. Este cuidado incluye medidas preventivas, detección de condiciones anormales en la madre y el bebé, facilitar asistencia médica y la ejecución de medidas de emergencia en ausencia de servicio médico. La comadrona tiene una labor importante en consejo y educación sanitaria, no sólo para la mujer sino para toda la familia y comunidad. El trabajo debería incluir educación prenatal y preparación para maternidad y extenderse a ciertas áreas de la ginecología, planificación familiar y pediatría (López, 2011).

En segundo lugar, tenemos el ejemplo de la definición de la Matrona, adoptada por la reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas en 2005, refieren a las matronas como un profesional responsable, que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el apoyo necesario, los cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, tiene como tareas dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción del nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y la criatura, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia (Fernández et. *al.*, 2018).

Acercas de las labores que corresponden a la matrona, ésta tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también para las familias y la comunidad. Este trabajo habría de incluir la educación prenatal y la preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva y el cuidado de las criaturas. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud. (International Confederation of Midwives [ICM], 2017).

Un tercer caso, lo encontramos, para México, en el documento de la Secretaría de Salud titulado: Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional, el cual define a las parteras como un agente comunitario de salud, que forma parte de la medicina tradicional indígena, reconocida por la Organización Mundial de la

Salud (OMS) y el marco normativo mexicano (Secretaría de Salud, s/a). En su glosario refiere que las parteras tradicionales forman parte del sistema de la medicina tradicional y son personas que pertenecen a comunidades indígenas y rurales, que han sido formadas y que practican el modelo tradicional de atención al embarazo, parto, puerperio y al recién nacido, a las cuales *se les considera como personas no profesionales autorizadas* para la prestación de los servicios de atención médica.

Podemos observar en los tres ejemplos antes mencionados que los dos primeros hacen referencia a una formación o proceso educativo y la inscripción de las parteras a los mismos, mientras que en la tercera definición realizada por la Secretaría de Salud en México a la “partera tradicional” se la reconoce como “un agente comunitario de salud, que forma parte de la medicina tradicional indígena” y que “se las acepta” como personas “no profesionales” autorizadas para la prestación de servicios de atención médica.

Sin embargo, en la práctica, a algunas de estas mujeres parteras consideradas como “agente comunitario de salud en la medicina tradicional indígena” se les limita en su capacidad para recibir partos buscando que funjan como auxiliares y como mujeres que acercan a las embarazadas para parir en los centros de salud más cercanos, de manera que hacen los seguimientos durante el embarazo, pero en algunos casos se propicia que no atiendan los partos, como lo refiere una partera de Tepoztlán cuando dice que

El sistema de salud dice: “sí, vengan, vengan parteras”. Y nos enseñan, y nos dan clases, pero al final dicen: “ustedes no pueden hacerlo porque no tienen un título profesional, no pueden usar jeringas porque no son enfermeras, no pueden usar plantas medicinales porque no han estudiado herbolaria, no pueden” (Guerrero, 2017).

La contradicción reflejada en la referencia hecha por esta partera se muestra de forma constante de diferentes maneras que parece dejar a las parteras en un impase, entre el no ser parte del personal médico, no ser profesionales, pero también siendo limitadas en las funciones que desempeñan como parteras y sus usos y costumbres. Este trato que en los resultados se muestra contradictorio se encuentra también en aspectos de la legislación mexicana.

Legislación y partería en México

En relación con las cuestiones legales en torno a la partería existen múltiples necesidades, que reflejan lo que ocurre en las interacciones sociales entre los servicios de salud y quienes prestan dichos servicios, entre las necesidades de las mujeres durante el embarazo y el parto y las condiciones actuales de las mujeres parteras. Con base en el documento *Fortalecer la partería. Una deuda pendiente con las mujeres de México* (Atkin et al, 2016), destaco las principales necesidades que éste señala: en primer lugar, observan la ausencia de un marco regulatorio específico de aplicación federal. Lo que promueve que la implementación de un modelo integrado por parteras se quede en iniciativas aisladas que a menudo enfrentan resistencias y son susceptibles a cambios de gobierno, o prioridades personales. En segundo lugar, consideran que se requiere hacer homólogos los elementos del marco normativo y regulatorio para tener lineamientos claros para una atención materna de calidad que faciliten una implementación amplia y una supervisión efectiva.

Aún en medio de las múltiples necesidades que aún existen en relación con las modificaciones legales sí se han llevado a cabo transformaciones en materia legislativa en busca de favorecer aspectos relacionados con la partería. De 2011 a la fecha (2020) se han llevado a cabo principalmente tres legislaciones relacionadas con la partería en México: 1) En 2011 se legislaron los códigos laborales para la contratación de parteras técnicas, en el cual se aprobó la Ley General de Salud para incluir el código de atención por parteras técnicas (Código M02117 Partera Técnica) y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), autorizó la creación y registro del puesto de partera técnica. 2) En 2014 se aprueba la guía de práctica clínica titulada *Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo de la secretaría de salud* 3) En 2016 se aprueba una versión revisada de la Norma Oficial Mexicana, que ha sido más conocida como la NOM 007, de cumplimiento obligatorio a nivel federal para todo el personal de salud del sector público, social y privado. Norma para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención a la persona recién nacida. En dicha norma se hace referencia a las parteras (enfermeras obstetras, parteras técnicas y a las parteras tradicionales capacitadas) como prestadoras calificadas para la atención del parto de bajo riesgo obstétrico.

Sin embargo, como expondré más adelante existen aún diversos vacíos legales y prácticos, entre ellos destacan, las mediaciones técnicas y prácticas para aplicar los lineamientos, una estructura que vincule a las parteras y las incluya como dice la legislación

como agentes comunitarios de salud autorizados para el primer nivel de atención: los partos considerados como normales. Ello implica que existan estructuras organizacionales en términos prácticos dentro de casas de parto o espacios de salud, u otros espacios pensados para ello, para que quienes entran en hospitales, que su actividad sea coordinada por una de las propias parteras y no dependiente del personal médico. Y que quienes ejercen de manera autónoma tengan mecanismos de gestión en el que realmente puedan ser asumidas como agentes de salud, lo que implica la consideración de pagos de las parteras que atiendan.

Por ejemplo, si se está haciendo un espacio centralizado de atención a las parteras por parte de los programas sociales federales y locales, habrían de existir mecanismos para que las mujeres puedan elegir atenderse por una partera y que esto sea gratuito para ellas como lo es al interior de un hospital, pues si las mujeres no tienen esa opción si no tienen los recursos económicos y aunque la ley diga que son consideradas como agentes de salud, si no existe una real sistematización funcional, ocurre que en la práctica, las parteras van siendo cada vez menos porque no tienen recursos para sobrevivir, además de ser dejadas de lado y constantemente encontrarse ante prejuicios y malos tratos como los que han referido recibir las parteras en las entrevistas realizadas y que serán presentadas a detalle en los siguientes capítulos.

4.3. Partería y parteras del mundo, en México, en Morelos...

Antecedentes internacionales

En el ámbito internacional existen planteamientos que trascienden las fronteras nacionales y que, desde organismos internacionales, manifiestan interés por analizar la cuestión de la partería en el mundo, la mayoría de los esfuerzos de esta índole coinciden en ofrecer una mayor comprensión e inclusión de la partería en la gestión de salud reproductiva de las mujeres. Resaltan entre ellos:

Puntos destacados en las declaraciones de la OMS

La OMS ha destacado aspectos que aún no han sido suficientemente incorporados en la práctica de atención a la salud; en primer lugar, que el embarazo no es una enfermedad, en

segundo lugar, que deben existir un mínimo de intervenciones y, en tercer lugar, que no es necesario que participen el personal médico en la atención a todas las mujeres.

Si bien estas declaraciones/investigaciones buscan sensibilizar en torno a que las mujeres parteras tienen como principios rectores de su trabajo, el cuidado y observación de aspectos como los referidos y otras cuestiones que implican condiciones de respeto a la mujer que pare, incluso afirmando que la labor que éstas desempeñan y que sean apoyadas y promovidas puede ayudar a reducir los problemas en la atención a la salud de las mujeres y de quien nace, así como también contribuye a la reducción de cesáreas y medicación innecesaria que son un problema a escala mundial. Lo cual ha sido insistido por dicho organismo en distintos momentos (OMS, 2015).

Acuerdos internacionales de carácter vinculante

Existen, al menos dos convenios de carácter internacional que avalan la legitimidad de los derechos en torno a las necesidades actuales de la partería en México. Uno de ellos es el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales independientes, suscrito por México en 1990 y el segundo es la Declaración de las Naciones Unidas (ONU) sobre los derechos de los pueblos indígenas en 2007.

Ambos documentos refieren los derechos que poseen los pueblos indígenas de utilizar y aprovechar su medicina y partería tradicional. Sin embargo, si estos documentos no contienen un programa preciso de aplicación es difícil que se lleven a cabo o, incluso, que actúan de manera inversa a la deseada, como es el caso en la partería tradicional. De tal manera que termina reduciéndose el número de parteras tradicionales practicantes y la percepción de varias de ellas, como el caso de Ana, una de las parteras entrevistadas que refirió que lo que se busca, por parte del gobierno, es acabar con la partería. Ello resulta un contrasentido con las legislaciones referidas anteriormente y las recomendaciones realizadas por organismos internacionales en relación con la importancia de la partería para la atención a la salud. Otro elemento que enmarca la condición actual de la partería tiene que ver con los modelos de atención al parto que existen actualmente dentro del sistema de salud en México.

Modelos de atención al parto dentro del sistema de salud mexicano

En México existe una forma de atención mixta en el proceso de salud/enfermedad en general, en el cual interactúan tres sistemas: la medicina doméstica, la medicina científica y la medicina tradicional (Castañeda-Camey, 1992). En el ámbito sexual y reproductivo la atención a las mujeres durante el proceso del embarazo, el momento del parto y la atención al post parto es atendido por personal de diversas denominaciones, entre las cuales se incluyen: 1. Parteras profesionales, 2. Parteras técnicas, 3. Enfermeras obstetras, 4. Enfermeras generales, 5. Personal de medicina en general, 6. Personal médico especialista en gineco-obstetricia. Adicionalmente, encontramos a los siguientes grupos de parteras: las que se han formado en escuelas de partería y las denominadas tradicionales, quienes poseen las siguientes características generales.

Parteras formadas en escuelas de partería

Entre las parteras que han recibido un entrenamiento formal se encuentran: las parteras técnicas, egresadas de la escuela de formación de partería existentes en México, cuyo título reconocido por la Secretaría de Educación Pública (SEP) corresponde al nivel técnico. Algunos ejemplos de este grupo son: *Las egresadas La Escuela de Parteras Profesionales de CASA a.c.* Esta escuela acreditada por la Secretaría de Educación de Guanajuato y se fundó en 1997. El programa de estudios de partería de CASA da preferencia a jóvenes de áreas rurales, mujeres indígenas, y mujeres que tienen parentesco a parteras tradicionales. Y *las egresadas de la Escuela de Formación de Parteras de Guerrero y Michoacán*. Dicha escuela, se creó con la finalidad de formar técnicas profesionales cuyas actividades contribuyan a promover un proceso de disminución de muertes maternas, así como de los procesos de prevención de enfermedades en las mujeres en estado de gestación. En segundo lugar, las parteras profesionales formadas en programas en el extranjero donde existe la partería como profesión o enfermeras obstetras formadas posteriormente como parteras y en tercero, las licenciadas en enfermería y obstetricia (LEO), formadas a nivel licenciatura por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Parteras tradicionales

En México, sin embargo, no existen únicamente parteras que han recibido una capacitación de carácter formal, sino también un amplio sector de mujeres que ejercen la partería mediante una formación que ha sido transmitida generacionalmente de manera tradicional, sea mediante un parentesco directo (madres a abuelas, sobrinas, nietas) o mediante tradición oral (en relación maestra, alumna), en el seno de las comunidades en los distintos estados de la República Mexicana. Muchas de las parteras se encuentran al interior de comunidades indígenas. Dicha característica les proporciona una condición particular.

Ubicación y descripción de los programas de formación en partería



Partería autónoma
 26 estudiantes
 40-95 partos obligatorios
 Sin acreditación

Partería técnica
 80 estudiantes
 80 partos obligatorios
 Acreditación RVOE
 Tres años de formación técnica luego de 3 años de secundario

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO)
 150 estudiantes
 100 partos obligatorios
 Acreditación RVOE
 Nivel universitario

Licenciatura en Salud Reproductiva y Partería Profesional
 21 estudiantes
 100 partos obligatorios
 Acreditación RVOE estatal^d
 Nivel universitario

Especialización en Enfermería Perinatal (EEP)
 40 estudiantes
 60 partos obligatorios
 Acreditación RVOE
 Nivel post-universitario

Fuente: Partería en México (Saldaña et. al. 2016).

4.4. Atención al parto en Morelos. Tipificación de las parteras en Morelos

Debido a las múltiples diferencias formativas, es necesario hablar de parteras en plural y no de la partera o de un tipo único de partera en Morelos. Con base en esa condición es que autoras como Zolla et al (1989), han buscado llevar a cabo una tipificación de tres tipos de parteras en Morelos: la partera tradicional, la empírica adiestrada y la empírica no adiestrada.

De aproximadamente el 50% de las mujeres que habitan en el área rural son atendidas por parteras. En Morelos existen 630 parteras distribuidas en los 32 municipios del estado, las mujeres tienen una edad promedio de 52 años y el 50% ha recibido algún tipo de entrenamiento. Según la clasificación realizada por Castañeda-Camey (1992), cataloga a las parteras de Morelos así: 1) Categoría de partera tradicional 17.5 %, 2) Parteras empíricas adiestradas 50% y 3) Parteras empíricas sin adiestramiento 11.6% 4) El restante 20% quedó fuera de estas tipificaciones llevadas a cabo por la autora. (Castañeda-Camey, 1992).

Partera tradicional

Las llamadas parteras tradicionales, son definidas básicamente porque se localiza en el área rural donde con algún tipo de ascendencia indígena o no y sus conocimientos fueron transmitidos por tradición oral y de generación en generación, esto es, aprenden de la experiencia. Ellas, pueden utilizar la herbolaria medicinal y eventualmente también utilizan medicamentos de patente, pueden realizar acciones manuales (sobadas, manteadas, masajes, etc.) y recursos hidroterapéuticos, para afrontar algunos de los problemas de la morbilidad reproductiva. Los conceptos que manejan estas parteras forman parte del código de valores comunitarios que pueden ser ubicados dentro de la cosmovisión prehispánica, generalmente cuentan con la confianza de la comunidad y su prestigio, así como la continuidad de la demanda de su servicio está basada en los resultados de la atención ofrecida. El tema de la confianza es clave, por ejemplo, porque como refiere Castañeda-Camey (1992), una partera a la que se le han muerto varias mujeres o recién nacidos, pierde la confianza que la

comunidad le ha otorgado, pese a que muchas veces las condiciones en que llega la paciente o cómo se presenta el o la bebé son las causantes del deceso (Castañeda-Camey, 1992).

Partera empírica adiestrada

Se incluyen aquí a las parteras que se encuentran participando con las instituciones de salud y a quienes se ha adiestrado a través de curso en el manejo occidental del embarazo, parto y el puerperio. Estas parteras conocen y utilizan los conceptos médicos, manejan medicamentos de patente y material quirúrgico. Es frecuente que continúen utilizando recursos herbolarios tradicionales y realizando terapias manuales (sobadas, manteadas, masajes, etcétera). También es posible que la partera empírica adiestrada atienda básicamente partos normales, algunos trastornos de la esfera ginecológica algunas enfermedades infantiles, de igual forma es posible que desarrolle labores de planificación familiar. Gran parte del desarrollo de estas políticas en el área rural recae en las parteras. Casi la mitad de las parteras censadas en Morelos mediante el estudio realizado por Castañeda-Camey (1992) se encuentran en este rubro.

Parte de las referidas observaciones realizadas en el párrafo anterior por Castañeda-Camey (1992), no fueron corroboradas como tales en el trabajo empírico. Particularmente me refiero a lo que refiere como material quirúrgico. Ninguna de las parteras entrevistadas refirió utilizar material quirúrgico propiamente dicho. Si bien algunas de ellas se han capacitado para realizar, por ejemplo, suturas. Por otra parte, en el caso del manejo de medicamentos de patente, éste les es prohibido a las parteras entrevistadas. De hecho, existe un fuerte debate planteado por algunas de las parteras entrevistadas en torno a la restricción que les hace el sistema de salud en las capacitaciones del uso de oxitocina; ello porque las parteras que conocen la medicina basada en evidencia, refieren que es un error en tanto que su uso posibilita atender urgencias y prevenir hemorragias. Nuevamente pueden observarse contradicciones entre lo que se define y lo que sucede en la práctica cotidiana.

Partera empírica no adiestrada

Generalmente este tipo de parteras atienden en núcleos con alta movilización de población (vinculadas a la migración), también ejercen su labor generalmente en zonas marginadas. Este sector de mujeres carece de conocimientos previos de herbolaria u otros elementos tradicionales, usualmente se centran en partos normales, en el uso de medicamentos de patente, instrumental médico y material mínimo necesario en la atención del parto.

Aproximadamente el 50% de las mujeres que habitan en el área rural son atendidas por parteras. En Morelos existen 630 parteras distribuidas en los 32 municipios del estado, las mujeres tienen una edad promedio de 52 años y el 50% ha recibido algún tipo de entrenamiento (Castañeda-Camey, 1992). Según la clasificación realizada por Castañeda-Camey (1992), cataloga a las parteras de Morelos así: 1) Categoría de partera tradicional 17.5 %, 2) Parteras empíricas adiestradas 50% y 3) Parteras empíricas sin adiestramiento 11.6% 4) El restante 20% quedó fuera de estas tipificaciones llevadas a cabo por la autora (Castañeda-Camey, 1992).

4.5. Desarrollo histórico de la partería hasta nuestros días

Como parte del desarrollo histórico de la partería, Carrillo (1988) ha referido que la profesión médica no siempre ha gozado del prestigio y reconocimiento del cual ahora goza, ya que desde la época colonial la partería, en España y sus colonias, pasó por un proceso que la llevó de ser un oficio a una profesión mediante la profesionalización universitaria médica. Sin embargo, dicha formación teórica y práctica era muy limitada, de manera que no siempre desempeñaban su labor de manera adecuada, mientras que, en el caso de la abogacía, militares y otros profesionales, sí tenían un reconocimiento profesional y social. Para 1870 se creó de manera independiente la Sociedad Médica de México que ha funcionado de manera ininterrumpida. Desde sus orígenes tuvo un “número limitado de socios” presentándose como una sociedad elitista, a partir de la cual se establecían una serie de normatividades en relación con los honorarios que merecían, el tipo de personas que podían atender acorde a su prestigio. Mientras tanto, se establecían otras sociedades médicas de

“menor categoría” asociadas a la clase media. También se llevaron a cabo diversos intentos por limitar el ingreso a la profesión mediante criterios acordes a la clase social (Carrillo, 1988).

La conformación de la profesión médica ocurrió de manera elitista mediante la representación social del enfermo, para atender a cierto tipo de pacientes que no pusieran en riesgo el nombre (prestigio) del prestador de servicios médicos. Ana Carrillo (1988) da un ejemplo de ello cuando refiere que:

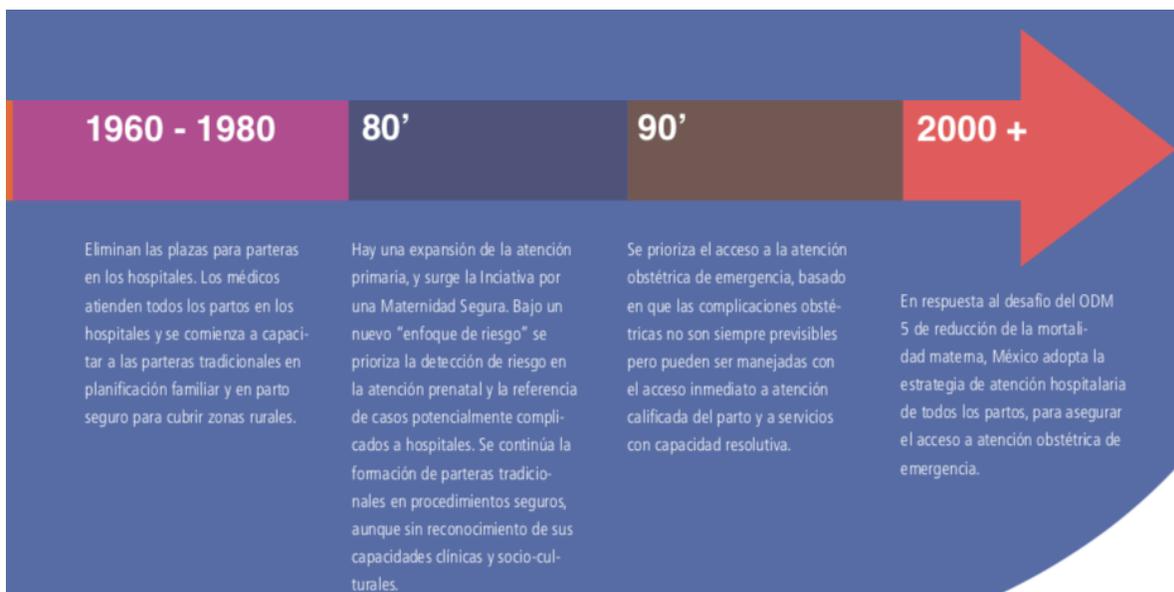
En un dictamen aprobado por el Consejo Superior de Salubridad, se establecía la necesidad de que este organismo hiciera la investigación sobre la práctica, vida y costumbres de los individuos que se recibían de médicos —como antes hacía el Protomedicato—, para evitar que ejercieran "personas de baja extracción y ásperos modales" que eran "oprobio y desdoro de la profesión"⁵. Durante casi toda la centuria, todos los profesionales de salud, incluidos los facultativos, estuvieron divididos en de "primera, segunda y tercera clase", criterio de acuerdo con el cual pagaban impuestos al Estado (Carrillo, 1988).

Sin embargo, también surgieron prestadores de servicios médicos no incluidos en la Academia Nacional de Medicina, pertenecientes a otros estratos sociales, organizaciones médicas que son las precursoras que fueron conformando la medicina y las asociaciones médicas de manera paralela. Las asociaciones gremiales emergidas de la clase media y alta fungieron como espacios para ratificar y rectificar las opiniones, de ellas surgieron las normas relacionadas con aspectos de enseñanza y práctica médica. Las organizaciones colegiales dieron a los prestadores de servicios médicos una identidad pública en la cual afirmaban tener autoridad como miembros de una comunidad científica no de manera individual (Carrillo, 1988).

En la siguiente línea de tiempo se muestra a grandes rasgos la evolución de los servicios de atención materna y de la partería en México desde 1983 hasta nuestros días, indicando los hitos más significativos para su exposición. En ella se observa la progresiva separación de las parteras de las labores de atención a la par de la institucionalización de la medicina.

Figura: Línea del tiempo

⁵ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), México, salubridad la medicina, caja 1, exp. 35, 2 f: 1,1841.



Fuente: Tomado de Partería en México (Saldaña et. al. 2016).

También tuvieron un papel determinante en la conformación del gremio médico los adelantos científicos y, de manera significativa, el papel del Estado mexicano en la consolidación de la profesión médica. Respecto a las profesiones paralelas al sistema médico Carrillo (1988) nos dice que:

La medicina desarrolló una división del trabajo cada vez más compleja: farmacéuticos, parteras, enfermeras, dentistas. Los servicios de estas profesiones eran útiles y hasta indispensables para el médico; por ello no querían eliminarlas, pero sí controlarlas tanto en su preparación teórica y práctica como en su ejercicio, por ejemplo, limitando las actividades que cada una estaba autorizada a realizar. Ya dijo Dale L. Hiestand que el médico, de un

modo que no tiene paralelo en ninguna otra ocupación, controla e influye su campo de actividad, y a todo aquel que osa acercarse (Carrillo, 1988).

Como parte de este proceso de división del trabajo entre las profesiones sanitarias la partería ha tenido también un camino particular entre la profesionalización y la práctica regular en la sociedad mexicana, entre las reglamentaciones estatales, las relaciones con el personal médico, su estructura y la demanda de atención de las mujeres en la que el tema del poder ha jugado un papel determinante en el desarrollo histórico. En el apartado siguiente se abordará el proceso histórico que ha conformado el estado actual de la partería en nuestro país, así como la variedad de sus tipos de parteras.

Partería, parteras y poder

Desde el siglo XVIII ha habido intentos por parte de la profesión médica por remplazar a las parteras por mujeres entrenadas en escuelas de medicina a manera de ayudantes médicos. Así lo refiere Martínez & Matilde (1985), diciendo que la partera profesional nació con un doble carácter de actividad necesaria a la profesión médica y, a la vez, subordinada a ella, y de práctica represora de la actividad de las parteras tradicionales, competitiva de la medicina académica (Martínez & Matilde, 1985). De la misma manera Carrillo (1988) vincula en su investigación sobre la enfermería a aspectos que caracteriza como subordinados y en los que incluso se premia la obediencia y sumisión como mérito. Ella observa que ante mujeres formadas en los espacios médicos se busca dejarles de lado, refiere que ellas solían ser preferidas por las mujeres embarazadas porque los facultativos eran demasiado propensos a utilizar técnicas quirúrgicas perjudiciales para la madre y cría. Refiere que, sin embargo, los médicos achacaban esa preferencia al ‘falso pudor’ de las pacientes, y a que éstas no sabían distinguir al verdadero del falso saber (Carrillo, 1988).

El referido control lo observan en hechos como los siguientes: la instauración de la ginecología como especialidad (1887), en el que la presión estatal hacia el control de las parteras fue mayor. Para 1892 en el que surge una discusión que sigue vigente en la actualidad ya que el Ministerio de Gobernación publicó un reglamento para las parteras tituladas en el que se observa el intento de los médicos universitarios de ir las desplazando de la atención a parturientas y puérperas, en tanto que únicamente les permitían intervenir en partos sin

complicaciones, además de utilizarlas para convencer a las pacientes y a sus familiares de la importancia de recurrir a los servicios médicos. El documento llevó a la protesta de las parteras, por prohibirles prácticas para las cuales habían sido preparadas pero el dictamen final fue en contra del interés de las parteras.

Dicho proceso no ha sido ajeno a las relaciones de género. Por el contrario, éstas se encuentran a lo largo del proceso de desarrollo de diversas maneras. Siendo objeto de luchas de carácter político y no únicamente con relación a cuestiones de salud o consideraciones de tipo académico. Ehrenreich y English (2006), abordan el tema diciendo que:

La represión de las sanadoras bajo el avance de la medicina institucional fue una lucha política; y lo fue en primer lugar porque forma parte de la historia más amplia de la lucha entre los sexos. En efecto, la posición social de las sanadoras ha sufrido los mismos altibajos que la posición social de las mujeres. Las sanadoras fueron atacadas por su condición de mujeres y ellas se defendieron luchando en nombre de la solidaridad con todas las mujeres (Ehrenreich & English, 2006).

Así mismo Carrillo (1988) señala que la formación dada a las enfermeras incluía la importancia de seguir puntualmente las indicaciones del médico recordándoles que la enfermera “ni era ni podía ser el médico”. Presenta el ejemplo de la lucha ocurrida en el siglo XIX entre médicos universitarios y religiosos que prestaban servicios médicos, homeópatas y médicos indígenas para señalar que, entre más se invade una profesión sanitaria que los médicos consideran de su competencia, más conflictos se generan. Y refiere que a inicios del siglo XX se les exigió la certificación de enfermería y se eliminó la formación de partería (en los años 50) a favor de la ginecología.

Tales aspectos muestran la manera en que la medicina fue avanzando mediante el uso del poder que había conformado, tiempo atrás, en la constitución del gremio y la asociación con el Estado para controlar la actividad de la partería hasta finalmente excluirla como tal de la formación médica. Este ejercicio de poder ha apuntalado muchas de las características que hoy podemos ver de la conformación de las parteras en sus distintas tipificaciones y puede también observarse una política de control en las interacciones actuales entre el sistema médico y las parteras.

Todo este proceso no ha sido reconocido como un ejercicio de autoridad, imposición y poder, e, incluso, ha sido negado por autoridades médicas oficiales. Lo anterior ha ocasionado que deje de ser un asunto que priorice las condiciones en las que se considere a

las parteras y las mejores condiciones para las mujeres que son atendidas y que se ponga en primer instancia aspectos de control bajo la imposición que permite el poder adquirido. Un ejemplo de este no reconocimiento nos lo ofrece Carrillo (1988) cuando nos dice que:

A las acusaciones que las parteras tituladas hacían a los médicos que habían elaborado el Reglamento de Parteras de 1892, de quererlas despojar de la parte más lucrativa de su profesión, éstos contestaban que era un desatino pensar que los caballeros del cuerpo facultativo pudieran estar guiados "... por una aspiración tan triste como la de disputar a las parteras los despojos pecuniarios de una cuantas enfermas, abusando para ello de su elevada posición oficial"; su único interés era el bienestar de las madres y los niños (Carrillo, 1988).

La política ejercida hoy día no se ofrece como una política expresamente dicha en ningún instructivo en la que se indique que la institución médica debe retomar para sí cualquier profesión sanitaria de la que posea capacidad, sin embargo, esto no es preciso para que aspectos de control se impongan mediante el uso del poder. Consideremos la manera en que puede funcionar el "currículum oculto" de los médicos que Roberto Castro ha denunciado puntualmente, retomando a Bourdieu (Castro, 2014).

Este es el contexto que ha devenido en las formas en que hoy encontramos a las parteras en México y del que hacen parte las mujeres entrevistadas que laboran en Morelos en distintos municipios. Si bien cada partera en su narrativa personal guarda su propia individualidad este contexto socio político hace parte ineludible del desarrollo histórico de la partería y marca tendencias y condiciones actuales en la partería en general y en la historia de formación de las entrevistadas para el presente estudio. En el presente texto es de interés el enfoque en las narrativas concretas de las parteras entrevistadas y cómo aspectos como las relaciones de poder pueden verse reflejadas en sus palabras.

En torno al contexto espacial de las parteras entrevistadas.

El lugar que habitan: Morelos

En el presente apartado abordo el espacio geográfico y datos generales sobre los espacios que habitan las parteras que participan en la investigación y que fueron entrevistadas. Morelos es parte de uno de los 32 estados que conforman México. Al norte de la entidad, bordeando y sirviendo de frontera natural con la Ciudad de México se localiza una porción del Eje Neovolcánico, de la cual se desprenden las sierras de Zempoala, Tres Marías,

Tepoztlán, Tlayacapan y Tlalnepantla, la mayor parte del territorio del estado se encuentra comprendido en la Depresión del Balsas. En el noreste se encuentra la sierra Nevada, cuya principal elevación es el volcán Popocatepetl, de la que parten las sierras de Chalma y Ocuilan, que se enlazan con las montañas del estado de Guerrero. Cuenta con recursos naturales como biodiversidad, ríos y lagunas. Es un territorio diverso biológica y socialmente, en el que pueden encontrarse personas del resto del país que se han asentado en su espacio para buscar acceder a fuentes de trabajo, tanto como personas que han querido tomar distancia de la Ciudad de México (CDMX) o que han llegado atraídas por la naturaleza y diversidad climática que caracteriza al estado.

Tepoztlán

El contexto socio-espacial de la mayoría de las mujeres parteras entrevistadas se encuentra asociado a Tepoztlán, Morelos. Dicho espacio limita al norte con la Ciudad de México, con la delegación Milpa Alta, al oeste con los municipios de Huitzilac y Cuernavaca, al sur con Jiutepec y Yautepec, al este con Tlayacapan y Tlalnepantla. Cuenta con una población de 46,963 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020), Véase la imagen 1. Dicho territorio integra una gran riqueza natural en tanto que se encuentra en el Corredor Biológico Ajusco Chichinautzin. En su geografía se encuentran formaciones montañosas que llevaron al origen de su nombre que significa lugar de piedras sagradas. Sus características sociales y culturales son muy particulares.

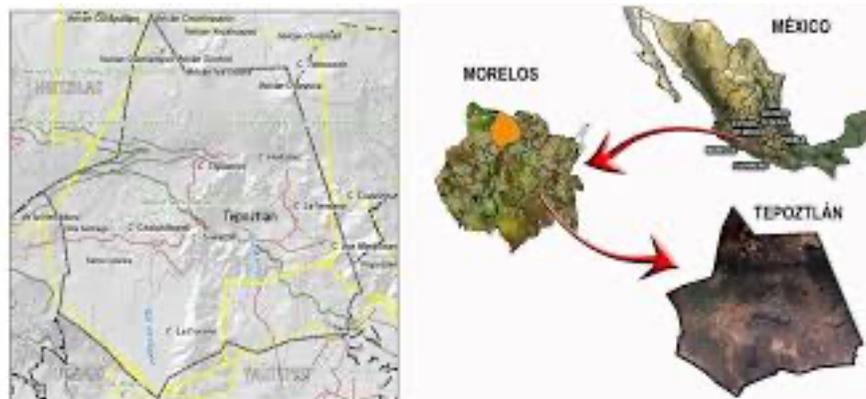
El contexto de estudio se caracteriza por tener una población heterogénea en la cual convergen habitantes que han nacido en ese espacio, muchos de ellos aún con raíces indígenas, así como poseedores costumbres sobre el cuidado de la tierra y la agricultura, aún es posible ver diversos animales de cría de producción local de pollos, conejos, patos, codornices, vacas y caballos. Y, aunque en poca cantidad, la siembra del maíz es algo que se conserva incluso en muy pequeña escala para consumo familiar. Mediante prácticas como la producción de artesanías, por ejemplo, las velas escamadas, la preservación de rituales y danzas se observa la tradición de procurar su territorio y de conservar su identidad. Es un espacio en el que no se encuentran tiendas de conveniencia, restaurantes o comercios internacionales (como las que ya pueden verse en casi todo el país); todo ello es por la

búsqueda activa de hombres y mujeres para no perder sus costumbres y tradiciones. Uno de sus habitantes refiere

Quien ha nacido aquí siente como si los cerros fueran las paredes de su casa, el cielo su techo y el sol su luz: en síntesis, su casa misma, y siente también que quien profane su pueblo, profana también su casa (Ayala, 1998).

Si bien la referencia transcrita arriba puede mostrar el afecto que otra persona podría tener por el lugar en el que habita, permite observar la conciencia del territorio que guardan algunos de sus habitantes tanto en términos de su cariño por el mismo como su disposición a velar por él, ambas son elementos que no son difíciles de encontrar entre sus habitantes. Así mismo, el conjunto de características geográficas, sociales y culturales hacen de Tepoztlán un espacio útil para la observación de las variadas formas de partería y el análisis de las mismas, en lo que se refiere a la mirada y a su experiencia.

Ubicación geográfica de Tepoztlán



Fuente: Programa de ordenamiento Ecológico del Territorio del municipio de Tepoztlán, Mor s/a..

http://manueljosecontrerasmaya.org/descargas/POET_TEPOZ_REV-1.pdf

Por otra parte, en el mismo territorio, confluyen un importante número de personas que no nacieron en Tepoztlán, sino que llegaron atraídos por sus montañas, su basta naturaleza y zonas aledañas. Entre ellas pueden encontrarse dos formas características: la de hombres y mujeres que llegan desde otros estados de la República Mexicana, especialmente de la Ciudad de México, a vivir de manera temporal, por algunos meses del año o de manera permanente y habitantes extranjeros que llegan a vivir también por algunos meses del año y

otros meses viajan a sus países de origen, así como quienes ya habitan de manera permanente en el lugar.

Perfil socio demográfico

Con relación al perfil sociodemográfico de las parteras entrevistadas observé que la decisión de hacer una tipificación de las parteras como la que se propuso de manera inicial en la construcción metodológica fue de gran utilidad, en tanto que efectivamente en las observaciones en el campo se pudieron observar afinidades y diferencias que definen de alguna manera a los tres grupos: parteras profesionales/técnicas, parteras tradicionales y parteras en formación. Si bien ya he referido que no puede hablarse de “las parteras” de manera general sí hay cosas que permiten considerarlas dentro de alguno de estos grupos para fines analíticos y tiene sentido observar algunas características que comparten, en tanto que tienen implicaciones en su desempeño como parteras. En la tabla siguiente puede observarse la tipificación de las parteras según su escolaridad y el municipio en que habitan actualmente.

De las ocho parteras entrevistadas, tres son técnicas/profesionales (formadas por otras parteras en un curso formal, pero sin reconocimiento oficial en México), dos son tradicionales y tres están en formación (dos de ellas en escuelas alternativas y una cursando la Licenciatura en la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja). De esta última categoría, la que está cursando sus estudios en la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja, ha recibido entrenamiento en partería con parteras tradicionales, ha tomado cursos e incluso contribuyó a abrir una escuela de formación de parteras en la Ciudad de México. La mayoría de ellas, llegaron de otros lugares de la república y se establecieron en municipios de Morelos.

Tabla: Perfil sociodemográfico

<i>Código</i>	<i>Tipo</i>	<i>Edad</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Municipio</i>	<i>Tiempo de ejercer</i>	<i>Tipo de entrenamiento</i>
Ana	Profesional	62	Media superior	Tepoztlán	24	Partera de Estados Unidos, cursos varios y parteras tradicionales.

Lola	Profesional	72	Media superior	Cuernavaca	29	Partera de EU, cursos varios y parteras tradicionales.
Silvia	Profesional	29	Media superior	Amatlán	N/A	Parteras tradicionales y Nueve Lunas
Antonia	Formación	29	Media superior	Tepoztlán	N/A	Escuela de nueve lunas y otras parteras.
Carmen	Formación	25	Licenciatura	Cuernavaca	N/A	Escuela de la Cruz Roja
Irma	Formación	28	Media superior	Tepoztlán	N/A	Parteras tradicionales, parteras profesionales y escuela de la Cruz Roja
Queta	Tradicional	65	Media superior	Tepoztlán	39	Madre (part. trad.) y escuela de enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Fátima	Tradicional	82	Básica	Temixco	70	Abuela (partera tradicional) y médico de su comunidad

N/A: no aplica.

Fuente: Elaboración propia con base en la información recolectada en el segundo semestre de 2019.

Perfil del ejercicio de la partería

Dentro de este rubro destaco la edad de las parteras y el tiempo durante el cual han ejercido como tal. Estamos hablando de un ejercicio de más de 24 años y hasta 70 de estar dedicadas a atender partos. En el caso de las parteras tradicionales el tiempo de ejercicio es mayor (39 y 70 años respectivamente), mientras que en el caso de las parteras profesionales el número de años en el que han desempeñado su labor son menores (29 y 39 años respectivamente), como puede observarse en la tabla.

En el caso de las parteras en formación he puesto una observación NA (no aplica) en tanto que al estar en formación no podría hablarse directamente de tiempo en el ejercicio de ser parteras. Si bien, es preciso acotar que ellas, sea por el caso de su formación o por su propio interés, en su mayoría han realizado prácticas, acompañando a otras parteras durante varios años en la atención a partos.

4.6. Tipificación de las parteras en Morelos

En los siguientes párrafos realizo una breve introducción a las parteras desde un planteamiento propio y en su propia voz.

Antonia, se está formando en la escuela de parteras de Nueve Lunas en Oaxaca, y ha acompañado a parteras locales de Morelos, a decir de ella “parteras en la tradición” en su labor, si bien aún no ha llegado a atender partos sola, ha participado activamente en partos.

“La verdad es que el momento que más me gusta es ver cuando el bebé se pega al pecho y empieza a mamar. O sea, la primera vez que vi como iba saliendo la cabecita del bebé sí fue como un viaje así en tres D, hasta como que me cambió la realidad y como que me sentía en otra dimensión ¿no? Ya hasta como que después entendí, hay wey, no manches, sí, ahí viene, pero finalmente cuando el bebé se pega al pecho es como... siento como se termina de conectar, entonces, siento más bonito y me dan más ganas de llorar cuando veo eso que cuando nace el bebé. O sea, es como un cierre.” (Antonia)

Silvia, tiene dos hijos pequeños. Ella ya ha atendido partos sola, incluyendo el seguimiento del embarazo y el tratamiento post parto, apoyo a la lactancia, cierre de parto, baños rituales con hierbas también para el post parto. Ella también se formó en la escuela de Nueve Lunas y ha concluido su formación, como parte de su proceso formativo se acercó a otras parteras para el acompañamiento de partos y especialmente ha tomado como “madrina⁶” a una de ellas a quien ha seguido y hoy ya le otorga partos cuando ella no puede atenderlos para que acompañe a las mujeres.

“He estado en las autorizaciones de mis compañeras en la escuela que es esta autorización justo donde te pasan un rebozo y se hace un círculo de parteras madrinas, de parteras tradicionales que amadrinan a sus aprendices, algunas, algunas no tienen aprendices, pero bueno... Se hace el círculo, se hace un fuego primero, es toda una ceremonia, se enciende el fuego, se dicen unas palabras, las abuelas mayores dan unas palabras al fuego, dan tabaco para que pongamos nuestro rezo en el fuego y se hace un círculo de las parteras tradicionales abuelas en medio y, después, se hace un anillo más grande en donde estamos todas las aprendices que estamos sosteniendo también ese círculo y afuera las personas que están involucradas acudiendo también a esa ceremonia, como los familiares, que también se involucran, el esposo, la madre, que al final también terminan entendiendo lo de los partos muy cerquita, como mi mamá que todo se le hacen partos ya. Entonces se hacen círculos de anillos y cuando te dan la autorización, pasas al círculo primero con las parteras.” (Silvia)

⁶ El origen del concepto tiene relación con el catolicismo y las ceremonias religiosas. La madrina o padrino acompañaría a su ahijado a dichas ceremonias. Sin embargo, en el contexto mexicano es un concepto que ha trascendido la figura religiosa y se utiliza acerca de una persona que guía o acompaña a otra en un tema determinado como una forma de responsabilidad. En este caso, la madrina estaría consolidando los conocimientos de la partera en formación.

Carmen, es la más joven del grupo de mujeres a quienes he entrevistado y ella se está formando en la llamada Escuela de la Cruz Roja Mexicana como Licenciada en Salud Reproductiva y Partería. Ella aún no acompaña partos, sino que se encuentra asistiendo a clases en Morelos, viajó de su estado originario por el interés de formarse como partera en Cuernavaca. Antes había intentado formarse como partera en la Escuela de Parteras Profesionales conocida como CASA, (en San Miguel de Allende), sin embargo, para el momento en que lo intentó, le dijeron que no había una generación de formación a la que pudiera integrarse, después intentó entrar a la Escuela de Parteras Profesionales del Estado de Guerrero. Refiere que no cumplía con los requisitos que le solicitaban: ser originaria del lugar o quedarse ahí a ejercer después de recibir la formación. De manera que su búsqueda terminó al encontrar la escuela de Cuernavaca donde hoy se forma.

Irma, ella tiene una trayectoria bastante larga, en tanto que desde muy joven se interesó en la partería y hoy, aunque se sigue formando, de manera formal ya acompaña a mujeres en los cuidados del embarazo, en el parto y post parto. Así como también se desempeña como *Doula* en algunos casos. Refiere acerca de lo que significó el nacimiento de su propia hija en su relación con la partería.

“Uff (ríe), lo tiene todo el tiempo, lo primero que cambió es que me hizo darme cuenta que no sabía nada (risas), de nada. Sí, o sea sí me dio como el regalo de la humildad muy cañón, como en cuanto al acompañar a la otra, como esto de claro que vas ganando experiencia, por supuesto, pero como esta cosa de realmente nunca sabes lo que está pasando exactamente, porque ni cuando tú lo vives sabes qué está pasando, menos vas a saber de lo que está pasando la otra, como esta individualización absoluta, que se dice muy fácil, porque en el speech lo decimos todo el tiempo así como “cada parto es único e individual”, pero al final no es tan cierto, un poco sí, pero un poco siempre hay una dilatación, luego pujas y luego sale un bebé, pero ya viviendo el otro lado de la maternidad fue como no, es que de verdad, nunca sabes como lo que está pasando. Entonces, sí le agradezco mucho esa humildad y, como ese paso para atrás a decir, a ver, aprende a pensar qué necesitan las mujeres desde un lugar distinto en el cual tal vez tú no sabes siempre lo que necesitan.” (Irma)

Queta es una mujer de 65 años que habita en Tepoztlán. Tiene dos hijos y dos hijas. Es hija de una partera tradicional que toda su vida recibió partos en el mismo municipio. Recuerda que todas las cosas que sabe hacer las aprendió de su madre. Narra que muchas personas en el pueblo la conocen y la buscan. A ella le ha tocado vivir muchos cambios de la partería, pues desde joven acompañó a su madre y ha visto cómo eran las cosas en ese momento y

cómo son ahora. Uno de los aspectos que platicó y que le ha sido significativo es en torno a sus estudios sobre enfermería, comenta:

“Estuve estudiando, estudié dos años de enfermería, estaba yo estudiando para enfermera, ya no terminé, desafortunadamente, pues igual, yo quise seguir estudiando, pero pues lo económico no me permitió porque no tenía un trabajo seguro. Aunque hubiera querido no puede, porque en ese tiempo se compraban libros, uniformes y pasajes y todo, estuve estudiando en la Universidad, en la UAEM, ahí estudié dos años de enfermería. Entonces, cuando yo trabajaba con mi mamá, pues anteriormente sí nos dejaban, o nosotros cargábamos suero, yo se inyectar, poner sueros, todo. Entonces yo le ayudaba en eso a mi mamá, si se necesitaba una inyección yo la ponía, ella se dedicaba a ver a la paciente y yo recibía al bebé”,
(Queta)

Ana es una mujer de 62 años, se considera a sí misma como una partera profesional/técnica he híbrida respecto a lo tradicional, a razón de que ha trabajado con muchas parteras tradicionales durante años. Ella nació en la Ciudad de México, durante su infancia creció en Durango, para la secundaria y la preparatoria regresó a esa misma ciudad. Ahí se casó y se vinieron juntos a Morelos, a Yautepec. Es madre de dos hijas y un hijo. Su primera hija nació cuando ella tenía 19 años, refiere que para su generación esa era una edad común. Ella llegó a vivir a Tepoztlán hace diez años para unirse a una iniciativa escolar de padres que estaban formando una escuela.

Respecto a su propio nacimiento refiere que su madre tenía placenta previa. Lo cual significa que la placenta estaba en la entrada de la matriz, por lo que su madre tuvo sangrados a los siete meses, de emergencia voló a la Ciudad de México y le hicieron una cesárea. Ana debió permanecer unos días en la incubadora. Ese evento de su vida lo asocia con el hecho de que para ella sea una prioridad el que los bebés estén en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del parto. Refiere que ha trabajado psicológicamente su parto mediante distintas terapias:

“Mira, trabajé mi nacimiento psicológicamente. Hice muchas terapias de re-nacimiento. Sí, muchas muy fuertes. O sea, desde la emergencia, porque fue un nacimiento de emergencia por los sangrados. Desde lo abrupto que puede ser una cesárea, de salir por otra parte. Y siempre tenía una sensación aquí en la espalda. Esa sensación yo la conecto con la sensación del bisturí ¿no? de que van abriendo, van abriendo y tú lo sientes, pero no sé, es muy raro porque ya no la tengo, pero la tuve mucho tiempo. La soledad de la incubadora, este aislamiento de estar ahí, aislada. Sí, si tengo, tenía mucho miedo a la soledad. Con la claridad de una pregunta accedas tus memorias y realmente siento yo que sí fueron muy útiles.” (Ana)

Ana se capacitó como maestra de yoga prenatal y después encontró el curso de partería, aunque al principio no podía dedicarse del todo a la partería por la atención que sus tres hijos requerían. Se formó también como Doula y refiere que por muchos años acompañó partos en diversos ámbitos, rurales, clínicos —clínicas sencillas y hospitales de alto costo. Ella habla de lo que ha significado para ella en la vida ser partera y del sentido que tiene que a quien nace se le reciba de una buena forma al llegar al mundo.

“Es un proceso muy profundo desde mi perspectiva, porque en el momento del nacimiento nos acercamos, nos entonamos con una frecuencia. Algunos le dicen el umbral, un umbral en el que se manifiesta la vida, pero también donde se deja de manifestar. O sea, es el umbral del nacimiento y la muerte. Es como un círculo, aquí se manifiesta y aquí se deja de manifestar. Aquí das la primera inhalación y aquí das la última exhalación y ese es el umbral en el que uno se sintoniza a la hora de estar recibiendo al bebé y te sintonizas con la madre que está ahí y yo siento que las madres son guerreras, porque están ahí, dijéramos, en un dominio de su cuerpo y de su mente, están entregando todo, están soltando todo, incluso su ego porque en ese momento les importa más la vida de sus hijos que su propia vida. Entonces, para mi es un momento muy importante, y yo siento que hemos perdido la importancia de ese momento y es el momento de crear las condiciones, para mi, para que los que estamos ahí tengamos esa conciencia. Estamos recibiendo a un nuevo ser en la vida, lo tenemos que hacer de todo corazón, y tenemos realmente que [se entre corta su voz] darle la bienvenida [llora mientras sonrío], siento [que es] muy importante porque, de todas maneras este mundo no es fácil pero decirle al bebé “eres bienvenido” le asegura al bebé una buena, dijéramos un buen inicio de vida y la mayoría de los bebés no tienen este buen inicio y tú lo puedes ver cuando ves a niños que han nacido así, bien amados, bien queridos, casi no tienen miedo, son increíbles, son muy, tienen mucha luz, tienen mucha luz y tienen mucho amor, como que son seres amorosos, porque los amaron”. (Ana)

Lola es una partera que se considera de tipo profesional y tiene 72 años. Ella nació en la Ciudad de México. Llegó a Cuernavaca hace treinta y dos años a vivir porque su esposo tenía trabajo ahí. Tiene una hija y un hijo. Considera que el nacimiento de ellos tuvo influencia en su interés por ser partera.

“Sí, porque yo quería que fuera natural, como los tuve yo, pero también quería otra cosa, o sea, yo... No se usaba, no era la época, o sea, los bebés iban al cunero, punto, no había opción, te los llevaban a comer y te los llevaban con una mamila prácticamente, sí que coma y ya le habían dado su mamila. Son problemas que ya gracias a Dios no se están viviendo tanto, y gracias a personas como Luisa, como Emilia, como nosotros que estamos “no se dejen” “que no separen a su bebé”. Empezar a darles poder a las mujeres, porque ¿ah es que si algo le pasa?”, no le va a pasar nada, se va a ir a tu casa contigo y ¿qué te vas a llevar al doctor y a la enfermera a tu casa? No, tú eres quien más va a saber de tu bebé. Entonces, el empoderarlos te ayuda también a empoderarlos, que lo que tú no tuviste, no puedes hacer nada pero que sí puedes hacer por las generaciones futuras”. (Lola)

Fátima es la mayor de las parteras en cuanto a su edad, se asume como una partera tradicional, es también quien inició siendo más joven en la partería, una niña. A sus 82 años es una mujer ágil física y mentalmente, sigue atendiendo a muchas mujeres en sus partos, ha prestado sus servicios a varias generaciones de diversas familias. También sigue produciendo su propia herbolaria para diversos padecimientos y para el apoyo del parto. Describe la manera en que las personas de su entorno reaccionaban cuando ella comenzó a acercarse a la partería y su experiencia al respecto, comenta:

“Y, otra vez, me pegó mi mamá porque llega el doctor en la tarde y oyó que lloró el niño y dice “¿qué hubo parto?”, y le dice [la esposa del médico al médico] “tu enfermera sacó un parto”, “¿cómo?” [pone su mano en la cabeza y cierra los ojos], “sí”, fue me abrazó me anduvo cargando, me chuleó, y al otro día no sé qué tanto de dinero [me dió], no supe. Y en mis naguitas y nada más pasando la calle y que lo pongo en el pretil [puso el dinero que le dio el médico para esconderlo de su abuela] y me dice mi abuelita: “Jesús, cuánto dinero ¿quién lo trajo” y dicen las chamacas, mis hermanas: “yo creo [Fátima], porque, ella entró al pretil”, “¿quién te dio ese dinero?”, le digo: “el doctor”. “No, pero ¿por qué te dio ese dinero?”. Antes nos traían bien cortitas, [le responde a su abuela]: “el doctor, pero ¿por qué te lo dio?”, “agárralo” y me lleva de la oreja, “doctor ¿por qué le dio tanto dinero a mi niña? Y dice: “doña Mari ya sacó un parto”, “¿cómo sacó un parto?”, “sacó un parto la niña”, “¿cómo cree?”, me pegó mi abuelita delante de él, “no debes andar haciendo esas cosas, estás muy chiquita dice, ya no vas a venir”, dice [el doctor] “doña Mari, deje venir a la niña, la buscan mucho las mujeres y ya hasta yo y mis niñas”, [la abuela le responde]: “no, le va a matar a una mujer y mi hija va a ir a dar a la cárcel”, le dice el doctor: “no, déjela, porque el que va a ir a la cárcel voy a ser yo, a ella no le van a hacer nada, déjela que se enseñe, ella tiene mucho valor, ya inyecta bien en la vena.” (Fátima)

Las referencias de las parteras en los párrafos anteriores, reflejadas en sus propias palabras y en algunas descripciones propias muestran, de alguna manera, aspectos de su persona, permiten observar en partes de sus historias su experiencia para de esa manera comenzar a tematizar y establecer un diálogo entre los planteamientos teóricos presentados en el capítulo II y los resultados del trabajo empírico propiamente dichos a partir de sus narrativas.

En el capítulo IV, a continuación, busco dar respuesta a las tres preguntas siguientes de la investigación y al cumplimiento de los respectivos objetivos. A fin de mostrar la articulación entre los temas que les son significativos a las parteras en diálogo con la teoría; ello mediante las conceptualizaciones que consideré pueden apoyar la comprensión de la experiencia de las parteras.

V. Experiencia y acompañamiento emocional.

La relación entre la partería y modelo médico alopático hegemónico

El presente capítulo se dedica a presentar los principales resultados de la investigación. Se encuentra dividido en tres apartados asociados teórica y empíricamente, mismos que indican los resultados en cada aspecto señalado teóricamente pero ya decantado como un resultado en términos empíricos, de lo encontrado en el campo de la investigación. Dichas partes son la experiencia de las parteras en la atención al embarazo, parto y posparto de las mujeres, en segundo lugar, la observación de su labor emocional y las implicaciones en sí mismas y en las mujeres a quienes atienden y cómo esto las constituye. En tercer lugar, muestro las interacciones entre las parteras y el modelo médico alopático hegemónico, las principales dimensiones de su interacción, así como sus respectivas lógicas de funcionamiento y los efectos del mismo.

5.1. Experiencia de las parteras

La experiencia de las parteras, se encuentra íntimamente conectada con dimensiones de su trayectoria vital (su propio nacimiento, el nacimiento de sus bebés, sus emociones y aspiraciones). En ella se incluyen diversos aspectos que resultan significativos para las parteras, así como una serie de criterios y acciones que no necesariamente comparten por la formación o el entrenamiento recibido o por la escuela a la que asistieron, más bien obedece a una lógica propia, a una manera distinta de entender el embarazo, el parto y el postparto. Y, en estos, formas de entender aspectos como el tiempo, los espacios, los cuidados, las emociones y, en general, los focos en los que ponen su atención en el ejercicio de su labor. Dichas prácticas, si bien no son homogéneas en todas las parteras, porque se encuentran permeadas por la cultura, el entorno y la individualidad de cada una, sí permiten observar principios básicos y prácticas en común.

La categoría de experiencia de las parteras, expresada en las narrativas vitales del ejercicio de la partería en la atención al proceso de embarazo, parto y post parto, se encuentra asociada al objetivo específico número dos la investigación, el cual se propone conocer y analizar la experiencia de las parteras en relación con la atención que ofrecen durante el embarazo, parto y post parto. Para ello es preciso notar que las parteras han conformado, durante generaciones, diversas experiencias que las definen hoy como tales, mismas que han sido individuales y también han llegado a constituirse socialmente como un grupo, dicho de manera muy general pues, en realidad, es difícil hablar de un grupo, quizá grupos podría ser más cercano a su realidad.

Las parteras se han dedicado a la atención personalizada de cada mujer que llega a buscarlas como parte de una comunidad, implicada en un territorio concreto, que podemos definir como su comunidad. Por mucho tiempo se dedicaron a atender a mujeres que habitaban en la misma localidad que ellas. Hoy día, es cada vez más usual, que sean parte de una comunidad que no está delimitada por un espacio o un territorio físico, sino que puede estar fuera de la frontera de lo que comúnmente llamaríamos un municipio en un territorio concreto. Más bien se constituyen hoy, en algunos casos, como comunidades que se definen por afinidad, en atención a mujeres que tienen un interés de atención personalizado en un ambiente que suele llamarse o concebirse como “natural”, en atención a mujeres que quieren atenderse en su propia casa o que quieren estar lejos de un hospital, por considerar que existe cierta proclividad en los hospitales para llegar a una cesárea (Atayde-Manríquez y González-Robledo, 2019).

La experiencia de las parteras se conforma por múltiples aspectos. Uno de ellos que es mayormente visible, consiste en una serie de labores que comparten y que en su conjunto le dan especificidad a la tarea de ser parteras. Una serie de criterios que no necesariamente comparten por una escuela a la que asistieron o por una formación profesional, sino que obedece a una lógica, a una manera de considerar temas y aspectos como el tiempo, las emociones, los cuidados, los espacios, los focos en los que se pone la atención para atender a quienes lo solicitan. Estas prácticas, si bien no son homogéneas, sí se pueden observar principios básicos en común. Refiero a prácticas que he podido registrar en el interior del estado de Morelos, México, en algunos de sus municipios. La experiencia, cabe recordar hace alusión a una práctica situada, a procesos específicos de personas concretas.

La experiencia de las parteras tiene dimensiones generales que refieren a las labores que comparten: el tratamiento integral a las mujeres a quienes atienden y a sus criaturas, mediante consideraciones como el corte tardío del cordón umbilical, el manejo emocional, el acompañamiento durante el parto de personas significativas para la mujer que padece, el uso de masajes, agua, movimiento, posturas, cuidado del espacio físico y anímico, consideración del entorno cultural e ideológico específico de las mujeres a quienes atienden y otras formas que propician confianza y confort durante el parto, favoreciendo partos respetuosos y cálidos (consumo de líquidos o alimentos, cuidados durante el embarazo y el posparto inmediato, no a la episiotomía de rutina, cuidado a medicalización del trabajo de parto y el parto, fomento de la lactancia materna inmediata, apego entre madre y recién nacido, etc. y muchas de estas son prácticas reconocidas por la partería profesional basadas en evidencia de buenos resultados y bienestar de la mujer y del RN). Varias de sus prácticas pueden asociarse y abordarse bajo la lente de la medicina basada en evidencia, que permite observar cómo muchas de las labores que llevan a cabo de manera cotidiana han sido evaluadas por estudios que han comprobado, científicamente, como las mejores prácticas conocidas para atender la salud de las mujeres y de quien nace. Dicha labor corresponde con un sentido y una lógica bajo la que se han constituido. Así como las labores que trascienden el espacio temporal del embarazo, parto y post parto, pero que conforman aspectos importantes de su experiencia.

Una segunda dimensión a observar es, de alguna manera, lo que cabe en referir a un tipo de partera, si bien ya he hablado de su diversidad, pueden notarse determinaciones en las relaciones que establecen entre parteras, de acuerdo a un grupo o tipo de parteras con quienes se vinculan. Entre ellas se pueden encontrar a las parteras tradicionales como las que pueden haber heredado el oficio como parte de su familia o como una persona miembro de una comunidad, incluso por haber comenzado atendiendo sus propios partos. También podemos encontrar a parteras que han buscado formarse como tales sin un proceso de escolarización formal, o parteras que han logrado entrar a las pocas escuelas que hay de partería en el país o, incluso, apoyadas por otras parteras de otros estados dentro del país o fuera del mismo; algunas de estas parteras se asumen a sí mismas como autónomas. En medio de éstas y otras posibles clasificaciones generales aquí he decidido observar tres tipos: tradicionales, profesionales y en formación.

Una tercera dimensión se puede observar en lo referente a la conformación individual de cada partera. Aquí observo la narrativa de su historia de autoconstrucción; las preferencias y motivaciones que las llevaron a ser parteras. La motivación aquí es vista desde el enfoque propuesto por Stone-Mediatore (1999), quien lo refiere como parte de la experiencia que plantea Scott (2001), pero subrayando la necesidad de considerar la “experiencia motivadora” que busca dar cuenta de su intervención que conforma las prácticas de representación. También observo el trabajo con su propio cuerpo, su biografía, las formas en que han aprendido lo que hoy saben, dónde lo aprendieron, y otros aspectos similares y personales, que conforman la experiencia de cada una de ellas.

Resulta complejo rastrear el origen de las experiencias de las parteras para construir cada práctica. Sin embargo, es posible notar el trazo de una lógica que constituye sus prácticas, experiencias y su forma de trabajo. Esta autoconstrucción individual y colectiva de las labores, transferida de una partera a otra, sea generacionalmente o bajo la figura de maestra a alumna se puede ver esbozada en las narrativas de las parteras; desde sus referencias a las cosas que las motivan existen líneas comunes como la búsqueda de vinculación con la naturaleza, la conexión con su propio cuerpo, entre otras dimensiones que las llevan a buscar acompañar los procesos de otras mujeres. Es común que hablen de “llamados”, sea mediante sueños, mediante una forma de destino que las atrae una y otra vez y otras formas de cercanía a esos espacios y contextos de ser partera.

En casi todas las parteras entrevistadas se observan alusiones —con connotaciones emocionales— en relación con sus propios partos y en ocasiones a sus mismos nacimientos. Respecto al propio nacimiento o al nacimiento de sus hijos e hijas resulta ser un tema importante tanto en las narrativas del proceso de formación de las parteras como también hacen parte del trabajo en las escuelas de partería a las que acudieron algunas de ellas, siendo temas que se trabajan y se analizan de manera individual. Las observaciones en ese sentido parecen mostrar una forma de empatía más o menos expresada para con otras mujeres y sus bebés, sea porque buscan que otras mujeres puedan hacerlo “mejor que ellas” o porque buscan que puedan tener la misma oportunidad de disfrute y cuidados que ellas tuvieron. Así mismo las emociones que les despierta cada nacimiento son registradas por ellas de maneras profundas, cuyo recuerdo las puede llevar a la alegría e incluso al llanto. Parece que este tipo de experiencias construidas mediante su trayectoria vital y de formación marcan y definen

sus elecciones, rutas y formas de trabajo y acompañamiento a las mujeres. Y de alguna manera conforman una lógica bajo la que actúan en su labor como parteras.

Motivaciones para ser partera

Uno de los aspectos de la experiencia que puede tomarse como punto de partida, es la motivación que las hizo dedicarse a la partería. En el grupo de informantes se observó que la dimensión ocupacional está íntimamente ligada a su propia historia biográfica, lo que las llevó a elegir ser parteras y a involucrarse en el proceso de aprendizaje del oficio. Varias de las entrevistadas aluden a un tipo de vocación, un llamado que las llevó a ser parteras, haciendo referencia a dimensiones profundas de su persona que se encuentran conectadas con su interés personal. También refirieron la influencia familiar, principalmente en los casos de quienes se asumen dentro de la partería tradicional. Hablan de haber estado presentes en nacimientos, lo cual sentó precedentes significativos para buscar entrenarse como tales. Así mismo el nacimiento de sus propios hijos e hijas, para algunas de ellas, las motivó a apoyar a otras mujeres para tener “buenos partos”.

Como parte de la experiencia de las parteras, resulta significativo hablar del camino que siguieron para llegar a serlo, no únicamente en términos técnicos de formación, aspectos que por supuesto resultan útiles para comprender el trazo que ha conformado su experiencia. También es preciso comprender sus motivaciones para conformarse como tales, si bien algunas de sus razones y emociones pueden ser referidas a cuestiones personales quiero comenzar abordando algunas coincidencias de varias de las parteras. Ellas hablan de su propia experiencia de nacimiento como una razón para querer ser parteras, otras más refieren que sus propios embarazos y partos las llevaron a querer acompañar a otras mujeres, también describen extrañarse por cuestiones como ver que en su propia familia hubiera experiencias tan distintas en relación al parto y querían entender eso que se les presentaba como algo desconocido. Así lo cuenta, por ejemplo, Carmen diciendo:

[Mi mamá me contó que] *sintió una pequeña molestia pasó a revisión, para luego ir al mercado y pues ya no la dejaron salir porque ya iba muy dilatada, dice que ya ahí de que entró, como a las dos horas, ya parió al niño y ya se fue al mercado y dice “ya regresé del mercado con niño y con las cosas”. Y así, o sea, los partos de mi mamá eran de ese estilo, así,*

muy sencillos, muy felices, y al contrario de mis tías, igual hermanas de mi madre, que tuvieron muchas complicaciones a partir del parto. Bueno, los partos de mi madre fueron partos fisiológicos, vaginales, y los de mis tías han sido cesáreas y han tenido complicaciones posteriores a esas cesáreas (Carmen).

Considera que eso le generaba curiosidad por entender lo que pasaba y por las cosas que su mamá le decía y conforme iba aprendiendo nuevas cosas le sorprendía y pensaba que eran conocimientos que debían tener todas las mujeres, refiriéndose a temas que van desde la menstruación hasta lo relacionado con el momento del parto. Ello, con la consideración general de que son conocimientos básicos poco generalizados, de manera que ella buscó informarse y formarse cada vez abarcando más temas relacionados a la salud de las mujeres hasta que decidió que quería ser partera.

Algunas de las parteras asocian aspectos de sus prácticas actuales con dificultades o límites en relación con sus propios nacimientos y que de esa manera buscan aportar en mejorar la atención a las madres y a los bebés. Por ejemplo, Ana narra:

[Mi mamá] tuvo sangrados muy fuertes y pues fue una cesárea y como fue una cesárea a los siete meses de nacida pues estuve un rato en la incubadora y yo creo que es una experiencia que me marcó porque una de las cosas más importantes para mí, es que los bebés establezcan el contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del parto. O sea, para mi, es prioridad, dado que yo no lo tuve y, además, estuve, no fue tanto, estuve siete meses, perdón, siete días (Ana).

Este tipo de referencias y asociaciones directas a sus propios nacimientos en relación con su práctica fueron referidos desde expresiones intensas y alusiones a dimensiones profundas de su sentir; a revivir experiencias propias o a sentir empatía por las experiencias y emociones de otra mujeres. Por ejemplo, en la referencia de Ana puede verse que al final confunde siete meses con siete años en los que estuvo en la incubadora. Quizá pudiera estar conectado con que le pareció un tiempo muy largo el que pasó para poder estar con su madre y el que pasan los bebés hoy día. Ella ha buscado insistir de diversas formas a lo largo de su trayectoria como partera profesional (en su práctica, en sus posicionamientos políticos, en sus charlas, en sus intervenciones en documentos y legislaciones) en esa necesidad de que el bebé se acerque al pecho de la madre en la primera hora de vida, es importante y una comprobación científica internacional.

Fátima, una de las parteras tradicionales a quien entrevisté refiere como motivación que, en su infancia, sentía curiosidad por saber de dónde vienen las criaturas:

le pregunté a mi abuelita “abuelita, todas las señoras que entran salen con su niño ¿quién se los da?”. Dice: “el avión hija, tira el niño el avión y me lo hecha en las manos y yo se los doy a las señoras”. Y yo me ponía lista, cuando pasaba el avión, le gritaba “avión, avión, avientame un niño, una niña, un perrito, un gatito y nunca me aventó nada (ríe), los señores que iban caminando se iban riendo de lo que decía yo (Fátima).

Como no encontraba respuesta a su curiosidad cuando llegó un médico a vivir como vecino donde ella vivía, buscaba acercarse para saber, comenta:

Le dije al doctor “doctor, doctor, a usted ¿quién le da a los niños para que se los de a las señoras?”. Dice “ay hija la cigüeña, mira, suelta al niño que tiene [refiriéndole una imagen en la pared] y vomita otro y tengo para irle dando, cuando la señora entra la cigüeña suelta al niño y ya se los llevo yo”. Y yo, cuando llegaba una mujer no le quitaba la vista a la cigüeña y nunca veía nada, cuando oía el llanto adentro y ya pues uno es chiquito, pero uno también piensa ¿no? Dije, ora cuando entre otra mujer me voy a meter para dentro (Fátima).

Por la conversación con ella puedo decir que parece que sus principales motivaciones para ser partera fueron la curiosidad que le daba saber de dónde venían los bebés y los animales, la influencia de dos de los adultos más cercanos con los que convivía, su abuela y su vecino médico que atendían partos y la propia necesidad de atención al parto que había en la comunidad donde ella vivía. A su corta edad, ocho años, ya se había acercado en diversas ocasiones a buscar ver y aprender lo que hacía su abuela y lo que hacía el médico, ya su abuela la había regañado y le había pegado por “ver cochinas”. Sin embargo, el médico y su esposa habían sentido simpatía por la niña y por su interés y le habían ido permitiendo acercarse, incluso el médico comenzó a enseñarle a inyectar y las cosas que hacía para los partos. Ella narra como parte de este proceso que:

...estuve con él todo ese año. Yo soy del primero de mayo cumplí ocho años y entré a nueve, pero ya había yo visto muchos partos, cómo le hacía. [El doctor se fue a una operación de emergencia y llegó una mujer a buscarlo], vengo bien mala, dice. Acuéstese, arreglo yo la charola de todo... Chavela le dice “acuéstese” y que entro yo con la charola. [La mujer en labor de parto le dice]: “niña qué estás haciendo ahí, lárgate por allá”, no más me hice a un lado y le dije [a la esposa del médico]: “ándale Chavela, la señora ya está sangrando” y que entra y le dice “¿por qué no sacas a esa niña, por qué la tienes aquí?”, y le dice Chavela: “mire, le voy a hablar claro, yo le voy a ayudar a ella, ella va a sacar el parto”, “ora ¿cómo cree?” “sí, ella va a sacar el parto, ella ya sabe”. Dice [la mujer en labor] ¿tú vas a sacar el parto?”, “sí” le dije... (Fátima).

Al observar algunas de las motivaciones de las parteras a quienes entrevisté pueden mirarse los contextos en que se han desenvuelto y apoyar en la comprensión de sus historias y narrativas vitales. Otro aspecto que destacó en las entrevistas fue la forma en que se perciben

a sí mismas en vinculación con su propio cuerpo. Cuando me refiero al trabajo con su propio cuerpo, considero las prácticas deportivas y/o artísticas de índole física que han llevado o que llevan a cabo de manera regular. Dicho aspecto es una coincidencia entre la mayoría de ellas y es una dimensión que asocian con su desarrollo personal y con su práctica misma y se presentan como una serie de rutas mediante las que se acercaron a la partería. La mayoría de ellas refirió que realiza alguna práctica de ese tipo. Entre las parteras profesionales destaca que todas practican o han practicado por prolongados periodos la actividad de yoga como parte de su trabajo corporal y también ligado a su práctica profesional como una herramienta para dar soporte a las mujeres que se atienden con ellas.

Carmen y Antonia, quienes se encuentran en formación, han realizado ballet, una de ellas aún imparte clases de Danza Contemporánea y Ballet. Antonia, quien ya se encuentra en prácticas finales de su formación como partera considera que su trabajo como bailarina es una herramienta para trabajar la conciencia corporal que considera como necesaria para apoyar el trabajo en el momento del parto y durante el embarazo, e incluso lo ha incorporado en su trabajo de tesis como tema de investigación para trabajar con mujeres embarazadas: la danza en busca de beneficios físicos y emocionales para el momento del parto. La mayoría del conjunto de las parteras entrevistadas refieren realizar actividades como meditación y prácticas que refieren de tipo espiritual. Por ejemplo, en el caso de Silvia, quien se define como partera en la tradición dice:

Yo antes era de alto rendimiento... de hecho antes yo pensaba que iba a estudiar teatro, mi formación en el bachillerato fue con específico en teatro y pensé que iba a estudiar teatro y me gustaba mucho el alto rendimiento, pero pues así, cuando fui autodidacta hice varias cosas físicas y espirituales, sí practiqué un rato yoga, natación, me gusta más bien los elementos, me voy a nadar y lo hago por el elemento agua, la respiración lo hago por los elementos y una práctica espiritual, pues de mi abuela aprendí muchas cosas espirituales (Silvia).

Otro aspecto que destaca de la relación de las parteras con su propio cuerpo es que hablan también de un tipo de relación corporal asociado a los procesos de menstruación, que no ha sido para algunas de ellas un proceso fisiológico más, sino una forma de conexión consigo mismas y algo que buscan transmitir a las mujeres a quienes atienden. Por ejemplo, Carmen comenta:

Sí, de echo esa es una de las razones que me llamó la atención de estudiar partería... me metí con lo de la menstruación, salieron mucho lo de las copas, yo hacía ballet, hasta dos días antes de venirme para acá. Entonces, haz de cuenta que para mi representaba un problema muy

grande estar menstruando y traer la ropa interior, las medias, el leotardo, la falda, el short, y estar haciendo ejercicio, entonces, intenté lo de las copas, me metí un poco más por ese lado de qué onda con la menstruación. Vi que las toallas sanitarias no son muy buenas, me fui por ahí y llegué a qué onda con los partos, así ¿por qué hay tan poca educación sexual, tan poco conocimiento de algo que está pasando todo el tiempo y no lo sabemos, no es algo tan común? O sea, es algo muy común, pero no está normalizado (Carmen).

Por su parte en relación con su propio ciclo menstrual Irma, quien se asume a sí misma como partera profesional refiere:

...a mi siempre me ha gustado menstruar. En parte porque mi mamá fue una chida cuando me bajó, fue como, me hizo una fiesta y tal y después, cuando en la adolescencia y así, pues crecí en Tepoz, entonces, ya sabes, antes de ser partera tenía esta parte siempre, la práctica, al menos, de voltear a ver la sangre, vamos a ver cómo huele y de qué color es hoy y bla. Y la danza, bailaba un montón, bailaba de todo, bailaba hawaiano, salsa y eso, había música y bailaba, hacíamos estos fuegos con la comunidad de amigos y amigas y tocaban tambores y tal y bailábamos un montón, como que por ahí se movía. Después, cuando me fui a Chiapas, pues hacía de todo, en Chiapas, pues hacía yoga, iba con la osteópata. Y como que el rebozo; ah claro, en Chiapas conocí el rebozo, que ahora es así mi gran amor en el trabajo corporal y existencial... (Irma).

La narrativa de Irma muestra un proceso de interacción que pude percibir de varias de las parteras a las que entrevisté; entre su cuerpo, su menstruación, su actividad física y sus emociones como sustrato que nutre su práctica de ser partera y de atender a otras mujeres.

Cabe referir que pueden observarse diferencias en cuanto a sus actividades físicas entre la tipología de parteras considerada en esta investigación. Las parteras de tipo tradicional no refirieron tomar ninguna clase o realizar alguna actividad física en particular, lo cual parece tener conexión con su propia cultura e historia en la que no se encuentra incorporada la idea de ir a un espacio a tomar una clase, pero sí refieren tener una actividad muy intensa. Incluso, ellas asocian algunos de los problemas actuales por los que las mujeres tienen mayores dificultades para parir que antes (así lo asumen), es debido a la poca actividad física que realizan las mujeres embarazadas. De sí mismas dicen que suben y bajan y que hacen muchas cosas.

En las visitas que realicé a una de ellas me tocó encontrarla varias veces en la calle, caminando activamente y con agilidad, su cuerpo se muestra fuerte y tiene una complexión delgada. La otra partera tradicional a la que hago referencia tiene 82 años y me llamó la atención que cuando la entrevisté y me mostraba los ejercicios que ponía a las mujeres a quienes atiende en los casos en que tenían problemas con la posición de la placenta o era

necesario acomodar al bebé, se acostaba en el piso y se deslizaba sobre su espalda al mostrarme el ejercicio o subía una pierna y luego otra en una silla para que yo pudiera ver los ejercicios; lo hacía con notable ligereza y flexibilidad, su cuerpo también se ve fuerte y es una mujer delgada.

Ahora bien, las mujeres que he referido como parteras profesionales, han trabajado como *doulas* y realizado yoga o pilates y comparten ejercicios de este tipo y preparatorios para el parto con las mujeres a quienes atienden. Son mujeres de entre 50 y 60 años que tienen este tipo de prácticas de manera constante desde años atrás. Ellas trabajan con grupos de mujeres a quienes acompañan durante el proceso de embarazo, parto y postparto.

Tenemos entonces que, en cuanto al trabajo con su propio cuerpo, las parteras entrevistadas presentan diferencias de carácter cultural, que puede notarse en el tipo de actividad que realizan, su edad, el momento contextual que les toca vivir. Sin embargo, todas muestran una actividad física considerable que varias de ellas asocian con su propia práctica y, además, la comparten con las mujeres a quienes atienden, insistiendo en que la actividad física provee de mejores condiciones para el parto y que el no realizarla puede contribuir a dificultarlo.

Formación y entrenamiento

Otro aspecto de la trayectoria y narrativa de las mujeres para comprender su experiencia se encuentra relacionado con su formación, los diversos lugares en los que han construido su conocimiento. De entre las parteras a quienes entrevisté pude notar que hay quienes aprenden directamente de su madre, una de ellas, Queta, originaria de Tepoztlán, acompañó por muchos años a su madre que se desempeñaba como partera a lo largo de su vida, hasta hace alrededor de un año (al momento de la entrevista, 2019) que había fallecido. Aún en la puerta de casa de su madre (no vivían en la misma casa) se encuentra un letrero pintado en un trozo de madera con letras en pintura blanca puede leerse el letrero de “Partera”. Queta posteriormente asistió a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) para buscar formarse como enfermera en una carrera con una duración de cuatro años, la cual debió dejar cuando llevaba dos años por falta de recursos económicos para concluirla. En su

caso también aprendió de la universidad cuestiones relacionadas al parto, por ejemplo, refiere que aprendió a poner suero e inyecciones.

Fátima, otra de las parteras tradicionales, refiere de su formación que su abuelita, con quien creció, quien era partera y hierbera, no le permitía acercarse a ella cuando atendía partos porque le parecía que una niña no debía ver esas “cosas sucias” (refiriéndose al cuerpo desnudo de las mujeres), especialmente en relación con la vagina de las mismas. Por lo cual, cuando se quería acercar la regañaba y le decía molesta que se fuera de ahí. En cambio, el médico que llegó a vivir al lado de su casa le fue permitiendo acercarse y aprender a atender partos. Ella lo narra diciendo:

El doctor me ponía a hacer pedazos de algodón y los doblaba, los envolvía en gasa y ya se los ponía a las mujeres y les ponía su calzón de hule y ya no pañal, calzón de hule y ya limpiaba ese hule y ya las iba a acostar, “lleve a la señora a acostar” y se me quedó viendo el mozo: ay miya, estas viendo tantas cochinas de chiquita, pero a mi me gustaba y lo hacía sin miedo. Él decía: déjela que se enseñe, ella tiene mucho valor, ya inyecta bien en la vena”, “óra ¿cómo cree?”, “ya inyecta bien en la vena y en la pompi, la buscan porque la quieren más la niña” y ya me dejó (Fátima).

Por su parte, las parteras profesionales entrevistadas aprendieron de una maestra que dio un curso en Tepoztlán de varios años, y formó a varias parteras. Era originaria de Estados Unidos y había puesto una clínica de atención al parto en Tepoztlán, junto con su esposo, quien era un médico mexicano. Ambas parteras aprendieron de ella y posteriormente continuaron su formación en otros espacios y con otros cursos. Lola refiere de su formación que:

Es un poquito parecido a lo de Ana, con la maestra Paloma, que nos dio tres años y medio. Luego yo me fui a hacer mi práctica al paso Texas, a la Maternidad de la Luz y ahí acabé haciendo todo lo que necesitaba. No, porque una cosa es Estados Unidos y otra cosa es aquí. Aquí le habían prometido a la maestra, la Secretaría de Salud, que nos iba a certificar [esa certificación no sucedió]. (Lola).

Mientras que Ana refiere que:

Mi programa de Paloma, que la considero mi maestra, la medicina con evidencia, las prácticas que tienen evidencia, por ejemplo, el manejo activo de la tercera etapa del parto, lo de la oxitocina que es una práctica con mucha evidencia y algunas cosas que me han enseñado las parteras tradicionales. Siempre aprendes algo nuevo (Ana).

Irma, quien ahora está buscando formalizar su educación, aún cuando ya ha ejercido durante varios años narró su trayectoria en los orígenes de su formación que se encuentran relacionadas con escuelas de partería y acompañamiento a otras parteras. Lo refiere diciendo:

Tenía el proyecto de irme a una Casa de partos en El Paso. En ese inter, me embaracé de Silvia, nos quedamos por aquí. Cuando Silvia estaba chiquita, la directora de [una escuela de parteras], se mudó a la Ciudad y nos encontramos por aquí y me dijo “¿qué onda? Pues tú nunca te acabaste de formar, ayúdame a poner una casa de partos por acá y te terminas de formar, estuve [ahí] otros años y luego chambeando, y luego pasó todo esto que te acabo de contar, regresé a Tepoz y ahora estoy a la mitad del segundo semestre de la licenciatura en la Cruz Roja. Son siete semestres y el año de servicio, o sea, como a la mitad estoy. Pero bueno ya se ve que algún día se va a acabar (Irma).

Las parteras refieren diversos orígenes de su formación. Dada la poca homogeneidad de la capacitación de las parteras lleva a una diversidad de espacios y personas de quienes aprenden, así como de sus situaciones y contextos, como lo hemos podido ver en las narrativas referidas. Sin embargo, quiero hablar acerca de un aspecto que comparten las parteras que se forman en escuelas de partería o profesionalmente, que puede o no hacer parte de la currícula explícita de las parteras, pero que es un aspecto que comparten la mayoría de las entrevistadas: trabajo psicoemocional expreso que realizan en relación con su propio nacimiento, con el parto de su madre cuando ellas nacieron. Al respecto Silvia refiere:

... lo he trabajado muchísimo, he hecho como regresiones y dos trabajos de renacimiento y le decía a mi maestra de constelaciones y de terapias que yo ya encontré, ya tengo la certeza de que cuando nací estaba muy divertida, era muy risueña, o sea, las dos veces que renací, las dos veces la misma sensación, de alegría, de mucha risa, pero de alegría y así como fluidez, también así nació el chiquito, me recordó mucho mi parto ¡pum! bueno fue un trabajo de parto largo, pero cuando salí, salí [ríe] (Silvia) .

Quienes han trabajado su propio nacimiento, refieren haberlo hecho por un interés personal al ser madres (quienes lo han sido), pero incluso las que no, han realizado trabajos que llaman de renacimiento, hacen alusión a un tipo de trabajo psicológico que es asistido por alguna guía que las acompaña para tratar de sentir y revivir el momento de su nacimiento. Comentan que es importante en su formación para no proyectar su propias experiencias y posibles miedos en las mujeres a quienes van a atender y también que es una forma de conocerse a sí mismas y a los procesos que hoy están acompañando. Además de las terapias de renacimiento, lo hacen a través de trabajos que llaman de memoria intrauterina o buscan establecer contacto con esa primera etapa de su vida también mediante constelaciones familiares.

Esta es una de las diferencias que encontré entre las parteras en formación y las parteras profesionales en relación con las parteras tradicionales. Las últimas no hablaron de

haber realizado ningún trabajo de este tipo, mientras que, en todos los casos de las primeras dos siempre llevaron a cabo algún tipo de trabajo emocional como los aludidos. Además, consideran que tiene un peso significativo y es importante como parte de la formación y capacitación para ser parteras, así como en su experiencia de vida.

Labores y prácticas en la atención al embarazo y parto

Las actividades y prácticas que realizan las parteras en la atención a las mujeres, es otro de los elementos que conforman su experiencia. Si bien no existe una estructura estandarizada que establezca la forma de atender a la parturienta, sí existen una serie de prácticas que son mayormente compartidas. Aquí serán referidas sobre todo las que tienen que ver con patrones y formas relacionadas, con el trazo que mantienen en su actuación, los criterios y principios que van delineando su proceder. Las parteras dan acompañamiento durante el embarazo a las mujeres que van a parir. Realizan revisiones periódicas asociadas, por ejemplo, a los alimentos que consumen:

...la dieta es fundamental, es fundamental desde el primer trimestre que la madre sepa comer, coma bien y coma los nutrientes y los complementos necesarios para formar otro cuerpo, porque el cuerpo del bebé va a robar todos los elementos de la mamá; los minerales, las proteínas, la hemoglobina, todo, pero la mamá se va a quedar desnutrida. Entonces, sí, pongo mucho énfasis en la dieta (Ana).

Refieren tratamientos de protocolo o control prenatal, por ejemplo, lo abordan en los siguientes términos:

El protocolo de lo que es el control prenatal. Son visitas mensuales y al final del embarazo quincenales y semanales, para estar como muy pendiente de qué es lo que está pasando. Ellas vienen. Solamente hay una sesión de consulta prenatal que hago en sus casas para ver el contexto, si es que vamos a atender el parto en casa, si hay agua suficiente, no sé, las condiciones ¿qué tan lejos? ¿qué tan difícil? Las calles, todo (Ana).

Entre las recomendaciones que les hacen durante el proceso del embarazo refieren aspectos como los siguientes:

...ejercicio, observar sus emociones, conocer sus cuerpos, hacer masaje perineal a partir de las treinta y cuatro semanas, tener buena comunicación con sus esposos, con sus familiares, hacer su plan de parto, el plan A, el plan B... (Ana).

Además de dar recomendaciones generales al respecto atienden de manera personal a las mujeres y también trabajan —la mayoría de las parteras entrevistadas— de manera colectiva con las mujeres en cursos de *preparación para el parto*, llamados así de manera general o también referidos como *cursos psicoprofilácticos*, por ejemplo, Ana refiere que:

...están las clases de yoga prenatal que tienen mucha conciencia prenatal, conciencia de dónde está el periné, qué pasa en el periné, dónde está el diafragma, cómo ayuda el diafragma para empujar, ¿cómo respiro profundo? ¿cómo me relajo? O sea, hay una serie de cosas en el cuerpo que podemos aprender desde antes para estar más acondicionadas para el parto (Ana).

Además, buscan mantener relación o establecer contacto con aspectos simbólicos acerca de la conexión de ellas mismas con su cuerpo y con la naturaleza. Como puede observarse en la siguiente referencia:

Yo les pido a las mujeres a quienes atiendo que se centren en sí mismas y que establezcan contacto con el cosmos y contacto con la tierra y lo mismo me pido a mí misma (Ana).

Otro de los aspectos determinantes en la práctica cotidiana de las parteras que ha sido significativo es el acompañamiento familiar durante la labor de parto y el posparto. Ello es referido como importante para las mujeres que buscan atenderse con ellas (Atayde-Manríquez & González-Robledo, 2019). Esta es una práctica común entre las parteras en general y en el caso de las entrevistadas encontré que todas ellas lo llevan a cabo. Me refiero a que las parteras generalmente promueven que alguna persona o personas acompañen a la mujer que va a parir, particularmente en el momento del parto, sea la pareja, la madre, algún familiar directo o político. En el caso una de las parteras tradicionales incluso refiere que únicamente puede atender a una mujer si se encuentra acompañada por alguna otra persona, lo refiere diciendo que:

Yo le digo: si no hay quien esté contigo no te puedo sacar, debe de estar tu suegra y tu esposo, se queda la suegra o se queda la mamá de la recién salida o la suegra o el marido, pero sola no me quedo, debe estar alguien con ella (Fátima).

De las parteras entrevistadas Fátima es la que definió de manera más radical el tema del acompañamiento, sin embargo, todas las demás entrevistadas también lo consideran una parte común de su práctica, así lo refiere Lola:

Eso depende de ellas, primero que nada, la pareja, si no hay pareja siempre hay una tía, una hermana, una alguien, acaba hasta un tío de acompañar a una mujer. Entonces, ellas lo

deciden, pero sí les digo “si va a venir tu mamá sí tiene que tener una actitud muy tranquila y no ponerte nerviosa, porque si no, no funciona”. Yo normalmente les digo “si va a estar tu mamá, si va a estar tu tía, que vengan al curso”, por ejemplo, ahorita tengo una, que la suegra está viniendo, hasta viene más seguido que la pareja, de veras, entonces, yo creo que ya le gustó, entonces, le va a ayudar muchísimo porque están en el mismo canal. Generalmente sí, para que estén más seguras que venga y si les funciona, porque las mamás que van a ser abuelas y que han venido, a la hora del parto se portan increíbles, apoyando, tranquilas, en la mayoría de los casos (Lola).

Incluso cuando ellas refieren que pueden presentarse dificultades en el parto por la presencia de otras personas, consideran que resulta manejable si pueden tener interacción con ellas y tomar acuerdos básicos. Algunas refieren que es importante considerar de qué persona se trata y en qué situación se encuentra dicha persona. Por ejemplo, Antonia refiere que:

Mira, he estado en algunos partos en donde, por ejemplo, ha estado la mamá, la abuelita, donde muchas veces es mucha presión, donde ya, ya, ya y ¿por qué te tardas? O que le dicen a la partera, yo fui muy rápido ¿por qué ella se está tardando? ¿ya está mal? Eso sí influye energéticamente y emocionalmente porque la mujer siente ahí la presión ahí o que la mamá está ahí “tienes que hacer esto” o “respira” o que incluso se ponen a mandar a la partera. Entonces, yo sí creo que sería lo mejor la mayor intimidación posible, si el esposo está apoyándola pues mucho mejor, el esposo y ella. Pero también si ella dijera yo quiero que esté mi mamá pues también (Antonia).

Otro aspecto a considerar, que forma parte de la experiencia de las parteras y de las prácticas que llevan a cabo, se encuentra relacionado con el manejo del dolor. En las referencias al mismo las parteras a quienes entrevisté disienten en torno a la manera de percibirlo; hay quien refiere que es necesario sentir el dolor:

... porque si no cómo vas a saber que te vas a aliviar, debes de tener dolores y tenerlos normal, no a base de cesárea, tenerlos normal, para que tú quedes bien de tu vientre, yo digo pues (Fátima).

Mientras que Carmen considera que:

...ni siquiera debería manejarse como dolor ¿no? Porque se nos mete mucho esa idea de “es que va a doler” y todos los dolores dan miedo, así, una cosa con otra. No creo que sea necesario, creo que hay formas de sobre llevar ese sentir, porque aparte creo que también tiene que ver mucho en cómo conceptualizaste tu parto, cómo lo llevaste, si fuiste a alguien que no le importó, que no se cuidó, vas a tener como tus consecuencias. Creo que tendría que llevarse un buen cuidado en el embarazo, para evitar complicaciones futuras en el parto (Carmen).

O, en ese mismo sentido Ana refiere:

No, no es necesario [el dolor] ha habido mujeres que no lo han tenido, de tal manera que tiene mucho que ver con la mujer, con la capacidad de relajación, con el estado físico de sus ligamentos y de sus músculos (Ana).

Varias de ellas consideran que tiene más que ver con la individualidad de cada mujer, sea en sus sensaciones corporales, fisiológicas y/o emocionales, por ejemplo, Irma refiere que:

... es una pregunta súper subjetiva, porque creo que el tema del dolor también se va a vivir muy distinto, habrá mujeres que el dolor las rebase y habrá mujeres que, pues realmente no lo sientan y habrá otras que lo sientan... (Irma).

Ahora bien, más allá de su manera de percibir la relación con el dolor en relación con las mujeres a quienes atienden, las parteras mantienen una práctica de manejo de las contracciones. Algunas de ellas tienen relación con la llamada libre movilidad que se basa en la consideración de que si las mujeres pueden deambular libremente durante la labor de parto sentirán menor tensión y menor dolor. Otras de las prácticas que realizan las refiere Lola diciendo:

...da risa porque hay veces que la mamá está acostada y le duele mucho, se para y dice “ya no me duele, me voy a acostar porque si no me duele no va a nacer”, es no, espérate, no tiene que doler. Todos tenemos un umbral de dolor muy diferente, puedes pasar todo el trabajo de parto quejándote un poco durante la contracción, pero que no te duela, que lo sientas, que te molesta pero que no te duela... básicamente con mucha información, no tiene porqué doler, sí es molesto, pero si te duele podemos hacer esto, esto o aquello, te ponemos algo frío, o algo caliente, te cambiamos de posición, te metes a la tina, te metes a la regadera y te pones en cuclillas, en la pelota y todo eso te puede quitar el dolor... Entonces, como lo van practicando, las que toman el curso conmigo lo van practicando y se dan cuenta que sí funciona. Aún en el embarazo están incómodas, se dan cuenta que les duele algo y hacen lo que les digo y se dan cuenta que sí funciona y si no se acuerdan pues ahí estamos nosotras para recordárselos, para en el trabajo de parto hacerlo con ellas y con la pareja (Lola).

Varias de las prácticas que llevan a cabo tienen relación con masajes de distintos tipos, el uso de agua caliente, el permitir y propiciar el movimiento, las diversas posiciones que les sugieren a las mujeres en el proceso de labor de parto y que les son mostradas durante las asesorías en el embarazo. También les explican con detalle lo que ocurrirá en su cuerpo, apoyadas de algunas imágenes, una de ellas tiene unas figuras óseas para ese fin. Comentan que ello facilita la comprensión del funcionamiento de las contracciones, el proceso de tensión y relajación, así como la utilidad y soporte que otorga conocer las formas de respiración que son más útiles en cada momento durante el parto.

Las parteras permiten el consumo de alimentos y bebidas durante la labor del parto, consideran que los alimentos la propia mujer los va a necesitar o no, dependiendo el avance que tenga en el parto, que no es necesario que se les prohíba, si bien sugieren alimentos de fácil digestión. En cuanto a la bebida procuran mantenerlas hidratadas en todo momento.

Silvia refiere que:

Hay mujeres que sí te piden, todavía tienen hambre, ganas de comer y hacemos calditos, sobre todo el caldito es lo que comen, verdurita, algo suave, no harinas, no frito, su dieta suave, porque van a estar limpiándose, su cuerpo mismo les va... A lo mejor algunas hacen diarrea, algunas van a vomitar, unas empiezan con diarrea una noche antes y como se están limpiando, pues eso, no hay que obstruir. Algunas tienen hemorroides, por la presión del piso pélvico y no hay que dar algo que no fluya, lo que queremos es más bien que se limpie el intestino, para que el trabajo esté más libre (Silvia).

En relación con la *ropa*, casi todas las parteras entrevistadas permiten a las mujeres tener la ropa que quieran o estar desnudas si así lo necesitan Irma comenta que:

Siempre va a ser como ellas quieran, ya en el prenatal en algún momento hablamos de que siempre la ropa de algodón es mejor para la vida de su vagina, pero en el parto mientras no estemos en la fase ya de expulsivo donde sea importante ver que está pasando como con la vulva a mí me da igual si quieren tener calzones o pantalones, pero la mayoría terminan sin ellos. Como que siempre lo más cómodo o bueno, si estás en el agua estas desnuda o acaso con un top, o si estás afuera pues sí o unos pants o muchas veces camisones, entonces, pero a mí me da completamente igual (Irma).

Evidentemente Irma está hablando de la ropa y podría parecer un tema secundario en un parto. Sin embargo, el foco está puesto en el confort y la tranquilidad de la mujer, en priorizar elementos que determinan su calma y bienestar.

Cuidado del espacio para el trabajo de parto

En relación al espacio del parto, la mayoría de las parteras entrevistadas atienden en la casa de las mujeres que van a parir y previamente realizan una revisión de las condiciones. Algunas también tienen lugares destinados a ello, pequeñas casas de parto, donde reciben a las mujeres que son candidatas a parir en casa por tener condiciones fisiológicas consideradas como normales: un buen estado de salud de la madre y del bebé. En dichos espacios

consideran aspectos prácticos y de tipo más sutil que propicien condiciones favorables a la relajación de las mujeres.

...en el sentido más integral de la palabra sí, que sea un espacio que ayude a crear ese ambiente que es el más útil y cómodo para un trabajo de parto y para un parto. Suele ser un espacio cálido en temperatura, si es un lugar frío tratar de calentar el espacio como para bebé, sin corrientes de aire. También cosas muy prácticas, así como tener un piso limpio, si no hay piso justo como tener un espacio donde esté lo más limpio posible, tener agua de preferencia. Y, al mismo tiempo, este espacio de seguridad, este espacio donde las mujeres se sientan relajadas, eso va a variar mucho. En el parto en casa lo que está increíble es eso, como uno es tan distinto de otro, pero sí como condiciones de luces bajas, silencio en la medida de lo posible. Luego en la Ciudad de México hay espacios en que no hay forma de que esté en silencio, pero guardando estas condiciones de calidez tanto en las cosas más prácticas y logísticas como en las más emocionales y cuidadosas (Irma).

El cuidado del espacio para las parteras entrevistadas es importante. Quienes tienen un espacio propio, lo tienen lo más adecuado posible y tienen los utensilios y espacios listos y una forma específica de funcionamiento. Sin embargo, se adaptan a los movimientos y condiciones de las mujeres. En el caso de los partos en casa, que es el espacio donde más suelen atender las parteras implica un mayor esfuerzo. Observan el espacio y las cosas que van a utilizar, entregan listas de utensilios. A la mujer le preguntan, por ejemplo, por espacios en los que se siente tranquila y cómoda. Cuidan que sean espacios en los que existan condiciones prácticas posibles como la cercanía del agua, en el caso de los partos en agua, para poder llenar la tina y preguntan por las dinámicas de la casa, las personas que estarán y buscan hablar con dichas personas, de modo tal que esté claro lo que sucederá en ese día para quienes ahí se encuentren.

Entre todos los aspectos que me fueron referidos por las distintas parteras destacan dos de ellos: las cuestiones técnicas, prácticas y básicas de un espacio adecuado y las condiciones emocionales; es decir, no es únicamente una habitación limpia y una lista de cualidades que podrían significar confort, de manera general (aunque pueda haberlas), sino elementos personales, lo que representa seguridad para una mujer, confianza y tranquilidad. Una anécdota que me refirió una partera hablaba de una pareja que había realizado un plan de parto en lugar con velas, mantras, una tina de madera y una serie de condiciones que les habían parecido ideales para el parto y que, sin embargo, en el momento en que estaba por nacer su bebé, ella quiso parir en su cama, no únicamente por una cuestión práctica sino

porque ahí se sentía más segura y tranquila, en un territorio del que se había apropiado anímicamente. En sus propias palabras Silvia habla sobre el tema diciendo:

Siempre me gusta desarrollar el plan de parto, nosotras le decimos manifestación de voluntades, primero, en cada una, cada parte manifiesta su deseo, el papá, la mamá y de parte de las parteras, por ejemplo, si tenemos muchos partos, si no vamos a poder tomar el parto en casa pues también hacemos como la manifestación de que sería mucho mejor que fuera aquí, que lo piensen. La manifestación de voluntades, la primer plática de hablar de un parto, luego empieza el plan de parto, el plan de parto, yo les pido a las familias que piensen ellos en casa, que hagan sus acuerdos de cómo, dónde con quién, cómo se visualizan y ahí les pido que le echen choro, o sea que se ilusionen, que se emocionen, que abran su corazón, que no se repriman, no “que yo quiero eso, pero ya sé que no se va a poder”, no, no importa que no se vaya a poder y ya en la otra consulta vamos como hablando del plan de parto y vamos poniendo mucha tierra, ellos hacen la chamba del aire, piensan y se imaginan y vuelan juntos y ya en consulta ponemos muchísima tierra, que sí se puede, que sí es viable, ellos mismo se dan cuenta, de repente están en casa y nos dicen “¿la próxima consulta puede ser aquí?” ya ellos mismos ponen su tierra y hay muchas emociones encontradas, mucha agua en ese proceso, es a ver uff, sí, no, creo que sí quiero esto, ya sé que es aquí y ya el fuego como el último elemento es llevarlo a cabo, en la tierra hablamos mucho del plan B, de los costos, de lo material, de la lista y ya en el fuego es como llevarlo a cabo, sí, ya sé que quieres que tú mamá, hemos hablado de tu mamá y también es ¿qué quieres? (gesticula con su cuerpo una balanza) (Silvia).

Entre las cosas que Silvia comenta puede observarse que ella propicia que suceda el plan de parto, lo cual realizan varias parteras, lo que incluye en primera instancia lo que la mujer y la pareja buscan y ella muestra que es algo en lo que pone énfasis al atender a las mujeres, no es un tema secundario o casual, ni únicamente la suma de cuestiones técnicas, sino que considera elementos como las necesidades, los deseos y los intereses, incluso no de manera única en el momento de la consulta, sino como un ejercicio que les pide hagan en casa para que tenga mayor profundidad. Otro aspecto que puede observarse es que ella ayuda a que observen aspectos que pueden facilitar o dificultar sus deseos en términos prácticos, a lo que llama poner tierra, sin embargo, no es simplemente un comentario como “no señora, mire usted está mal, eso no se puede...”, sino que acompaña el proceso de decisión y elección de manera respetuosa.

Una tercera cuestión que parece dicha de paso en sus palabras es que habla de elementos de la naturaleza de manera vívida, como lo es para varias culturas en América Latina. Dichos elementos hablan de un proceso que siguen y observan en la naturaleza y que buscan traducir al parto: el momento del viento, asociado con la creación y la inspiración; otro momento que incluye la tierra, que es asociada con plan concreto, las acciones y

consecuencias prácticas y otro momento que es el fuego, asociado con la acción, con el llevarlo a cabo el plan. Resulta interesante que Silvia, siendo una mujer joven, rescate con tanta familiaridad ese tipo de elementos, porque muestra que dentro de la formación de las generaciones recientes se busca rescatar elementos culturales de vinculación con la naturaleza que tienen que ver con una cosmovisión tradicional. Lo cual se relaciona directamente con el siguiente tema.

Prácticas tradicionales: herbolaria, masajes, rebozo, temazcal

El uso del rebozo de tela para acompañar el proceso de parto en México ha tenido un uso tradicional cotidiano para las parteras; siendo un utensilio usado por muchas de las mujeres, más aún hace una o dos generaciones atrás y aún hoy en algunas comunidades. De alguna manera asociado a la maternidad en tanto se utiliza también para cargar a las criaturas en la espalda o el pecho. Para las parteras se convirtió en un instrumento de trabajo que ayuda a dar calor, a dar masaje, a acomodar a la criatura en el vientre, también para apoyar en destensar partes específicas o todo el cuerpo. Por ejemplo, a través de lo que llaman mantear, aplicación que se hace bien para la mujer o bien para bebés e incluso durante la infancia y durante el post parto para las mujeres.

El rebozo representa hoy, para algunas parteras —además de los usos posibles en términos prácticos— también algo simbólico, conformando una especie de identidad y una de las resistencias frente al sistema de salud, pues les han pedido que no los usen para la atención a las mujeres. Sin embargo, para ellas tiene mucho sentido el uso práctico y también la importancia identitaria de ser parteras y andar con su rebozo. Una de las parteras a quien entrevisté refiere que:

Hay una broma de que una vez tenía Juana muchas aprendices, somos aprendices y hay muchas que ya son parteras, pero seguimos acompañando como partera segunda y asistente; había muchas ese parto, creo que eran como cinco y todas traían su doppler y su rebozo, era así como de “soy partera, traigo mi duppler y mi rebozo” (risas). Y, es chistoso, porque hasta el duppler podrías prescindir porque tienes oreja, pero sí es una herramienta que está muy bonito como la imagen: lo antiguo y lo moderno, como una cosa más accesible, una herramienta que te hace las cosas más fáciles, que cualquier cosa que tienes que verificar, cualquier posición en que esté, no le tienes que pedir que se acueste, escuchar, tener reloj y el rebozo. Entonces, sí muchos movimientos son apoyados con el rebozo, muchos, muchos (Silvia).

El rebozo se utiliza también en la labor de post parto, en lo que llaman *cierre post parto*, que consiste en un baño de tipo temazcal, aunque hoy se hace de una manera más práctica para las mujeres en sus propias casas, con una tina que llevan las propias parteras con agua caliente y con hierbas. Después de lo cual las acuestan en el piso en un espacio que adaptan para hacerlo caliente y acogedor y utilizan el rebozo para comprimir el cuerpo de la mujer de la cabeza a los pies y de regreso, labor que requiere, al menos, de otras dos personas, además de la mujer, para que puedan apoyar de ambos lados la compresión mediante el rebozo.

Los masajes se utilizan de distintas formas en la partería. Durante el embarazo se da masaje para acomodar a los bebés cuando se encuentran en posiciones desfavorables para el parto. También poco antes del momento del nacimiento usan aceites y masajes sobre el periné, para evitar desgarros. Estos se utilizan también en distintas partes del cuerpo para relajar la musculatura y favorecer el parto. Posteriormente al parto también, puede ser usado el masaje como un soporte para la madre y para quien nace.

La mayoría de ellas utiliza estrategias de masaje para el manejo del dolor, varias de las parteras a quienes entrevisté, además del uso de sus manos, se apoyan en el rebozo como instrumento. Como lo refiriera Irma diciendo:

Sí, pues trabajo mucho con el cuerpo, sobre todo trabajo mucho con el rebozo, que es un tipo de masaje y también directamente en el trabajo de parto, pues muchísimo. Te la pasas masajeando mucho a la mujer, en algunos casos, sobre todo en la zona pélvica, en la espalda, lumbar, en todos lados, en el post parto, en el cierre post parto también es como mucho tacto (Irma).

En cuanto a la realización de tactos exploratorios durante la labor de parto, las parteras tienen por práctica realizar los menos posibles en tanto que consideran que es algo que puede resultar molesto e incluso doloroso para las mujeres. Comentan utilizar otro tipo de referentes asociados a expresiones de las mujeres, a la observación de su rostro, de sus gestos, que hacen que puedan reducir al mínimo el número de tactos realizados. Una de ellas refiere que incluso, aún cuando trabaja en colaboración con otra partera, ellas se ponen de acuerdo para que no sean las dos quienes revisen a la mujer sino solo una de ellas y lo menos posible.

En relación al rasurado ninguna de las parteras lo hace, consideran que no es necesario y que es algo que se practica por comodidad para quien atiende, pero que no es una necesidad

para las mujeres y tampoco para dar una mejor atención. Particularmente cuestionan que se realice por rutina no siendo necesario.

La episiotomía es una práctica que ninguna de las mujeres entrevistadas realiza por rutina, que más que prevenir puede provocar molestias y dolor a las mujeres, que incluso es mejor que lleguen a tener un desgarro a que sea cortada la parte baja de la vagina. Dicen que en un desgarro el corte generalmente es en una parte más superficial de la piel. Refieren que prefieren apoyar a que no sucedan desgarros de manera activa, por ejemplo, Ana refiere que no ha realizado episiotomías.

...nunca, hasta ahorita nunca. Porque, de todas maneras, si se va a rasgar se va a rasgar y si no se rasga... Mas bien protejo el periné y ayudo a que el periné se suavice con fomentos calientes (Ana).

Al respecto esta es una de las prácticas que me han referido la mayoría de las parteras entrevistadas, el uso de aceites, fomentos calientes y masajes para prevenir el desgarro, tanto en el momento del parto como antes del mismo.

En relación al cordón umbilical, particularmente en lo referente al corte del mismo, las parteras tienen por práctica el hacer un corte tardío del cordón; lo que significa que permiten que el cordón deje, al menos de pulsar, antes de ser cortado, a veces más tiempo. Pero ninguna de ellas lo corta inmediatamente. Algunas de las parteras aprovechan ese momento para incluir a la pareja de la mujer o a algún miembro de la familia y, de alguna manera, buscan hacerlos parte del proceso.

Como por protocolo general, excepto en situaciones específicas, se hace corte tardío del cordón, se espera mínimo a que deje de latir y en casos, de hecho, se deja conectado hasta dos horas después. Cuando se corta, a mi me gusta pinzarlo, hay otras parteras que lo queman o que hacen otras cosas, o que son mujeres que deciden no cortarlo y, bueno, eso por mi perfecto, yo no voy a lavar la placenta, por mi has lo que quieras con ella, pero son poquitas, las que escogen eso, la mayoría sí quieren separar. Entonces, yo lo pinzo y, el corte en sí, lo hace quien quiera. Normalmente cuando existe una pareja se asume que es él, cuando hay hermanitos muchas veces los hermanitos son los que participan ahí, es raro que lo corte yo, pero esto también, una vez más es cuestión de cada quién y sí, casi siempre, se hace el corte tardío (Irma).

Hoy las parteras han buscado, por un lado, conservar prácticas antiguas e incluso han buscado adoptar prácticas tradicionales de otros lugares de México y del mundo que evalúan que tenga sentido práctico y que apoye su visión de lo natural, de lo que cuida, o se inscribe en un sentido afín a sus perspectivas. En el caso del cordón umbilical es cada vez más común que

se busquen formas de preservarlo para usarlo posteriormente como medicina. Así lo refiere Antonia cuando dice que:

El cordón se acostumbra que se guarda en tintura y se puede dejar, pues muchos años en la tintura, la tintura y también la membrana. Hay unas membranitas que tiene la placenta, por si el bebé o el hijo lo puede llegar a necesitar después, si se enferma, se puede recurrir a la placenta o a la membrana, o la tintura de la membrana, pero se acostumbra más que la membrana se guarde, la telita, es como una telita. Pero el cordón no se come. La placenta se come o si se entierra pues ya no está, pero hay también quienes las hacen en cápsula y si es en cápsula se puede ir dosificando a la mamá para ir teniendo energía suficiente (Antonia).

La práctica del corte tardío del cordón umbilical es una práctica en la que hoy día se ha insistido a nivel internacional como una práctica correcta que debería de implementarse siempre en cualquier tipo de parto (OMS, 2019).

El uso de hierbas implica un debate implícito entre dos formas de conocimiento y tratamiento a la salud; una prohibición, un tipo de prevención o un secreto. Esta práctica de la partería roza una delgada línea en la discusión entre la partería y el modelo médico alopático hegemónico. Las parteras refieren una prohibición explícita en las capacitaciones que les dan y un condicionamiento a cumplir con dicha prohibición, para mantener el permiso que dan a sus prácticas, mediante el otorgamiento de actas de alumbramiento. Las parteras acostumbran utilizar las hierbas durante el embarazo, parto y post parto. Por generaciones han utilizado hierbas para la atención de las mujeres con distintos fines y parece haber un uso específico de algunas hierbas por algunas parteras. No necesariamente utilizan las mismas hierbas, sino que han aprendido de la biología local, quienes se inscriben en la tradición y de la relación maestras alumnas quienes asisten a escuelas de partería no oficiales y realizan sus prácticas.

Sin embargo, es un punto de debate implícito, en algunos casos explícito y de resistencia, pues para la mayoría de ellas el uso de hierbas es algo que han hecho siempre y que requieren y consideran puede resolver diversos problemas que se presentan en el embarazo, parto y postparto. Debido a la prohibición hay quienes han dejado de usarlas y han ido perdiendo el conocimiento de sus usos, hay otras que buscan rescatar esos conocimientos y hay quienes silencian su uso. Ante las preguntas que les realiza el sistema de salud mediante sus representantes en los cursos o en las visitas que llegan a hacer a sus lugares de trabajo niegan su uso, pero siguen practicando la partería apoyándose en ellas. Una de las parteras profesionales que no tiene tradición en el uso de hierbas refiere que:

Estaría muy bonito que platicaras con Juana porque ella tiene a su madre que es partera tradicional, que le transmitió tantas cosas de herbolaria y que, hasta ahorita, Juana no lo transmite, lo transmite poco. O sea, yo siento que las parteras se han quedado asustadas de transmitir y, entonces, como es conocimiento oral, ese conocimiento tiende a perderse. Aunque hay estudios antropológicos de medicina antropológica en la UNAM, pero están ahí, en libros cerrados, guardados en la biblioteca ¿no? Todos conocemos la acción oxitócica de la Ruda, que no se saben las proporciones adecuadas ¿no?, pero evidentemente tiene elementos oxitócicos. Yo no la utilizo porque no sé, es muy poderosa. También está la otra planta de la mujer Xoapatli o Xoapatle, es la hierba de la mujer y también es oxitócica, pero yo no la conozco, no la he visto, solamente conozco la ruda, pero hasta ahorita no la he utilizado porque siento que sí debería haber investigación para saber qué cantidad es una cantidad favorable, o qué cantidad sería una cantidad que no ayudaría (Ana).

También sucede que reducen sus usos al momento del postparto y ya no durante el trabajo de parto, donde parece ser más intenso el cuestionamiento.

El baño post parto. Bueno, utilizo hierbas para la cicatrización y para el cuidado del periné, del desgarrar, la caléndula, el árnica para desinflamar, la cola de caballo, ese es un compuesto que hacemos como lavado, después del parto y durante la cuarentena. Y las hiervas del baño de postparto (Ana).

Algunas de ellas cuestionan este posicionamiento del sistema de salud, específicamente en relación a la prohibición del uso de plantas de manera explícita, por ejemplo, argumentando que:

...no permitirles actuar como ellas saben, ¿prohibir el uso de plantas? ¿Si las saben usar? Lo mejor sería hacer investigación sobre plantas. México tendría que hacer eso, si tiene toda una cultura de herbolaria, eso está haciendo China, está evidenciando científicamente sus plantas. Y lo están usando en los hospitales. Nosotros tenemos aquí falta de medicamentos y ¿no usamos nuestras plantas? Pero bueno. Uno es eso. Y la otra es, hójole, voy a decir algo muy fuerte pero realmente el sistema quiere aniquilar a las parteras, les pone una serie de obstáculos y de obstáculos que lo que quiere es quitarlas. No puede, pero esa es la tirada. Y solamente ciertas personas en el sistema siguen como lidiando. Porque, o sea, está la ley, el derecho a la práctica de la medicina tradicional, con esa ley, a menos que cambie la constitución. Pero, pues no hay como apoyo, no hay apoyo, no hay puesta en práctica de la ley. Ahí algunos que han utilizado la ley, en Puebla, está el hospital conjunto de medicina tradicional y alopática, creo que en Oaxaca también, pero hay muy poco, realmente en México ha sido ahora sí que negligencia sobre el conocimiento de la medicina tradicional y las hierbas. Aquí en la UAEM hay alguien que tiene unos Diplomados de medicina tradicional y hierbas, herbolarias, no sé bien quién es y cómo lo da, pero sé, hay poco (Ana).

También hablan de lo que les implica personalmente, para las parteras, este tipo de prohibiciones. Por ejemplo, Silvia refiere que:

[A la pregunta sobre el uso de hierbas responde] ¿Eso va a salir en la jurisdicción? (carcajadas). Nos prohíben las hierbas. Sí, también el rebozo. Es muy fuerte (se conmueve y su rostro cambia

de color y de semblante). *El rebozo, quieren buscar cualquier pretexto, cualquier pretexto. Y, pues, qué ¿las hierbas en el parto? A ver cómo te explico, somos... La otra vez, me preguntaba Miguela y yo le decía, es que como somos las hijas de las bisabuelas que lo hacían eso de tradición en tradición y hubo un momento donde se cortó y nosotras estamos recordando...* (Silvia).

Como un referente de formas en que algunas de las parteras entrevistadas asumen o incorporan el uso de las hierbas en relación con las recomendaciones del sistema de salud comento el caso de una de las parteras a quienes entrevisté, quien, en el primer encuentro, me refirió no usar ninguna hierba y un siguiente encuentro me hablo de que si usaba algunas hierbas. Este debate implícito y explícito en algunos momentos lo refiere una de ellas diciendo:

Lo de las plantas es todo un tema de dos eras, siento, las plantas nos han acompañado desde la antigüedad, han estado ahí, ahora las volteamos a ver, las sentimos, por eso, como las plantas en el parto. Sé las dosis, sé que plantas, pero, estoy en un proceso de integrarlas y también [siento] como este miedo que te meten ¿verdad? No, este miedo que ya está en mí, porque mi mamá no es partera, porque mi abuela no fue partera, porque se cortó en algún momento. Entonces, y claro, el sistema, que habla de todo este linaje y que el sistema es el padre. O sea, esta parte masculina. Entonces, pues para mí son súper importantes, no vamos a un parto sin plantas, no vamos a un parto sin tinturas, son nuestras herramientas. Yo le tengo más fe a las plantas (Silvia).

Parte del discurso de las parteras tradicionales es la subordinación de su conocimiento y práctica al conocimiento médico hegemónico (tema que será tratado más adelante) pero que hace parte de la experiencia vital de las parteras tradicionales, esto es, ellas resaltan que sus saberes fueron aprendidos de una madre o maestra y eso es lo que ponen en práctica. Por otra parte, se muestra también como una experiencia que las limita y respecto de la cual tienen que mostrarse, o bien sumisas y perder lo que para ellas es un conocimiento valioso, o bien mostrarse transgresoras y ocultar una práctica que continúan realizando.

El temazcal⁷, por otra parte, se utiliza también después del parto, en lo que llaman cierre post parto, que consiste en un baño de vapor caliente. Algunas de las parteras refieren

⁷ El temazcal es el nombre que recibe en México un baño de vapor que forma parte de rituales ancestrales empleados por la medicina tradicional con propósitos de desintoxicación y medicinales mediante la combinación con hierbas. Existen variantes, sin embargo, generalmente se crean espacios cerrados en los que se introducen las personas, al centro hay un espacio en el que se meten piedras que han sido puestas al fuego hasta que están al rojo vivo. En ese momento se meten al centro del espacio y se les vierte agua y hierbas para

que esta labor no solo tiene efectos físicos en el cuerpo de la mujer sino efectos emocionales, que buscan descansar el cuerpo de las labores del cuidado que ahora despliegan como madres y combatir cuestiones como la depresión post-parto, ayudando a “nacer a la nueva madre” (Silvia).

La placenta como símbolo

El manejo de la placenta es también un tema que tiene varias aristas importantes a considerar. Las parteras tienen la costumbre de permitir el alumbramiento de la placenta dándole tiempo a salir, o usando algún tipo de hierba cuando es necesario para ayudar a la expulsión de la misma. Mayormente están pendientes y esperan el nacimiento de la placenta. No tienen por costumbre jalarla o introducir la mano para extraerla, lo cual ha sido una práctica médica recurrente y de la cual existe cada vez más evidencia de que se considera una práctica nociva.

Para las parteras la relación con la placenta es justamente eso, un vínculo, las parteras refieren a la placenta como algo importante, comentan que buscan mirarla, conocerla, que así saben que está bien y completa. No solo es una parte más del proceso, sino un símbolo de algo que se ha logrado y de una parte que ha provisto al bebé mientras estuvo en el vientre de la madre.

Las parteras somos como muy fans de la placenta, representa el sostén del embarazo y justo como que su salida, o sea, sí es importante. Entonces, siempre nos gusta mirarla, mirarla con las familias, se las vamos a dejar, explicarles como “mira si no la vas a usar, entiérrala, o deséchala”, cada quien, pero bueno “es un residuo, no lo vayas a dejar al aire libre, si no sabes qué hacer almacénala” ... Casi nadie la tira, pues después de todo lo que nos aventamos, así de “mira esto y bla” es difícil que la tires, entonces, la mayoría, las entierran (Irma).

Enterrar la placenta es una costumbre que las parteras han acompañado en México, ya sea sembrada en un árbol de la casa de quien nace, o en algún lugar de la comunidad.

que las personas comiencen a sudar. A veces hay cantos y reflexiones u oraciones. Se busca hacer un recorrido por los reinos de la naturaleza (mundo mineral, vegetal, animal y humano). Después de lo cual se sale del espacio a manera de renacimiento. Hay quienes al salir son envueltos en cobijas o bañados con agua dependiendo el efecto que se busque. En ocasiones también beben té para desintoxicar e hidratar el cuerpo. En el caso de las mujeres generalmente se utilizan en el post parto para guardar calor en el cuerpo de las mujeres.

Básicamente las parteras hoy acompañan costumbres o necesidades que les plantean las mujeres en relación a la placenta, por ejemplo, refieren que hay mujeres que buscan comerla después del parto y algunas de ellas ayudan a prepararla.

En parto en casa, es muy común que haya familias que decidan consumirlas ya sea en crudo, en cápsulas, por esta cuestión de placenta fagia y hay familias que deciden no consumirla, pero igual se la quedan, hacen las impresiones estas (Irma).

Actualmente algunas parteras y *doulas* han aprendido a tratar la placenta para preparar tinturas o para preparar cápsulas para uso medicinal o realizar impresiones en papel de las figuras de la placenta como una forma de vinculación con la misma, como una figura simbólica que recuerda, reconoce un esfuerzo realizado, un bebé que nace. Su manejo tiene entonces dimensiones materiales que buscan mantener o recuperar la salud y tienen, por otra parte, un manejo simbólico que busca honrar.

Te digo, en parto en casa es súper común que se la coman, es como una de estas cosas, de “nos comemos la placenta, lactamos tres años” y así, pero no siempre. Lo mismo, siempre como intentando que la decisión sea de la familia, dando la información lo más neutral posible. A la mayoría de mujeres no les importa tanto la información, porque más bien les importa la opinión y esta ya es una opinión y sí es una opinión que se comparte entre las mujeres, las mujeres que se comen su placenta dicen que funciona y, entonces, recomiendan que te la comas y, entonces, te dan ganas de comértela y entonces ya (Irma).

La anterior referencia muestra una dimensión de las parteras, pero también muestra una parte de las mujeres que se atienden con ellas y la manera en que suceden transformaciones en el curso de la relación entre las parteras y las mujeres que las buscan. Dicha relación implica una transformación circular, por una parte, de las parteras que acompañan adoptando prácticas que antes no hacían como parte de su cultura, pero que les han ido solicitando algunas mujeres, y después van acompañando y compartiendo esos aspectos con otras mujeres que, a su vez transforman sus elecciones, prácticas y experiencias.

El nacimiento; entre la tradición y la simbiosis médica.

Las parteras tienen por costumbre que al momento en que nace el bebé lo ponen sobre el cuerpo de la madre para que busque el seno de la mujer y succione. Ana refiere:

Inmediatamente [al nacer] lo coloco sobre la mamá y me aseguro de que esté bien, que esté respirando, que tenga buen color (Ana).

Por su parte Antonia narra que:

Es un tema complejo porque en realidad se respeta lo que quiera la familia o la mamá. En cuanto nace se busca que esté en contacto piel a piel con la mamá, dejar un tiempo, que el bebé solo va buscando el pecho y solo empieza a mamar. Y con respecto a vacunas hay parteras que no... es que sí, según la partera con la que estés aprendiendo y hay quienes luego, luego, lo ponen en el pecho. Hay papás que saben ya lo que quieren o lo que no quieren para sus hijos, que no quieren nada, ni vitamina K y hay quienes pues sí, lo que diga la partera. Entonces, pues varía un poco (Antonia).

La narrativa de Antonia hace referencia a un aspecto que percibí en relación al manejo del bebé a lo largo de las entrevistas y es que han adoptado una práctica que les ha sido sugerida en las capacitaciones que tiene que ver con el uso, por una parte, de gotas para los ojos, como preventivo para evitar infecciones y, por otra parte, el uso de la inyección de vitamina K en los bebés para prevenir hemorragias. Si bien estas prácticas no eran llevadas a cabo por las parteras, son dos prácticas que han adoptado. Sin embargo, la mayoría de las parteras entrevistadas refieren que muchas de las familias que llegan con ellas les piden no hacerlo y, las parteras, acompañan esa decisión, pero algunas de ellas les piden que firmen una carta de responsabilidad.

La experiencia de las parteras las ha llevado a tener como una práctica importante la cercanía de la madre con el bebé; ponerlo al pecho para que succione y que permanezca con ella. En el segundo punto, relacionado con la vitamina K y las gotas en los ojos muestran un punto que es quizá, entre las prácticas de las parteras, en el que más puede observarse una relación de carácter simbiótico entre la labor de las parteras y el tratamiento médico, pues no siendo una práctica acostumbrada anteriormente por las parteras hoy día es más común, y lo fue en las parteras a quienes entrevisté aún cuando respetan las decisiones de las familias.

La labor de las parteras no concluye en el momento en que termina el parto, sino varios días después, Queta refiere que:

Cuando nacen se les hace un chequeo completo para ver cómo están, pero sí, nos quedamos todavía para ver la reacción de la mamá igual checamos todavía el sangrado, signos y pues lo que se hace. Nos esperamos como seis horas, mientras recogemos, limpiamos, alzamos y checamos a mamá, checamos a bebé, pues sí, nos dilatamos. Sí, vamos a otro día, pues dependiendo a qué hora es el parto, si es muy de madrugada no vamos durante el transcurso del día, sino que vamos hasta otro día, para que también la mamá descanse e igual nosotros, pero sí las estamos yendo a checar casi diario para ver cómo va y, pues ya cuando vemos que ya se paró, ya caminó, el tipo de sangrado que tiene, pues igual ya vamos al tercer día o

dependiendo de cómo se encuentre y después de eso las bañamos con hierbas, les damos masaje con aceite y las vendamos y pues quedan bien (Queta).

Durante el postparto la atención de las parteras consiste básicamente en visitas a las mujeres en los subsiguientes días después del parto hasta que consideran que se encuentran bien en términos de salud y en atención al establecimiento de la lactancia: el acoplamiento entre el bebé y la madre para lograr una lactancia adecuada, sea la tranquilidad de la madre de que el calostro es suficiente alimento en los primeros días, sea la posición del bebé en el pecho para evitar agrietamientos de los pezones de la madre. Lola habla de las labores que realiza en el postparto diciendo que:

A la mamá al día siguiente la voy a ver, checo todo, quito el broche del cordón, reviso al bebé otra vez, veo cómo está la lactancia, cómo está el sangrado, si no es el primer bebé y tiene entuertos, ese tipo de cosas, que esté comiendo bien, que no vaya a tener tristezas y depresiones y cosas de esas, que esté descansada, acompañada, todo eso, siempre. Desde el primer día, el quinto día y el décimo día y qué estás comiendo y qué debes hacer “si tu bebé se duerme, duérmete” y cosas de ese tipo. Esos son los tratamientos que hacemos. Es que con el primer bebé no pasa, pero sí sientes, cuando nace tu bebé y te lo pones al pecho y dices, “ay, tengo contracciones”, esos son los famosos entuertos, en el primero son suavitos, en el segundo son más fuertes porque el útero ya trabajó, como que necesita más esfuerzo para contraerse. Hay mamás a las que les duelen mucho los entuertos con un segundo o un tercer bebé, hay otras que ni lo sienten. Bueno, en ese caso hay que darles analgésicos (Lola).

Después de que hay un acoplamiento en la relación entre la madre y el bebé, ofrecen a la madre un baño postparto, que simula algo parecido al tradicional temazcal mexicano, pero con una transformación que consiste en que han buscado adaptarlo para hacerlo en las casas de las mujeres, quienes hoy día no tienen temazcales en su casa. De manera que las parteras llevan sus hierbas y unas grandes tinas donde meten a la madre sentada en un banquito y envuelta por cobijas para que reciban el vapor caliente del baño de hierbas. A. dichas hierbas las consideran calientes y buscan con ellas aportar energía y calor a la madre, lo refieren como un cierre de un ciclo del parir. Mismo que si bien ocurre de alguna manera cuando nace el bebé, para algunas parteras en este momento cuando realmente termina el ciclo del nacimiento, refieren que nace una madre también y éste sería el momento del nacimiento de esa madre.

Posteriormente la recuestan sobre un espacio que han preparado en el piso para que sea caliente y cálido para recibir el cuerpo de la madre. En el caso de Silvia, a quien pude acompañar y mirar la manera en que realizaba el cierre de parto colocó algunos pétalos de

flores y velas para hacer más tenue la luz y agradable el espacio, con ayuda de otra amiga de la mujer que parió realizó movimientos con el rebozo en el que se presionaba desde la cabeza, parte por parte, el cuerpo de la madre, desplazando el rebozo, poco a poco, hasta los pies, en lo que ella llama un rezo, se detiene en cada apretón y acerca su cuerpo hacia la mujer, ella considera que es un abrazo para la ahora madre.

Ahora bien, un elemento que refirieron algunas de las parteras, especialmente las parteras técnicas o profesionales hicieron constantes referencias a la conceptualización de la medicina basada en evidencia. Misma que se sustenta en hacer revisiones de estudios internacionales en torno a temas de salud de las mujeres y de quien nace. Son estudios que siguen la pista a muchas de las investigaciones científicas en todo el mundo sobre un tema en particular y reportan lo que de todos ellos se deduce y se puede considerar como la mejor práctica, lo que se ha probado científicamente, en el mundo, que tiene mejores resultados.

Dentro de dichos estudios se encuentran varias de las prácticas que realizan las parteras como es el caso de la libre deambulación, del corte tardío de cordón, el que puedan beber líquidos, que puedan cambiar de posición, la necesidad de que el bebé sea puesto al pecho de la madre en el curso de la primera hora de vida. Son algunas de las prácticas que las parteras llevan muchos años desempeñando y que hoy ya cuentan con este tipo de comprobación científica.

La dimensión de la experiencia de las parteras a la que he hecho referencia en el anterior apartado acerca de las condiciones causales que las acercan a maneras de formarse a partir de una suerte de vocación, que, por ejemplo, las ayuda a permanecer atendiendo a mujeres que paren aún ante las dificultades para formarse como parteras en el contexto mexicano de hoy; en términos de políticas gubernamentales en sus distintos niveles. Así como también las dificultades que de ello se refleja en los espacios concretos, en capacitaciones, en las relaciones en los centros de salud y en los prejuicios a los que se enfrentan en las relaciones cotidianas con muchos de los prestadores de servicios médicos con quienes se relacionan; algunas de ellas refieren sentir que algunos de ellos las perciben como incapaces o, incluso, como mujeres que desempeñan actividades peligrosas.

Un aspecto significativo de las condiciones intervinientes en las que se encuentran las parteras en cuanto a sus experiencias, son las condiciones económicas generales de la población en relación con las políticas de salud. Me refiero a que dadas las condiciones

económicas de pobreza y bajos recursos en las que se encuentran muchas de las familias en México se han desarrollado políticas gubernamentales que buscan responder a las necesidades de las mujeres de ser atendidas en su proceso reproductivo y con ello se trata de reducir la mortalidad, que aún es considerablemente alta en México, y de la misma manera cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible-agenda 2030.. Mediante esas políticas se ha buscado, por ejemplo, que la atención en los hospitales públicos del país sea gratuita para las mujeres. Evidentemente, es algo positivo que todas las mujeres que pueden llegar a un hospital sean atendidas cuando lo requieren, incluso cuando hay muchas mujeres que se encuentran lejos de los hospitales y en situaciones de emergencia.

Sin embargo, estas políticas al no considerar a las parteras, sino únicamente bajo esa figura de capacitarlas y otorgarles autorizaciones condicionadas a la asistencia a las mismas las ha dejado en una condición sumamente desfavorable. Esto es así en tanto que, procuran continuar su labor aún con la baja en la atención que han tenido, pues para sobrevivir deben recibir ingresos. Y sucede que muchas mujeres al no tener recursos económicos optan por ir a un hospital a atenderse de manera gratuita, incluso las que no querrían hacerlo como primera opción. De manera que a las parteras les exigen un compromiso en capacitaciones, pero no les otorgan ningún tipo de apoyo ni una integración real para favorecer su atención al parto.

Los antedichos procesos de transformación y de políticas intervinientes que a la letra hablan de inclusión en la práctica resultan en un proceso de exclusión de las parteras y esto tiene como consecuencia una experiencia negativa para la mayoría de las mujeres mexicanas cuyos partos ahora son atendidas en hospitales públicos con un exceso de prácticas medicalizadas y con un personal saturado de trabajo y no capacitado en la atención de un parto centrado en las necesidades de la mujer y del recién nacido (Treviño-Siller et al, 2020).

En el caso de las parteras otra consecuencia es que la experiencia que han tenido se ve intervenida por la insistencia por parte del sistema de salud mexicano de que abandonen sus prácticas actuales y que se formen en instancias formales educativas para tener una formación más parecida a lo médico, pero sin ser ellas médicas. Esto implica que se desarrolla un proceso que doblega la identidad que las ha mantenido hasta hoy como parteras, una subordinación de su labor condicionada al cumplimiento de guías establecidas por el personal médico y no por una partera, lo que ocasiona que se deban ocultar algunos de sus

conocimientos, e, incluso dejen de transmitirse. En estas condiciones de medicalización de la salud de las mujeres y de quien nace y del abuso de las cesáreas las que parecen estar perdiendo son las mujeres que habrían podido atenderse bajo otros modelos de atención menos medicalizados y más centrados en sus necesidades y en las del recién nacido. Además, la sociedad pierde un conocimiento, un tipo de labor que responde a una atención adecuada de primer nivel para la salud y para las necesidades de una población tan diversa como la de México.

El modelo médico alopático hegemónico tiene protocolos y formas de atención que se encuentran enfocadas en el segundo y tercer nivel para la atención obstétrica y en ese proceso su trabajo es efectivo. Sin embargo, la experiencia de las parteras en el primer nivel de atención resulta un trabajo complementario que puede aportar mucho a una forma de trabajo en equipo, a que cada grupo haga parte del trabajo en el que se ha especializado y en el que mejor se desempeña y que puede contribuir a lograr disminuir la sobrecarga de trabajo del personal y a reducir gastos no necesarios en procedimientos y medicamentos durante la atención de los partos sin complicaciones tal como indica la evidencia científica actual

La experiencia práctica y vital de las parteras, considera una amplia gama de conocimientos, muchos de ellos comprobados mediante la medicina basada en evidencia (Cochrane, 2020), por lo que resulta importante que ésta se recupere y sea reconocida, respetada, apoyada y promovida mediante la asunción de la partería como forma generalizada para el primer nivel de atención al embarazo, parto y postparto. Además de que dicha experiencia puede contribuir activamente a la formación del personal médico y al desarrollo de espacios y procedimientos que el modelo médico alopático hegemónico lleva a cabo para esta labor.

5.2. Emociones y partería

Como parte de las entrevistas y observaciones preliminares se observó que, aún en medio de la diversidad de las parteras, un eje fundamental de su trabajo se encontraba en conexión con un tipo de labor emocional dirigido a las mujeres a quienes atienden y también cierto trabajo emocional sobre sí mismas. Esta categoría hace referencia, por una parte, al manejo de las

emociones que realizan las parteras a las mujeres en el transcurso del parto y a la importancia que dan al manejo de sus propias emociones para el buen desempeño de su labor.

Experiencia, emociones y afectos

La experiencia de las parteras se encuentra vinculada al conocimiento de formas de abordaje del proceso biológico que implica el nacimiento. Sin embargo, para ellas existe un aspecto imprescindible en esta labor: la observación de las emociones de las mujeres a quienes atienden y el conocimiento de sus afectos desplegados en personas concretas de su vida. Ello bajo la consideración de que son esas emociones y experiencias las que van a establecer las condiciones más o menos propicias para tener un parto saludable. Incluso refieren que es un apoyo para que una mujer no llegue a una cesárea que no buscó; ya que si se encuentran más relajadas es más favorable para un parto natural, contrario a si se encuentran abrumadas o tensas. Esta labor, parte de la observación y de la experiencia en la atención a múltiples mujeres y también de la experiencia personal, que puede mirarse en la práctica de la partería tradicional y la técnica e incluso en la currícula de algunas de las escuelas de partería que hoy día forman, en su mayoría, a jóvenes que buscan cualificarse como parteras.

En primer lugar, destaca la vinculación emocional activa que mantienen las parteras al contacto con las mujeres. Dicho vínculo se encuentra soportado por lo que consideran que es su deber como parteras. Sin embargo, no es la única razón y quizá tampoco la más determinante: existe una relación importante para ellas entre quienes atienden y sus propias emociones. Por ejemplo, mediante sus memorias emocionales asociadas a su propio nacimiento o al de sus hijos e hijas. Todas las parteras refirieron su labor en relación con sus propias emociones, generalmente actúan con empatía al momento de atender a las mujeres y consideran que eso tiene influencia sobre el parto mismo. Es un aspecto que mantienen de manera consciente y expresa. Antonia refiere por ejemplo que:

...en el momento que vas acompañando a la mujer en el embarazo y tocando sus problemas personales. Entonces, si pudiera ser una mujer que se guarda muchas cosas, que no es fácil, por ejemplo, hablar de cosas dolorosas y temas dolorosos y se los guarda. Esa puede ser una señal de que no acepta el dolor y que se tiene que hacer la fuerte ante todo y que no le pasa nada. O si es una mujer que habla fácilmente de cosas dolorosas y se abre puede ser más sencillo que acepte el dolor en el parto, pues es ahí ir viendo de la personalidad de la mujer y cómo abre sus temas (Antonia).

Tal gestión se ha vuelto una forma identitaria de las mujeres parteras, que ha quedado subrayada por un contexto de atención de las mujeres y de quien nace que se enmarca en continuas denuncias de violencia obstétrica, desplegada por diversos profesionales médicos (Castro & Erviti, 2015) y en un incremento de cesáreas, muy por encima de lo que sería considerado como necesario por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OPS & OMS, 2015). Dicha gestión emocional se encuentra a contrapelo de una dinámica de conocimiento que ha sido ciega ante las emociones como elementos determinantes dentro del conocimiento o más aún que utiliza como formas de desacreditación y maltrato a las mujeres (Castro & Erviti, 2015).

En el caso de la labor de las parteras éstas tienen un interés específico en conocer y comprender los procesos físicos y emocionales en los que se encuentran insertas las mujeres a quienes atienden. Queta refiere la forma en que ella comienza a abordar aspectos de la emocionalidad de las mujeres:

... platicamos con ella, les hacemos una historia, les preguntamos ¿cómo naciste tú? todo ¿cómo viviste? Porque sí tiene mucha importancia que, por ejemplo, se alivie una persona que vivió en su casa pues mal y sobre todo viendo al papá, viendo a la mamá, todo eso les afecta y si ellas no lo sacan, si ellas no lo dicen. No por saber, sino que, si ellas no lo sacan en el momento en que se acuerdan, que se están aliviando y se acuerdan, pues no las deja, no las deja, a que saquen ¿sí? Entonces sí tiene mucha importancia el estado de ánimo en que se encuentran ellas, el estado en cómo vivieron, por eso, hay que preguntar, hay que platicar, hay que ver y pues, ahora sí que saber, para que cuando ya se va a aliviar, pues igual libere todo y pueda salir completamente y bien el bebé (Queta).

Todas las parteras entrevistadas refieren desempeñar algún tipo de labor emocional en torno a las mujeres, tanto en las entrevistas previas durante el embarazo como en el parto mismo. Primero, como una acción preventiva que busca conocer a la mujer para poder entender quién es, quiénes son las personas más cercanas a su vida y a sus afectos y cómo se encuentran esos vínculos sociales en ese momento. Segundo, como un elemento de acción en el momento del parto mismo; para este momento las parteras llegan ya con un conocimiento sobre la vida de las mujeres, sobre sus principales relaciones y sobre las herramientas emocionales con las que cuenta para transitar por la labor de parto que implica una transformación, momentos de zozobra, de miedo, de expectativas, etcétera; que guardan también dimensiones personales

asociadas a historias vividas y a trayectorias vitales mismas de las que pueden valerse las parteras.

Incluso pueden escucharse entre ellas frases de uso común como: “parto vomitado, parto terminado” o “parto llorado, parto terminado”; que describe momentos por los que las parturientas pueden atravesar de manera física y emocional, como un momento de clímax para llegar al momento del nacimiento de sus hijos e hijas. Ello implica una observación permanente de la evolución física del parto, pero también de los sentimientos, sensaciones y emociones de la parturienta. Así como también la posibilidad de sugerir a la pareja o a quienes están presentes modos de incidir, de acercarse o de hablar con la mujer en labor de parto, así como ellas mismas poder tener asociaciones a conversaciones previas como conocer que ellas necesitan que las animen o que necesitan que no las molesten o alguna otra forma personal tanto de elementos que pueden ser útiles si se estimulan para apoyar o aspectos que pueden hacer sentir mal a una mujer.

De las emociones como falta de autodominio
a la mediación social y política de la gestión emocional

Desde diversos puntos de vista (incluso desde el sentido común o de la academia) se ha dicho, visto y pensado que la expresión de las emociones es una falta de autodominio (Le Breton, 1999), pero también, hoy, se las ha llegado a observar como mediadoras sociales en la investigación social (López, 2013). Sin embargo, para algunas parteras, el trabajo emocional y las labores que en torno a ese cuidado emocional implican también es un posicionamiento de carácter político, una forma de mediación social en torno a la salud, el bienestar y los derechos de las mujeres y una herramienta de empoderamiento. Esto, en tanto que consideran que el reconocimiento de las emociones de las mujeres no es solo una información de utilidad para las parteras en el momento del parto sino, sobre todo, una herramienta para las mujeres mismas. El reconocimiento de las emociones les otorga conciencia sobre los procesos de su cuerpo y sensibilidad para observar sus propias necesidades, así como confianza en sí mismas.

Me interesa destacar la función política atribuida al tratamiento de las emociones, en tanto que considero significativas las implicaciones teóricas y prácticas que de ahí se derivan.

Muchas de las parteras al momento de asociar sus propias experiencias de manera empática con las mujeres a quienes atienden, buscan ofrecer una ruta para facilitar a la mujer que pare una forma de trascenderse a sí misma, a sus propias limitantes y con sus fortalezas construidas. Tal abordaje implica un posicionamiento respecto del nacimiento, respecto de la forma de recibir una vida. Por ejemplo, es posible ver repetida una frase que se retoma de un obstetra francés llamado Odent et al (2007) quien dice que para cambiar al mundo hay que cambiar primero la manera de nacer. Dicha referencia reverbera en la asunción emocional que toman de manera personal las parteras.

Este posicionamiento se puede observar plasmado en sus prácticas en el momento de la atención a las mujeres y, particularmente, en los cuidados en relación con su sexualidad, tanto en el parto, como los cuidados no relacionados directamente con el embarazo y el parto. Un ejemplo de ello lo podemos observar cuando Irma refiere su indignación ante maltratos normalizados en la atención en el momento de que a las mujeres les realizan el estudio del Papanicolaou, narra lo siguiente:

...sí, empecé a ver la salud femenina y el cuidado integral de la salud femenina como una postura un poco política también, de decir, a ver saquen al Estado (risas), así un poco clavada de “saquen al Estado de nuestro útero” (lo dice con risas, como si lo gritara). Pero un poco sí, como esta cosa de empezar a ver en consulta a mujeres que se sorprendían de que el papanicolaou no les había dolido, que decían “ay, gracias, porque, pues, por primera vez no me dolió” y empezar a decir ¿por qué les duele el pap? ¿qué onda con la normalización del dolor y como del castigo y cómo así en la vida de las mujeres, pero por todos lados ¿no? O sea, ni se diga en el parto, pero hasta el pinche pap. Entonces sí fue de ¡no! Sí creo que el buen trato y el respeto y la seguridad, o sea, tienen que... o sea, hasta que se vuelva costumbre (Irma).

La valoración política de Ana a cerca de los temas que rodean al tratamiento que se da a las mujeres en el momento del parto, tiene implicada toda su trayectoria vital, lo que ha ido viviendo en su experiencia. Así mismo muestra sus propias disposiciones e intentos por visibilizar, denunciar las violencias en contra de las mujeres embarazadas y en el momento del parto. Y, además, mostrar sus propias luchas por exponer esas problemáticas de las que no se habla, a las cuales no se les otorga voz. En su narrativa en torno a ello expresa:

Yo creo que hay temas de género y de interculturalidad, hay temas de violencia, hay más temas; ahí hay temas de estrés de los médicos. Hay temas de... dime tú, la revisión de cavidades ¿qué es eso? meter la mano al útero para ver si no quedó un pedacito de placenta, nunca quedan pedacitos de placenta, digo, la mayoría de las veces. Las experiencias, gracias a dios, que yo tengo no quedan, quedan pedacitos si la jalas y la despegas a fuerza, por las

prisas, pero si les das su tiempo a la placenta a que se despegue, no quedan pedacitos de placenta pegados. Y les hacen, o sea, desde mi punto de vista es una violación manual, dos o tres veces.

Cuando yo, en alguno de los coloquios de la Cochrane, le dije a algunos ginecólogos, por favor, hagan una revisión de exploración de cavidades, dijeron “pero ¿cómo? ¿en tu país todavía la hacen? es una barbarie” y les dije sí, lo hacen en mi país y lo hacen en Latinoamérica también. La gente europea ya no lo hace. O sea, realmente es una barbarie y en nuestros hospitales, en todos los casos la hacen, ¿qué? Les piden a los doctores que metan la mano hasta el codo. Crea más infecciones, crea más sangrado ¿por qué? El dolor, sin analgesia, se recomienda con analgesia, lo hacen sin analgesia. O sea, ¿qué creen que somos? ¿vacas? Y aunque fuéramos vacas, a la vaca le dolería, no, estamos mal, nada más por ahí estamos mal, muy mal. Realmente tenemos que hacer un cuestionamiento de qué tipo de seres humanos estamos siendo los mexicanos, que no podemos cuestionar un hecho así. Pero no sé, no sé, cómo sacarlo a la luz (Ana).

En la narrativa de Ana puede verse la manera en que se encuentra vinculada con los temas de su desempeño como partera, por supuesto, ella no lleva a cabo la revisión de cavidades. Sin embargo, sabe que eso es un problema irresuelto en México y busca ponerlo en cuestión en su cotidianidad y en los espacios en los que puede incidir en la denuncia y procesos de transformación. Ello pasa también por una consideración de los cuerpos y de las emociones de cada mujer a quien trata y es un eje de su práctica.

Otro elemento que destaca de narrativa de Ana, tiene que ver con el despliegue emocional que se encuentra en la misma. Pueden leerse elementos de indignación, rabia, frustración; emociones que se disparan al momento en que recuerda un evento en que se evidenció lo que refiere como “barbarie” y que ésta es verificada como tal por otras personas dedicadas a la atención del parto. Dicho evento, refleja la frustración que ha sentido en diversos momentos por el hecho de que existan médicos que sigan practicando la revisión de cavidades en su país y que, además, sea algo que aún se enseña; parece una forma de desfase histórico, como quien habla de sucesos graves propios de otro siglo y que hoy han sido trascendidos. Con la variación de que éstos en particular, no han sido trascendidos.

Además, cuestiona a toda una cultura o serie de culturas por no poder, socialmente, poner un alto a una circunstancia que lastima y pone en peligro a las mujeres que paren cada día. Y, por otra parte, por confirmar lo aberrante de la situación y no saber cómo mostrarlo, como expresarlo, gritarlo al mundo, a su sociedad. Y lo grita por dentro y en sus palabras y se le hace un nudo en la garganta cuando sabe que, fuera de ser descartado de las prácticas médicas, sigue trascendiendo. Este elemento que ella refiere es uno de los puntos clave que

articulan la oposición del ser otras en su dimensión de orgullo, de saber que ellas sí tienen conciencia de lo negativo de esas prácticas y que no lo hacen y, además, lo denuncian con las mujeres, en sus núcleos cercanos y en donde les es posible.

Si bien el embarazo y el parto transita por procedimientos generales como cualquier parto: la espera de la dilatación, el nacimiento, el corte de cordón umbilical y la expulsión de la placenta; en realidad observando a detalle, puede verse cómo sus experiencias y prácticas cotidianas muestran un trato personal para cada mujer, una posición explícita que refiere que cada parto es único como cada mujer y que cada bebé que nace lo es también. Una de ellas habla de esta labor personalizada en su trabajo durante el embarazo diciendo:

...por eso a veces tenemos consultas de dos horas. Nada más viene la mamá y me dice mi esposo “uuuhh ya no sales”. Pero es la única forma de tenerlas bien, no puedes hacer una consulta de una hora, hay mamás que en tres cuartos de hora tienen todo resuelto y no necesitan más de ti, pero hay mamás que necesitan mucho de ti. Entonces, es ver quién necesita qué y tratar de resolverlo (Lola).

La narrativa de Lola muestra la empatía que ella siente en relación con las mujeres a quienes atiende, las diferencias que observa entre ellas y cómo se adapta a las necesidades de cada una en su especificidad. También permite, en breves líneas, leer que se encuentra implicada una visión de la condición de la mujer en el curso del embarazo. Proceso que se encuentra imbricado de sus procesos biológicos hormonales, con una mayor sensibilidad, de sus procesos familiares y de que ellas pueden ser una forma de apoyo para las mujeres en el transcurso de su embarazo.

En el apartado de experiencia he referido al acompañamiento —de la pareja, familia o seres queridos— como una práctica desempeñada por las parteras. Aquí quiero referirme al peso específico que tiene la dimensión emocional en tal decisión. La observación y acompañamiento emocional de las mujeres en el proceso de atención al embarazo parto y postparto, es un proceso que básicamente ocurre entre dos personas, la partera y la mujer a quien acompaña la partera. Sin embargo, no se limita a esta relación dual, por distintas razones una de ellas, es que es común que la labor de las parteras no se restrinja a la atención del embarazo, parto y post parto, sino también a la salud sexual de las mujeres, a la planificación familiar, a enfermedades en distintas etapas de la vida de la mujer. Es decir, que es una relación cuyo tiempo de interacción puede ser amplio, incluso que puedan

conocerlas desde antes del embarazo y posterior al mismo y también, en algunos casos, llegan a atender a dos generaciones de la misma familia.

Una segunda razón para trascender la relación dual es que para muchas parteras es importante que el padre del bebé por nacer, la madre de quien pare o alguna otra persona, de confianza de la mujer, la acompañe en el proceso del parto. La partera toma en sus manos la responsabilidad de conocer también a esa persona que va a acompañar a fin de que, quien acompaña, provea de un apoyo positivo y provoque confianza en la mujer que va a parir y no tensión y hace parte de la búsqueda de la partera por compartir las preferencias y necesidades de quien pare. Estas presencias tienen un peso en sus emociones y, según ellas refieren, sobre el parto mismo. Así lo refiere Silvia cuando habla del sentido y de las implicaciones del acompañamiento a la madre en el terreno emocional.

Por ejemplo, pueden imaginar que quieren estar acompañadas de diez personas y ya cuando platicas de ellos que es recordar como esta energía sexual [se encuentra incluida en el parto]. Benita les dice, es como este momento cuando se hizo el bebé, no querías que estuviera la suegra. Siempre se va con el papá para que ponga el orden o ¿sí estaba la suegra? y cuando ahí ya se dan cuenta toman su decisión fuerte: “sí quiero que me acompañe mi prima”, “sí quiero que me acompañe mi mamá”. Quitan, eran diez, y ya nada más queda una y ahí ya apoyamos la decisión que ella toma, “sí quiero que esté mi mamá”, “ya vi que de verdad no quiero que esté la suegra” y ya se apoya esa decisión y se hace el plan de quiénes van a estar en el parto. Es importante sí mencionarlos (Silvia).

Un tercer aspecto que trasciende la dimensión dual de la partera y la mujer que va a parir consiste en que varias de las parteras consideran que hay relaciones (amistades y familia) a la que pueden o no conocer personalmente, pero sí les interesa saber si esas relaciones que las mujeres establecen tienen un peso en la emoción de la mujer al momento de ser atendida por la partera. En la dimensión personal les importa, por ejemplo, saber cómo fue el nacimiento de esa mujer a quien van a atender en el parto, si lo recuerda con alegría, miedo, dolor, soledad, por si esa emoción pudiera vivificarse en el momento en que nazca su bebé. Si tiene miedo, a qué le teme (lo desconocido, la muerte...) o qué emociones tiene y cuáles son las estrategias emocionales vitales con las que cuenta dicha mujer o a las que está acostumbrada a recurrir.

Yo trato de ver quién es, si es que tiene confianza o tiene miedo, poquito, con preguntas vamos sacándolo y le invito a que haga un plan de parto de acuerdo a lo que ella necesita, de repente no necesita parir en casa, de repente puede parir en clínicas (Ana).

Una cuarta dimensión, se encuentra conectada con las parejas de las embarazadas, en tanto que, cuando estas existen, suelen ser un referente importante para las parteras, por ser acompañantes que pueden conocer profundamente a quienes paren, tener disposición para apoyarlas, o también las propias parejas significar alguna dificultad en el momento del parto, para lo cual conversan con ellos y con las mujeres juntos y/o separados. Este aspecto resulta muy sugerente y contrastante en tanto que para las parteras entrevistadas el acompañamiento de la pareja es un elemento característico de su labor. En México, el acompañamiento paterno en el parto en las unidades de salud es un derecho que fue aprobado por ley apenas en el año de 2019 (Animal Político, 2019) y para la Ciudad de México, no para todo el país. Cabe decir, que es una ley que todavía no es una realidad en la práctica. Ha sido un gran logro de muchas personas y movilizaciones ciudadanas; sin embargo, aún queda mucho por hacer para que pueda ser aplicada la ley efectivamente en la cotidianidad de las personas. Quizá el principal reto es que las infraestructuras no tienen espacio para ello. En ese sentido quizá es posible aprovechar estrategias de las parteras como las casas de parto o el parto en casas para las mujeres con parto normal.

La observación y acompañamiento emocional que llevan a cabo las parteras es entonces un tema personal, en tanto que se remiten a las propias emociones de las mujeres que van a parir. Es también llevado a una dimensión de pareja y de los principales afectos de quien pare. Así mismo existe un proceso de auto observación de las emociones de las parteras en la medida en que éstas pueden ser significativas para el momento del parto. Lola comenta sobre la importancia y el sentido del manejo de sus propias emociones diciendo que:

Lo que más hay que cuidar es el ambiente, la tranquilidad, la paz, porque muchas veces, uno como partera, está nerviosa... entonces, lo más importante es estar relajada. En Alemania cuando tomas el curso de partera, una de las cosas que te enseñan es ir a las clases de tejido, para que lleves tu tejido y te pongas a tejer durante el trabajo de parto, mientras la mamá está en contracciones, tú estás viendo, pero estás tejiendo. El tejido, de por sí, relaja. La estás viendo, pero estás tejiendo y, entonces, te metes menos y, al mismo tiempo, les dejas su espacio, pero te relajas... (Lola).

En algunos casos, también pueden implicar aspectos de manejo comunitario por el tipo de gestión que las mujeres parteras pueden realizar en espacios comunes; por ejemplo, algunas de las parteras refieren también atender otro tipo de temas asociados a la salud con otros miembros de las familias y no solo con las mujeres. Ellas hacen referencia a tratamientos de

tipo físico como “por ejemplo, curar empacho, lo sé, curar diarrea, anginas, catarros, todo lo sé, entonces hay gente que sabe y pues me busca” (Queta) y también a formas de tratamiento de las emociones con las que se encuentran. Fátima refiere:

Uno de partera si vemos que ella tiene mucho sentimiento, yo soy de las que me les acomodo (hace un gesto de abrazar a alguien)”, “mija, ¿qué te duele a parte de eso?, ¿qué sientes?”, “no, pus mi marido...” mira ahorita vamos a ver lo del niño, la beso, la abrazo, mira ten el bebé, demuéstrole que eres mujer, que lo quieres, que quieres a tus niñas, no lo hagas por él, hazlo por tu niña, ya voy, le doy un traguito de fuertecito, si veo que le está doliendo la cabeza para que se le normalice, un pedacito de dulce, le doy un besito, ten a tu bebé y verás que diosito te va a ver, mira, las anda uno chipileando y así es como les baja uno pues. Porque si ella está sentimental y yo le hablo groseramente, pues más la... (Fátima).

Emociones como dispositivos emocionales

Las emociones más observadas por las parteras en las mujeres a quienes atienden se encuentran relacionadas con alegría, miedo, dolor, coraje (entendido más como una fuerza que las impulsa que como un enojo). En múltiples ocasiones estas emociones se entremezclan y se encuentran asociadas a la esperanza del nacimiento del bebé que viene y las parteras buscan comprender tales emociones y acompañarlas para “desanudarlas” y que no se vuelvan una especie de nudo que dificulte el fluir del parto o que produzca tensión muscular que se manifieste en una dificultad al momento de tener contracciones o en imposibilidad para relajarse, condición que es de gran importancia para las parteras en el momento del parto.

Lola refiere que:

[Las emociones tienen] toda la importancia. Una mamá frustrada, una mamá agredida, una mamá violada, una mamá que no ha tenido confianza en ella misma, que la han ninguneado o una mamá que dice “yo quiero esto y lo voy a lograr” influye muchísimo. Por eso tenemos que trabajar muchísimo, por eso tenemos que trabajar mucho más con las emociones y con la parte física. Por eso las consultas no son de 15, 20 minutos (Lola).

El trabajo de vinculación, conocimiento y soporte que proveen las parteras a las mujeres implica un involucramiento laboral para desempeñar sus actividades. Pero también propicia el que se establezcan relaciones de tipo personal de la partera hacia la mujer y viceversa. Esta relación implica formas de sororidad en su cotidianidad. La desnudez de los cuerpos de las mujeres no es únicamente física, sino también emocional y esto es algo que las parteras ven y conocen; también es algo que vivencian. La observación de las emociones que realizan las

parteras no busca tomar distancia sino lo contrario acercarse y hacer contacto con la mujer a quien tienen enfrente. Lola dice que para ella

lo más importante es ver qué está dentro de su corazón y en su mente, qué miedos, qué han vivido, cuáles son las experiencias, qué le está diciendo la gente, cómo la apoya la pareja, la familia. Porque luego son los que más boicotean el parto (Lola).

En la narrativa de Lola acerca de los aspectos que le son significativos al momento de atender a las embarazadas que la buscan, destaca las diversas relaciones que las mujeres tienen y lo hace desde la perspectiva de ellas, tratando de indagar en dimensiones profundas y no únicamente en aspectos externos. Las parteras no tienen una formación en la que se les haya pedido que tomen distancia de las emociones o de ningún aspecto de quienes atienden como se hace en otras profesiones (Castro & Erviti, 2015). Ello le da un sentido y una lógica distintos a su proceder y a los focos en los que ponen su interés.

Quizá una de las dificultades para la comprensión de la labor de las parteras en la actualidad han sido alusiones que ellas hacen, como la referida arriba, en tanto que coincide con rasgos caracterizados como femeninos en espacios patriarcales. Me refiero a que como parte del señalamiento acerca de que hay un silenciamiento de las emociones en la investigación en Ciencias Sociales (Ariza, 2020), también hay una predominancia ideológica en la investigación y en la cotidianidad, que de alguna manera silencia esas referencias como si no hicieran parte de un aspecto esencial en el desarrollo de una persona. De esa manera se le ha quitado la consideración de las emociones a las profesiones, como el caso de la medicina (Castro & Erviti, 2015). Entonces, pareciera que las parteras han quedado también en una jerarquía de “no profesionales” porque podemos decir —bajo esa lógica— que hablar del corazón y el miedo de la mujer a la manera en la que lo hace Lola (en la anterior referencia citada arriba) no fuese algo profesional.

Sororidad y violencia obstétrica; tensiones con la homogeneización capitalista

La labor de sororidad, de las mujeres parteras en muchas comunidades pasaba —y aún sucede— por reducir el ejercicio de un “pago” recíproco a recibir una gallina, unas semillas o lo que la familia estuviera en condiciones de entregar. Más que un interés económico y

ocupacional, el ejercicio de la partería surge como un interés solidario de reciprocidad necesario entre mujeres, entre las personas miembros de una familia o de una comunidad. Dicha práctica aún mantiene algunas de sus vertientes originales en las relaciones que hoy se ofrecen en México y en otros países. Por supuesto, las mujeres parteras que atienden los partos son muy diversas y requieren tener un ingreso digno y constituirse con mejores condiciones. Sin embargo, el origen de su labor parece tener influencia en su trayectoria y en sus prácticas y conformar su experiencia. Hago alusión a aspectos del desarrollo histórico de la partería, no a una inquebrantable norma que las santifique.

En el mismo sentido, la trayectoria de formación de las parteras es diversa, pero mantiene ciertas cualidades; por ejemplo, es común que sea transmitida de una generación a otra, también, dicho conocimiento, es transmitido bajo la figura de una maestra a una aprendiz, e incluso en las pocas escuelas que existen en México de formación de parteras, existen grupos pequeños de trabajo y, en muchos casos, realizan sus prácticas individuales con parteras tradicionales. Esta formación se realiza en pequeña escala, en relaciones personales de confianza y reciprocidad, muchas de las parteras más jóvenes fungen de aprendices de las mayores quienes les proporcionan sus conocimientos acumulados en su experiencia durante muchos años.

En esta dimensión referida resulta interesante observar, a manera de contraste, los resultados de investigaciones en torno a la formación que se le da al personal médico en la atención a la salud y la obstetricia en particular y que ha sido analizada y caracterizada como una “práctica médica autoritaria”, por Roberto Castro y Joaquina Erviti (2015), quienes han mostrado asociaciones directas entre el tipo de formación que reciben y la violencia obstétrica por el tipo de atención que despliegan. Los resultados de ambas observaciones habrían de ser considerados en detalle para abordar críticamente la forma en que se está capacitando al personal de salud y la forma en que las parteras se encuentran incluidas o no en el sistema de salud y, más específicamente, la forma en que están siendo incorporadas.

Las condiciones contextuales del acompañamiento emocional de las mujeres, como ejes rectores de la labor de las parteras, se presentan en un momento histórico que hace parte del capitalismo contemporáneo; en el cual nos encontramos con una homogeneización de muchos procesos, no sólo los de carácter económico, sino también aquellos de aspectos tan particulares como la salud. De manera que la atención en unidades públicas de salud en

México tiende a ser estandarizada (Sala, 2020). Dicha estandarización ha podido resolver temas de atención y reducción de riesgos a la salud. Sin embargo, también ha devenido en una despersonalización de la atención, el personal médico es sometido a largas jornadas de trabajo y dobles turnos, a una formación jerarquizada y opresiva; dando por resultado relaciones entre pacientes y el personal médico atravesadas por problemas de abuso e incluso de violencia.

Las referidas condiciones han sido particularmente agudas cuando se trata del tema de la atención al parto, pues estas relaciones jerárquicas se cruzan, además, con temas de género y se encuentran atravesadas por relaciones que atentan contra la salud, la integridad y la tranquilidad de las mujeres y han sido múltiplemente denunciadas como violencia obstétrica. En ese contexto el que existan parteras que, en lo individual y en lo colectivo, dan acompañamiento emocional a las mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto se ha vuelto para algunas mujeres la oportunidad de ser tratadas con atención y cuidado en el nacimiento de sus hijos e hijas. En tal contexto destaca, sobre todo, el poco apoyo que las parteras reciben por parte del Estado y el maltrato y desprecio que perciben con respecto a su labor en la cotidianidad, al entrar en relación con algunas personas del sistema médico, con algunos de los centros de salud y con la forma en que son concebidas y “adiestradas” por parte del sistema de salud. Dicha percepción puede observarse en varios momentos de las entrevistas realizadas. Al final de la cadena de violencia se violenta también a quien tiene un trato empático, sororal, de acompañamiento y respeto por el cuerpo y la emoción de cada mujer, aún con la consideración de que esto no es un fin en sí mismo o una intención deliberada.

Todo ello se presenta en un momento en el cual existe una inminente necesidad de mejorar las condiciones del sistema de salud en cuanto a la atención en general y, en particular, en la atención a los partos sin complicaciones. En el caso de los partos con algún tipo de riesgo es imprescindible —para poder garantizar su salud y la de quien nace— que tengan una atención en instalaciones hospitalarias en las que se cuente con equipo técnico y profesionales especializados en atención a complicaciones y emergencias en el parto. Entre las aptitudes de las parteras se encuentra el servicio a las mujeres como parte del primer nivel de atención, considerándolas no solo sus dimensiones corporales y sus procesos fisiológicos, sino también sus procesos emocionales.

Los procesos y políticas referidos en los apartados anteriores han contrarrestado el trabajo de las mujeres parteras y lo ha menguado, de manera tal que, muchas de ellas han debido dejar su labor, en ocasiones por sentir indignación en torno a lo que les quieren inculcar en las capacitaciones. El trabajo emocional que realizan y el acompañamiento que hacen bajo sus propios criterios va siendo llevado a una presión por cumplir el tipo de cosas que les son exigidas en las capacitaciones (como dejar algunas de sus propias prácticas). De esa manera es posible encontrar entre las entrevistadas tensiones entre su propia experiencia y convicciones y momentos en los que tienden a repetir el *discurso* que les fue enseñado y ya no lo que ellas piensen o sienten, esto resulta en procesos dolorosos para ellas y de desafirmación con efectos en su personalidad y en su práctica. Sin embargo, aún con todas esas barreras existen mujeres que buscan formarse como parteras y continuar con un trabajo de atención de partos centrado en las mujeres y en sus necesidades.

Por todo lo anterior, considero que, si las parteras tuviesen un reconocimiento digno por parte del sistema de salud, mediante el establecimiento de relaciones de trabajo autónomo y colaborativo y el reconocimiento de las instituciones de atención médica (hospitales, clínicas y centros de salud, por ejemplo), la atención a la salud de las mujeres y de quien nace tendría mayor calidad de la que ahora tiene, al poder éstas contribuir con sus capacidades de observación y acompañamiento emocional.

5.3. Ser otras ante el modelo médico alopático hegemónico

Presento este apartado de resultados entendiendo que el concepto de modelo médico hegemónico de Menéndez (1988) es útil para evaluar cómo la biomedicina —sin demeritar sus logros en la mejora de las condiciones de salud— secundariza o anula otros saberes en el campo medicinal y excluye un diálogo más dinámico, menos jerárquico a quienes hacen parte de la relación médico-paciente (Huerta, 2015). A partir de este concepto observé el contexto en el que se encuentran las parteras a quienes se entrevisté. Ello con relación al modelo alopático⁸ el cual se ofrece como la mejor opción de atención y se usa como medida para

⁸ Se entiende al modelo alopático como una forma de comprender y tratar la enfermedad que hace parte de otras maneras y posibilidades de abordar la salud y que, sin embargo, se ha convertido en la medicina hegemónica,

evaluar a las parteras que tienen una visión distinta a la alopática, siendo capacitadas por el personal médico y no por parteras en el sistema de salud.

Esta categoría abarca la relación que experimentan las parteras como una manera de ser otras, una forma de otredad y de negación de su ser como parteras por parte del sistema de salud; sea de manera general, en las legislaciones vigentes, en las capacitaciones que les dan en los centros de salud o en la interacción cotidiana con parte del personal del sistema médico. La transformación vivida por parte de las parteras, de atender a la mayoría de los embarazos y partos en su comunidad hasta la llegada de la atención gubernamental que mediante apoyos sociales del gobierno federal y los gobiernos locales buscaron otorgar atención gratuita, tuvo implicaciones disminuyendo la posibilidad de las parteras de tener un trabajo, además de la desvalorización de su labor.

Encuentro importante señalar, antes de continuar con la exposición, que los planteamientos no pretenden dar una vista absoluta. Por supuesto, existen relaciones entre parteras y el personal médico que son incluso de cooperación y solidaridad. Lo que importa aquí es observar la percepción de las parteras desde sus narrativas en relación con el sistema médico en general. También existen matices en torno a las capacitaciones. Sin embargo, me pareció de utilidad señalar las coincidencias en la percepción de las parteras a quienes entrevisté. Ello en tanto encuentro que tiene sentido ver el trazo crítico que ofrecen sus narrativas y mostrar esa imagen abiertamente.

El modelo médico alopático hegemónico ha tratado a las parteras como poseedoras de un conocimiento inferior, haciendo valer los estándares, procedimientos y epistemología de la medicina alopática. Por ello termina 1) dificultando su integración al sistema de salud; 2) orillándolas, por distintos medios institucionales, de política sanitaria y de práctica médica a ser otras, con relación a su proceso formativo y de los procedimientos que ellas emplean para acompañar y atender el embarazo, parto y postparto; además de 3) no reconociéndolas como aliadas estratégicas para el primer nivel de atención a la salud de las mujeres y de quien nace.

imponiéndose como única y subordinando a cualquier otra forma de concebir la salud y la enfermedad. Se ha convertido en una perspectiva ya no solo de medicina sino como una autoridad de poder que califica desde una posición presuntamente superior.

En tales circunstancias históricas, las parteras se presentan ante su comunidad aún de una forma similar a momentos históricos previos. Puede decirse, de manera general, que en su entorno reciben un reconocimiento, incluso cuando la propia cultura y costumbres se han ido transformando. El asunto de la otredad va a aparecer subrayado al momento en que la partera se encuentra en conexión con el sistema de salud, los centros de salud o en el contacto con médicos en específico. Es ahí donde la partera llega a experimentarse como otra, como ajena, incluso siendo maltratada.

El ser otras de las parteras, podemos notarlo principalmente en cuatro dimensiones. En primer lugar, lo encontramos, en las políticas establecidas por parte del Estado en torno a las definiciones de capacidades y funciones que tienen o que habrían de tener las parteras, la falta de apoyos gubernamentales que implican políticas implícitas de tratamiento a la profesión de la partería. Esta dimensión se puede observar, en las legislaciones y políticas que las incluyen. Por ejemplo, en el hecho de que a la partería tradicional se la haya excluido incluso del discurso institucional y así, invisibilizándolas.

En segundo lugar, hay una dimensión en la que las parteras interactúan con la estructura del sistema de salud en las capacitaciones que muchas de ellas reciben de manera mensual y a las cuales se encuentran condicionadas para que, si las cumplen, se les puedan otorgar actas de alumbramiento; dicho documento es necesario para que la madre y su pareja pueda obtener las actas de nacimiento.

Una tercera dimensión la encontramos en la relación que pueden tener o no las parteras con los centros de salud que se encuentran en sus comunidades. Esta dimensión es muy diversa, en tanto que no todas las parteras se acercan a esos espacios de manera cotidiana, aunque en algún momento han tenido contacto con el personal de salud y han establecido diferentes relaciones, y las percepciones de la manera en que son tratadas son diversas.

Una cuarta dimensión, podemos notarla en las relaciones que las parteras establecen de manera inmediata o mediata con parte del personal médico fuera de las insituciones mediante acuerdos personales para el apoyo en caso de emergencias obstétricas (sean médicos particulares o adscritos a algún centro hospitalario público). Las parteras buscan hacer acuerdos con ellos para esos casos, sin embargo, estos acuerdos al no estar formalmente avalados de manera insitucional dependen de la gestión directa entre médico y partera. De

estas relaciones que, si bien son tan diversas como personal médico y parteras puede haber, se puede hablar de dos principios interactivos básicos. El primero de ellos lo constituye una figura de carácter y reflejo de lo institucional. A este nivel, el personal médico personifica las normas institucionales. Y, el segundo principio interactivo, lo encontramos en lo personal; aquí hay, —dicho de manera general— dos formas básicas de dicho principio, una primera en la que, las parteras hacen acuerdos con algún miembro del sistema médico para que sea quien atienda a la mujer en caso de que sea necesario llevar a cabo una cesárea, y, la segunda forma, es según las referencias de las parteras la que establecen de manera, dijéramos, casual al encontrarse con el personal médico en espacios públicos o en espacios de capacitación. En este nivel es común que las parteras refieran cuestiones de desconocimiento o franco maltrato.

Biologicismo

En contraste con el despliegue y estructura funcional del modelo médico alopático hegemónico, la mayoría de las parteras buscan en su práctica no centrarse únicamente en el aspecto biológico del proceso del embarazo y el parto, si bien éste es imprescindible a ser tomado en cuenta. Sin embargo, refieren que es preciso que se consideren las distintas dimensiones de las mujeres; como lo emocional, el conocimiento de los procesos que experimentan, el autoconocimiento de sus cuerpos y emociones, así como entender el contexto social y cultural en el que se encuentra la mujer, su familia y entorno. Todas las parteras dijeron que solicitan estudios de laboratorio a las mujeres a quienes atienden. Sin embargo, refieren que éstos son únicamente un referente porque, además, es necesario ver a la mujer que se tiene en frente más allá de las medidas estandarizadas que califican como anormal lo que sale de determinado patrón. En cambio, utilizan formas de alimentación y terapias o tratamientos alternativos para mejorar las condiciones de salud de las mujeres durante el embarazo.

La forma en que suelen abordar elementos de su práctica tiene trazos de conocimiento y cercanía a los contextos socioculturales de las mujeres a quienes atienden. Un aspecto al que todas las parteras entrevistadas le otorgan importancia es a la dieta durante el embarazo. Según Carmen, quien actualmente cursa sus estudios en la escuela de partería de la Cruz

Roja, este es un tema que les han enseñado como parte importante de su formación. Incluso como un tema en el que se presenta la dicotomía del uso de suplementos con relación al uso de alimentos para la incorporación de una mejor nutrición para las mujeres embarazadas. Ella comenta:

No, de sustitutos no, de alimentos, de hecho, llevamos nutrición, más que suplementos, directamente los alimentos. Ahorita, por ejemplo, en la materia de nutrición, estamos viendo esto de vitaminas, minerales y por qué necesitan, por qué no y por qué es preferible consumido que, tomado o sintético, porque nuestro cuerpo no lo asimila de igual manera, entonces, aunque consumas poco hierro de verduras o de vegetales, tu cuerpo lo va a asimilar mejor a que te lo tomes en cápsulas o pastillas (Carmen).

Para el caso de Carmen el conocimiento acerca de la forma en que una partera habría de realizar recomendaciones a las mujeres sobre su alimentación se encuentra asociada directamente a una formalización de su educación en su escuela y es ahí donde comenta ha adquirido ese conocimiento. Sin embargo, el resto de las parteras, si bien no todas han ido a una escuela formal sí cada una refirió que tiene gran importancia la alimentación y con base en ese criterio realizan recomendaciones específicas. La alimentación durante el embarazo —según las referencias de las entrevistadas— no es una obviedad. De hecho, ellas refieren como un problema de las mujeres actuales el tema de la mala alimentación y el sedentarismo. Lo cual, además, cuenta con el referente de que México es uno de los países con mayor obesidad en el mundo desde hace ya varios años (Barrera-Cruz *et al.*, 2013) y de complicaciones como la diabetes gestacional.

Por ejemplo, Lola, quien es partera profesional habla sobre la importancia de la alimentación durante el embarazo y en relación al parto mediante una analogía con un maratón que se va a correr. Comenta:

Si tienes una buena alimentación tienes una mejoría, no nada más en el parto, en todo el embarazo lo vas a pasar totalmente diferente, tú te vas a sentir mejor, tú vas a estar más tranquila, tú bebé va a crecer mejor. Y, en el parto, como les digo “no vas a un maratón sin haber comido, te desmayas, no aguantas; el trabajo de parto es un maratón, entonces, tienes que tener una nutrición adecuada para cualquier cosa que vas a hacer, si tienes una nutrición adecuada y comes en el parto, te va a ir bien, sino te va a doler más (Lola).

En el caso de Fátima, quien es partera tradicional, dentro de las recomendaciones que hace a quienes atiende realiza también consideraciones alimentarias.

Les digo, “mira come bien, no tomes tanta Coca, prepárate bien, lava tu ropita, báñate, come verdurita, come frijolito negro, lentejas, frutas, prepárate, vete al Centro de Salud que te den

el ácido fólico. Y las va uno controlando, pues, sobándolas, dándoles medicina [se refiere a los preparados que ella hace con hierbas]... las prepara uno de todo, les advierte uno que no estén durmiendo, que coman mucha fruta, que se bañen, que salgan a caminar... (Fátima).

Dentro de las referencias que hicieron las parteras entrevistadas respecto a las mujeres que atienden puede observarse una cercanía en sus recomendaciones acerca de los contextos en los que se encuentran las embarazadas a quienes se dirigen. Por ejemplo, en lo alimentario toman en cuenta su contexto sociocultural: conocer el tipo de cosas que consumen y las dañan o el tipo de alimentos que pueden tener a su alcance. De esa forma pareciera que pueden ser más eficaces las recomendaciones que realizan al respecto. Así mismo les recomiendan mantener sus cuerpos en movimiento durante el embarazo, pues consideran que hoy existen formas de vida más sedentarias. Fátima comenta que eso hace diferencias importantes en cómo eran antes los partos a cómo son ahora. Dice que:

Bueno, ahora se les detiene mucho el parto, porque ya no tienen movimiento, si no es baile, hay unas que se pasan acostadas con su Coca, sus papitas, viendo tele y no tienen movimiento, sufren mucho para parir. Anteriormente uno caminaba, llevaba uno la comida, preparaba, ponía nixcómil, hacías mucho quehacer, no necesitabas de ejercicio, lo tenía uno. Yo, por mí, cuando estaba embarazada me paraba a ordeñar, a darle de comer a los animales, a caminar, a llevar la comida, venía yo para acá, llegaba con mis cosas cargando a lavar, a poner nixcómil y me sentaba un ratito a descansar, porque casi no descansa uno. También mi nuera, cuando estaba embarazada, le decía “no te duermas, camina”, ella iba a comparar cosas, iba por una cosa y de ahí por otra, le decían “Dulce ¿qué tanto caminas?”, “para que me haga bien”, se bañaba y ya casi para aliviar, ella estaba planchando, lavando, haciendo quehacer y ahora las mujeres ya nada más están en la tele acostadas (Fátima).

Las consideraciones y recomendaciones que las parteras llevan a cabo tomando en cuenta con detalle las cuestiones socioculturales de las mujeres embarazadas contribuyen también a una forma de relación más personal y directa entre la mujer que va a parir y la partera en cuestión; es una forma que se contrapone a la estructura homogeneizante que se mantiene en los espacios médicos y ello tiene con toda una estructura y lógica bajo la que se encuentra construida la figura médica alopática dados sus criterios de atención y por lo que implica su figura de hegemónica. Además de ello tiene un peso determinante la forma en la que se presenta en un territorio como México, que no siendo un país desarrollado en términos económicos mantiene condiciones aún más complicadas para sus habitantes. Y, de una manera particular, existe una presión significativa sobre las mujeres (Arpini *et al.*, 2012) especialmente asociadas a problemas y roles de género.

Ana comentó en su entrevista acerca de la condición de las mujeres que van a parir y las dificultades que enfrentan para poder seguir una dieta y vida saludables en los contextos en los que se encuentran hoy las mujeres. También ella nota las formas en que se pueden desplegar las mujeres en condiciones como la ciudad y las que pueden tener en espacios de tipo rural, en cuanto a la forma en que se relacionan socialmente. Considera que en la ciudad hay una tendencia a que las relaciones sean más ajenas e individualistas y que en otro tipo de comunidades como la de Tepoztlán y comunidades rurales se despliegan relaciones más colectivas y de sororidad entre mujeres embarazadas o puérperas. Si bien es importante recordar lo suigéneris que es Tepoztlán y que se encuentra entre las costumbres tradicionales de las personas locales y quienes llegan del extranjero o de espacios más urbanos en busca de alternativas de medio ambiente, alimentación y cultura.

Influye en que no tengan embarazos saludables que tengan que trabajar y, además, ocuparse de su alimentación, además, rendir ocho horas de trabajo para las industrias para donde trabajan, viajar dos o hasta cuatro horas a sus trabajos, de ida y venida. Entonces, en qué momento se cuidan, hacen ejercicio, preparan sus dietas. Eso he visto mucho en la ciudad y los niveles de estrés son altos y, entonces, los casos de preclamsia pueden ser más altos. Porque la preclamsia tiene que ver con estrés, además de mala nutrición, entre muchas cosas, porque la preclamsia es multifactorial. Pero en las comunidades... he conocido comunidades más tranquilas, donde la mujer lleva una vida un poquito más sosegada, en contacto con la naturaleza. Por ejemplo, aquí en Tepoztlán, o sea, hay mujeres que ya tienen un grupo de mujeres que les va a dar la comida del post parto: “yo el lunes, y yo el martes y el miércoles y...” y entonces la mujer ya va a tener comida. No tiene a su mamá o a su suegra cerca, pero tiene a su círculo de amigas que la apoyan. Hay mujeres que están pasando ropita a la otra. Entonces, aquí hay una comunidad interesante (Ana).

Relación asimétrica médico paciente y relación subordinada y pasiva de la usuaria

Otro de los elementos que han sido criticados dentro de la medicina hegemónica es la producción de relaciones asimétricas entre el personal médico y sus pacientes. Dicho aspecto contrasta también con las referencias de las entrevistadas. Las parteras refieren que buscan establecer relaciones de diálogo y reconocimiento de las fortalezas y los límites de las mujeres a quienes atienden. Tratan de conocer la historia física pero también de relaciones de las mujeres y sus familias generando vínculos de confianza mutua. De manera que las relaciones son menos asimétricas entre la mujer a quien atienden y ellas. Uno de sus intereses es que las mujeres tengan información amplia en torno a lo que sucede en sus cuerpos

durante el embarazo, en el momento del parto y en el post parto. Así como lo referido acerca de las recomendaciones de dieta, ejercicio, manejo de las emociones, procesos fisiológicos y psicológicos por los que pasarán. Es común también que hagan equipo con parteras con quienes se complementan o con otro tipo de terapeutas que pueden aportar al conocimiento de las mujeres como con *doulas* que son mujeres que se han especializado en la gestión emocional y de confort en la atención al parto.

Las parteras establecen relaciones con las mujeres en las que buscan expresamente que tengan conocimiento y poder sobre sus propios cuerpos y no tengan actitudes pasivas sino activas en su propia atención; que tomen acción y responsabilidad de sus procesos. Se enfocan en las preferencias y necesidades de quienes están embarazadas y sus familias, de ahí retoman conocimientos personales acerca de cómo se sentirán más seguras y tranquilas durante el parto. También enseñan ejercicios y masajes para realizar en sus casas, sea por ellas mismas, por sus parejas o familiares para favorecer condiciones físicas y anímicas adecuadas.

La búsqueda por poner en el centro a la mujer en el momento del parto es un elemento que las parteras mantienen como foco de su atención. De diversas maneras van dando fuerza a dicho aspecto. Buscan enfocarse en el cuidado de aspectos biológicos, pero también en las necesidades y preferencias de las mujeres que van a parir; también les otorgan información acerca los criterios que deben considerarse para la realización de cesáreas, considerando que deben tener información para llegar con criterios y conocimientos básicos ante los hospitales de manera que se presenten menos vulnerables ante los diagnósticos médicos. Ello bajo la consideración crítica del incremento de la violencia obstétrica y el abuso de las cesáreas que hoy existe en México (Botteri & Bochar, 2019). En la narrativa realizada por Lola, ella comenta que hay argumentos que se dan para apresurar la realización de cesáreas, aún cuando no sean necesarias y habla sobre la importancia del papel de la mujer y de lo que considera como un verdadero empoderamiento:

“Estás grande, es tu primer bebé, no se ha encajado, es poco líquido, parece que tiene circular de cordón, la placenta ya está vieja” la lista de siempre. Ahora está de moda “tienes la presión alta, entonces, probablemente tienes preclamsia. [Esto] cuando [lo que sucede es que] nada más tienes la presión alta, pies hinchados con el calorón que hacía, entonces, son los miedos que las mamás compran. Por eso, yo no quiero, no justifico ni a las mamás ni a los médicos, pero si ellas se informan y si de veras tienen ganas de hacer un parto... Me han tocado mujeres que ya van camino al quirófano porque según el doctor hay sufrimiento fetal, que me tocó estar ahí y no había sufrimiento fetal, estaba en mala posición la mamá, la cambié de posición

y me dijo “no ya tardó mucho” y del cuarto al quirófano yo ya me estaba cambiando y la oí, la oí, que estaba pujando y estaba pujando y dije “qué padre” y le dije, “no, espérese doctor, no le haga cesárea, chécala” y el bebé ya estaba bajando, ya diez centímetros, ya todo lo que quería ella y tuvo su parto. Pero esa mujer se puso las pilas dijo: “eso es lo que quiero ¿por qué me lo van a quitar?” Entonces, si nos falta empoderar a las mujeres, pero de corazón. Pero si la mujer viene, porque quiere un parto en agua, que bonito, ¿estuvo bonito tu parto en agua verdad? Entonces, yo quiero uno como ella, no es razón, porque no lo están sintiendo, es la moda, es la no sé qué actriz tuvo un parto no sé cómo y quiero igual pero no lo están haciendo de corazón, entonces, tienes que sentir algo para de veras hacerlo (Lola).

Dentro de la narrativa de Lola —referida en el párrafo anterior— se puede ver un aspecto compartido por las entrevistadas y es que existe en ellas una búsqueda por que la mujer tenga una actitud activa en su propio proceso. La información que las parteras otorgan a las mujeres en torno a sus cuerpos y durante el embarazo y parto intenta que éstas puedan tener elementos de elección y de decisión. Tal posicionamiento de las parteras muestra empatía y se presenta contrario a lo que puede ser una relación subordinada y pasiva ante las acciones de salud; formas que han sido cuestionadas en la atención del modelo médico alopático hegemónico.

Profesionalización formalizada

Las parteras, mantienen un estatus de subordinación y falta de autonomía ante el sistema de salud. No son reconocidas como profesionales autónomas y no se les permite trabajar al margen del sistema de salud, se les exige que se certifiquen para poder dar a su vez un certificado de alumbramiento y que los padres puedan solicitar el acta de nacimiento de sus hijas e hijos. Sin embargo no hay códigos laborales para ellas ni espacios formales de respeto y reconocimiento de lo que hacen salvo en pocas insituciones. Quizá bajo el temor del sistema de salud a las demandas por muertes maternas e infantiles. Todo ello incluso cuando la evidencia sugiere que pueden hacerse cargo de los partos sin complicaciones. Esta relación entre el reconocimiento formal y la falta de una estructura que las integre produce un sinfín de dificultades de distinta índole que atraviesa las relaciones grupales, pero encalla en mujeres concretas y vidas personales. Ana refiere que ésta falta de apertura responsable y de espacios dignos para las parteras se observa en circunstancias como la siguiente:

Ahorita el problema en México es la contratación, debería haber más plazas para parteras, o sea, establecer plazas para parteras; hay, sobre todo las de Guerrero, ellas ahorita están con sueldos de traductora, con sueldos de salud comunitaria, pero no de partería. Partería tiene

que tener un sueldo tal porque estamos asumiendo una responsabilidad y es un trabajo fuerte (Ana).

El caso al que ella hace referencia es un caso en otra localidad y lo conoce porque ha realizado trabajo en esas zonas, aprendiendo y también capacitando a otras parteras. Sin embargo, no es el caso de todas. Existen muchas parteras que no tienen un salario de ningún tipo, solo el que pueden solventarse mediante consultas particulares. Tal condición tiene implicaciones de tipo práctico e ideológico; por una parte, la falta de apoyo concreto mediante recursos económicos e infraestructura que facilite su labor como parte de la atención a la salud que llevan a cabo y, por otra, de reconocimiento social. Por ejemplo, Silvia refiere la condición de las parteras tradicionales de más edad, con quienes ha interactuado en Morelos:

Hay una desvalorización en las parteras, yo nada más voy a una junta, o sea, a una sección, le dicen jurisdicción uno, no sé cuántas haya en Morelos, pero hay como trecientas parteras, registradas, menos. Pero ¡hay una desvalorización! van unas viejitas, igualitas a mi abuelita, con su faldita, pero con su faldita blanca de enfermera y su batita blanca, ya no atienden, pero van, porque les da un lugar en esta sociedad y han cedido mucho y ya no atienden por todo el control que hay, o sea, casi, casi si les preguntas “no imagínate si se me muere una mujer, estoy desamparada, ¿cómo le hago? O un bebe”, se te van todos encima, no están ahí [refiere al sistema de salud] para nosotras, no están ahí para ayudarnos (Silvia).

Resulta interesante observar la manera en que Silvia contrasta la actitud de las parteras en un lugar ajeno al campo de poder del sistema de salud, con las formas que en otros espacios mantienen las mismas parteras. Comenta que:

Aparte las parteras hacen su junta de parteras tradicionales y es bien loco porque cuando he ido a la otra junta, van ellas, con sus huipiles, unas súper arregladitas, pero van como ellas y van contentas a pasarla bien entre ellas también y cuando tienen oportunidad empiezan “y no nos dejan usar las plantas... y es otra cosa. Acá van sumisas y muchas van... se están esperando y se esperan, porque antes les daban un apoyo; entonces quieren —yo siento— que ellas quieren el reconocimiento, quieren que en algún momento les digan “gracias, estuvieron ahí recibiendo tantos niños” ¿no? (Silvia).

La perspectiva de Irma, quien se ha dedicado a atender partos desde muy joven de forma autónoma y ahora se encuentra formándose institucionalmente en una escuela de partería, aborda la tensión social que experimentan las parteras más jóvenes en el proceso de formación y que refleja su propia exploración a lo largo de los años de colaborar con parteras y con organizaciones de parteras. Refiere que:

...esta falta de consenso en las formas de estudiar ¿no? Como hay un montón de caminos que puedes hacer, que al mismo tiempo sí tiene una parte bella, como en México de, sí te enseñan mucho como de autonomía, de autogestión, de guerrera, pero a la vez sí está eso, como que navegas todo el tiempo en la incertidumbre total de ¿quién rige tu práctica? y hay una parte de eso que suena bien romántico “nadie la rige más que yo misma”. Hay otra [parte en la] que dices “no”, justo porque entonces, si un día tienes un tema, necesitas que algo valide quién eres y qué haces y que existes, porque no existir para nadie, todo el tiempo, está bien cabrón (Irma).

Debido a esta falta de organización y apoyos a la formación de las parteras existen también dificultades en algunas de las escuelas de partería, en tanto que no hay una estructura que permita organizar de manera suficiente la formación, así como recursos para ello. Irma narra su experiencia al respecto y los problemas a los que se ha enfrentado en su formación académica tanto como en sus prácticas. Lo describe diciendo:

...también es la dificultad de sentirse súper poco reconocida en este espacio, por la Cruz Roja, supongo que ya te lo habrán contado, pero es una escuela de enfermería, además se llama Florence Nightingale, te imaginarás de enfermería de que siglo. Entonces, la carrera terminó hospedada, ahí, no sé porque, porque la UAEM no la aceptó y pues acabó en esta escuela. Entonces, esa dificultad de estar todo el tiempo intentando defender y dignificar la profesión, porque está siendo hospedada y enseñada por gente que ni conoce la partería, ni sabe lo que es, algunos hacen, por lo menos, el esfuerzo de buscar qué es, pero otros abiertamente dicen que no creen en ella (risas). Es como, entonces ¿qué pedo? me está formando un ginecólogo que abiertamente dice que lo que yo pienso que es mi profesión el piensa que no tiene sentido, entonces ¿what? y en las prácticas lo mismo; es como esta cosa de:

- Bueno ¿y ustedes quéenes son?
- De la escuela de partería
- Ah y ¿están a cargo de enfermería?
- No
- Y ¿de medicina?
- No, tampoco del todo.

Entonces debería de ser de parteras, pero no hay, o sea, como la falta... la falta de opciones, y como de una comunidad más fuerte; como en cualquier profesión, en la que te puedas identificar y decir, claro, me estás hablando como partera, mi maestra es una partera y si voy a hacer prácticas en el hospital o donde sea, quien me supervisa es una partera. Porque, entonces, me puede enseñar lo que ha aprendido, porque si no es esta cosa de pues me enseña la partera, pero me enseña el gine, pero me enseña la enfermera, pero practico en el hospital, pero... ¿no? (Irma).

El panorama de la profesionalización de la partería presenta grandes dificultades y no parece estar teniendo una dirección y una organización o mirada razonada y coherente que posibilite la preservación de los mejores aspectos de la partería. Ciertamente existen grandes esfuerzos

y logros importantes, pero sucede que muchas de esas cosas se quedan en papel y no se transforman en procesos que realmente respondan a las necesidades que representan las parteras para la sociedad, para las mujeres que se atienden y pudieran atenderse con ellas y para la comunidad y para la cultura misma en México. Ana, habla de ello diciendo que:

Parece ser que no hay una visión intercultural, aunque la Secretaría tiene la iniciativa que se llama Atención respetada, segura e intercultural a la mujer; que es una iniciativa que surge desde el 2008, y que ha ido tomando cada vez más cuerpo y más claridad, fundamentada en la ley de salud en México, en donde se apoya la práctica, no me acuerdo, la ley dos o la ley cuatro constitucional, en donde se apoya la práctica de la medicina tradicional para los pueblos indígenas (Ana).

Esta ley destacada por Ana se contrapone con todos los usos y costumbres llevados a cabo por parteras tradicionales que hacen parte de los grupos indígenas de México y no se está cumpliendo, ni existen lineamientos claros para pensar que, sin una reestructura organizativa coherente y consecuente, pueda ser transformada. Sin embargo, también queda la incógnita respecto a los usos y costumbres que no tienen una vinculación directa con lo que es reconocido como indígena. En cualquiera de las dos figuras parece haber un trastrocamiento de los derechos y condiciones de las parteras. En el mismo sentido Ana plantea el tema de la siguiente manera:

Entonces, cómo es que estamos yendo en contra de nuestras propias leyes. La Secretaría de Salud está yendo en contra de una ley constitucional en donde los pueblos indígenas pueden utilizar su medicina tradicional y está clarita la ley, o sea, es como una antítesis, o sea, ¿cómo la Secretaría de Salud está en contra de una ley constitucional ¿Quién quiere contestar esa pregunta?

Racionalidad científica como criterio para excluir otros modelos y prácticas:

La otredad del ser partera.

La otredad experimentada por las parteras no se limita a una experiencia personal, lo que ya puede resultar una experiencia dolorosa y un camino difícil. También se encuentra implicado el sometimiento por parte del modelo médico alopático hegemónico sobre otros conocimientos, en este caso, el conocimiento y prácticas de las parteras. Esto sucede como un proceso estructural que comprime u oprime un conocimiento, sin siquiera, un análisis real de lo que está limitando o lo que está promoviendo, sino que, simplemente funciona como

un mecanismo ciego, cruzado por prejuicios y desconocimientos de su trabajo; dejándolas de lado, como las otras, como desconocedoras, ignorantes, en tanto que se les mide desde una lógica médica alopática. De alguna manera, se les tolera y se les adoctrina, mediante capacitaciones, a figuras cercanas a la forma de tratar, ser y practicar el modelo hegemónico, del actuar médico, se les enseña y adoctrina para “hacerlas mejores”, y esto es —en ese criterio— ser lo más parecidas al personal médico.

Para poder hablar de la construcción de la otredad y su contexto, es necesario observar las formas de control dirigidas a las parteras. Por ejemplo, el aspecto que se encuentra asociado al tema de las actas de alumbramiento. Dichas actas, precursoras del acta de nacimiento, han implicado una de las formas de control de las autoridades sobre las parteras (El-Kotni & Ramírez-Pérez, 2017). Su “buen comportamiento”, que en muchos de los casos implica dejar de seguir sus usos y costumbres o los tratamientos que ellas daban tradicional o regularmente a las mujeres a quienes atendían, las habilita para continuar otorgando dicha acta y ser validada por el registro civil. El principal requisito que deben cumplir son las capacitaciones que reciben por parte del sistema de salud. Sin embargo, en dichos espacios las parteras refieren tener experiencias no de aprendizaje sino de control sobre sus prácticas. Queta conserva en la memoria el proceso de transformación de la gestión administrativa en torno al parto:

Mira, desde que yo recuerdo, antes nada más lo apuntábamos en una libretita, el nombre de la mamá que se alivió, la fecha, qué fue si niña o niño, cuánto pesó, cuánto midió y nada más y no se les daba nada, ya ellas iban y registraban, entonces, así fue. Después en el seguro, ya nos dieron una hoja, donde poníamos el piecito, igual el nombre de la mamá y esa hoja la entregábamos al seguro, ya llego el momento en que ya hubo hojas de nacimiento, pero ya para esto nos ponían la condición de que si nosotras atendíamos un parto teníamos que estar actualizadas, porque si no nos actualizábamos no nos daban hojas de nacimiento (Queta).

Los aspectos que refiere Queta en el párrafo anterior muestran también una forma de control por parte del sistema de salud que lleva una preocupación (legítima) por las muertes maternas e infantiles al extremo de quererlo controlar todo y ha pensar que un parto solo puede ser atendido por médicos y en hospitales. Mientras que las parteras quedan en un estado de ser “toleradas” por el sistema de salud, en particular las parteras tradicionales, en tanto que en ciertas poblaciones no hay acceso del sistema médico. Lo cual contrasta también

con las parteras profesionales porque estas generalmente atienden a mujeres que por sus condiciones pueden tener procesos de exigencia de sus derechos a elegir un parto diferente.⁹

Antonia, por ejemplo, quien es una partera profesional, narra su percepción diciendo que:

La Secretaría de Salud les da las capacitaciones, entonces, pues ya usan suero, oxitocina... y, entonces, fueron también dejando lo que ellas sabían y, también, porque se los piden, o sea, “no pueden usar té”, y esas cosas como dependiendo de la zona y del estado. Y ya muchas parteras, pues ya están muy grandes, tradicionales. Entonces, ya no atienden muchos partos porque están “jubiladas”, pero, por otro lado, muchas quieren seguir acompañando partos, pero no los tienen porque las mujeres no tienen los recursos suficientes para pagar una partera tradicional. Además, un parto en casa, pues sí es un lujo, porque si trabaja, por ejemplo, ya no tiene incapacidad. Entonces, pues se quedan sin dinero, por el trabajo, y recurren al Centro de Salud y paren en el Centro de Salud, porque, pues ahí sí les dan la incapacidad. Y, aunque es poco tiempo, pero pues les sirve. Entonces, eso ha sido un obstáculo (Antonia).

Parece haber experiencias que se contraponen y que reflejan una percepción de acciones poco homogéneas por parte del sistema de salud y que no muestran estar soportadas por conocimientos y procesos organizativos que aporten a un proceso de profesionalización de la partería, de apoyo o consolidación de una estructura sino más por una especie de inercia. Pues si bien —como en el caso de Antonia, dicho en el párrafo anterior— se habla de que les enseñan a utilizar elementos como el suero y la oxitocina, que implican procesos de medicalización a parteras que solían estar alejadas de ello, también ocurre que a otras de ellas, como el caso de Ana (puede verse en su testimonio en el párrafo siguiente) se nota que, aunque les llegan a enseñar el uso de tales elementos, al mismo tiempo se les prohíben algunos de ellos, como es el caso del uso de la oxitocina. Al respecto, también hay posiciones encontradas entre las parteras. Ana refiere que para ella es fundamental que el sustento en el que se base la elección de estos temas sea la medicina basada en evidencia. En sus palabras ella narra:

Alguna vez fui a una capacitación para parteras tradicionales y me sentí muy mal, porque las recomendaciones que estaban dando eran completamente anti científicas y dije no, no me interesa tomar un curso en donde además me amenazan, me asustan y no me permiten practicar la evidencia científica ¿no? Les niegan la posibilidad de usar oxitocina en el post parto, lo cual es una tontería total. O sea, tú puedes salvar vidas con oxitocina en el post parto, con diez unidades o con más, si son necesarias, y se los prohíben. Entonces, me pareció ridículo asistir a un curso de capacitación en estas condiciones.

...además, está en contra de la medicina basada en evidencia, o sea, no utilizar oxitocina en el postparto está en contra de la Organización Mundial de la Salud; es el manejo

⁹ Agradezco las reflexiones de la Dra. Sandra Treviño-Siller al respecto.

activo de la tercera etapa del parto, evita muertes maternas. Ahí no volví a ir. Yo no permito ese tipo de ¿cómo se diría? te someten, te someten a una mentira y son amenazadas las parteras si usan oxitocina en el post parto o si usan hierbas. Digo, ahí está el meollo del asunto, digo, me da coraje, no lo puedo evitar. Podrías comunicarte con Juana y Yolanda. Juana es una compañera mía, es partera profesional, pero ella sí asiste a las citas y ella tiene su credencial de partería profesional y ella se ha aguantado todo esto y se le resbala, a ella se le resbala, te puedo dar el teléfono y Yolanda también se le resbala, pero a mi no (Ana).

Algunas de las parteras buscan no asistir a las capacitaciones e implementar estrategias para evitarlo y permean opiniones negativas en torno a las capacitaciones como la que comenta Lola: “Ya he ido a todas y repiten lo mismo, que es lo malo, ya hasta las parteras se lo saben de memoria” (Lola). Formalmente existe ante ellas un criterio médico que las pone como otras, como no médicas e incluso como ignorantes. Sin embargo, la presunta racionalidad científica que habría de ser el argumento mediante el cual se deslegitima su conocimiento por no ser médico tampoco mantiene un rigor apegado a la evidencia médica, por lo que parece que es una suerte de excusa en la que se encubren otras dimensiones del problema. Con el respaldo de dicha racionalidad, en los puntos de interacción en los que logran llegar a confluir el personal médico y las parteras y dada esa falta de estructura organizativa de roles y de reconocimientos explícitos y prácticos se llegan a dar malos tratos en contra de las parteras, como es el caso del referido por Lola cuando se abrió un espacio en un hospital para la atención de las parteras en el cual ella participó, comenta:

Sí, el médico, los médicos... (niega con la cabeza) hubo una doctora que incluso a las mujeres les dijo: si ustedes pasan con la partera yo ya no la voy a atender, nadie me las mandaba, por más que había una hoja de la Secretaría de Salud, el médico me dice que sí, la directora me dice sí, sí, sí, que padre, pero no me las mandaba. Entonces, yo tenía que ir a la sala de espera “¿estas embarazada?, ¿qué ficha tienes?”, “la diez” “¿ah, la diez? van en la dos, ven, te invito a que platiemos”, y así me las empezaba a agarrar para la consulta, ya después me buscaban, pero sí fue muy desagradable. Eso de luchar contra corriente, ver que no les haces ningún daño y les ayudas, porque si ya resolviste sus problemas se echan la consulta rapidísimo (Lola).

Otro nivel en el que las parteras interactúan con el modelo médico alopático hegemónico es en la relación personal con personas específicas del sistema médico; una forma en que han encontrado la posibilidad de tener apoyo en caso de que las mujeres requieran atención médica más allá del primer nivel de atención, como es el caso de una cesárea. Para ello las parteras realizan acuerdos directamente con algún miembro del sistema médico con el que encuentran afinidad. Irma narra este tipo de interacción de la siguiente manera:

Pues más que con los que me llevo bien y mal, más bien con los que apoyan el modelo [de partería] y, por lo tanto, están abiertos a hacer algún tipo de sociedad, por decirlo así, y los que no, pues digo, todo bien. Pero claro, con los que yo más vínculo tengo es con aquellas y aquel que es como sí, yo creo en la partería, yo creo en el parto en casa, yo puedo hacer equipo contigo. Y, entonces, por supuesto, quiero hacer equipo con alguien que me deja hacer equipo, porque al final, también, pues quien gana con eso es la familia, porque, entonces, el equipo es para ti, no es como de bueno, yo termino, pero si cualquier cosa te trasladan besitos, besitos y ya te vas con él. Es como no, cómo empezamos a encontrar puentes que deberían, así como a nivel legal y sistémico, trabajar en redes y la multidisciplinariedad debería ser la base, pero como todavía no lo es, hay que irlo haciendo desde lo personal por mientras (Irma).

La narrativa de Irma permite observar que la elección de apoyar a las parteras o al modelo de partería se vuelve un asunto más personal que institucional y queda a la deriva de las voluntades y formas de organización que logren parteras y personal médico mediante acuerdos en lo individual; una forma de favor o de aval que se les da y no figura como un derecho establecido. Una figura autónoma, es un aspecto que parteras que se asumen como “parteras autónomas” y, algunas otras, consideran importante; el hecho de poder mantener autonomía respecto al sistema de salud es algo que les es significativo. Quiero decir que los problemas no parecen ser un tema de que se resuelva mediante la instauración de una estructura rígida, pero sí precisa que exista una estructura de soporte y legitimidad que realice un trabajo de fondo en el reconocimiento de la partería y en su conservación.

Aquí quiero enfatizar que, el mostrar los planteamientos de la experiencia de las parteras con quienes entablé un diálogo no pretende hablar en términos de un elemento bondadoso de la partería versus un malvado modelo médico. Pretendo, por una parte, recordar las contradicciones que suceden al interior del modelo médico y que han sido criticadas (Castro & Erviti, 2015). Por otra parte, pretendo mostrar que la experiencia de las parteras las ha capacitado justamente en dimensiones que las especializan en la atención a los partos normales (los cuales oscilan entre el 80 y 85% del total). Y que tanto la experiencia que aquí muestro, como la experiencia médica que no es tematizada en este trabajo, pero que ha mostrado sus sentidos y valías en otros terrenos, habrían de encontrar vinculaciones, complementos y alianzas de manera estructural y no solo de forma azarosa, casual o individual y personal; sino encontrar formas que articulen y tejan redes de trabajo que aporte las virtudes de ambos modelos en pro de la salud reproductiva (Treviño-Seller, 2020).

Otro elemento que he pretendido visibilizar es que el modelo mismo de la partería, en la experiencia de las parteras entrevistadas, ofrece una perspectiva diferente a la

hegemónica en la atención global a la salud. Es cierto que hoy las necesidades de una sociedad en la que se requiere dar atención a una gran población van llevando a que los servicios se estructuren en formas que tienden a la estandarización y la homogeneización buscando la eficiencia en la atención a la salud. Ese es el camino que se ha seguido, por ejemplo, en México, pero la observación de la experiencia de las parteras plantea la posibilidad de pensar otras formas de articular la atención en salud en pequeños grupos de atención, en una atención local, en una clara división de quién atiende los casos normales y quién los casos que requieren una atención especializada de segundo o tercer nivel. También muestra las posibilidades que otorga la atención en pequeña escala para el parto.

Si se requiere una atención a gran escala por la cantidad de personas que necesitan una atención continua ¿es posible llevarla a cabo a partir de pequeños grupos de atención local que otorguen servicios de primer nivel (como puede ser un parto normal)? Esto hace parte de un planteamiento de tipo estructural, que piense la salud del país entero y también de la salud estatal a cargo de los gobiernos locales y municipales. Es desde esos espacios de donde habría de pensarse esa atención. Las necesidades y demandas en salud de la población mexicana son altas y las carencias son muchas. Sin embargo, la labor de las parteras se encuentra subutilizada y además amenazada su subsistencia. Si se piensa el problema, se realizan foros, se legisla, se difunde información clara y basada en evidencia, etcétera, es posible aprovechar la labor de las parteras en el beneficio social.

Expansión sobre áreas problemáticas

El control del modelo médico alopático hegemónico ha ido permeando también al interior de la salud de las mujeres y de quien nace, de manera que tal modelo se ha conformado como el conocimiento legitimado y, en términos prácticos, el único conocimiento que es reconocido como válido y científico. Dicha forma de asumir la gestión de la salud reproductiva deja de lado el conocimiento que han producido a lo largo de generaciones, sin que de por medio exista un balance de qué sería útil preservar de tales conocimientos o cuáles de ellos. Así como también se está pasando por alto el respeto a los usos y costumbres de las comunidades y el derecho al uso de medicinas tradicionales. Ana lo muestra cuando dice que:

Está la ley, el derecho a la práctica de la medicina tradicional, con esa ley, a menos que cambie la constitución. Pero, pues no hay como apoyo, no hay apoyo, no hay puesta en práctica de la ley. Hay algunos que han utilizado la ley, en Puebla, está el hospital conjunto de medicina tradicional y alopática, creo que en Oaxaca también, pero hay muy poco, realmente en México ha sido ahora sí que negligencia sobre el conocimiento de la medicina tradicional y las hierbas. Aquí en la UAEM hay alguien que tiene unos diplomados de medicina tradicional y hierbas, herbolarias, no sé bien quién es y cómo lo da, pero sé, hay poco (Ana).

Esta problemática que he descrito para el caso y condición de las parteras muestra también una forma general en la que el conocimiento, representado en el modelo médico alopático hegemónico, como una estructura dominante, no únicamente ejerce efectos directamente sobre ellas, sino que se ha configurado de tal manera que se perfila como un conocimiento que oprime a otros conocimientos. Aquí he aludido a los aspectos que determinan las diversas subordinaciones realizadas sobre los cuerpos, emociones y experiencias de las parteras. Sin embargo, este poder hegemónico no se detiene en ese punto. Considero que resultaría de utilidad observar y dar seguimiento a otros espacios en los que esto está sucediendo y pensar maneras en las que sea posible construir otras formas de interacción entre los conocimientos que no polaricen a la sociedad. Dicha polarización se vuelve evidente, por ejemplo, en el caso de las pandemias, como la de COVID-19. Sin embargo, es algo que se encuentra latente y que se va construyendo en distintos lugares y momentos de la atención a la salud.

Esta presunta racionalidad científica tiene entretejidos también aspectos de clase, de etnicidad y de género, que cruzan a la sociedad y no hay razón para pensar que este tema no se encuentra atravesado por ellos; en tanto que encontramos ante un grupo de parteras que son casi todas mujeres, si bien existen hombres en la profesión y como se pudo observar en el apartado sobre partería y poder han jugado un papel importante. Así mismo se puede observar que mayoritariamente las parteras pertenecen a clases bajas de la sociedad, considerado en términos económicos e incluso, muchas de ellas son mujeres indígenas. Entonces, nos encontramos con que el conocimiento que se ha producido socialmente durante décadas por mujeres parteras de muchos lugares del mundo y, con mucha fuerza en México, está siendo evaluado y sometido a criterios que cruzan e involucran al menos estos temas y no únicamente criterios de científicidad, de conocimiento, de utilidad o alguna otra cosa que pudiese resultar positiva socialmente. Tales condiciones parecen ser peligrosas tanto para las

parteras como para los conocimientos que se encuentran bajo esta estructura. La visibilización de estos procesos y su seguimiento puntual resultan, entonces, imprescindibles.

Una forma que asume esa subordinación del conocimiento se encuentra reflejada, por ejemplo, en la narrativa de Ana cuando habla acerca de la muerte materna y de cómo —con la buena intención de combatirla— se realizan campañas de persecución en contra de las parteras. Ella refiere que:

Hay una amenaza de “cuidado con que se te muera alguien”, a la muerte materna. Evidentemente la muerte materna puede venir por una negligencia en la atención, pero también ninguno de nosotros que somos proveedores de salud tenemos la vida y la muerte en nuestras manos. O sea, es completamente aleatorio, entonces, castigar la muerte materna, yo creo que es un gran error, creo que se debe castigar una mala atención. Entonces, sí hay mucha amenaza a las parteras. Porque me acuerdo en algún sexenio, en el sexenio de Fox, se les culpó de la muerte materna. Era increíble, cuando lo escuché yo dije “dios, no tienen idea lo que hacen las parteras en las zonas rurales para apoyar a las mujeres, en las zonas donde no hay médicos, donde no hay enfermeras y cualquier mujer que apoye a otra mujer en este lugar debería ser reconocida y no castigada ni amenazada, sino apoyada” (Ana).

Así mismo, la introducción de factores externos a su labor como los que les son otorgados en los espacios de capacitación, como el caso de la inclusión de elementos que promueven una lógica de medicalización (establecimiento de protocolos fuera de su práctica, las recomendaciones, por ejemplo, de que deben pedir determinados estudios a las madres entre otros factores similares) las mantienen en constante comparación bajo los criterios médicos y no bajo su propia lógica de actuación. Es posible y deseable, que ambos modelos se complementen, sin embargo, no es claro que lo mejor sea una forma simbiótica de sus tareas y menos aún que una figura se extravíe en la otra, más aún, cuando se encuentra atravesada por relaciones de poder.

Lo dicho sucede, por ejemplo, al no existir jefaturas de partería, sino que, en los casos en los que las parteras son aceptadas para laborar en espacios institucionales se les asigna una jefa o jefe especialista en medicina y no en partería. Tal situación las mantiene en constante medición de parámetros ajenos y bajo una dinámica que tira permanentemente hacia la lógica médica, sin reconocer que la partería y la medicina obedecen a diferentes dinámicas y que ello tiene un sentido. Refieren que son infantilizadas, tratadas como no médicas, sin una identidad propia, como imperfectas, en tanto que son medidas no en sí mismas sino en constante comparación con un modelo ajeno.

¡Hijo!, todas. Desde cuando llegan, bueno también las parteras cuando llegan, sobre todo las tradicionales, “madrecita” y “pacientita” y esas cosas horribles, pero desde que... sobre todo depende el público o privado. Por ejemplo, en el público, nunca hay un nombre, siempre es “madrecita” “mijita”, para mí eso es rebajarlas, yo soy el papá, tú eres la hija y tú... automáticamente, mentalmente a mí me dicen madrecita, hijita, mi niña, mi reina, me hago la chiquita, “sí papá lo que tú digas”, “sí médico, lo que tú digas” (Lola).

Estas prácticas que recaen sobre las parteras tienen consecuencias diversas a múltiples escalas. En primer lugar, en términos profesionales, la partería resulta en que, si bien existen políticas que hablan de incluir a las parteras como parte del sistema de salud, no existe un reconocimiento, ni mecanismos específicos de inclusión real de su labor en la atención de las mujeres y de quien nace. Los espacios que se encuentran abiertos a nivel de estudios o de prácticas en espacios como centros de salud o escuelas de carácter particular, o la escuela pública del estado de Guerrero, responden a esfuerzos principalmente llevados a cabo por las mujeres parteras o, en el caso de Guerrero, de esfuerzos del gobierno local.

Tales esfuerzos particulares no reflejan que exista un interés de carácter gubernamental, planificado y tenaz, más allá de la letra, que realmente permita que las parteras hagan parte de la atención a la salud. En otros países, por ejemplo, ellas pueden ejercer de manera independiente y el sistema de salud paga a las parteras como prestadoras de tales servicios. También pudiese pensarse en espacios en los que ellas pudieran trabajar en los partos de primer nivel, partos normales, con su propia lógica, su propia coordinación por pares. Incluso hay iniciativas de atención que ya existen y, sin embargo, son iniciativas particulares y no una respuesta nacional a las necesidades en salud de las mujeres y de quien nace.

De la consecuencia referida en el párrafo anterior deriva que se establezcan dinámicas de control sobre las parteras, como las que se llaman capacitaciones que nuevamente implican que se les presente como modelo ideal a cumplir el modelo médico hegemónico. No se las capacita para ser parteras calificadas, aunque así se las refiera, sino que, generalmente, son parte del personal de salud médico capacitando a las parteras, bajo la lógica y criterios del sistema médico. Entonces, esto deriva en que un conocimiento esté subordinando a otro en una lógica de que hay uno que es mejor, pero cabe la pregunta ¿mejor para qué? La labor y servicio que prestan las parteras para la atención al embarazo normal,

la atención de primer nivel, es adecuado, siguiendo parámetros de carácter internacional, no parece necesario que sean médicos quienes las capaciten.

Esta falta de especificidad en las capacidades e importancia que tiene el conocimiento y las habilidades de las distintas parteras posibilita que, así como es de inespecífico el espacio al cuál tienen derecho como parte de su labor, también sea inespecífico el trato que los espacios de salud hospitalares y centros de salud les ofrecen y la manera en que les dejan fuera. Por supuesto, existen parteras que prefieren estar en autonomía y fuera de las estructuras del sistema de salud justamente por sentirse oprimidas dentro, sin embargo, las que estarían de acuerdo en hacer parte de dicha estructura tampoco se encuentran debidamente incluidas y se observan diversas barreras para su incorporación.

Todos los procesos de los que he hablado no se quedan ahí; en lo institucional a nivel de normatividades y en la legislación del estado y en capacitaciones que no son de parteras y en segregación de éstas de los espacios de salud, sino que también ellas registran cotidianamente malos tratos en los espacios ante dichos. También los referidos procesos parecen tener incidencia, a nivel de prejuicios, en el trato que las propias parteras refieren recibir de los médicos que, dicho de manera general, refiere a un des-reconocimiento de su labor, e incluso llegando hasta su propia individualidad e identidad, a afectar sus emociones, a producirles tristeza y desafirmación de su profesión, incluso llegando al caso de elegir dejar la profesión.

Otro aspecto importante es la afectación que estos procesos tienen para la emocionalidad de las parteras. Por una parte, ellas trabajan constantemente en ofrecer un servicio cálido y de calidad a las mujeres, en muchos casos, trabajando en condiciones muy difíciles con una paga mínima y, sin embargo, reciben un desprecio a sus capacidades, a sus habilidades, a sus conocimientos, y más aún quienes no tienen acceso al conocimiento de que muchas de sus prácticas están basadas en evidencia. Ha sido comprobado científicamente, que muchas de las prácticas que ellas siguen son adecuadas y la mejor opción conocida para la atención al parto (Cochrane, 2020). Presumiblemente la mayoría de las parteras no tienen conocimiento de que sus prácticas tienen un respaldo científico, lo cual —aunado a sus condiciones— propicia que comiencen a dejar las prácticas que seguían para acercarse a las formas que ahora les son presentadas como parte del como médico hegemónico como las ideales. Y es que definitivamente la medicina es un logro de la humanidad, pero no lo es en

todas sus dimensiones y especialmente cuando se medican procesos que no lo requieren y ¿son sus mejores prácticas las que están promoviendo mediante las capacitaciones a las parteras? no pareciera haber una garantía. Y, sin embargo, se están imponiendo, sin criterios suficientes, ni políticas avaladas científicamente, formas que derivan en sufrimientos y desafirmación de las parteras a cada una como persona y a ellas reunidas como grupos valiosos para la salud reproductiva y la salud de las mujeres y de quien nace.

Tendencia al control social e ideológico

Este aspecto en relación al modelo hegemónico va a reflejarse, por una parte, en una forma de campaña en contra de la partería. No es necesario que exista un artífice detrás de ella; sino que es el resultado de la suma de factores, que básicamente se fundan en un desconocimiento de la partería desde la política gubernamental y ni siquiera es preciso que el gobierno se oponga a la partería, basta con que no incida con estrategias amplias y suficientes en favor de ésta. Tal circunstancia abre una serie de puertas para que se cuecen los maltratos, las subordinaciones, las presunciones de superioridad, entre otros elementos y todo sin que las parteras tengan a dónde acudir para su defensa o, incluso, a que duden de su propia verdad, sentido e importancia y, como muchas parteras en el país, dejen de practicar. Ya he referido la repercusión de ello para la salud de las mujeres y de quien nace y también para las mujeres y recién nacidos y, por supuesto para las parteras mismas. De manera tal que se desdibujan las necesidades esenciales de salud por formas ideológicas en relación, por ejemplo, al uso de los hospitales (De Paúl, 2016).

Todas las parteras entrevistadas refieren haber tenido experiencias y narran constantes formas de discriminación y de encuentros con personal del sistema médico que les dicen a sus pacientes que no se atiendan con parteras. Este proceso de poner en contra de la partería a la sociedad es una de las facetas del problema. Otra de sus facetas consiste en creer que la alopatía lo tiene resuelto todo, que si se consume una pastilla pueden seguirse tomando alimentos dañinos para la salud (Bertran, 2010). La efectividad de esta forma de medicina tiene, por supuesto, grandes logros. Sin embargo, otras medicinas más enfocadas en lo preventivo tienen también su utilidad y aplicación inmediata y pueden ayudar a reducir la presión hospitalaria, si se les abre espacio y se les otorga un soporte suficiente para

desempeñar su labor (Vignolo et al. 2011). En el caso de los partos esa función la puede ejercer perfectamente la partería.

Un aspecto más de control que es considerado por las parteras como parte del problema es la instauración de una gestión del miedo: a la vida, a la muerte, al parir, que es fomentado incluso por la industria de los medios de comunicación. Las parteras señalan por ejemplo la forma que presenta el poder mediático, la manera en que muestran a las mujeres que van a parir. Ana dice que

YouTube, ahorita tiene muy buena información de partos, pones partos y salen todo tipo de partos, yo creo que YouTube es uno de los... evidentemente tenemos todavía a las mujeres que no van todavía a buscar información en YouTube, todavía tienen la información de Hollywood de “ahh es un proceso horrible, grito, grito” y así. Entonces, yo a veces les enseño mis fotos y digo, les pregunto “¿esta foto se parece a la de Hollywood?” “pues no”, son mujeres concentradas, mujeres tranquilas, mujeres respirando, relajadas. No, pues esa no es la imagen que se tiene del parto. Se tiene la imagen de una mujer histérica. Casi todas las películas meten tres, cuatro gritos en un parto, o más (Ana).

El miedo —según refirieron varias de las parteras— resulta en procesos de contracción, en tensión para el cuerpo de la madre. Si la sociedad experimenta miedo, se incrementa también la búsqueda de mecanismos tecnológicos, medicalizados, que compensen esa condición (Márquez & Meneu, 2003). Entonces, se requiere tener conciencia de lo que las campañas inerciales producen en las vidas de las personas y actuar en consecuencia. Ana también reflexiona sobre el miedo diciendo:

Sí, todas, todas las mujeres tienen miedo al parto, porque es lo desconocido. Y hay un fenómeno muy interesante que cuando una, alguien, ve a una mujer embarazada piensa inmediatamente en lo que sabe del embarazo o en lo que ha vivido del embarazo y pum, se lo lanza. Entonces, las mujeres son como... en inglés es Target, pero en español... haz de cuenta que son como el blanco de todos los miedos de toda la gente. Entonces, la mujer embarazada recibe “es que a mi hermana le pasó esto” y “es que a la amiga de mi hermana le pasó lo otro” y “es que tienes que cuidarte de tal y tal”. Y es que la mujer comienza a recibir una cantidad de información negativa impresionante y yo les he dicho, “¿sabes qué? dile, prefiero que no me comentes, mi proceso y mi historia van a ser mías”, porque de otra manera hay muchísima influencia negativa, mucha negativa, hay muchísimo miedo de la sociedad al parto.

O sea, esto de la muerte materna y si considero que fue una campaña negativa para la muerte materna, afectó muchísimo, porque en lugar de promover la salud prenatal y un parto seguro, promovieron la muerte materna. O sea, por todas partes, la muerte materna. La muerte materna es el tema, el tema en hospitales, el tema en las campañas, es el tema, está el observatorio de mortandad materna. Le han dado una fuerza a la muerte materna que no debería de tener, porque son los menos casos. Y le han quitado fuerza a la confianza, al optimismo, al embarazo saludable, gozoso, al parto seguro, al post parto enjoyable, algo que disfrutas. Entonces, hijole tenemos que cambiar de perspectiva, tiene que ser otra, los

servidores de salud, somos servidores y tenemos que servir a la mujer y al gozo y a la vida. Evidentemente tenemos que cuidar que esto no se desvíe, pero tenemos que dar esa cara positiva a la bienvenida de la vida. Pero bueno, es un cambio de perspectiva (Ana).

Ana hace referencia a una forma en que los medios de comunicación influyen en la perspectiva de las mujeres al momento de llegar al parto. Un tema que en ese sentido ha permeado es la idea naturalizada de que el hospital como tal es necesario para la atención al parto permea en muchos espacios de la sociedad, que esa es la mejor forma de parir. Dicho planteamiento no deja espacio para tomar conciencia de cómo se ha llegado a ese punto; con la suma del desconocimiento de procesos naturales, de su patologización, de la medicalización, del mostrar una única forma de parir de los medios de comunicación resulta en la profundización de mecanismos de control del cuerpo, de control social que son particularmente fuertes en México (Castro & Erviti, 2015). Incluso, en algunos países desarrollados la presencia del trabajo de la partería es la primera opción para las mujeres, mientras que en México se presenta, como un conocimiento atrasado (Laako, 2015). No es así en todos los espacios, ni para todas las mujeres, pero sí es algo que ha ido tomando un peso tal que tiende a generalizarse y con ello se lleva otras formas de conocimiento y nos vuelve dependientes.

El ser otras, personal y laboralmente ante el sistema de salud y de algunos médicos, abarca ya —en muchos casos— a más de una generación en las familias de parteras, la cual tiene por correlato a una generación de mujeres que, en México, particularmente en las ciudades y sus zonas aledañas, han nacido en hospitales y en muchos casos mediante procesos que incluyen la violencia obstétrica. Es preciso realizar estudios y atender a los ya existentes en la aplicación de políticas públicas de salud, trabajar con las parteras, con las mujeres y con el sistema de salud de manera conjunta, organizada y consciente.

Consideraciones finales

Al final del trabajo de campo realizado, las revisiones bibliográficas y el proceso de reflexividad en torno a los aspectos teóricos vinculados con el trabajo empírico, se cumplió con el objetivo general de la investigación: conocer y analizar las experiencias de las parteras de Morelos en la atención del embarazo, parto y posparto a partir del manejo de las emociones y la interacción con el sistema formal de salud.

Para llegar a la consolidación de dicho objetivo general se observó el cumplimiento del primer objetivo específico: conocer y comprender en términos históricos el contexto general en el que ha ocurrido la labor de las parteras en el proceso de atención al parto en México. Este punto fue esbozado en diversos puntos de la tesis doctoral, pero particularmente concentrado en el capítulo III de la misma.

Se abordó la experiencia de las parteras, desde elementos propios de su biografía particularmente enfocados a la comprensión de sus vivencias en su formación como parteras, en los que se encontraron elementos vinculados directamente a determinaciones profundas de su personalidad. La caracterización de la experiencia derivó en un análisis basto de determinaciones observadas por ellas como referentes de su experiencia. Lo cual permitió cumplir con el segundo objetivo específico que buscó conocer y caracterizar la experiencia de las parteras en relación con la atención que ofrecen durante el embarazo, parto y post parto.

Para dicha caracterización, se puso especial atención a la forma en que ellas se sitúan ante las emociones y la gestión que hacen de ellas en su práctica, en relación con las mujeres a quienes atienden, la manera en que las acompañan y propician una autogestión emocional por parte de las mujeres, su determinación y empoderamiento. Así también se exploró o se analizó las formas bajo las que ellas despliegan su labor construida con base en su experiencia, centrando la atención en los cuidados emocionales tanto de las parteras hacia las mujeres como la consideración de los afectos que las mujeres a quienes atienden tienen para con sus familiares, parejas, e incluso la relación que guardan de seguridad o miedo en relación al parto mismo y al espacio donde se va a parir. También se identificó que en todo ello se juegan aspectos emocionales que van a contribuir a un mejor parto. Con ello, se exploró el

funcionamiento de la labor emocional de las parteras en la atención; cumpliendo así con el objetivo específico tres.

Asimismo se observó que el modelo médico específicamente alopático que hoy hegemoniza la atención a la salud presenta ante ellas una serie de normatividades y reglas desde un ejercicio de poder y que es, en múltiples aspectos, opuesta a la lógica que les es propia, dejándolas de alguna manera como “las otras”, lo cual deriva en respuestas de rebeldía, sometimiento y búsqueda de estrategias para hacer frente a determinados posicionamientos para seguir practicando las formas que conocen. También se observó una pérdida de usos y costumbres por parte de algunas de ellas y de una reducción del número de practicantes. Fue posible encontrar de la misma manera procesos de incorporación de formas de medicalización —propios de la medicina hegemónica— en las labores de las parteras, de manera que se pudieron conocer e identificar las relaciones problemáticas e incluso de apoyo que las parteras registran en su interacción con dicho modelo hegemónico en su experiencia; así se cumplió el objetivo número cuatro de la presente investigación.

El cumplimiento de los objetivos planteados se realizó mediante entrevistas en profundidad, observación y registros sistemáticos de múltiples detalles en los encuentros en vivo y en las videograbaciones. Me fue posible aproximarme desde diversos aspectos a su experiencia. Dichos acercamientos se realizaron principalmente a través de la escucha de sus narrativas, el seguimiento atento de las mismas, la atención a las valoraciones y significados que otorgan a las labores que realizan y a sus criterios. También se observaron sus gestos y tonos de voz; el cuidado de esos elementos resultó muy enriquecedor, especialmente porque hace parte de un diálogo sutil entre experiencia y emociones y forma parte de una dimensión en la vida de las parteras que les es muy íntima. Su biografía misma y su historia ya lo es.

Su experiencia en torno al parto de otras mujeres y la empatía y sororidad que despliegan parece actualizarles, con cada nacimiento, aspectos que conocen desde su propia experiencia y, especialmente, en quienes tienen hijas e hijos las lleva a una forma de re-experimentar aspectos de esos momentos de nacimiento. Me refiero a que a partir de la observación de otras experiencias que atienden vuelven a mirar sus propios partos y la forma en que se han desarrollado los trabajos de parto, cómo han cambiado, cómo son percibidos el propio parto y el de otras mujeres. Esto se vuelve una experiencia corporal sea por experimentarlo en su propio cuerpo o sea por poner el cuerpo para acompañar a la otra. El

que sea común ver a las parteras puestas a gatas o en otras posiciones que priorizan el confort de quien pare parece hacer una experiencia corporal muy íntima que va más allá de quien observa de manera externa.

En cuanto a los territorios en los que transitan las parteras para atender a las mujeres destacó que no constituyen un espacio que se encontrara de manera fija, limitada al lugar en el que habitan, a su comunidad inmediata, sino que ellas se desplazan más en atención a mujeres que encuentran afinidades a sus necesidades, intereses y deseos en las parteras. Llamé territorio por afinidad a ese espacio que guarda referentes compartidos, como puede ser la búsqueda de un parto —nombrado, por unas y otras, como un parto— natural, bajo esa lógica, referido a un parto alejado de procesos de medicalización y espacios hospitalarios. En ese sentido, la observación territorial del espacio de Morelos y la confluencia de la mayoría de ellas en Tepoztlán guarda sentidos más asociados a una identificación entre ellas que a un municipio o estado concreto. Si bien es, dicho espacio, el que por sus características socio-geográfico-culturales resulta un espacio adecuado para que estas mujeres establezcan su labor.

Se contextualizó el desarrollo histórico general de las parteras en la atención al parto en México, la forma en que se ha transformado y las maneras en que se les nombra, se las clasifica social y legalmente en el espacio nacional y mediante instituciones internacionales. Así mismo, se miraron las formas en que ellas mismas se definen y conciben, mostrando las diferencias entre parteras, subrayadas por la diversidad de maneras de formarse y los pocos procesos de profesionalización, que implican —además de sus diferencias dada su individualidad— diferencias en las formas de hacerse parteras.

La conceptualización de la experiencia como fue planteada para la investigación resultó de gran utilidad por la propia historia del concepto, desde una perspectiva tal que siguió un camino análogo a la conformación de la experiencia actual de la partería. La subalternidad, en ese sentido, se transforma en una herramienta política útil para las propias parteras en vista de significar experiencial y corporalmente lo que representan como los derechos de las mujeres a tomar el control de sus propios cuerpos y de sus procesos a lo largo del embarazo y en el momento del parto, incorporando de manera consciente sus emociones y los efectos de éstas en esos momentos vitales.

Su experiencia incluye también la serie de labores que, en conjunto, dan especificidad a la tarea de ser parteras, bajo criterios que no comparten por una escuela a la que asistieron o por una capacitación profesional. Esto es así, en tanto que no existe una estructura profesionalizante por lo que su formación no es homogénea. Sin embargo, sí obedece a una manera de considerar aspectos como el tiempo, las emociones, los cuidados, los espacios, los focos en los que ellas centran su atención para atender a las mujeres.

La conformación de su experiencia se observó también desde las motivaciones que las llevan a la partería y éstas reflejan una estrecha relación de su tarea como parteras y su vida misma firmemente intrincadas; éstas se pueden asociar a su cuerpo mismo (su menstruación, vivencias corporales y sus reflexiones en torno a ello), también a elementos como su curiosidad, sus preguntas y propias búsquedas para explicarse aspectos de sus vidas o de las de otras mujeres en su entorno.

La observación de la experiencia, con estas parteras en particular, permitió mirar el tema del cuerpo como algo significativo de su experiencia; en tanto que la mayoría de ellas —además de tener referencias a los cuerpos de las mujeres por su práctica de partería— también tenían una asociación entre la experiencia y sus cuerpos, vinculada con el deporte y actividades como el yoga y la danza. Tales características se asocian en particular a las parteras profesionales y a las que se encuentran en formación y las llevan a explorar formas creativas de trabajar con el cuerpo en relación con el parto. Un caso ejemplar y destacado es el que refiere Antonia al estar conformando una metodología que conjuga la danza y la partería mediante la generación de estrategias de apoyo al embarazo y parto con el manejo de elementos dancísticos. En ello media su propio proceso de reflexividad en torno a los cuerpos y las emocionalidades actuales; eso es así en tanto que ella considera que los cuerpos y las emociones de las mujeres hoy son distintos —alimentación con comida chatarra, poca movilidad— idea que se repite bajo diversas formas en otras de las parteras entrevistadas. Antonia se pregunta si los elementos que tradicionalmente han sido utilizados en la partería son hoy suficientes o se requiere del aporte de terapias alternativas y el acompañamiento mediante herramientas también novedosas que puedan responder a las condiciones actuales de las mujeres, en tanto que considera que también hay cambios significativos en las mujeres hoy, respecto a las mujeres de antes.

Un proceso como ese implica una disposición de observación y creatividad para adentrarse en la concepción y desarrollo de este tipo de estrategias. Sin embargo, no es la única. Carmen quien también se encuentra en proceso de formación tiene una trayectoria dentro del ballet. Sin embargo, ella ha llevado su creatividad a elementos de formación de otras niñas y mujeres en vinculación con el conocimiento de sus cuerpos, su menstruación, mediante, por ejemplo, la promoción del uso de copas menstruales, la enseñanza de anatomía básica desde la infancia, además de su interés por otorgar información a las mujeres embarazadas. Tanto Antonia como Carmen encontraron vínculos entre su propio proceso corporal y sus capacidades como profesionistas. Antonia lo ha llevado a su trabajo de tesis y a sus clases para mujeres embarazadas mediante la danza y Carmen proyecta tener una clínica en la que pueda compartir sus conocimientos con niñas, adolescentes y mujeres embarazadas.

La falta de una estructura profesionalizante también abre perspectivas de creatividad y de imaginar otras formas posibles de apoyar los procesos de salud sexual y reproductiva para las mujeres; sin embargo, resultan en figuras individuales que evidentemente pueden apoyar a muchas mujeres y niñas y no pueden ser incorporadas a poblaciones más amplias porque no poseen un reconocimiento y apoyo que facilite el acceso de ese tipo de iniciativas a nuevas generaciones en vías de mejorar las condiciones de salud. Y también los estudios académicos al respecto son acotados. Elementos que parece podrían aportar a los procesos de mejora en la calidad de vida de mujeres en distintas etapas de su vida quedan limitados.

Su presencia constante e íntima hace que la experiencia del acompañamiento del parto no sea únicamente un despliegue de lo que puede vivirse como un trabajo desempeñado sin mayor involucramiento de su individualidad, sino que es una condición que propicia que esas experiencias sean algo personal para las parteras. Así mismo resultó significativo que al momento de narrar los partos que acompañan y las cosas que se fijan refieren también consideraciones de tipo político como un aspecto determinante para su labor; ello mediante dimensiones como la conciencia de las violencias que sufren algunas mujeres en el parto, el buscar propiciar formas de empoderamiento de las propias mujeres que van a parir, cuestiones de género, la búsqueda por generar procesos de empatía que favorezcan las condiciones físicas y emocionales en el parto.

La búsqueda en la investigación por explorar más allá de conceptualizaciones esencialistas de las parteras fue facilitada por la propia diversidad en las mujeres con quienes

se entablaron los diálogos. La multiplicidad propia del grupo de parteras aportó a una recepción más amplia de sus formas y percepciones. Ello en cuanto a su experiencia, sus identidades y su lenguaje, sus maneras propias de hablar; formas que fluctuaron desde figuras más académicas y técnicas hasta planteamientos sumamente sencillos que hablan de despliegues de paciencia al actuar, de espera y del respeto, del silencio como una forma de expresión. También pudo observarse en su experiencia cómo sus diversas formas de actuación evidencian un mundo de prácticas y valores alternativos que —como refiere Scott— desmienten las construcciones hegemónicas de mundos sociales, sino que otras formas existen y al ser nombradas es posible también hacerlas visibles y dejar de ser silenciadas.

El silenciamiento a las parteras implica también el no ser nombradas, el que no sea nombrada su experiencia y sus prácticas, que no sean suficientemente estudiados los elementos que componen su práctica. Implica, además, que sobre esa ausencia de investigación en torno a sus prácticas existan posicionamientos implícitos y explícitos de menoscabo de su labor y de sus capacidades que incluyen determinaciones de raza, clase y género. El silenciamiento de las parteras resulta en un silenciamiento también de los conocimientos de una parte de la humanidad por otra; la parte que dice lo que es un conocimiento valioso y lo que no lo es. El uso del poder por quien tiene autoridad en un proceso de capacitación o acceso a espacios médicos, de contacto con el sistema de salud etcétera genera espacios de desconocimiento de la labor de las parteras.

Se profundizó en la observación de la experiencia como experiencia motivadora —a la manera en que lo plantea Stone-Mediatore (1999)— en tanto determinación subjetiva, y a su intervención formadora en las prácticas de representación. Particularmente, se observó dentro del lenguaje de las parteras, la manera en que su experiencia las lleva a concebir los procesos de embarazo, parto, a sí mismas como parteras, a las parteras en general y a las mujeres a quienes atienden. Y también se notó cómo, con base en sus propias trayectorias, sin importar si éstas han sido fluidas y agradables o resultado de una ardua lucha con sus propios cuerpos o circunstancias, igualmente las ha llevado al camino compartido de acompañar a las mujeres en partos referidos como naturales.

Las labores realizadas por las parteras pudieron seguirse detalladamente a través de sus narrativas; desde planteamientos básicos como las recomendaciones de alimentación,

dando preferencia a la adquisición de nutrientes a partir de los alimentos de forma directa, por sobre los suplementos alimenticios: Se observó la serie de recomendaciones que hacen en torno a la necesidad de tener movimiento corporal durante el embarazo en lugar de estar en condiciones de reposo; la realización del plan de parto como una forma de relación con la mujeres a quien atiende, que incluye la voluntad y los criterios de preferencias e intereses de las mujeres que van a parir y de sus seres afectivamente más cercanos. Todo lo cual hace parte de la labor cotidiana de las parteras.

En el despliegue de las parteras, también pudieron verse principios que ellas procuran, como es el mantener como prioridad indispensable la observación y cuidado de las necesidades de las mujeres a quienes atienden. Así mismo se pudo observar que las parteras han desarrollado una particular sensibilidad para observar y procurar los afectos más sensibles de las mujeres como eje de su propia acción como parteras. Por ejemplo, en el criterio acerca del acompañamiento de las personas afectivamente cercanas a quien va a parir. Ellas permiten que una persona o algunas personas puedan acompañar a la parturienta en el momento del parto; sean éstas la pareja, la madre o alguna otra persona significativa para la mujer. Este aspecto tiene hoy por correlato aspectos como la ley que se aprobó en la CDMX para permitir la presencia de una partera en el momento del parto en 2019.

Las parteras tienen décadas promoviendo la participación de la pareja y seres queridos de la mujer que va a parir; reconociendo, por una parte, sus aspectos potencialmente benéficos y, por otra, observando y trabajando en torno a las limitantes que esos mismos procesos conllevan. Ante ello, caben preguntas: ¿algo de esa experiencia puede ser retomando para estas prácticas en otras formas de atención, como en los espacios hospitalarios? Surgen también preguntas acerca de ¿cuánto más habrá que esperar para que el desarrollo sociopolítico y legislativo llegue a tomar en cuenta otros efectos en beneficio de la salud sexual y reproductiva?, quizá podrían aprenderse elementos directamente de algunas prácticas de grupos sociales como las parteras, si se tiene otra actitud y respaldos legales para reconocer e investigar otros conocimientos.

La incorporación de la dimensión emocional como parte de la lectura social y de la búsqueda por comprender la experiencia de las parteras, las dimensiones cognitiva y práctica de sus actividades y despliegues posibilitó observar la naturaleza afectiva de sus prácticas, las dimensiones sutiles de su acción social y profundizar así en las tensiones existentes entre

las parteras y su propia experiencia. Por una parte, en la vinculación consigo mismas y con las mujeres a quienes atienden y, por otra, con las formas con las que se presenta ante ellas el modelo hegemónico bajo sus criterios alopáticos. Además, para este estudio la distinción entre los presupuestos ontológicos y los impulsos biológicos de las dimensiones emocionales resultó significativa en tanto que la corporalidad de las parteras se encontró como radicalmente imbricada en su práctica por ser su materia de trabajo inminente.

La observación de las emociones en relación con el despliegue del trabajo emocional desempeñado por las parteras permitió subrayar la importancia de lo emocional desde la mirada de la otredad, de “lo otro” en que han resultado las parteras. Ello, en esta interacción desde el poder visto a través de las formas del modelo médico alopático hegemónico y su propio ser mujeres como dimensión de género, mostró los efectos emocionales que tiene el poder en las parteras en su historia, desde su propia percepción. Las respuestas que tienen de subordinación, de rebeldía, de sentirse anuladas o reconocidas en su fuero interno y en su despliegue en distintos espacios. Un ejemplo de ello lo mostró Silvia, quien narró la forma en que las parteras se desplegaban en los espacios de las capacitaciones: vestidas con sus batas blancas, con una actitud de espera de un reconocimiento, de sometimiento de sus propias formas de mirar, de ocultamiento, en contraste con el despliegue que tienen en sus reuniones de parteras vestidas con sus propias ropas y huipiles con un despliegue de mayor seguridad y alegría.

Abordar los planteamientos del poder, bajo la conceptualización en torno al modelo médico alopático hegemónico, posibilitó observar varios aspectos; por una parte, permitió mirar la naturalización del parto en espacios hospitalarios —bajo cualquier condición de la mujer— en contraste, con su temporalidad histórica, que data a penas de finales de la Segunda Guerra Mundial, y la forma en que ha permeado ideológicamente acerca de ser la mejor opción para el parto en determinados círculos sociales —sin considerar las necesidades de los tipos de atención y sus implicaciones fisiológicas y de riesgos reales— de manera creciente y consolidándose como una dimensión que tiende a abarcar y a controlar un camino hacia la medicalización del parto y a la patologización de procesos fisiológicos.

Por otra parte, se posibilitó contrastar las prácticas de la partería, en las que si bien ya se encontraron incorporados aspectos que hacen parte de la medicalización (como aspectos el control biotecnológico y de la inserción de elementos como la oxitocina sintética), su

práctica hace que aún permee su propia lógica en sus tareas cotidianas. Por ejemplo, si bien ya todas las mujeres con las que se dialogó solicitan estudios de laboratorio, también refirieron buscar mirar más allá de esas lecturas a las mujeres a quienes tienen enfrente. Ello implica una especie de conocimiento simbiótico entre dos lecturas que surgen de lógicas distintas y de procesos históricos diferentes e, incluso, opuestos.

Otro tema que afloró de manera significativa y que queda como una veta a profundizar es el manejo y sentidos que las parteras tienen en relación con el manejo del dolor. Al respecto se observó que, a diferencia de otros temas, no tienen un parámetro común entre parteras en cuanto al significado del mismo. Se manejan en un rango muy amplio de referencias, que va desde plantear que no debería hablarse de dolor porque es una predisposición a una serie de sensaciones que en muchas mujeres no se manifiestan siquiera como dolor a hablar de él como una necesidad que, de no existir, no permitiría percibir con claridad que ya ha llegado el momento del parto.

Sin embargo, los puntos de acuerdo que hay entre las entrevistadas sobre el tema del dolor tienen relación con el manejo del mismo. Las parteras coinciden en el sentido y la práctica de estrategias para prevenir y manejar el dolor en las mujeres al momento del parto. Un primer asunto significativo es el reconocimiento de la individualidad. A pesar de que cada una tiene la percepción de que el dolor es un tema subjetivo; que va a ser vivido por cada mujer de manera diferente y personal y parte de la búsqueda por conocer a las mujeres tiene que ver con el conocer las herramientas que cada mujer pueda tener.

El manejo del dolor descrito en la narrativa de las parteras comienza meses antes del parto, desde el embarazo. En primera instancia, con formas que algunas de ellas asocian con el empoderamiento de la mujer; mismo que inicia dando información a las mujeres sobre las funciones del cuerpo, los efectos de las emociones, el proceso del embarazo y el parto mismo. Se busca que la mujer tenga autonomía y conocimientos para proveerse a sí misma de elementos que la apoyen. Por su lado, las parteras utilizan determinadas prácticas para contrarrestar el dolor: permiten y propician la libre deambulacion durante la labor de parto, enseñan y usan masajes, utilizan fomentos de agua caliente, baños, cambio de posiciones del cuerpo de las mujeres, permiten la hidratación y alimentación ligera pero libre; no limitan la elección de la ropa de las mujeres en el momento del parto, en contraste con las batas hospitalarias; procuran también la ambientación adecuada del espacio para el parto y

condiciones similares para relajación; para estimular con la calma emocional también la relajación muscular.

Entre todos los elementos referidos en el párrafo anterior destacó el tema de los usos de masajes y fomentos de agua caliente más que como una práctica, también como una forma de percibir, relacionarse y representar el cuerpo de las mujeres desde la mirada de las parteras y con ello queda abierta una veta importante a investigar. Refiero a que una de las aplicaciones de estos fomentos de agua y masajes acompañados por el uso de aceites se utiliza para relajar, expandir y reducir el dolor específicamente sobre el periné, para que la cabeza de quien nace pueda salir con la menor presión posible y así evitar desgarros de la piel de la mujer. Ello requiere de un acercamiento corporal entre la partera y la mujer, mediante el uso de sus manos, con la búsqueda por acompañar también la musculatura de las mujeres. Así mismo, implica una percepción, asunción y representación del cuerpo por parte de la partera. Éste es uno de los elementos que se abren a subsiguientes estudios: la representación del cuerpo de las mujeres desde la mirada de las parteras como tema a explorar y a profundizar. Por ejemplo, en relación de contraste y similitud con las lecturas de la representación del cuerpo de las mujeres por parte de los médicos como el que analiza Olivia López (2011).

La presente investigación logra cumplir con los objetivos planteados y abre elementos a nuevas investigaciones así como caminos posibles para la generación de programas específicos, políticas públicas, nuevas investigaciones, elementos para la organización social e incluso recursos para el análisis y la discusión sobre la profesionalización de la partería y sus posibles figuras; ello en tanto que se mostró que se requiere incorporar procesos reflexivos profundos a las tomas de decisiones en lo individual, en lo grupal y en lo gubernamental. Mientras que uno de los elementos más significativos a considerar como resultado de la investigación es el cuestionamiento a la actuación de un mecanismo automático, no reflexivo ni integrado del funcionamiento de la relación entre el sistema de salud y las parteras, que desaprovecha sus posibles virtudes y ventajas que parecen poder aportar las parteras. Esto en un contexto en el cual existen muchas necesidades de atención en favor de la salud de las mujeres y de los recién nacidos.

Referencias

- Alexander, M. J. & Mohanty C. T., (Eds.) (1997). *Feminist genealogies, colonial legacies, democratic futures*, Routledge.
- Animal Político (2019). Mujeres de CDMX podrán estar acompañadas por alguien de confianza durante parto o cesárea. *Animal Político*. <https://www.animalpolitico.com/2019/01/mujeres-cdmx-acompanadas-durante-parto-o-cesarea/>
- Argüello-Avenidaño, H. E. & Mateo-González A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años, *Revista LiminaR, Estudios Sociales y Humanísticos*, 12(2), 13-29. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200002
- Ariza, M. (Ed.). (2016). *Emociones, afectos y sociología: diálogos desde la investigación social y la interdisciplina*, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Ariza, M. (Ed.). (2020). *Las emociones en la vida social: miradas sociológicas*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Arpini, P., Castrogiovanni, N., & Epstein, M. (2012). La Triple Jornada: ser pobre y ser mujer. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (66), 4-22. http://www.margen.org/suscri/margen66/04_arpini.pdf
- Atayde-Manríquez, K.X. & González-Robledo, L.M., (2019). Parto y habitus: un estudio sociocultural en mujeres en el estado de Morelos, *FORHUM, International Journal of Social Sciences and Humanities*, CIFE. <https://doi.org/10.35766/jf19117>

- Atkin, L.C., Kehith-Brown L., Rees M. & Sesia P. (2016). *Fortalecer la partería: Una deuda pendiente con las mujeres de México*. Fundación John D. and Catherine T. MacArthur. https://www.msh.org/sites/msh.org/files/parteria_en_mexico_midwifery_in_mexico_spanish.pdf
- Ayala M. E. (1998). Mi vida mi pueblo, en Tostado G. M. (Ed.), Tepoztlán. *Nuestra historia. Testimonios de los habitantes de Tepoztlán, Morelos*, Colección Obra Diversa, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Barbalet, J. M. (2001). *Emotion, Social Theory and Social Structure: A Macrosociological Approach*. Cambridge University Press.
- Barrera-Cruz, A., Rodríguez-González, A., & Molina-Ayala, M.A. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 292-299. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41704>
- Batthyány, K. & Cabrera, M., (Eds.) (2011). Metodología de la investigación para las ciencias sociales: apuntes para un curso inicial. Universidad de la república de Uruguay. https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2016/12/01_FCS_Batthianny_2011-07-27-lowres.pdf
- Bertran V. M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *Physis: Revista de saúde coletiva*, 20(2), 387-411. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200004>
- Bericat, A. E. (2000) La sociología de la emoción y la emoción en la sociología, *Papers. Revista De Sociología*, 62, 145-176. doi:<http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers/v62n0.1070>
- Botteri, E., & Bochar P.J.E. (2019). Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos (México). *Alteridades*, 29(57), 125-135.

- Bourdieu, P. (1988). *Cosas dichas*. Gedisa.
- Burke, P.J. & Stets J.E. (2009). *Identity Theory*. Oxford University Press. DOI: 10.1007/978-94-007-6772-0_2
- Butler, J (1997). *Mecanismos psíquicos del poder*. Ediciones Cátedra y Universitat de Valencia.
- Carrillo, A. M. (1988). *Parirás con alegría. Un estudio sobre la persistencia de la partería profesional*, (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Ciencias Políticas y Sociales (FCPyS).
- Castañeda-Camey, X. (1992). Embarazo, parto y puerperio: conceptos y prácticas de las parteras en el estado de Morelos. *Salud Pública de México*, 34(5), 528-532.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*, Lugar editorial, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197.
- Castro R. & Erviti J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001&lng=es&tlng=es.
- Cochrane (2019). El pinzamiento tardío del cordón umbilical o la compresión del cordón al nacer, ¿mejoran la salud de los bebés que nacen en forma demasiado precoz? https://www.cochrane.org/es/CD003248/PREG_el-pinamiento-tardio-del-cordon-umbilical-o-la-compresion-del-cordon-al-nacer-mejoran-la-salud-de

- Cochrane (2020). *Evidencia fiable, decisiones informadas, mejor salud*.
<https://www.cochrane.org/es/evidence>.
- De Paúl, V. (2016), La medicalización del cuerpo: un análisis Foucaultiano desde el nacimiento domiciliario al nacimiento intrahospitalario, *Enfermería en Costa Rica*, 34(2).
- Ribeiro, D. (2017). *O que é Lugar de Fala?* Letramento, Belo Horizonte.
- EcuRed (2020). *Comadrona*. <https://www.ecured.cu/Comadrona>.
- Ehrenreich, B. & English, D. (2006). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Olmué, Chile: s/d.
- El-Kotni, M., & Ramírez-Pérez, A. (2017). Actas que reconocen, actas que vigilan. Las constancias de alumbramiento y el control de la partería en Chiapas. *LiminaR*, 15(2), 96-109.
- Elias, N., (2009). *El proceso de la civilización: investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Colección Sociología. Fondo de Cultura Económica.
- Fagety, M. & Capasso, A. (2016). *Partería en México*. Fundación MacArthur.
https://www.msh.org/sites/msh.org/files/parteria_en_mexico_midwifery_in_mexico_spanish.pdf
- Fernández, E.F., del Pulgar, M.M.G., Martín, A.P., Zafra, M.D.O., Fernández, M.L.P., & Montesinos, J.V.B. (2018). Análisis de la definición de la matrona, acceso a la formación y programa formativo de este profesional de la salud a nivel internacional, europeo y español. *Educación Médica*, 19, 360-365.
- Foucault, M. (1977). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI, México.

- Freyermuth, G. (Ed.) (2015); *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y académica*. Comité promotor por una maternidad segura en México, Observatorio de mortalidad materna en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- García, V.I., Moncayo C. & Sánchez T. (2012) El parto en México, reflexiones para su atención integral, *Ide@s CONCYTEG*, 7 (84), 811-844.
- Goffman, E. (1956). The Nature of Deference and Demeanor. *American Anthropologist* 58 (3) 473-502.
- González, L. (1984). Racismo e sexismo na cultura brasileira en *Revista Ciências Sociais Hoje*. 223-244.
- Grosfoguel, R. (2016). Del extractivismo económico al extractivismo epistémico y ontológico. *Revista Internacional de Comunicación y Desarrollo (RICD)*, 1(4).
- Guber, R. (2013). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*, Paidós.
- Guerrero, C. (2017). *Las parteras de México: otros modos de parir y nacer*. Recuperado de: https://www.vice.com/es_latam/article/mg4bp8/las-parteras-de-mexico-otros-modos-de-parir-y-nacer
- Hernández, G.J.M. & Echevarría, P. P. (2014). La parte negada del parto institucionalizado: explorando sus bases antropológicas, *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 69.
- Hernández, S.R., Fernández C.C. & Baptista, L.P (2014). *Metodología de la investigación*, Mc Graw Hill Education.

- Collins, P.H. (1990). *Black feminist thought: knowledge, consciousness and the politics of empowerment*, Routledge, Nueva York - Londres, 1990.
- Hochschild, A.R. (1975). The sociology of feeling and emotion: Selected possibilities. *Sociological Inquiry*, 45(2-3), 280-307.
- Huerta, B.L. (2015). La antropología médica y la medicina social: dos dimensiones necesarias para abordar los temas de salud enfermedad, *Ciencia UANL*.
- Illich, I. (1978). *La convivencialidad*. Barral.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2020). http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mor/territorio/div_municipal.aspx?tema=me&e=17.
- International Confederation of Midwives (ICM) (2017). *Definición de matrona*, <https://www.icmvirtualcongress.org>.
- Kemper, T.D. (1978). *A Social Interactional Theory of Emotions*. Wiley.
- Kilomba, G. (2020). *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Editora Cobogó.
- Lamas, M. (2017). Emoción y política. La vergüenza y las trabajadoras sexuales callejeras en la Ciudad de México, en Esteinou, R., & Hansberg, O. (Eds.). *Acercamientos multidisciplinares a las emociones*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Laako H. (2015). La política del nacimiento, la política de la transformación: Los casos del movimiento de parteras en México y Finlandia, en *Imagen Instantánea de la Partería*, Sánchez R. G. (Ed.). 85-110. Ecosur y Asociación Mexicana de Partería.

- Le Breton, D. (1999). *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*, Ediciones Nueva Visión.
- López-Arellano, O. & Jarillo-Soto, E. C. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00087416. <https://doi.org/10.15090/0102-311X00087416>.
- López S.O. (Ed.) (2011). *La pérdida del paraíso. El lugar de las emociones de la sociedad mexicana entre los siglos XIX y XX*, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- López S.O. (2013) Cuerpo, salud, género y emociones: estudios diacrónicos y sincrónicos, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16 (4), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Martínez, B. & Matilde M. (1985). *Sociología de una profesión. El caso de la enfermería*, Nuevomar.
- Márquez, S., & Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión clínica y sanitaria*, 5(2), 47-53.
- Menéndez E.L. (1988). Modelo médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 451-464.
- Menéndez, E.L. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales, en Campos Navarro R. (Ed.) *La antropología médica en México*, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16 (e2615).

- Mohanty, C. (1991). Cartographies of Struggle: Third World Women and the Politics of Feminism, en Mohanty, C. T., Russo, A. y Torres, L. (editores) *Third World Women and the Politics of Feminism*, Indiana University Press.
- Mohanty, C. (2008). Bajo los ojos de occidente. Academia Feminista y discurso colonial. *Descolonizando el feminismo: teorías y prácticas desde los márgenes*, 112-161.
- Montoya, G.A.F. (2019). Configuración de identidad en la narrativa del cuerpo vivido. *Encuentros*, 17(1), 106-118.
- Murguía, A., Ordorika T. & Neldo L. F. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina, *Revista Historia, Ciencias, Saùde*, 23(3).
- Odent, M., Cisneros, M. V., & Balbás, M. J. (2007). *El bebé es un mamífero*, Ob Stare.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019); *Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud Materna*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019a); https://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/es/
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS), (2015). *La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria*. OPS y OMS https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
- Pujadas, J.J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en Ciencias Sociales*. Centro de Investigaciones Sociológicas.

Real Academia Española (RAE) (2017).
https://www.rae.es/sites/default/files/anuario_2017_web.pdf

Sabido, R.O. (2011). El cuerpo y la afectividad como objetos de estudio en América Latina: intereses temáticos y proceso de institucionalización reciente. *Sociológica*, 26(74), 33-78.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732011000300002&lng=es&tlng=es.

Sala, V.V.V. (2020). La enfermedad normal: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 34, 90-107. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06.a>

Saldaña, H.V.G., Salas F.L.S., Maciel, P.N. & Paredes, S.S. (2016). Resultados de Guerrero: la partería en México desde el punto de vista de las usuarias, Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CIET), Universidad Autónoma de Guerrero (UAGRO).

Sánchez, S.R. (2015). La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados, en Tarrés M. L. (Ed.) *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, Colegio de México y FLACSO México.

Scott, J.W. (2001). Experiencia. *Revista de estudios de género: La ventana*, 2(13), 42-74.

Secretaría de Salud (s/a). *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*, Secretaría de Salud,
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>.

Sheff, T. (1988). *Emotions, the Social Bond, and Human Reality*. Cambridge University Press.

Spivak, G. (2003). ¿Puede hablar el subalterno? *Revista Colombiana de Antropología*, 39, p. 297-364.

- Stone-Mediatore, S. (1999). Chandra Mohanty y la revalorización de la experiencia. *Revista Hiparquia*, 10(1), 85-109.
- Tarrés, M.L. (2008). *Escuchar, Observar y Comprender: Sobre la Tradición Cualitativa en la Investigación Social*. El Colegio de México, FLACSO.
- Trevignani V. & Videgain K. (2016). Explorando emociones en cuentos escritos por niños sobre la escuela, la familia y el barrio, en Marina Ariza, *Emociones, afectos y sociología: diálogos desde la investigación social y la interdisciplina*, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Treviño-Siller S, González-Hernández D, Fritz J, Olvera García M, Montoya A, Sánchez-Dominguez M, Lamadrid-Figueroa H. (2020). Is it possible to incorporate evidence-based professional midwifery practices into public health services in Mexico? *Women Birth*. 2020 May;33(3):240-250. doi: 10.1016/j.wombi.2019.05.008.
- Trebisacce, C. (2016). Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista. *Cinta moebio*. 3(5). 23-64.
- Turner J.H. & Stets, J. E. (2005). *The Sociology of Emotions*. Cambridge University Press.
- Turner, J., Turner, J. & Stets, J. (2006). Moral emotions. In *Handbook of the Sociology of Emotions* pp. 544-566. Springer.
- Vela, P. F. (2015). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa, en Tarrés M. L. (Ed.), *Observar, escuchar y comprender, sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. El Colegio de México, FLACSO.
- Vignolo, J. Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

Worldmeters (2019). Estadísticas mundiales en tiempo real. <https://www.worldometers.info/es/>

Wright M. Ch. (1994). *La imaginación sociológica*, Fondo de Cultura Económica.

Zolla C, Mellado V, Castañeda X. (1989). *Embarazo y parto en el medio rural mexicano*. CIESS.

Anexos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Facultad de Estudios Superiores de Cuautla
Doctorado en Ciencias Sociales
c. Dra. Karina Atayde

GUÍA DE ENTREVISTA De experiencia y emociones.

Un estudio sobre la experiencia de las parteras en Morelos

1. PRESENTACIÓN

Presentación de la entrevistadora y del estudio, aclararle que si se siente incómoda en cualquier momento puede no responder o detener la entrevista y que se utilizará un seudónimo para proteger su identidad de tal manera que se garantice la confidencialidad y privacidad de su testimonio. Se pide su autorización para grabar audio y/o video. Así como también recordar que las preguntas son guías, pero que lo más importante es que se sienta libre de abordar los aspectos que considere, aunque no se pregunten directamente.

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

[Habiéndole explicado el sentido de la investigación le pido su autorización para grabar nuestra conversación y para registrar en el estudio los resultados que de ella surjan

para fines únicos del interés académico]. Lectura de documento “Consentimiento informado” para que quede registrado en el audio.

3. UBICACIÓN DE LA ENTREVISTA

Lugar de la entrevista:

Fecha de la entrevista:

Duración total de la entrevista:

Código de entrevistada:

[El hablar de tú o de usted se hace bajo la consideración de la relación establecida con la partera a quien se está entrevistando, preferentemente se hace de manera homogénea].

4. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Quiero comenzar preguntándole algunos datos generales acerca de usted

¿Qué edad tiene? ¿dónde habita actualmente (municipio y estado) ¿desde cuándo? ¿por qué habita aquí? ¿Cuál es su estado civil? ¿ha tenido otros enlaces o matrimonios? ¿a qué edad se casó o se unió a la persona con quien mantiene relación actualmente? ¿con quién habita actualmente?

Hijos

¿Cuántos hijos tiene? ¿a qué edad tuvo al primero? ¿dónde y cómo nacieron? ¿qué edad tienen actualmente? si aún viven con usted, ¿quién le ayuda a sostenerlos? si ya no viven con usted ¿qué tan cercana es la relación?

Idiomas/lenguas

¿Habla algún idioma distinto al español? ¿habla alguna lengua indígena? ¿sabe leer y escribir en español?

Nivel educativo:

¿Asistió a la escuela? ¿hasta qué nivel estudió? Si tiene educación profesional ¿qué está estudiando? ¿en dónde? ¿le entregarán un título o certificado? ¿cuál?

5. COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA Y COMUNIDAD DE ORIGEN

Cuénteme de su historia de infancia y de su comunidad

Familia

¿Dónde nació? ¿número de hermanos? ¿sabe usted cómo fue el embarazo de su madre? ¿conoce el tipo de parto mediante el que nació? ¿cómo fue? ¿existieron dificultades? ¿en dónde fue el parto? ¿quién atendió su parto? ¿los partos de sus hermanos fueron así también?

¿creció con su madre y padre? ¿familia ampliada?

¿con qué emociones asocia su nacimiento?

Comunidad

¿Cuáles son las costumbres en torno al embarazo y el parto más importantes del lugar donde habita? ¿qué conocimiento tienen las mujeres de la comunidad sobre el embarazo y el parto? ¿de dónde lo obtienen (escuela/madre/tías/amistades) ¿qué costumbres tienen las mujeres cuando están embarazadas? ¿qué costumbres tienen para parir las mujeres de su comunidad? ¿son las mismas de antes? ¿qué ha cambiado? ¿qué no ha cambiado? ¿por qué han cambiado o por qué no han cambiado? ¿me puede referir una experiencia positiva o negativa de embarazo o parto en la comunidad? ¿cómo se siente usted en su comunidad? ¿qué tan arraigada se siente al lugar donde habita?

La pareja y su ser partera

6. FORMACIÓN

¿Ha realizado estudios en torno a la partería? ¿actualmente realiza estudios? ¿ha tomado o toma talleres? ¿Ha tenido dificultades para formarse como partera? ¿cuáles? ¿eso cómo le hizo sentir? ¿en qué consiste su práctica actual? ¿cómo se percibe a usted misma como partera en la atención a mujeres y recién nacidos? ¿eso cómo la hace sentir? Si tiene

hijos: ¿considera que su experiencia, lo que sintió en el cuerpo al tener a tus hijos, tuvo influencia o no en su elección de ser partera? ¿de qué manera?

7. SOBRE EL OFICIO DE SER PARTERA

Platíqueme cómo fue que decidió ser partera

¿Qué es lo que la motivó a ser partera?

Antes de decidirte a formarte como partera ¿realizaste algún tipo de prácticas con tu cuerpo (deportes, danza, yoga)? ¿consideras que alguna de tus prácticas tiene conexión con tu camino de ser partera?

¿Qué te agradaba de las parteras que conocías?

¿Qué sabes hoy de ser partera que no sabías antes?

Emociones:

Registro de las emociones a lo largo del relato

Pregunta detonadora al final ¿Qué ha sido para usted formarse como partera?

8. EXPECTATIVAS

¿Cómo te imaginas que será tu práctica como partera? ¿consideras que la práctica de la partería será el centro de tu vida o cómo piensas que será tu vida ya que te dediques a la práctica de la partería? ¿por qué elegiste formarte como partera y no cómo enfermera obstétrica o médica?

9. BLOQUE DE PROCESOS DE INTERACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD

¿Tiene relaciones con otras parteras? ¿cómo son y cómo se siente con ellas?

¿Tiene relación con los centros de salud? ¿cómo son y cómo se siente cuando está ahí?

¿Tiene relaciones con los servicios de salud? ¿capacitaciones? ¿cómo consigue o considera que va a conseguir las actas de alumbramiento?

¿Tiene relación con médicos de su localidad? ¿cómo son sus relaciones? ¿cómo se siente con ellos?

¿Tiene relación con otros médicos regularmente? ¿cómo se siente con ellos?

¿Acompaña a las mujeres al hospital en algún momento? ¿se presenta como partera? ¿qué piensan los médicos de sus prácticas?

¿Puede contarme una experiencia agradable con alguna otra partera?

¿Puede contarme una experiencia desagradable con alguna otra partera?

¿Puede contarme una experiencia agradable con otro médico?

¿Puede contarme una experiencia desagradable con algún médico?

Las siguientes dos preguntas aplican si ella refirió que sostiene relaciones con los centros de salud

¿Puede contarme una experiencia agradable en los centros o servicios de salud?

¿Puede contarme una experiencia desagradable en los centros o servicios de salud?

10. BLOQUE DE PROCESO DE MEDICALIZACIÓN

Percepción sobre la medicalización:

Formación

¿En la capacitación que ha recibido le han propuesto seguir algún tipo de procedimiento (protocolo) en la atención al embarazo de las mujeres? ¿qué recomendaciones le proponen para dar a las mujeres durante su embarazo? ¿qué le recomiendan pedir a las mujeres durante el trabajo de parto? ¿le recomiendan dar alimentos o bebidas a las mujeres? ¿en qué momento sí y en qué momento no? ¿por qué? ¿le recomiendan pedir que se cambien de ropa? ¿qué tipo de ropa? ¿por qué sí o por qué no? ¿ellas deben o no usar ropa interior? ¿en qué espacio son atendidas? ¿pueden salir de ese lugar? ¿en qué espacios transitan las mujeres (habitación, casa, jardín)? ¿qué recomendaciones le han hecho en relación al acompañamiento a las mujeres? ¿quién o quienes deberían acompañar? ¿por qué no o por qué sí? ¿siempre fue así? ¿por qué sí o por qué no?

¿Le han recomendado que alguien la acompañe a usted? ¿cuáles son las actividades de esa persona o personas? ¿te recomiendan realizar tactos a la mujer en labor de parto?

¿Durante el momento del parto le han recomendado pedir a las mujeres estar quietas o en movimiento? ¿le recomiendan que la mujer a quién atiende tenga alguna posición en particular? ¿quién elige la posición para el alumbramiento? ¿con qué criterio? ¿cómo sabe que tan adelantado va el trabajo de parto y si ya va a salir el bebé? ¿le han recomendado la realización de tactos vaginales? ¿cuántos? ¿Han recomendado realizar cortes en la vagina (episiotomía)? ¿cuándo sí o cuándo no? ¿por qué? Si la respuesta es positiva indagar quién le enseñó y cómo

¿Qué es importante en el lugar del parto? ¿cuál es el mejor lugar? ¿por qué? ¿siempre ha atendido en el mismo lugar? ¿por qué sí o por qué no? ¿qué es lo más importante en el espacio del parto?

¿Le han enseñado a utilizar masajes? ¿hierbas? ¿baños? ¿temazcal? ¿solicita algún tipo de estudio de laboratorio? ¿por qué lo solicita o por qué no? ¿cuáles y cuántos? ¿realiza algún tipo de medición? ¿cuál y de qué tipo? ¿revisa las pulsaciones de la madre? ¿del bebé? ¿con qué método? ¿por qué? ¿existen reglas o normas en el momento de atender el parto? ¿cuáles son? ¿por qué?

¿Le han recomendado aplicar alguna de las siguientes actividades regularmente? rasurado de pubis, episiotomía, sedantes, oxitocina, prostaglandinas, enema anteparto (vaciamiento del colon), amniotomía (ruptura de membranas) ¿realiza algún tipo de inducción al parto? ¿cuál? ¿en qué momento? ¿para qué?

¿Le han hablado de aspectos normales y anormales en una labor de parto? ¿qué consideras normal y qué anormal?

¿Considera que existen riesgos al momento del parto? ¿cuáles son? ¿tienes formas de prevenirlo? ¿cuáles?

¿Para la atención al parto le han recomendado tener acuerdo(s) con algún médico? ¿de qué tipo? ¿en qué casos? ¿si se complica el parto apoyaría? ¿de qué manera? ¿de ser necesario acompaña a las mujeres al hospital? ¿le han referido cómo es la atención de lo médicos hacia usted?

¿Qué le han recomendado hacer si se dificulta el parto? ¿da algo para tomar, inyectado o untado? ¿qué? ¿aplica alguna maniobra de presión al vientre de la madre? ¿utiliza algún tipo de herramienta (tipo fórceps)? ¿qué más hace? ¿cómo se siente cuando se complica un parto?

¿Qué le han dicho en torno al dolor? ¿el dolor en el parto es necesario? ¿cómo habría de hablarlo y tratarlo con las mujeres? ¿cómo lo maneja en el momento del parto?

¿Les entregaría usted algún tipo de formulario a las mujeres? ¿puedo conocerlo? ¿les pedirá firmar algún tipo de consentimiento?

Platíqueme, por favor ¿qué es lo que te han recomendado hacer cuando nacen los bebés?

¿cómo es el corte del cordón umbilical? ¿qué pasaría con los restos de la placenta y cordón umbilical? ¿los vacuna? ¿les da o unta algo? ¿realizaría tamiz al recién nacido? ¿por qué sí o por qué no? ¿en qué momento? ¿en qué momento entregaría al bebé a la madre? ¿por qué en ese momento? ¿daría indicaciones a la madre al momento de entregar a su bebé? ¿qué siente cuando nace un bebé?

¿Cómo es el proceso de salida de la placenta? ¿en el caso de desgarres menores, suturaría? ¿en el caso de desgarres mayores, suturaría? ¿qué le han explicado en torno a las posibles complicaciones por salida de la placenta? ¿de qué tipo? ¿cómo lo ha resuelto?

¿Darías algún tratamiento después del parto a la madre o al bebé? ¿y, en los días posteriores? ¿la han capacitado para dar algún seguimiento a la madre y/o al bebé? ¿qué tipo de seguimiento? ¿la han capacitado para apoyar el proceso de amamantamiento? ¿qué recomendaciones hacer en torno a la lactancia? ¿ofrece la opción de la mamila? ¿por qué sí o por qué no?

¿Ha recibido recomendaciones en torno a la posibilidad de algún reclamo o demanda legal por parte de alguna paciente o de sus familiares?

Medicamentos

¿Considera la utilización de algún medicamento? ¿cuál(es)? ¿dónde aprendió a utilizarlo? ¿quién le enseñó a manejarlos? ¿se requiere algún permiso para manejarlos? ¿tiene algún permiso o licencia para utilizarlos? ¿quién se la otorgó?

¿Toma cursos de actualización? ¿de qué tipo? ¿quién los organiza? ¿le han llegado promociones de medicamentos? ¿de cuáles? ¿los ha probado? ¿los usa regularmente? ¿le han invitado a capacitaciones? ¿qué le han parecido?

¿Realiza algún tipo de ejercicio o trabajo corporal para usted misma? ¿por qué sí o por qué no? ¿ofrece algún tipo de ejercicio corporal a las mujeres a quienes atiende? ¿de qué tipo? ¿por qué sí o por qué no? ¿consideras que hoy las mujeres tienen mayor o menor conocimiento sobre sus cuerpos?

¿consideras que tienen mayor o menor autocuidado?

¿Conoce prácticas de otras parteras diferentes a las de usted? ¿cuáles? ¿por qué le parecen correctas o por qué no?

¿Qué importancia tiene el tiempo en la atención del parto? ¿cuánto tiempo hay que esperar en un parto? ¿hasta cuándo espera? ¿qué pasa si esta usted muy cansada? ¿cómo maneja su propio cansancio? ¿toma algún medicamento? ¿algún tipo de estimulante?

Interacción con las mujeres

¿La han capacitado para hablar con las mujeres? ¿en qué momento? ¿acerca de qué? ¿de qué forma habría de hablar con ellas? ¿por qué?

¿La han capacitado para saber cómo quieren tener a sus hijos las mujeres que atiende? Si es así, ¿cómo se entera? ¿la han capacitado para llevar a cabo con ellas algún plan de parto?

¿Cuál es el margen de elección del tipo y forma del parto de la madre? ¿hasta qué punto ella puede elegir? ¿en qué momento ya no? ¿quién decide entonces? ¿por qué?

¿Existe un método o protocolo o forma única de tratar a las mujeres a quienes atiende? Si sí ¿cómo es? ¿por qué? Si no, ¿por qué?

¿Qué es lo más importante al momento de atender un parto? ¿qué no se debe hacer al momento de atender un parto?

¿Qué diferencias o prácticas similares considera que existen entre los médicos y las parteras?

¿Podría relatarme un evento que usted recuerde de forma especial? Ya sea algo que fue muy difícil, bonito o algo que recuerde mucho.

Acerca de las mujeres a quienes atiende

[Aplica si ya ha acompañado partos]

¿Observa diferencias en lo que hoy hacen las mujeres a quienes atiende? ¿qué hacían antes y qué hacen ahora? (costumbres, ideas, cuidados, actividades, ritmos de vida y de trabajo), ¿Consideras que hoy estas mujeres tienen más o menos o igual conocimiento que antes? ¿de dónde viene ese conocimiento? ¿considera que los medios de comunicación tienen o han tenido influencia en las mujeres a quienes atiende? ¿de qué forma? ¿considera que las mujeres tienen más o menos miedo que antes? ¿por qué? ¿a qué le temen? ¿considera que

tienen más o menos redes sociales de apoyo? ¿las mujeres tienen una mejor o peor alimentación? ¿considera que la alimentación tiene alguna influencia en el embarazo y parto? ¿de qué manera?

¿A cuántas mujeres atiende al mes?

¿por qué considera que las mujeres buscan atenderse con parteras?

Otras parteras

¿Qué prácticas conoce de otras parteras que son diferentes a las suyas? ¿en qué consisten? ¿han cambiado las prácticas de otras parteras? ¿de qué manera? ¿por qué usted no las lleva a cabo?

¿Hay algo más que quisiera comentar? ¿hay algo que considere importante por lo que no le haya preguntado?

11. BLOQUE DE SALIDA

Resumen y recogimiento de las ideas principales de los resultados positivos que ella refirió a fin de tener un buen cierre y que ella quede tranquila

Agradecimiento por compartir su experiencia y reconocimiento de su importante aporte a la investigación

Autorización para entrevista posterior, en lo posible acordar fecha y/o forma de contacto, días más favorables, horarios más favorables, teléfonos.

Autorización para poner la información en el informe de investigación y si hay algún dato que prefiere que omita en el mismo.

Despedida



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE CUAUTLA
Doctorado en Ciencias Sociales
c. Dra. Karina Atayde

GUÍA DE OBSERVACIÓN

I. Observación al momento de la entrevista

- 1 Vestimenta
- 2 Apariencia física
- 3 Disposición para la entrevista
- 4 Tipo de lenguaje
- 5 Tono de voz
- 6 Posición corporal
- 7 Estado de ánimo
- 8 Condición emocional aparente
- 9 Condición emocional expresada

II. Observación del espacio físico de la entrevista

- 1 Lugar elegido por la entrevistada para llevar a cabo la entrevista
- 2 Tipo de espacio
- 3 Objetos dentro del espacio
- 4 Otras personas que puedan aparecer en el espacio
- 5 Tipo de objetos, laborales, personales

III. Actitud a lo largo de la entrevista

- 1 ¿La actitud fue igual todo el tiempo?
- 2 ¿Qué cambió?
- 3 Altibajos anímicos/emocionales

IV. Observación en el acompañamiento a alguna actividad cotidiana

- 1 ¿Cómo fue el proceso de aceptación o no de mi persona en la actividad?
- 2 ¿Cuál es la actividad, en qué consiste?
- 3 ¿Cómo es el espacio en el que se desarrolla la actividad?
- 4 ¿Qué procesos de interacción ocurren?
- 5 ¿Con quién(es) se lleva a cabo dicho proceso?
- 6 ¿Cuál es la disposición de quienes participan?
- 7 Vestimenta, apariencia física, objetos.
- 8 Estado de ánimo, lenguaje, palabras y contenido de las comunicaciones.
- 9 Emociones registradas por las participantes.

V. Bloque de salida

- 1 Caracterización del evento en su conjunto.
- 2 Registro de aspectos resaltantes.
- 3 Aspectos no incluidos en la guía.
- 5 ¿Cómo se observa física y emocionalmente al final del proceso?
- 6 ¿Cómo se despide?

FECHA DE SOLICITUD

Día	Mes	Año
11	MAYO	2021

FORMATO DE VOTOS APROBATORIOS DE TESIS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	MATRÍCULA
ATAYDE	MANRÍQUEZ	KARINA XÓCHITL	8420150201
PROGRAMA		DOCTORADO	

Los integrantes de la Comisión Revisora del trabajo de tesis de Doctorado, intitulado: "DE EXPERIENCIA Y EMOCIONES. UN ESTUDIO SOBRE LA EXPERIENCIA DE LAS PARTERAS EN MORELOS" que presenta **Atayde Manríquez Karina Xóchitl**, estudiante del Programa de Doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Estudios Superiores de Cautla, han determinado otorgar **los votos**

LA COMISIÓN REVISORA

DRA. LUZ MARÍA GONZÁLEZ ROBLEDO DIRECTOR DE TESIS	FIRMA
DRA. ANA PAULINA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ REVISOR DE TESIS	FIRMA
DR. OMAR GARCÍA PONCE DE LEÓN REVISOR DE TESIS	FIRMA
DRA. MORNA MACLEOD HOWLAND LECTOR DE TESIS	FIRMA
DRA. SANDRA GUADALUPE TREVIÑO SILLER LECTOR DE TESIS	FIRMA
DRA. ROSIBEL DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ BOLAÑOS LECTOR DE TESIS	FIRMA
DRA. BERENICE PÉREZ AMEZCUA LECTOR DE TESIS	FIRMA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

ROSIBEL DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ BOLAÑOS | Fecha:2021-05-12 08:53:23 | Firmante

ndqIMaYM3f0JQdZlkkH1+BfkeePkulGz4M/gMmNco9yXKZ0jH8DAkc3VlPc+aeFrKcV5+ugONZRNJ2KyZD+YyT0f1JyUcr05Z8pZhvXrnmf9PUNuL9OQsGpJq/+bm0U4MJKdfx1s
zm1MGJg+glXAxLSGSBILYA0WuTzBSEVHJwu4leqKL+LJ5Wd3y66WjBgyNPLTOvsQ+vPBcRTHumZ8qqQVWUAnxNgQfSQ5rWjwTLUvnps7AkOLXiKBSlegf7WoU+k5T9eejM3
maM5VwDSeGCTyU+UGWIFzAICkZ0EBq5OFoz7IWSTxpQqjTme2g7RFKOPZfiE5iqJMcfFcgBQhg==

LUZ MARIA GONZALEZ ROBLEDO | Fecha:2021-05-12 09:29:14 | Firmante

hhsiyQXZlftaNmipMyYz3WYNO/PpFzhpdw512HPZT7/Sgiak23eQsXDlxbksKly/iFACKIQEMeXyDBxpmnHmkUwUC+TYvxsPYkvrta4/ogpfBoryDjSEKrf6GzWedbus8m1adtmaWY
Nib4xWKI5QS3/qc/DChbl8iJtorBLgszbolal91yJ1hggszNwYXfHRU9mMlTqs121oGso8TK/7gy4FdhJkqGqZ+Oz8BUDcWv8ZyilM4539TGBhwgq+MqWiFyeJLTgEkmrtzDdooh
ML8iQgsYc7J11vRicxqK/C63RHW76yzXPwOIZWUlybVBkZF75L7DoGFDcHIV86OQ==

ANA PAULINA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ | Fecha:2021-05-12 10:58:22 | Firmante

XQS0165jHhRmSGyqkaTQ9vw44cpyByU5UWwZGbj1YVpk6E+ejsTk9GSODJ+j+TBJSVmL2WcmojAbye8cuYWIEmiF/iuqWdhQqz/PRFzKmwAr5HjwqHPe53ijObNz2CFKfOimt
eR7H4EO5U5BXDd5G9U6xGSP87dwJoGgrzg67H/Un1GrnqWPvnjzD94g9erHKY5u0ZCIMPWFmXTZ6s4K68Xzlc4Hp+2NsNLBMzMNpxPuBr19RtgmOKwK/hZHL6+ssTpb8L
EagIsGZcch8FSLGebZwBmKv7xByxAj+FV0doMA1/1VQX9T2Z2hCvtria92WthVuCCGfPHgHzXI5bw==

BERENICE PEREZ AMEZCUA | Fecha:2021-05-12 11:09:09 | Firmante

wv84wYCY1QRU51LvpJ6OMYBnVLuooow/rJDPDvz5bM4/PPYsqXl53j2CGyUPO7TytqiwTehZN2ZaTf0L/ZDWSISH5f4oFzysVxd5nT2w23ivT9/XULB8os7+7frkQSScur7lo3o9YA
DVUIb68MUsiUYcVlrHrLB+dJMTuZ+plAct5tj4ajgEFGc2wB/Y16nJ4WPHHqifMp9CmhrAylpb65p/ULXXqr1StOIE84TpF3j760MktGpURmjUIGIfAFAHlBAQwFYsS8hbKna009cnn
bYGRPhg4xe4bRYBywEFLP31UIWYm9t8DXH8lxv7HnvDau/DSa52W+0eCDGXra+Q==

MORNA MACLEOD HOWLAND | Fecha:2021-05-12 13:33:28 | Firmante

ROkhSijG0dlztlvczP1tHf5VRVQLfJ5T8GEjnrZvPy7WvFyhSyQ0O5OBR6lvA4+PRqGcDtSsKglb1swocmGm9sZnZ7eJ5i09xIsiCA+czoBHKC6NFUYVJOoXnyZzTZMR8XHhfOU
tfiO7pr0x06qjouFZG3rX5f4GE7/E3cpiozzLjMSKXbV9gdkSHVkiqqDxR5FqtLZtyRrcLv2d5EiSpjilPo6gi9i+zPMPMbOFrS48W1p/B21UpHCgB8B+8YNSC5nbs6wLr9z3HKicVTdp
KYjeemytOIPRoCIEfL4M8p7IQ+X10wvkvACYZCr2fxsiHAh8bDN14A4J6mQqWdw==

SANDRA GUADALUPE TREVIÑO SILLER | Fecha:2021-05-12 14:54:24 | Firmante

KKLLMKQdonAGJa6sXbHQ7pj94SB/LcJ2QTMwILpk6k41QeTYVSNPpDPDmWhVsGKZwXK/QMWVvk/B+IO8H2p2VuoqoB0th3Z/Mm/NDpCFa6rphFvOzONNjpfK/Q5fCGcXVBY
Q447qjE2Z01sbK8QYerHWt5bE4QEX/qRl5vctaBG8Xxkmi/uOSKDM1NqYruJQ922f7jUsZZ9MLD4oNpGJhgG/ibNWjXv4hirET4OkXYzwnp18+9NzPFHLdPsh2znwZCT34G9sBM
vwwDqE45NqBWZ1/8tDQWVj65YXWxd1X60s7ifQvC1O7B08vmUJ4/PAWv07x32CMivGjFih3G1w==

OMAR GARCIA PONCE DE LEON | Fecha:2021-05-12 18:05:19 | Firmante

RFXSfDzNFDdZaBBGJ4ri6PzIgzVIK0UWVVsDzpK3XsPcKdTVPdTYD5AUBWgTekc25124FbHTc0LKRMcArveBWWoPO3cvbDFmC2Rb0Mq4gLzuMNjWc2aNILDXJztw1yYn7z
plt5ICGXoHdO2mGw2XhFztEMMs83eck8q7MbD2dMSGAGhHTp+9bvl8OHRoQzOhRM+ysr9GK14rdQMh/iox3MMMSfA4IW7b3s/j6MvA16UuipV8HfigEE/ZT9h99XRhyfukugVN
4CCuA3HMREXfzSPszLQuXjyq7yrd5Q+QCYWjGv5zUL1bHXQuQTvIl/PQwfg+cQZCw11XHA1jJw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



F0yDTg

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/QzpbTp7iZiDGF9GxS0v8XsPVRTYwQGxK>

