



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**Tensiones, negociaciones y violencias de género en el proceso de atención
de mujeres gestantes en la ciudad de Arica: Un análisis desde los relatos
de sus protagonistas.**

**Tesis para optar al grado de Magister en Estudios de Género y Cultura,
Mención en Ciencias Sociales**

PAULA SOFÍA KETTERER CONTRERAS

**Directora : Dra. María Elena Acuña M.
Comisión Examinadora : Dra. Ximena Azúa R.
Dra. Ana María Carrasco C.**

Santiago de Chile, año 2023

INDICE TEMÁTICO

I.Introducción. Sobre la experiencia de la gestación y parto en Arica.....	1
II.Objetivos.....	8
III.Marco teórico.....	9
• Maternidad: su reivindicación desde la diferencia sexual.....	9
• Colonización del cuerpo de mujer, del saber en cuerpo de mujer. Modelo biomédico y violencia obstétrica.....	15
• Sobre los procesos sexuales y reproductivos como posibilidad de tensión y contradicción de los mandatos de género, vía de agenciamiento y subversión.....	18
IV.Marco metodológico	22
V.Capítulo I, Resultados:	
• Sobre la posibilidad de hablar.....	28
• Sobre la experiencia del parto y su complejidad.....	28
• Sobre la posibilidad de transformar.....	32
• Sobre el agenciamiento, la tensión, la negociación y su alcance.....	34
• Sobre la emergencia del trauma y la tramitación de la experiencia.....	37
VI.Capítulo II, “Me entregué no más”: La desconfianza a la tradición familiar, la confianza al saber médico.....	39
• Negociación de género: la transformación del relato materno.....	43
• Plan de parto: ¿validación de una forma de parir eurocéntrica y occidental? El parto aymara colonizado como alternativa al parto natural.....	46
• Negociación de género: el violento yugo del habitus médico.....	49
VII.Capítulo III, “No sé si mi testimonio te sirva mucho” El privilegio de un parto respetado como excepción a la norma.....	55
• Sobre la búsqueda de información fuera de la esfera materna.....	68
• Sobre la experiencia diferente como diferencia “inútil” o “incómoda”.....	70
VIII.Conclusiones.....	72
IX.Bibliografía.....	79

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Fig. 1 Perfil de participantes.....	25
Fig. 2 Representación de negociaciones.....	36

RESUMEN:

El análisis de la maternidad, tanto como experiencia o como institución y tecnologías asociadas, ha tenido un amplio desarrollo en la filosofía, antropología y psicología, así como también en el campo del feminismo de la diferencia sexual, de los abordajes feminista sobre la maternidad y los estudios de la maternidad. Paralelamente, las discusiones respecto al habitus médico y su relación con los cuerpos gestantes ha demostrado su inequidad y disparidad, pues no reconoce la singularidad ni subjetividad de la mujer, situándose desde la verticalidad de su saber frente a un cuerpo/objeto de atención. La violencia obstétrica cobra relevancia en esta dinámica, identificándose como parte de la norma en la constitución de la experiencia de parto. Desde estos dos ejes, se discuten las diversas esferas de negociación respecto del proyecto de maternidad y parto, observándose por un lado la distinción y diferenciación propia de la tensión con la genealogía materna, y por otro, la negociación con las tecnologías de la biomedicina del parto, analizando factores de protección y riesgo frente a la posibilidad de trauma por violencia obstétrica.

PALABRAS CLAVE: Parto, Violencia Obstétrica, Tensiones y negociaciones de género, Diferenciación, Referentes

AGRADECIMIENTOS

Adrienne Rich escribió “Nacemos de mujer” ya alejada de los profundos dolores y ansiedades de la maternidad, con temor de hacerlo en primera persona. Lejos de mis partos, habitando mi maternidad aún temprana, tomo un camino intermedio: hablaré del parir, del proyecto de maternidad, mas no me aventuro aun en el análisis del ejercicio de maternar. La consigna de Kate Millet nos invita a reflexionar y exponer nuestra experiencia femenina en primera persona, abriendo el espacio de lo doméstico impuesto, para “entrometernos” - con estruendosa denuncia-, en la mirada pública, como un acto político de agenciamiento. “Lo personal es político”. El volcarse a la propia experiencia, dialogando con la teoría y con otras experiencias, suponen un ejercicio de politización y agencia. En los relatos compartidos y en esos a los que no pude acceder, veo mis propias limitaciones -la mayoría, desde mi privilegiada posición, otras, desde las limitaciones que reconozco como propias de la institución de la maternidad, y otras más, por mis condiciones particulares e individuales que no siempre logro sopesar-. Y decido en este acto, escuchar a otras mujeres, que generosas comparten sus historias de dolor y amor, las recibo con la humildad y ternura que me permite el reconocerme en ellas, y me devuelven agradecimiento por el espacio para contar sus historias, por ser escuchadas amorosamente, cuando la honrada he sido yo, y eternamente agradecida me siento. A ustedes, mi homenaje.

Y escribo con mis pequeños al lado, pillando un momento entre juegos, tareas, fiebres y abrazos, revisitando nuestros tránsitos, cantando sus canciones, regalo de mis compañeras. Mis hijos y ser su madre: mi inspiración, a ellos mi eterna gratitud.

Mujeres madres y no madres han sido fundamentales en mi vida: mi mamá, en quién puedo ver un camino del que me trenzo y suelto, mis amigas y hermana, con sus voces disidentes, sus escuchas y presencia incondicional, su sostén en los momentos en que mis raíces no me afirmaban y el viento era más fuerte que nunca, las mujeres con las que compartí y ya no están, pero sus huellas no se borran, y mis maestras y compañeras, libros abiertos de nutricia, generosa y tierna sabiduría, alentándonos en la tarea de aprender juntas. Patricia, Nata, Sandra, Fran, Cynthia, Mary, Ceci, “MaPaSoNiDo”, Rada, Ro, Marjo y muchas más que me acompañan: Sus nombres son canciones de amor.

Escribo con el sostén de quién se comprometió a hacer de la crianza un ejercicio

compartido, desafiando mandatos de género que con esfuerzo va disipando. Aprendiz tozudo, con quién no disputo la voz ni el silencio, con quién comparto el amor y los desafíos, que me sostiene si lo necesito y se hace a un lado para que yo recorra mi camino. Gracias, Ignacio, por ser el compañero que necesito y quiero a mi lado.

Gracias a las voces presentes: haremos música. Gracias a las voces ausentes: el silencio también habla. La escucha y ternura son y serán mi revolución. Desde ahí, mi compromiso de militancia feminista de resignificación de la maternidad.

I. INTRODUCCIÓN

Sobre la experiencia de la gestación y el parto en Arica.

El parto es una experiencia singular que está lejos de ser considerado como un evento meramente fisiológico, sino que incorpora en su comprensión, el reconocimiento de la experiencia subjetiva en un contexto histórico, social y político específico, que orientará las prácticas y narrativas para su atención. El parto es en sí mismo una experiencia intensa y disruptiva del cuerpo sexuado en femenino que marca la vida de una madre, pues, conlleva una vulnerabilidad intrínseca y una ruptura (Punto, 2019). La experiencia del parto puede constituirse en sí misma como un hito, un ritual de paso, una posibilidad de emergencia y subversión, así como también, un trauma, un duelo, una vulneración radical. En este sentido, cabe plantearse un análisis en dos dimensiones significativas: el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos y las significaciones asociadas al parto, dimensiones que convergen en la mirada del trauma cuando se constituyen asociadas a la precarización de la condición de ser mujer.

Sobre lo primero, se ha abierto la discusión sobre violencia obstétrica con un importante desarrollo teórico tanto a nivel mundial como en la región. Venezuela, Argentina y México fueron países pioneros en reconocer y luego legislar respecto de esta materia, procesos que datan de más 10 años de legislación y de 25 de análisis (Castro, 2014; Bellón, 2015; Castro & Erviti, 2015). Estos dos escenarios ejemplifican una situación que se repite en nuestro país, en la que primero se transita hacia el reconocimiento, hasta dar paso a los intentos de legislación al respecto, para luego permanecer a la espera de su implementación y ejecución.

En Chile existe un debate público respecto de los derechos sexuales y reproductivos desde hace más de una década¹ lo que ha permitido que la observación y visibilización de la violencia obstétrica y que su denuncia haya tomado importante fuerza, puesto que surge la necesidad de abrir las posibilidades de generar nuevos puentes epistémicos que den cuenta del fenómeno en cuestión. Esto se condice con una serie de marcos normativos que han

¹ Por ejemplo, el Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile, OVO Chile, es una fundación que nace de la necesidad de visibilizar temáticas relacionadas a la violencia obstétrica, otorgando apoyo en formación, asesoría jurídica y acompañamiento psicológico a mujeres víctimas de VO. (Somos, rescatado de la página web Ovo Chile, 2022)

enriquecido la postura de parto respetado, entre ellas las recomendaciones emanadas desde la Organización Mundial de la Salud, OMS (2014, 2018) o incluso las guías de atención al parto que dicta el Ministerio de Salud (2015) y el Programa Chile Crece Contigo (2008) cuyas políticas públicas se han aplicado en todo el país. En el caso de la zona norte de Chile, específicamente la ciudad de Arica, sólo recientemente han emergido datos que reflejan cómo se experimenta un proceso gestacional y perinatal desde un enfoque de género y violencia obstétrica, pues la mirada estuvo puesta en la implementación de mayor proximidad a los procesos interculturales para la atención integral del parto, más no en su evaluación y seguimiento. Por lo tanto, no es sino hasta hace poco que la violencia obstétrica toma un carácter conceptual y legislativo que permitiría tomar acción ante prácticas violentas normalizadas en procesos gestacionales y reproductivos con la nueva ley que regula la prevención de violencia obstétrica. En cuanto al marco normativo de esta problemática, se distinguen tres leyes asociadas a la violencia obstétrica que datan de más de 10 años (Observatorio de Violencia Obstétrica, OVO, 2018), y la finalmente en tramitación “Ley Adriana” (Boletín 12.148), que en conjunto con una serie de leyes más (Ley 21.030, 2017 -IVE-; Ley 21.371, 2021–Dominga-; Ley 20.584, Derechos y deberes del paciente -actualización en 2021-, y Ley 21.380, 2021-Mila-, principalmente) contribuirán no sólo concientizar y reconocer la violencia obstétrica como una problemática social y sanitaria, sino tomar acciones al respecto, tanto con medidas de prevención como de posvención desde el marco médico y jurídico. Dicha ley indica un plazo de implementación de 6 meses desde su promulgación, lo que hasta hoy no ha ocurrido.

¿Por qué es necesaria la pronta implementación de esta ley? La situación nacional respecto de las experiencias de violencia obstétrica y violencia ginecológica ha quedado en evidencia con dos importantes instrumentos de investigación: se trata de la primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile, realizada por el Observatorio de Violencia Obstétrica Chile (OVO Chile, 2018) y la Primera Encuesta Nacional sobre violencia ginecológica y Obstétrica, que realiza la Colectiva Contra la Violencia Ginecológica Obstétrica (2020; Espinoza, 2020). Ambas dan cuenta de que cerca del 70% de las mujeres en proceso de gestación y parto ha sufrido violencia obstétrica, y caracterizan las prácticas que suelen ser invisibilizadas por el sistema de atención en salud. La encuesta local

realizada el año 2020 por Madre Nativa² (en prensa) reitera las mismas observaciones que aparecen en las encuestas nacionales, por lo que el escenario respecto de la violencia obstétrica como violencia de género no solo es llamativo, sino una invitación a su abordaje. A su vez, su libro “Para que no le pase a otra, Relato de mujeres que han sufrido Violencia Gineco-Obstétrica en el Hospital Regional de Arica”, publicado en julio de 2022, deja en evidencia que las prácticas que incluyen violencia obstétrica están fuertemente arraigadas en el quehacer médico del único hospital de la región, con relatos recientes y otros de hace más de 20 años.

Estos datos son altamente relevantes al considerar que Chile es uno de los países de Latinoamérica con mayor tasa de intervenciones durante el parto y el mayor en el uso de métodos farmacológicos para no sufrir dolor: mientras la OMS recomienda un máximo de 15% de cesáreas y un 10% de inducciones y episiotomías (OMS, 1985), Chile tiene las tasas más altas en este tipo de intervenciones en todo el continente (Sadler y Rivera, 2015), lo que se evidencia en el último reporte del el Ministerio de Salud para el sistema de salud público en el periodo abril-junio 2021, con un 43,27% de cesáreas por sobre partos, superando incluso el estándar esperado de no más del 30% (Ministerio de Salud, 2021) sin considerar los altísimos niveles alcanzados en el sistema privado de salud ni el total anual. Arica, por su parte, tiene una tasa de natalidad que se traduce en cerca de 3000 nacimientos al año y un 27,4% de estos corresponden a cesárea en el mismo periodo señalado (INE, 2019). Se suma que la situación de Arica tiene una doble peculiaridad: la región cuenta con solo dos establecimientos de salud que disponen de maternidad: el Hospital Juan Noé Crevani, que atiende a la población general (tanto en maternidad, neonatología u otras especialidades médicas), y un segundo centro asistencial privado, la Clínica San José³. Además, los profesionales que se dedican a la atención de partos en el sistema público (hospital) suelen ser los mismos que trabajan en el sistema privado (clínica), con muy pocas alterativas y diferencias en sus protocolos. En este escenario, nos encontramos con un cruce de variables para la atención del parto y violencia obstétrica, con una escasez de oferta que

² Madre Nativa es una ONG ariqueña, conformada por mujeres, que abogan por la protección de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, a través del activismo, la formación y la denuncia. (Página web Madre Nativa, 2022)

³ La Clínica San José de Arica, del Grupo BUPA, es el único establecimiento privado que cuenta con servicio de atención en maternidad. Sin embargo, no cuenta con servicios de subespecialidades médicas de atención (como, por ejemplo, neonatología de urgencia, UCI pediátrica o atención continua de especialistas) ni protocolos específicos de parto intercultural, como sí lo tiene el Hospital.

deja al descubierto que las prácticas de atención variarán no sólo por las condiciones puestas por el escenario, sino posiblemente, por las negociaciones y tensiones que, durante la atención perinatal, se conjuguen. Insgenar (en Belli, 2013), aludiendo al contexto argentino, clarifica muy bien los matices de la atención:

Si bien reconocían que se sentían mal y humilladas, consideraban que eso habitual y que no pueden decir nada ni quejarse porque después tienen que volver al mismo lugar y encontrarse con el mismo personal. Esto marca una absoluta diferencia con quienes tienen la posibilidad económica, sea por gozar de una obra social o sin ella, de elegir y abonar los servicios en centros del sector privado y de la seguridad social. (p. 30)

Si bien la conceptualización de la violencia obstétrica ha tomado lugar en la investigación en todo el mundo, analizando sus orígenes y efectos desde países como Sudáfrica e India hasta diversos países de nuestra región, se observa que gran parte de las investigaciones en el área, en los distintos territorios, toman principalmente las siguientes vías de análisis:

- a) Reconocimiento de la legislación vigente y políticas públicas asociadas al fenómeno de la violencia obstétrica.
- b) El impacto de la violencia obstétrica en el bienestar de la madre o diada, y las narrativas de las mujeres que la han sufrido.
- c) Observación e intervención a los equipos profesionales en miras de la erradicación de la violencia obstétrica.
- d) Recolección de relatos respecto a las experiencias de violencia obstétrica, cruce de datos e información.

Más recientemente, la investigación en el área ha ido incorporando el cruce de variables asociadas a violencia obstétrica y multiculturalidad, migrantes, diferencias entre el sistema de salud público y privado, o el reciente contexto de pandemia entre otras observándose una agudización de la violencia obstétrica en cuanto más condiciones se reúnan (Rivera, 2016; Cáceres-Manrique y Nieves-Cuervo, 2017; Liberona y Mansilla,

2017; Leiva, 2018; Bedoya y Agudelo-Suárez, 2019; Hernández-Garre y De-Maya-Sánchez, 2019; Glombovsky, 2021). En otras palabras, si bien la violencia obstétrica es un evento de muy amplio alcance, afectará con mayor seguridad a los grupos minoritarios, tal y como se discute desde los enfoques interseccionales (Braidotti, 2004; Lugones, 2008; (Expósito, 2013; Segato, 2014; Cubillos, 2015), por lo que resulta importante que el análisis incorpore las distintas dimensiones de violencia, de género y del cruce y negociaciones que se dé entre las variables.

Por otra parte, la discusión respecto de la comprensión de la experiencia de maternidad ha tenido un amplio espacio en la literatura. Desde antes de Simone de Beauvoir o con las reformulaciones del feminismo de la diferencia sexual, la maternidad ha tenido un importante espacio de discusión. La alternancia entre lo público y lo privado, la naturaleza y cultura, la función reguladora de la sociedad, el traspaso de la cultura en el acto de gestar, parir y cuidar, las genealogías de la mujer y maternidad se han discutido ampliamente en la antropología, filosofía y ciencias sociales en general (Irigaray, 1994, 2007; Muraro, 1994, Braidotti, 1999,2004; Portoles, 2005; Moore, 2009; De Beauvoir, 2018, Carrasco, Gavilán, Viguera & Vásquez, 2021). Un ejemplo de esto es el de Dana Raphael, antropóloga médica, que en 1975 acuñó el término *matrescencia* para referirse a la serie de cambios y crisis que surgen en la mujer a partir de la experiencia de convertirse en madre, proceso que no se limita al parto y que resulta de un paralelismo conceptual con la adolescencia.

En este sentido, parte importante de la investigación asociada al momento del parto se centra en los procesos de reproducción de narrativas familiares y culturales asociadas a la gestación, parto y crianza o como se señaló previamente, a levantar relatos en primera persona sobre las vulneraciones experimentadas, recogiendo sus experiencias como sujetas que experimentaron violencia obstétrica. La consideración del contexto cultural también ha sido sujeto de investigaciones (Carrasco, Gavilán, Viguera & Vásquez, 2021, Gavilán, Viguera, Madariaga y Parra, 2017; 2018) incorporando la interculturalidad que ofrecen distintos dispositivos de atención a lo largo del país, desde la sala de parto intercultural (Utsanjam usuña) en el norte de Chile, hasta la inclusión de la cosmovisión mapuche en el sur, con fuertes críticas a la parcelación y ajuste de los saberes culturales, que es su despojo y ajuste a una lógica de atención colonial, no sólo quedan en deuda, sino que

cercenan la experiencia completa, en un “como si” de la experiencia global. En una línea próxima, y asociado al campo de la psicología perinatal, emerge una fuerte investigación sobre factores protectores y de riesgo desde el abordaje del trauma, constituyéndose como vías de intervención de pre y posvención del trauma de la violencia obstétrica.

Incluyendo todas estas miradas, cabe preguntarse ¿Qué tensiones y violencias de género son posibles de evidenciar en el proceso de gestación, parto y posparto inmediato en los dispositivos de salud de la comuna de Arica? y ¿podemos observar características distintivas respecto del abordaje y violencia en dichos dispositivos? El levantamiento de estas observaciones surgirá de las voces de quienes debiesen ser sus protagonistas, las mujeres que gestaron, se atendieron o parieron en Arica, históricamente acalladas por la legitimación de un modelo biomédico occidental que no reconoce en ellas un interlocutor y sujeto agente. Por lo tanto, la discusión respecto de la experiencia de parto debe incluir, necesariamente, una visión sobre las condiciones estructurales en torno a las directrices de abordaje médico tecnocrático hegemónicas en nuestra región, en un contexto sociocultural específico y que integre las expectativas y narrativas asociadas a la crisis vital y de transición que implica el quiebre simbólico de la vivencia de la sexualidad femenina al momento de parir. Responder a la pregunta sobre la observancia de violencia obstétrica, sobre las tensiones de género o sobre la interseccionalidad en un momento presumiblemente hito para la mujer requerirá del esfuerzo permanente de reconocer la historicidad personal y las estrategias y recursos específicos para sobreponerse a las inminentes negociaciones a las que las mujeres se encuentran sujetas, y cómo ese quiebre pueda dar origen o no a una vivencia traumática posterior.

Partiendo de lo esbozado anteriormente, el siguiente trabajo abordará la pregunta respecto a cómo se experimenta el parto desde la mirada de las mujeres que gestaron y parieron en la ciudad de Arica, evidenciando en sus relatos las tensiones y negociaciones a las que están sujetas, no sólo con el habitus médico y su ordenamiento jerárquico y simbólico, muchas veces reconocido como violento, sino también en el tránsito hacia la proyección subjetiva, trenzada con las tensiones de género que suponen la negociación con la genealogía femenina y con las representaciones de la maternidad disponibles (gestación, parto, puerperio y crianza), abordando el análisis en 3 grandes ejes: la representación de la maternidad, la relación con el dispositivo e institución médica (en este caso, gineco-

obstétrica) y las posibilidades de agenciamiento que emergen desde los distintos ámbitos de negociación.

Para abordar (el/la problema/pregunta de investigación) se han formulado los siguientes objetivos:

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar las dimensiones de género y violencia que intervienen en las trayectorias de atención en gestación, parto y postparto inmediato en el sistema de salud de la ciudad de Arica.

Objetivos Específicos:

1. Describir las significaciones respecto del parto y de las dinámicas de poder que se presentan en el proceso de atención gineco-obstétrica perinatal en distintos perfiles de mujeres gestantes, en la ciudad de Arica.
2. Caracterizar las tensiones y negociaciones de género, y toma de decisiones en el proceso de atención gineco-obstétrica perinatal en la ciudad de Arica, en sus distintas dimensiones.
3. Establecer el cruce de violencias y tensiones de género en la atención obstétrica y perinatal en los dispositivos de salud de la ciudad de Arica

III. MARCO TEÓRICO

El análisis de las experiencias en el parto y de la conformación del proyecto inicial de maternidad requiere de la comprensión de sus bases teóricas, filosóficas, epistemológicas y prácticas respecto de la maternidad, cuerpo femenino y la relación que establece con el dispositivo médico. Para eso, se revisará la reivindicación del concepto de la maternidad en algunas de las teorías feministas, la colonización del cuerpo y saber femenino por el dispositivo de atención médica, para analizar finalmente las posibilidades de agenciamiento que emergen desde la experiencia del parto y maternidad, en conjunto con las tensiones y negociaciones de género que devienen de ahí.

Maternidad: su reivindicación desde la diferencia sexual

El borramiento del cuerpo de la mujer que emerge madre en el ejercicio biológico de la maternidad ha impactado en las prácticas actuales respecto de los desarrollos en teoría del apego, desarrollo infantil, atención en parto y puerperio.

En su texto, *El segundo sexo* (2018), la filósofa existencialista francesa Simone de Beauvoir cuyo pensamiento ha sido clave para la emergencia de un feminismo que se aventura más allá de las categorías iniciales de la ilustración, reflexionará y descifrará lo que, desde su punto de vista, constituyen algunas de las más significativas vías de opresión a la mujer: la biología, el psicoanálisis y el materialismo, analizados críticamente desde la posición de poder desde donde sitúan los límites de la experiencia de -ser- mujer. Dedicará, además, un capítulo especialmente a denunciar la maternidad como una cadena particularmente sensible en el entramado de la opresión.

Dice Simone de Beauvoir: “Todo el organismo de la hembra está adaptado a la servidumbre de la maternidad y es dirigido por ella” (2018, p. 28), exponiendo detalladamente cómo el parto y la maternidad implican riesgo, desgaste, deformación, envejecimiento. La forma en que se aproxima a la maternidad nos indica que, para ella, se trata de una situación aberrante, indeseable, opresora y perjudicial. Rechaza igualmente la posibilidad de que aquella se forje como destino de libertad, pues es sería una herramienta patriarcal para sujetar, desde la biología a la cultura, a la mujer. La mujer queda “sujeta”, pero no es -ni se hace- “sujeto” en la maternidad:

¿La mujer? Es muy sencillo, afirman los aficionados a las fórmulas simples: es una

matriz, un ovario; es una hembra: basta esta palabra para definirla (...) El término ‘hembra’ es peyorativo, no porque enraíce a la mujer en la Naturaleza, sino porque la confina en su sexo. (Beauvoir, 2018, p.35)

En este sentido, el sexo biológico como confinamiento se marca en oposición a la libertad anhelada, más aun considerando que la función reproductora se somete a la voluntad. Las tecnologías de control de natalidad, de aborto (aunque en condiciones de clandestinidad o de abuso de poder, reflexiones que también incorpora) y de fecundidad asistida cercan el espacio del azar, trazando la voluntad una vía aún más posible en el ejercicio de la maternidad. ¡Qué fuerza tiene el llamado feminista “la maternidad será deseada o no será” desde acá! Si la maternidad (como ejercicio inicial de gestar y procrear) puede ser controlada a voluntad, si la maternidad somete al cuerpo a aberraciones físicas, si la maternidad despoja a la mujer de lugar social y reafirma su lugar supeditado a lo privado, a lo excluido y refuerza su contraste como “Otro” ¿cómo sería posible reivindicarla como un espacio de emancipación, como proyecto de subjetivación, como una forma de existencia no fuera -o en el mejor caso, en- de los márgenes?

Si la carne es pura inercia, no puede encarnar, ni siquiera bajo una forma degradada, la trascendencia; es pereza y tedio, pero, desde que germina, se hace cepa, fuente flor; se supera es movimiento hacia el porvenir al mismo tiempo que una presencia densa (...) Ya no es un objeto sometido a un sujeto; tampoco es un sujeto angustiado por su libertad, sino esa realidad equívoca que se llama vida. Por fin su cuerpo es de ella, puesto que es del hijo que le pertenece. La sociedad le reconoce su posesión y la reviste, además, de un carácter sagrado (...) Enajenada en su cuerpo y en su dignidad social, la madre tiene la sosegadora ilusión de sentirse un ser en sí misma, un valor perfectamente logrado. Pero es sólo una ilusión. Porque ella no hace verdaderamente al niño: éste se hace en ella; su carne engendra solamente carne: es incapaz de fundar una existencia que tendrá que fundamentarse a sí misma. (p. 480-481)

Sin lugar a duda, para Simone de Beauvoir no es posible pensar en un proyecto femenino bajo la condición de existir en relación con otro, desde la plena expresión de su corporalidad, pues la corporalidad no es libre ni voluntariosa. El proyecto de sujeto emerge, entonces, desde el despojo y renuncia (si es posible) de aquello que frena la voluntad, y la materialidad del cuerpo de la mujer en tanto gestante y luego madre, la supedita a la voluntad de otro, sea otro cuerpo (de bebé), de otro-hombre, de otro-madre, mas no de ella. Será la ilusión de elección y libertad la que sostiene su permanencia.

A diferencia de Beauvoir, Irigaray explora a partir de *Espéculo de la otra mujer* (1985), su tesis doctoral, la sexualidad femenina desde su reivindicación. La crítica al psicoanálisis, especialmente a la obra de Lacan y Freud, se presenta como examen de los fundamentos de base que sostienen una anulación de lo femenino y la diferencia sexual desde el lenguaje en adelante, construyendo sobre esta base, toda su teoría. El cuerpo femenino se anula en tanto no merece espacio en la definición de sujeto o, a lo sumo, se le considera desde la falta, la incompletud y deseo de semejanza a lo masculino hegemónico. Lo femenino es por su falta de masculino, y se completa en el deseo de poseerlo. No hay cabida a un deseo distinto, a un proyecto distinto ni a una consideración completa: “lo femenino es siempre descrito como defecto y atrofia, reverso del único sexo que monopoliza, el sexo masculino” (Irigaray, en Sánchez, 2015). Siendo así, la propuesta de Irigaray pretende desmarcarse de la lógica psicoanalista falogocéntrica, reivindicando lo femenino en la diferencia sexual: cuerpo sexuado completo, proyecto y deseo autónomos, no al servicio del hombre sino como un valor en sí mismo, lo femenino en sí mismo, con mayor alcance -como el que sí goza el hombre- que su inmediatez e identidad natural, ser mujer como la flor mirada por Buda (Irigaray, 1994, 2007; Sánchez, 2015; Tort, 2016). Y si los pensadores a quienes le habla figuraban un sujeto neutro, entonces Irigaray expone la evidencia de que la mujer queda en un espacio abstracto, fantasmagórico: “Todavía carecemos de un código civil referente a las personas reales, y ante todo las mujeres y los hombres” (Irigaray, 1994, p. 38). Por otra parte, Rosi Braidotti (2004) busca reivindicar la diferencia sexual, desde la materialidad que ofrecen los cuerpos sexuados tanto desde un lenguaje que no lo desprecie, sino que resalte su valor, pero también como proyecto desde el cual emerge la posibilidad de sujeto. Rosi Braidotti expone y amplía los conceptos de Luce Irigaray y del feminismo de la diferencia sexual, insistiendo en el desarrollo de la

propuesta de Irigaray respecto del falogocentrismo, que centra el análisis en las construcciones teóricas que proponen una lógica en la que se excluye el cuerpo de la mujer. La propuesta de Braidotti es que las distinciones son categorías que emergen desde una localización específica, la que, reconocida conscientemente, nos permite visibilizar las dicotomías analíticas puestas en un contexto específico de relaciones. La posibilidad de un lenguaje que realce positivamente estas diferencias no esgrime ni necesariamente se aleja de la dicotomía, pero ofrece la posibilidad reivindicativa del lugar donde se posiciona el sujeto en la relación (no necesariamente al margen y excluido). La maternidad, entonces, podría tener una narrativa distinta.

Importante advertencia hace también Luce Irigaray: lo femenino no es equivalente a la maternidad, y la función materna, puesto en abstracto, no es sinónimo de mujer. La mujer queda borroneada en un deseo abstracto, impuesto, no singular. La mujer madre o la mujer familia emerge como función universal, y el amor se representa en disonancia como el amor masculino: ella ama desde la función abstracta a la familia abstracta, del deber abstracto, su singularidad y deseo se borra en el ejercicio de ser madre: “allí donde ella esperaba como una identidad que debía realizar, sólo encuentra el sacrificio de sí” (Irigaray, 1994, p. 45). El amor, el amor de madre, se sitúa trampa y deseo falaz, de singularidad.

Julia Kristeva (1986) en resonancia, plantea:

Sin lugar a dudas, somos sujetos permanentes de una palabra que nos sujeta. Pero sujetos en proceso, perdiendo a cada instante nuestra identidad, desestabilizados por las fluctuaciones de esa misma relación con el otro que presenta sin embargo cierta homeostasis que nos mantiene unificados. (p. 23)

En este sentido, la diferenciación sexual sería también reconocida dentro de los márgenes culturales desde los que se representa su posibilidad. La gramática de la mujer madre en el contexto judeo cristiano se aproxima a la figura de la virgen María: mujer que es madre sin deseo propio, que atestigua la universalidad sufriente al servicio de la emancipación masculina, cuyo propósito sólo tiene consonancia como medio para el fin de éste. A la mujer virgen no se le reconoce singularidad, deseo propio, ni siquiera goce. Y si ese es uno de los marcos iniciales de debate, si el concepto de madre o la experiencia de la maternidad se juega en esa localización específica, cabe preguntarse si no hay también

lógicas neoliberales que adoptan formas ilusorias de libertad y diferencia que se trasponen una sobre otra en la actualidad.

La reproducción y el parto, como condiciones biológicas de la mujer han sido igualmente borroneadas y apropiadas simbólicamente por el saber masculino. El “parto filosófico”, como aquel que deviene de la posibilidad del pensamiento libre de cuerpo se posiciona con superioridad y anula en su representación al parto biológico, oscurecido en el discurso (Campagnoli, 2007, p.33): “El parto del cuerpo, femenino, debe permanecer oculto velando su potencialidad. El parto del alma, masculino, se hace público, abre el diálogo, instituye democracia”.

¿Cómo es posible desear la maternidad cuando se sujeta necesariamente el deseo a la cultura dominante?, ¿cómo se puede experimentar la maternidad, cuando se le despoja del cuerpo singular que la encarna?, ¿cómo se puede reivindicar la maternidad como espacio y lugar de emergencia del sujeto, si los discursos la pervierten o la ensalzan contraviniéndose mutuamente? El esfuerzo de las genealogías femeninas, desde la fuerza del feminismo de la diferencia sexual, nos aporta importante clave:

Reposicionar a la madre en el origen, restaurar a la mujer en ese lugar, habilita la posibilidad de mirar hacia atrás y reconocerse en la cultura a través de una presencia, del mismo modo que posibilita la identificación con una otra mujer, para proyectar un estilo de vida a futuro (Muraro, 1999). En consecuencia, una genealogía femenina implica un doble reconocimiento de la madre: en sentido filial y en sentido simbólico. En sentido filial, reconocer a nuestra madre conlleva aceptar que "nacemos de una mujer" (Rich, 1986). De aquí deriva el aceptarse como mujer y aceptar a las mujeres. Esto posibilita el abandono de la enemistad intragénero y apaciguamiento de la tarea de tener que probar permanentemente que se es inteligente. En sentido simbólico, se abre la posibilidad filosófica de legitimarse como seres pensantes; autorizar la palabra de la otra y volverse audible una misma. En consecuencia, poder reconocerle a otra mujer el estatuto de filósofa es una

manera de habilitarse a sí misma. (Campagnoli, 2007, p. 35)

Tanto Luisa Muraro, en “El orden simbólico de la madre” (1994) como Adrienne Rich, en “Nacemos de mujer” (2019) van a localizar las genealogías femeninas en la reivindicación el lugar de la madre dentro de las categorías del análisis de la diferencia sexual, contraviniendo las lógicas patriarcales de los sistemas de relación y poder. Muraro, además, incorporará la dimensión de la relación entre madre e hija y su interlocución, concreta y específica, corporeizada, como estructura fundamental a la hora de analizar las dinámicas de poder, estando al centro el cuidado y el amor como política, el reconocimiento mutuo y mutua dependencia. Ahora bien, la reivindicación de la localización materna en la genealogía simbólica que propone la autora, que no tensiona necesariamente los mecanismos de control del orden patriarcal, quedando sujeta a la reproducción de sus mandatos, grieta por la que se insertan las tecnologías de la maternidad que despolitizan, nuevamente, al sujeto madre, encajonándola en los estereotipos de “buena madre”, bajo las lógicas de obediencia y posición privada (Kristeva, 1986; Giallorenzi, 2017)

Rich, por su parte, explorará dos dimensiones de la maternidad: como experiencia y como institución, siendo la primera una experiencia única, singular y compartida, reconociendo los condicionamientos, adoctrinamientos, roles e imposiciones, y la segunda la denuncia al orden patriarcal que no se desarticula en tanto institucionaliza (devuelve el estado abstracto y conceptual, descorporeizado) a la primera, articulándola bajo un conjunto de normas y controles asociadas a las funciones de la familia y la “labor” de las mujeres en ella. En esta línea, y en un escenario actual, Esther Vivas, enumera los diversos desafíos contextuales en los que se configura la posibilidad de gestar y maternar, entendiendo que si bien el primer se inserta en la disposición biológica, el segundo emerge como acto de cuidado enmarcado en un contexto de demandas culturales específicas, y que dichas tensiones entre demandas simultáneas a la operación simbólica y concreta de mujer, delimitan las condiciones de gestación y maternaje (Molina, 2006; Vivas, 2021) desde la doble exigencia a la mujer de gestar como deber social y de aplazar la gestación como ajuste a la sociedad de la producción neocapitalista, obviando la temporalidad a la que está sujeta la posibilidad concreta de engendrar y bajo la ilusa forma de la libertad biológica altamente tecnologizada, hasta las barreras legales, culturales e incluso de acceso para

cumplir con ambas demandas, sosteniendo un discurso ambiguo y contradictorio respecto de la maternidad, que se exige y se castiga en igual medida.

Colonización del cuerpo de mujer, del saber en cuerpo de mujer. Modelo biomédico y violencia obstétrica.

Kate Millet, en su texto “Política sexual” (1995, p. 68) define y entiende por política “el conjunto de relaciones y compromisos estructurados de acuerdo con el poder, en virtud de los cuales un grupo de personas queda bajo el control de otro grupo”. A partir de esta premisa, comprenderemos que las relaciones establecidas desde las tecnologías de la maternidad, y especialmente en la atención al parto (gestación y puerperio) se enmarcan en una lógica de poder donde se posiciona el saber biomédico como estructurante de la experiencia del parto, por sobre la legitimidad de los relatos y significaciones que la mujer - mujeres- gestante pueda atribuirle.

La colonialización del cuerpo de las mujeres y de sus procesos (Lugones, 2008; Segato, 2014) ha sido objeto de estudio desde múltiples miradas, con análisis que van en la línea del poder, la subordinación y la bioética (Foucault, 1990; Serrano, 2002; Castro & Ervital, 2015), el antropocentrismo en las ciencias (cuestionado desde los paradigmas epistemológicos feministas, como Harding (1987, 2004), Haraway (1988), entre otras), la lógica de las relaciones de género tanto en la sociología, antropología y psicología, etc. En este sentido, el proceso reproductivo, la sexualidad femenina y específicamente el parto como posiblemente uno de los eventos más significativos del ciclo sexual femenino, también ha sido objeto de conquista, en este caso, de los saberes biomédicos que surgen a mediados del siglo XIX, producto de los procesos de tecnificación y políticas higienistas, cuya dirección ha tenido como importante consecuencia la subordinación de la mujer y su protagonismo en relación a los profesionales de salud, fortaleciendo un modelo médico hegemónico, donde la intervención la realiza y dirige un profesional (hombre, en la mayoría de los casos) hacia el cuerpo objeto mujer, despojándola no sólo de su protagonismo, sino de sus saberes ancestrales, sus redes de apoyo y de otras mujeres experimentadas, pasando del escenario íntimo y familiar a ser un asunto de salud pública en el marco clínico hospitalario (Obach y Sadler, 2009; Belli, 2013; Castro, 2014, 2015). En

otras palabras:

La negación del beneficio de prácticas y saberes tradicionales relativos al parto coloca a los profesionales de la salud cómo los únicos autorizados a intervenir en el cuerpo de las mujeres. La asimetría médico-paciente, entonces, se arraiga en las prácticas sociales. A su vez, la institucionalización de los procesos reproductivos desplaza a la mujer del rol protagónico en su propio embarazo, en el momento del parto e incluso durante el puerperio, lugar que pasa a ser ocupado por la autoridad del saber profesional. (Belli, 2013, p.27)

De esta manera, el escenario médico tecnocrático de aproximación a los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres se encuentra atravesado por múltiples dimensiones de violencia, tanto en el registro simbólico, como fáctico, quedando en evidencia incluso en la invisibilización de prácticas (físicas, psicológicas, sociales) que atentan directamente contra el bienestar de la mujer y la diada madre-hijo. En este sentido, se considera que la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos fundamentales, pues al ser ésta una forma de violencia de género cabe dentro de los mismos parámetros que la Convención Belem do Pará establece como marcos políticos de acción de erradicación de la violencia hacia las mujeres⁴.

Podemos trazar la introducción masculina en las áreas del saber que tradicionalmente eran femeninas desde dos puntos de vista: las primeras discusiones feministas y los estudios de la mujer respecto a los binomios público/privado o naturaleza/cultura entre otros, que intentan desmitificar el lugar de subyugación “original” de la mujer y las discusiones respecto de dicho anclaje (Millet, 1995; Femenías, 2000; Portolés, 2005; Moore, 2009) y que sitúan y refuerzan el alegato médico del control de los procesos sexuales y reproductivos mediante su tecnología higienista y, eminentemente masculina, en conjunto con las propuestas foucaultianas respecto del biopoder y la consecuente tradición médico-tecnocrática de occidente que ha reforzado los valores de objetividad, homogeneidad (con el cuerpo masculino como referente) y neutralidad, ampliamente cuestionados por las epistemologías feministas (Arrieta, 2018), puesto que,

⁴ OEA. (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

como Bellón (2015, p. 95) señala, “en las sociedades donde los valores patriarcales imperan, el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres se convierte en un aspecto clave para el mantenimiento de las mujeres en una posición subordinada”; como también podríamos situarnos en el registro de la evolución histórica y antropológica de la construcción del modelo médico occidental hegemónico, habitado por hombres, dada la validación del espacio académico para formación en áreas de la salud y del cuidado abierto exclusivamente, al menos en su inicio, a hombres. La figura de la matrona, la partera o los saberes respecto de su propio cuerpo en la mujer fueron progresivamente deslegitimados y subordinados, por darle valor a la posición del saber masculino dominante, disciplinar:

En efecto, lo que está en juego en el campo médico es el predominio de un grupo — la profesión médica— sobre el resto de las ocupaciones paramédicas y los usuarios de servicios de salud. Un predominio entendido como la capacidad de imponer y monopolizar los esquemas “legítimos” de percepción y apreciación de la realidad dentro del ámbito de la salud y la enfermedad, así como las reglas de operación, acreditación y evaluación de los diversos actores del campo (Castro, 2015, p. 47)

Las actuales corrientes en relación con el parto humanizado (de las cuales Michel Odent es principal referente) se contraponen con la visión hegemónica del saber médico al respecto. El parto respetado, humanizado, o mamífero (Odent, 2009) no sólo interpela al sistema de atención puesto en escena, sino a los cimientos teóricos y antropológicos en donde se sitúan las dimensiones de género, poder y jerarquía de la medicina occidental. En este sentido, cabe incorporar la evidencia respecto de las diferencias, cruces o dentro del campo médico con la incorporación de la perspectiva de género no sólo en el enfoque de atención, sino de formación. Sin embargo, aunque la pregunta queda instalada con curiosidad, no cabe dentro de este estudio su análisis, pues se situará en el centro de atención, la experiencia de las históricamente invisibilizadas y despolitizadas en esta dinámica de poder: la experiencia de la mujer gestante.

A pesar de lo discutido, cabe una precisión más. Tanto la discusión respecto de las genealogías de la maternidad, las tecnologías de la maternidad y la biomedicina, se

disponen, hasta ahora, desde el reconocimiento de *la* mujer, es decir, como un sujeto universal que no reconoce distinciones que deben ser reconocidas nuevamente desde los aportes interseccionales. En este sentido, precisar que la discusión entre las tecnologías de control médico-obstétrico o de relevar el espacio de la mujer como protagonista de su experiencia de parto queda amparada en la desconsideración de otras formas de opresión posibles: a saber, introducción de tecnologías y discusiones en espacios culturales y simbólicamente disonantes como, en el caso específico, la cosmovisión aimara. La idea y propuesta de política pública de parto intercultural en la zona norte de Chile reproduce la intrusión violenta de la colonización en el orden simbólico, haciendo del parto en condiciones de hospitalización en servicio médico un “como sí”, parcializado y disgregado de la experiencia global de la gestación y maternidad (Valdivia, 2006; Gregory Davis, 2012 Segato, 2014). Esta consideración deberá sostenerse en permanente tensión con los nuevos aportes de las prácticas “humanizadas” de atención al parto, que podrían suponer, de igual manera, una contradicción en sí misma, incluso si de abordaje de violencia obstétrica se trata.

Sobre los procesos sexuales y reproductivos como posibilidad de tensión y contradicción de los mandatos de género, vía de agenciamiento y subversión.

¿Cómo, y desde qué lugar, se define la violencia (en este caso específico, obstétrica)? Castrillo (2016, p. 46) propone tres ejes que abren la discusión hacia la legitimación del discurso de la violencia obstétrica: “legislativas/de políticas públicas, las académicas y las “nativas” /subjetivas”. Detalla que desde el eje de las acciones legislativas y de políticas públicas, la OMS, por ejemplo, advierte condiciones que categorizan la violencia obstétrica, mientras que en el eje de la discusión académica el punto de partida es la comprensión de las dinámicas de poder (de género y salud) que asientan sistemas de violencia. Finalmente, desde la sociedad civil se constituyen definiciones que tensan, provocan y/o amplían en mutualidad con las anteriores, los constructos alcanzados, y agrega: “No hay definición estática; la violencia es un concepto social e históricamente cambiante en relación a las posiciones de poder de los sujetos involucrados, sus posiciones estructurales y las definiciones de lo legítimo” (Castrillo, 2016, p. 48). En el consenso y

tensión entre estas dimensiones, se puede caracterizar aquello que se constituye como violento. Sin embargo, el fenómeno está repleto de hechos que se viven en la privacidad de una institución sanitaria que cuida rigurosamente los procesos donde se ejerce el control de los cuerpos patologizados (Foucault, 1990), caracterizado por la clausura ante el otro (la otra, “paciente”, “usuaria”, mujer gestante) subyugado.

Situados desde aquí, la legitimación respecto de las prácticas de violencia obstétrica no puede sino venir de las narrativas, significaciones y relatos de las propias mujeres protagonistas de su proceso sexual y reproductivo, recuperando su capacidad de agenciamiento y subversión. El movimiento feminista se ha encargado de llevar estas discusiones al espacio público, reivindicando los derechos de las mujeres y sus nuevas significaciones en la actualidad. En este sentido entendemos el parto como una práctica social corporeizada, sobre él cae una estructura que subyuga a los cuerpos sexuados femeninos lo que desencadena una serie de eventos que atentan contra los derechos reproductivos de las mujeres. Esta capacidad de producir una objetivación conceptual de esas prácticas “deja abierta la posibilidad para la autorreflexión y para comprender las implicaciones de las posibilidades del agenciamiento” (Mora, 2009, p. 20) y la transformación de sus subjetividades. Finalmente, comprenderemos el proceso de agenciamiento como la capacidad de las personas (en ese caso, gestantes y puérperas) de introducir nuevas significaciones en el marco de un proceso de autoconcepto y autovaloración como respuesta a las estructuras de dominación, y que se va consolidando desde el reconocimiento personal y colectivo.

La gestación y, más específicamente, el parto como un evento sexuado de cuerpos feminizados, se posiciona como un momento de tensión para la genealogía de la representación mujer, pudiendo reproducirse en este evento, los valores patriarcales y de dominación, reforzando estereotipos de género en donde la mujer se ve subyugada y relegada al lugar del otro, o por el contrario, emanciparse como un territorio de resistencia y denuncia en la agencia de las mujeres que se auto-re-conocen como protagonistas y gestoras.

Rosi Braidotti, siguiendo a Luce Irigaray, propone que la diferencia sexual proporciona la anatomía política de las estructuras profundas del falogocentrismo, que se define intrínsecamente masculino, universalmente blanco, y

compulsivamente heterosexual. No obstante, creo que encierra lo femenino bajo un doble vínculo: por un lado, glorifica los poderes de la maternidad como precondición para legitimar la subjetividad femenina pero, por otro lado, subraya el hecho de que el matricidio es el fundamento del contrato psicosocial masculino. El falogocentrismo es, de hecho, La Ley del Padre, y confina a la madre -y a la femineidad- a la insignificancia simbólica. La resistencia feminista al falogocentrismo, consecuentemente, adopta la forma de una reaparición de lo materno como el lugar de la legitimación de las genealogías centradas en la mujer. Irigaray sostiene que estas contra-genealogías son el punto de partida de un sistema simbólico femenino alternativo. (1999, p. 12)

Desde este punto de vista, la invitación a la reapropiación de los procesos sexuales reproductivos (y no reproductivos) en un marco contextual y cultural específico, marcarían un giro relacional y de significados que pudiesen transformar las representaciones de lo femenino en contraposición con la hegemonía masculina, dominancia que se consolida materialmente en las dimensiones de violencia que cruzan en estos mismos procesos. En este sentido, es importante señalar que la visibilización de las prácticas de sostenimiento de opresión sobre el cuerpo de las mujeres desde un modelo médico, tecnocrático y patologizante de los procesos sexuales y reproductivos, y su confrontación en el escenario público, no sólo abre paso al agenciamiento de dicho colectivo, sino que denuncia la naturalización de sus prácticas y tensiona o revierte la posición de subyugación, delatando las dinámicas de violencia de género y, más específicamente, de violencia obstétrica. En otras palabras, al declarar socialmente las vulnerabilidades del parto, lo confrontan con su aspecto público y político, promoviendo la posibilidad de agenciamiento de las mujeres. La naturalización, olvido y silencio de las experiencias sufridas del parto, materializan y reproducen las violentas prácticas que suceden una institución sanitaria, y al reflexionar estas experiencias desde las subjetividades femeninas, se puede llegar a dar cuenta de las subordinaciones y las violencias de las que son víctimas (Butler, 1998, 2004, 2007; Braidotti, 1999, 2018). Ante esto, Laura Gutman menciona que,

Cada vez que una mujer tiene la valentía de relatar el maltrato durante el parto, adquiriendo conciencia de lo vivido, se produce una avalancha en sus recuerdos. Allí con asombro, cada una constata, todo lo que no se atrevió a decir, lo que no pudo pedir, lo que no exigió, lo que no supo. (Gutman, 2004, p. 42).

El recordar y narrar con un testigo emocionalmente disponible, capaz de mediatizar la experiencia corporal en símbolos del lenguaje, que permite la emergencia de la singularidad, se sitúa como ejercicio reparatorio de la experiencia vulnerada (Miller, 2010; Arendt, 2020). La identidad se completa en el ejercicio de ser-con-otro que en su mirada reivindica y devuelve, paradójicamente, su posición subjetiva (Winnicott, 2005; Butler, 2018, 2020). En ese sentido, el hablar con otras mujeres, multiplicar *affidamento* desde el reconocimiento de las violencias, podría abrirse como posibilidad de renegociación de las tecnologías patriarcales de opresión a la maternidad desde su sexualidad.

En síntesis, a partir de estos tres grandes ejes (reivindicación del lugar de la maternidad, relación con el dispositivo médico y posibilidad de agenciamiento), se analizarán las distintas dimensiones desde las que evidencian negociaciones y tensiones de género relacionadas al momento de la gestación, parto y postparto.

IV. MARCO METODOLÓGICO

La presente investigación se propuso explorar un fenómeno recurrente, como es la experiencia del parto, desde la mirada subjetiva de sus protagonistas: mujeres que han gestado o parido en la ciudad de Arica. Inicialmente, se consideró que era relevante situar en un periodo de tiempo específico la exploración, considerando para esto que la experiencia tuviese lugar entre 2018 y 2022, sin embargo, si bien todas las participantes respondieron a ese criterio, hubo algunas que ya tenían experiencias previas que también se decide incluir como parte de su relato y transformación.

El proyecto tiene un enfoque metodológico cualitativo exploratorio, y en su diseño se entrecruzaron elementos de la Investigación Narrativa (Contrusi, 2000; Coffey y Atkinson, 2005; Cardona y Salgado, 2015) que pone el foco en las experiencias vividas desde un aspecto fenomenológico, de la Teoría Fundamentada como “un proceso metódico, sistemático e interpretativo, propio del paradigma cualitativo” (Bonilla-García, M; López-Suárez, A. 2016 p. 306) y de la autoetnografía pues “a través de ella, también intentamos hacer posible estilos narrativos caracterizados por una interpretación exigente de la práctica de los conocimientos situados y una redefinición de la frontera público/privado. Una práctica que difumina la distinción clásica entre sujeto y objeto de investigación” (Fernández Garrido, 2019, p.23). La autoetnografía contempla la inmersión total o la participación completa de la sujeta investigadora dentro de su foco de investigación, invitando a la colaboración horizontal, pero con un ofrecimiento técnico que difiere en la responsabilidad respecto a los propios objetivos de la investigación. Sumado a esto, la implicación, como técnica y metodología de estudio y análisis, se suma a la propuesta, desafiando el orden jerárquico y otorgando un reordenamiento de las dimensiones y dinámicas de poder, pues es la experiencia subjetiva narrada la que centraliza la organización del análisis: la implicación, en este caso, sirve de puente y tensión al orden hegemónico que se pretende visualizar (Hernández, 2006), siendo la experiencia de la investigadora la pregunta que da inicio a la reflexión, como un par y reflejo entre las participantes, al mismo tiempo en que el protagonismo queda situado en ellas. La topología de la alteridad se desafía, a la vez que la investigadora es a su vez, parte y contraparte de los relatos analizados, movilizándolo y siendo movilizadora en el encuentro. Asimismo, se

refuerza la disonancia y distinción citando los relatos de las participantes en cursiva, a modo de representar estéticamente una posición diferencial, mientras que mi propia experiencia aparecerá -estéticamente- en un lugar intermedio entre la referencia teórica y los relatos de las participantes.

Finalmente, los aportes del marco fenomenológico para la comprensión del problema también serán incluidos dentro del diseño, pues “intenta explicar la manera mundana en que los agentes sociales constituyen la realidad social por medio del lenguaje, del gesto y de todo tipo de signos sociales simbólicos” (Butler, 1998, p.296), con un giro feminista y performático en la construcción del género mediante significado y negociaciones del poder, como Butler señala. Se agrega el aporte, tanto a nivel conceptual como metodológico, del Enfoque Interseccional (Braidotti, 2004; Lugones, 2008; Expósito, 2013; Segato, 2014; Cubillos, 2015) ya que permite co-construir la realidad con otras estructuras sociales: género, sexualidad, raza, nacionalidad, clase social, etc., y no silenciar discursos o subjetividades subordinadas que puedan estar resignificando a las estructuras dominantes, de esta manera se evita pasar por alto todas las formas de opresión; caer en dinámicas jerárquicas o la atonicidad del sujeto cognoscente que el mismo feminismo critica. En este sentido los conceptos de la colonialidad del género (Lugones, 2008) y conocimientos situados (Haraway, 1988), invitan a ver cómo se construye la realidad a partir de diferentes cruces que no son homologables para todas las personas, lo cual influye en la interpretación de la realidad que vamos a estudiar y también replantear el cómo se hace investigación feminista desde un punto metodológico y epistemológico, es decir, nos situamos desde las experiencias de los grupos marginados, donde la experiencia en sí misma de dichos grupos, ha sido históricamente negada (Harding, 1987, 2004). Este cruce metodológico-teórico permite estudiar el fenómeno en profundidad proponiendo diferentes espacios de reflexividad para abordar el objeto de estudio y a la vez proponer un modelo metodológico novedoso y rico en perspectivas de análisis de datos.

Las participantes representaron una muestra de casos voluntarios o autoseleccionadas, que dio lugar a una muestra intensiva en cadena. El llamado inicial consideró a mujeres gestantes y/o púerperas, mayores de 18 años, cuya atención gineco-obstétrica y parto se haya realizado en la ciudad de Arica, en un rango de 0 a 5 años del parto al momento de la entrevista (es decir, desde 2018 a la fecha). Si bien al momento del

llamado accedieron a participar más de 15 mujeres, sólo pudieron concretarse 9 entrevistas y un relato escrito, situación que responde no sólo a las diversas demandas propias de los cuidados que las mujeres experimentaban (que se expresaban en la dificultad para coordinar un espacio de encuentro a la vez que debían responder a las necesidades de sus hijos), sino también a que varias mostraron un interés inicial por la propuesta, pero declinaron prontamente, dado el impacto que supuso reeditar sus partos.

El llamado a participar se realizó de diversas formas: en un primer momento, se compartió información sobre la investigación en curso por medio de redes sociales y en grupos de madres locales. Paralelamente, se solicita apoyo en la difusión a organismos públicos y privados que se vinculan cotidianamente o a las que tienen acceso las mujeres del perfil de participantes, por ejemplo: ONG Madre Nativa, universidades y centros educativos, profesionales de salud, agentes sociales, etc. Finalmente, se realizaron talleres en jardines infantiles y de la red Junji con el doble fin de apoyar las gestiones de los establecimientos, y a la vez conectar y contactar a futuras participantes. Se destaca que, de todas, la metodología de bola de nieve fue, finalmente, la más amplia y efectiva a la hora de concretar los encuentros.

Los plazos estimados para la selección de la muestra inicialmente se suponían relevantes, en tanto que el año 2018 marca un hito en la atención en salud, específicamente, en el Hospital Regional de Arica, pues a partir de ese año se comenzó a limitar progresivamente el acceso a la atención personalizada (hospitalización en área de pensionado y elección de equipo médico tratante), para dar paso a una única opción de atención (maternidad en sala común y con atención de equipo de urgencias o de turno, no siempre coincidente con equipo tratante) y luego sumar las restricciones del contexto sanitario por COVID-19 (Oficio ordinario 5678, 2022, Hospital Regional Juan Noé Crevani) A pesar de esto, muchas participantes contaban con experiencias previas a la fecha inicial, además de alguna dentro del rango, experiencias que se incorporan en el análisis como tan o más relevantes que las siguientes.

Bajo esas condiciones iniciales, se caracterizaron distintos perfiles según origen, edad al momento del parto, cantidad de partos previos, riesgo obstétrico, nivel socioeconómico y académico alcanzado, con o sin reconocimiento de prácticas de violencia obstétrica, parto en condiciones de pandemia o prepandemia, etc., reconociendo la

emergencia de dimensiones diversas que pudiesen o no impactar en las dinámicas que se pretenden observar. Entre las características más relevantes al inicio, se destacan:

Perfil de Participantes	
Participantes iniciales (con primer contacto establecido)	<15
Participantes entrevistadas	10
Origen	Ariqueñas (4) Chilenas no ariqueñas (5) No chilena (1)
Nivel académico alcanzado	Profesional
Cantidad de partos	Sin hijos: 1 Uno: 3 Dos o más: 6
Duelo perinatal	3
Edad a la gestación	Tardío/de alto riesgo: 2 Adolescente o temprano: 2
Alto riesgo (excluyente edad)	3
Dónde fueron las atenciones/parto	Parto en Hospital: 6 Parto en Clínica: 4 Controles en Cesfam: 2 Controles privados: 5 Policlínico Alto Riesgo Obstétrico: 3
Condiciones del parto	Experiencia de parto en pandemia: 5 Experiencia de parto prepandemia: 7
Observación violencia obstétrica	VO directa y traumática en parto: 3 VO directa y traumática en pre o posparto: 2 VO vicaria: 2 Sin percepción de VO: 3

Tabla 1: Perfil de Participantes
Fuente: Elaboración Propia

Dentro de las técnicas de recolección de datos, se plantea la utilización de las siguientes estrategias (Hernández, Fernández & Baptista, 2014):

1. Entrevistas semiestructuradas individuales, dirigidas a la co-construcción de significado respecto del tema a abordar, a partir de la exploración de la narrativa individual y colectiva. La entrevista permite la emergencia de co-construcciones simbólicas en la mutua afectación de los intervinientes. En esta línea, los aportes de la autoetnografía serán centrales para observar la dirección y participación de mutua afectación (Pons & Guerrero, 2018; Fernández-Garrido & Alegre-Agís, 2019; Silvia & Calva, 2019). El rol del

investigador será el de portador de marcos referenciales, reconociendo en los sujetos de estudios su capacidad de agencia y que sus saberes, que entran en diálogo de mutua experiencia significativa, en la co-construcción de conocimiento (Harding, 2004). Desde esta perspectiva tanto el rescate de la capacidad de agenciamiento, de los saberes propios y del estatus de sujeto (y no objeto) de investigación, permiten un encuentro de mutuo reconocimiento. La entrevista se orientó a la exploración en tres campos de la experiencia: i) Narrativas y experiencias conocidas de parto y/o maternidad y autopercepción de las mismas, ii) Experiencia de atención al parto y post-parto y visibilización de dinámicas de poder y violencia, iii) Tensiones y negociaciones de género y transiciones en el proyecto de maternidad.

2. Bitácora de campo: la bitácora o el cuaderno de campo, ligado a la observación participante como registro de datos, observaciones, aprendizajes, etc., de forma detallada y completa, fue registro material de las experiencias acumuladas en el proceso de acompañamiento. Olga Monistrol señala que “la explicación detallada en el diario de campo de todo el proceso: percepciones, intuiciones y sentimientos del investigador, dificultades y puntos fuertes del estudio, estrategias fallidas y efectivas, cambios en los guiones, resolución de conflictos etc. puede utilizarse como un elemento más de análisis y de rigor de la propia investigación.” (2007, p. 3). El cuaderno de campo permite no sólo delimitar, sino evidenciar la posición subjetiva del investigador, quien reconoce en este ejercicio su participación observante, que guiará su intervención y su análisis posterior. Este ejercicio de reconocimiento de la posición política y subjetiva del investigador es coherente con las propuestas metodológicas presentadas anteriormente, en que se enfatiza la imposibilidad de la objetividad, se reconoce el punto de vista del investigador y, finalmente, se releva el valor del sujeto de investigación como agente de conocimiento.

Para el análisis de datos se dio uso a la bitácora de análisis, que contemplaba anotaciones sobre el método, ideas, conceptos, hipótesis, etc., que fueron surgiendo, y se realizó una codificación selectiva de los datos, útil para la generación de hipótesis, explicaciones y/o narrativas (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Los datos analizados emergieron del material obtenido en la observación y entrevistas, reconociendo el lugar del investigador dentro de sus marcos explicativos, como se señaló en la

descripción de las técnicas y marcos conceptuales.

Finalmente, es importante mencionar los lineamientos éticos del desarrollo de la investigación, pues la participación informada y consentida es clave para la emergencia de la investigación. Por lo tanto, se solicitó el explícito consentimiento de participación a las participantes del estudio, quienes mantendrán pleno anonimato asignándoles un nombre de fantasía como código de letra de participante, dándoles a conocer el propósito, el rigor en el uso de datos y el alcance que se espera tengan estos resultados, los que serán puestos a disposición con fines académicos, además del ofrecimiento de acompañamiento y vinculación con redes de ser necesario. Finalmente, omitirá el año de referencia de las citas de las participantes por considerar que es redundante, a la luz de que las entrevistas fueron realizadas durante abril y septiembre de 2022, en el marco de la presente investigación.

V. RESULTADOS

En este capítulo se recogen los principales resultados observados en la presente investigación, incluyendo el proceso de selección de las participantes como sujetos de estudio, clasificados en tres grupos muestrales. En segundo lugar, se analizan los resultados específicos asociados a las dimensiones en que se juega la experiencia de parto (tanto en la relación con el dispositivo médico de atención como las narrativas asociadas disponibles), en la construcción del proyecto de maternidad y la tensión con la genealogía femenina, y las posibilidades de agenciamiento provenientes de lo anterior, así como de la tramitación de la experiencia y de la institucionalidad. En todos estos niveles, se advierte que la tensión y negociación de género son centrales para su comprensión.

Sobre la posibilidad de hablar

El primer resultado que se analiza es la respuesta a la convocatoria y la selección de participantes. Como se mencionó previamente, la invitación se realizó por diversos medios, tanto desde el uso de las redes sociales, como por invitaciones a partir de la participación en talleres, espacios informales o invitación directa de representantes de otros espacios sociales que apoyaron esta investigación, siendo mediadores en la búsqueda de participantes. A partir de estos esfuerzos, se observan tres grupos iniciales:

- Un primer grupo que mantuvo el interés inicial y con quienes logramos concretar la entrevista, coordinando las labores de cuidado asociadas a la maternidad o doble rol.
- Un segundo grupo que, si bien manifestó plena motivación a participar, no fue posible concretar la entrevista, principalmente dada la carga de cuidados asociadas al ejercicio de la maternidad o el doble rol.
- Un tercer grupo de mujeres que prontamente desistieron del proceso, quienes expresan argumentos adicionales e incluso distintos a la carga de cuidados.

El primer grupo lo conforman 10 mujeres, con quienes se realiza la entrevista que da paso al análisis posterior. La características generales de este grupo de mujeres es llamativo, porque si bien hay algunas diferencias generales (la cantidad de hijos, condiciones de salud asociadas a la gestación y parto, tipo y lugar de parto, relación de

pareja y apoyo familiar, relación con familia de origen, ciudad de origen, etc.), una de las grandes coincidencias a modo general entre ellas es la profunda sensibilización con los derechos sexuales y reproductivos, el parto humanizado o con la crianza respetuosa, que dieron pie a la inclusión de grupos donde estas temáticas son reconocidas y abordadas (ejemplo: asistencia a talleres de preparación o autoformación en temáticas de gestación, puerperio, lactancia o crianza, cercanía y afinidad con activismos o espacios relacionados vinculados a estas). En otras palabras, a modo general, este grupo lo conforman mujeres que reconocen los derechos de las mujeres en torno al parto, o que han trabajado por un proyecto de maternidad que incorpore el respeto como línea central, que reconocen la importancia de hablar de sus partos sin temor e incluso con un afán de divulgación, habiendo sufrido o no violencia obstétrica (aunque en rigor, todas experimentaron violencia gineco-obstétrica directa o vicaria, y otras tensiones y negociaciones de género en diversos campos de su proyecto de maternidad, especialmente en sus partos y crianzas). Se trata, en resumidas cuentas, de un grupo homogéneo, y en sus características, no representativo de la población global, pero que si pudiera marcar un perfil específico que emerge de las temáticas abordadas y que en los últimos años, ha observado una tendencia al aumento, y con el acceso cada vez más abierto a la información, se amplía sistemáticamente el cuestionamiento a los mandatos hegemónicos, en este caso, sobre la biomedicina y su relación con los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, o el constructo de la maternidad (Montes, 2007, Sadler, 2003, 2016; Revista Paula, 2 de julio de 2015). Llama la atención que, dado que entre ellas existe un importante reconocimiento a las prácticas de violencia obstétrica, algunas adviertan con pudor, que su relato podría no cumplir con el propósito de denuncia: “quizás mi historia no te sirva mucho...”, decían algunas, esbozando que una experiencia de parto libre de violencia es un privilegio que, lamentablemente, no suele ser compartido. ¿Qué las lleva a sentir pudor de haber vivido un parto libre de violencias?, ¿qué mecanismos se movilizan, aparentemente desde la vergüenza y la culpa, cuando se reconoce el acceso a derechos mínimos, que por alcance hoy son privilegios?, ¿Se juega también ahí una política cultural de las emociones? (Ahmed, 2015).

El segundo grupo lo conforman 11 mujeres que, si bien accedieron inicialmente a participar, la doble o triple carga (Moser, 1995) hizo incompatible participar del encuentro

propuesto. En este sentido, se refuerza la idea de que la participación de espacios de debate, de investigación o que se enmarquen como un adicional a la carga de cuidados y de trabajo, ya altamente desgastante, requiere de un esfuerzo colectivo que permita la inclusión real de las mujeres en otros dominios que, por incompatibilidad, se cercan. Las políticas públicas y las nuevas reflexiones sobre los cuidados podrían prever un mejor escenario futuro, sirviendo al mismo tiempo, como espacio de tensión de los estereotipos, mandatos y tecnologías de género.

El tercer grupo corresponde a mujeres que habiendo experimentado violencia obstétrica o reconociendo lo traumático de sus partos (y así lo indican en el primer contacto), sienten temor, vergüenza, resignación y/o resistencia de compartir sus experiencias. *“Tenía compañeras que querían participar, pero no se atrevieron”* (C.), *“Fue terrible, no me quiero ni acordar”* (FJ.), *“No creo que me traiga problemas, ¿o sí?”* (G.) fueron algunos de los comentarios en un primer contacto. Aun así, se reconoce también que la emergencia de un espacio de encuentro donde sea posible dialogar respecto a las experiencias vividas en torno al parto, se valora positivamente: *“yo creo que le haría bien, es bonito poder hablar sobre estas cosas con alguien que escuche”* decía C. respecto de su compañera.

La subordinación a un sistema violento, que desde la medicina hegemónica cerca las posibilidades de una narrativa en primera persona mujer, con las consecuencias psicológicas propias producto de la violencia, el acceso limitado a la red de salud y la falta de espacios compartidos en que puedan ser revisitadas y elaboradas estas experiencias podrían explicar, en alguna medida, este último resultado.

Sobre la experiencia del parto y su complejidad

En un segundo orden de análisis, se evidencia que las tensiones de género se juegan, al menos, en tres diferentes dimensiones de la experiencia del parto: en el lugar de la “mujer paciente” del habitus médico (Castro, 2014; Castro y Erviti, 2015; Castrillo, 2016), en el lugar de la construcción del proyecto de maternidad, y en el lugar en la genealogía femenina. Este apartado, se analizan las que tienen relación específica con el dispositivo médico de atención, que confirma, lamentablemente, los datos que emergen de las encuestas sobre violencia obstétrica.

En primer lugar, la reproducción de dinámicas de control sobre el cuerpo sexuado femenino, despojado de subjetividad y agencia se evidencia con singular potencia en la atención general en el proceso de gestación, parto y postparto inmediato. Así, observamos por ejemplo que la violencia obstétrica está instalada como una realidad en Chile y en Arica. Si bien es cierto que esta afirmación puede generar resistencia y malestar, pues además el concepto de violencia obstétrica sigue siendo controversial (Silva A, Pantoja F, Millón Y, Hidalgo V, Stojanova J, Arancibia M, et al., 2020), los diversos estudios e investigaciones a lo largo de nuestro país, el análisis de las condiciones generales desde las que se establece la doctrina de atención médica a nivel general y la emergencia de relatos y activismo locales demuestra que es una problemática mucho más cercana de lo que se ha estado dispuesto a atender. Lo mismo se confirma con cada entrevista realizada en que si bien no todas reconocen haber sido víctima de violencia directa por parte de su equipo tratante, sí evidencian desde tratos generalizados de insensibilidad protocolar o institucionalidad hasta participar como testigo directo de malos tratos a otras mujeres en la misma situación de atención. Además, algunas agregan que los momentos en donde sí experimentaron violencia gineco-obstétrica no se remiten únicamente al parto, sino que se han dado en otras prestaciones, como en situación de atención urgente por aborto o a la atención postparto, ampliando la lectura en que la violencia obstétrica emerja en una única situación posible. Se suma a esto la diferencia experimentada en cuanto al acceso preferencial o general, que marca una pauta relacional distinta, reforzando la idea de lo multisituacional y de los cruces interseccionales que requieren atención. Al respecto, Elizabeth señala sobre una de sus experiencias:

cuando llegué a la urgencia, a la maternidad de urgencia, fueron súper fríos, hasta que dije que el doctor [indica su nombre] me iba a hacer el legrado y les mostré un papel y me dijeron: ah, ¡pero usted va a pensionado! Y cambió tanto la atención...

Se destaca que tres participantes reconocen abiertamente un trato violento en sus primeros partos, dos de ellas agregando a su repertorio el haber sufrido adicionalmente un trato denigrante y violento en experiencias de pérdida perinatal en la atención de urgencia por aborto espontáneo. A partir de esto, las tres indican que no volverían a ser usuarias del sistema público, prosiguiendo atenciones futuras en el medio privado o procurando atender

sus partos con equipos médicos seleccionados por ellas. Al mismo tiempo, se encuentra un grupo de mujeres que, si bien reconocen ciertas prácticas como inadecuadas en el abordaje de su parto, no conceptualizan la experiencia global de parto como sujetas de violencia obstétrica, más si reconocen falta de sensibilidad y atenciones adecuadas en el pre y postparto inmediato o por las características de la institucionalidad. Otras agregan que, si bien ellas fueron bien tratadas durante su parto, observaron malos tratos a otras mujeres en la misma condición y contexto.

Por otra parte, la posibilidad de incorporarse dentro de un plan de parto que se ampare, por ejemplo, en lógicas de respeto a los derechos sexuales de la mujer implica una negociación no sólo con los ejecutores de la intervención directa, sino más ampliamente, un reconocimiento institucional que permee a las diversas prácticas asociadas a la atención. La multiplicidad de escenarios y representaciones da cuenta de que el análisis de la violencia obstétrica no resulta necesariamente en un ejercicio simple, pues en su conceptualización está la experiencia subjetiva e individual puesta al centro de su definición, esto quiere decir que si bien hay prácticas abiertamente violentas e indeseables, que la experiencia global pueda ser situada dentro del concepto de violencia obstétrica y trauma requerirá tanto del reconocimiento de dichas prácticas y su efecto, como de la posibilidad de cuestionarlas, a la vez que la intensidad de la experiencia y su conjugación con los factores protectores y de riesgo frente al trauma, mediatizan el discurso otorgado a la experiencia. En otras palabras, hablar de violencia obstétrica requiere no sólo el reconocimiento de las prácticas por parte de agentes observadores, sino también de la posibilidad de elaboración -individual y colectiva- de aquello que se experimentó con sufrimiento (Castrillo, 2016; Barrera y Díaz, 2018; García-Huidobro y Schenffeldt, 2022)

Sobre la posibilidad de transformar

La gestación y específicamente el parto como hito dentro del continuo de la maternidad, se posiciona como un evento altamente significativo, pues implica una negociación identitaria, una crisis vital y una transformación de los roles asignados y del lugar de la mujer en la diada, en un contexto social, cultural, económico y político específico, que asigna a priori las expectativas de su desempeño individual. En este sentido, se reconoce que el discurso de “la buena madre” está presente en la mayoría de las mujeres

participantes, que cuestionan el modelo materno y deciden por un proyecto de vida distinto a la maternidad, en contradicción a la trayectoria familiar:

el plan de ser mamá nunca estuvo como dentro de mis más cercanos deseos o anhelos, porque estaba dedicada a mi trabajo a pesar de que también vengo de una familia que son todos muy familiares, muy de tener hijos, pero yo estaba como muy empoderada, muy encaminada a cumplir mis sueños profesionales y laborales antes de tener familia (Adriana)

Asimismo, Amparo señala “*para mí era así como la maternidad, como que la encontraba agotadora, como que no quería. No, no, no me gustaba mucho*” y Nadia agrega: “*Yo no tenía mis planes ser mamá (...) Entonces yo siempre estudiaba, estudiaba, estudiaba. No, no era, no estaba mi... después quería viajar y hacer otras cosas*”

En esta línea, se observa entre las participantes una tendencia general a manifestar como lejano (y hasta deshecho inicialmente) el proyecto de maternidad, reconociendo que su experiencia como hija marca una pauta sobre la maternidad no deseable de replicar. Esto, sumado a los discursos y narrativas familiares, altamente cargados de significaciones asociadas al dolor del parto y el desgaste de la crianza, reforzaron la idea de distanciamiento y mirada crítica a la maternidad. Desde ahí, el cuestionamiento a las herencias familiares, específicamente en la línea materna (abuela-madre-hija) se configuró como antecedente, observándose un rechazo de los saberes tradicionales femeninos, y una búsqueda de nuevos referentes, todos ellos fuera del campo familiar. Así, por ejemplo, se observa en la mayoría de ellas una importante autoformación en la línea de la crianza, lactancia y parto, destacando fuentes comunes que se repiten entre ellas (redes sociales, bibliografía sobre parto humanizado, documentales de Netflix, formación académica, amigas), por sobre la valoración, principalmente, de la experiencia materna. Esta información les sirvió como insumo para su preparación al parto, diseñando planes de parto específicos y proyectando un escenario donde se dieran las condiciones ideales. Por otra parte, existe una tendencia opuesta en la que hay mayor proximidad y menos cuestionamiento a las prácticas y saber materno (a veces, delegado en el saber médico), experimentándose el parto únicamente con la información heredada. En estos casos, se observó que estas mujeres estuvieron mucho más expuestas a ser objeto pasivo en la

intervención médica, con mayor dificultad para anticiparse a prácticas aversivas y con mayor impacto del trauma de la violencia, a diferencia del grupo anterior.

Cabe preguntarse entonces, ¿cómo debe entenderse el traspaso de la información entre madres e hijas, a la hora de configurarse como factor protector o de riesgo frente a la posibilidad de violencia obstétrica? La posibilidad de distanciamiento y diferenciación permitió a las mujeres observar las experiencias y relatos de sus madres como víctimas del dispositivo, posibilitando desde esa mirada crítica no sólo la construcción de un proyecto diferenciado, sino también la contextualización de la experiencia materna como una norma atemporal, no necesariamente replicable y actualmente denunciada o indeseable. La posibilidad de encuentro con otros relatos -sean desde fuentes de información dadas por la autoformación o por el contrarelato de pares, amigas y primas, historias y experiencias que se posicionan muchas veces como un desafío exitoso a la norma conocida, proporcionando otros marcos conceptuales y experienciales distintos de los hegemónicos- permite identificar el lugar de sumisión de la generación que la antecede (“*mi mamá, mis tías... mis abuelas, fíjate que no tanto*”, decía Valentina) y emanciparse de ese discurso como norma. Luego, la experiencia de violencia obstétrica moviliza con mayor fuerza el cuestionamiento y desapego a norma instalada, activando mecanismos cada vez más elaborados para hacerle frente a la institucionalidad (como la planificación de un parto en casa, o fuera de la ciudad, en los casos de Valeska, Valentina y Nadia)

Sobre el agenciamiento, la tensión, la negociación y su alcance.

En el proceso de diferenciación, la mujer reconoce el deseo de protagonismo de su parto. Levantándose frente a los discursos que la posicionan en lugar de objeto/cuerpo, despojado de subjetividad, se reafirma como agente desde los marcos validados por la cultura dominante: la información, las experiencias previas, los vínculos y redes protectoras.

Si el primer espacio de tensión está dado por la genealogía materna y la perpetuación o rechazo del legado narrativo y experiencial (que se resuelve progresivamente con el diferenciamiento y mutua validación), el segundo aparece en la relación de pareja, con la mediación de expectativas mutuas sobre la parentalidad. En general, se observa en las entrevistadas, que todas ellas definieron su proyecto posicionadas

desde su deseo, negociando ciertos espacios con sus parejas, pero no como consigna central en el proyecto amplio. Amparo, por ejemplo, menciona la intención de aborto por parte de su primera pareja (padre de su primera hija), pero ella rechazó su propuesta; Valentina comenta que su pareja la esperó 10 años antes de que ella decidiera tener hijos. Adriana, negoció con su marido los límites de la intervención médica a su hijo. El cómo, cuándo y dónde pareciera que se cruza más en el proyecto individual que en la relación de pareja.

El tercer espacio es la negociación con el dispositivo médico. El agenciamiento de la mujer pone en tensión los estereotipos de género asignado a la gestante/paciente objeto de las tecnologías del parto, en tanto no sólo rechaza prácticas anquilosadas en las dinámicas de atención institucional, sino que demanda una actualización crítica del posicionamiento del saber médico, exige una renuncia de su protagonismo para volver a situarlo en la gestante, sirviendo el dispositivo como coadyuvante respetuoso del proceso fisiológico natural. Ante esto, ocurría una doble falta que impactaba en la experiencia global: si bien algunas negociaciones se mostraron inicialmente exitosas, mostrando un pronóstico favorable en que la demanda era aceptada y validada -a veces en su totalidad, otras, cediendo ambas partes, pero siempre de común acuerdo-, la experiencia concreta terminaba por resultar muy distinta al plan original. “*Me sentí engañada*”, “*eso fue lo que más me dolió*”, decían Elizabeth y Valeska.

El giro hacia la desobjetivación pareciera ser lo que marca como decisivo en términos del anclaje del trauma, porque si bien ellas estuvieron dispuestas a renunciar a su parto ideal (desde un plan de parto en casa, o someterse a una cesárea de emergencia o el desencadenamiento de un parto anticipado, hasta aceptar procedimientos protocolares no deseados) como parte de las posibilidades consensuadas con su equipo médico, la transgresión a las características del acompañamiento fueron claves significativas en la determinación de dichas prácticas como aversivas. Es decir, el abuso de poder (desde el saber médico versus la falta de información de la gestante) y el quiebre a la confianza de la premisa “es lo mejor para ti o tu guagua” (por ejemplo, para Nadia, ese quiebre se da cuando homologan la lactancia artificial con la natural, mientras que para Elizabeth ocurre cuando quieren utilizar fórceps, y para Valeska ante la amenaza de una cesárea por el dolor), sumado a las prácticas concretas de violencia obstétrica (sobremedicalización, intervenciones innecesarias, malos tratos, humillaciones, burlas, etc.)

¿A quién se le respeta, desde la vereda de la atención?, ¿Quién merece los cuidados? Varios factores se conjugan a la hora de recibir un trato acorde a la negociación inicial, o que supere aquella. La mayor coincidencia se da en ser reconocida como objeto de protección por parte de un equipo, reconocimiento que se extiende a otros profesionales de atención y que logra por el vínculo sucedido en la relación de atenciones previas, sean personales o profesionales. Dentro de las características observadas, el manejo de información es una de las principales variables asociadas a la validación de la negociación inicial, pero no la única ni suficiente. El reconocimiento de las aptitudes físicas (ser deportista como factor protector para un parto fisiológico natural), de haber tenido partos anteriores o no, embarazo saludable o de alto riesgo, desempeño y reconocimiento en el medio local, pertenecer al área de la salud: ninguna de ellas son argumento suficiente para asegurar la prosecución de un parto y postparto positivo. Pero los vínculos de validación personal, bajo el alero de la figura protectora, sí parecieran tener más impacto en la comunidad médica de atención: *“cuando les mostré el papel que me dio el doctor de que venía a verlo a él, ahí el trato cambió”*, dice Elizabeth, *“no estaba mi doctor y nadie me decía nada... escuché a lo lejos que se había ido de vacaciones”* comenta Valeska.

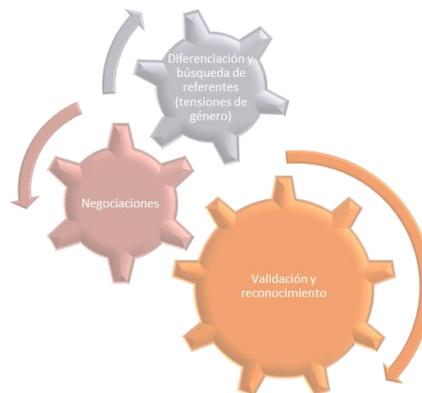


Fig. 2: Esquema representacional de los procesos de tensión y negociación en el proyecto de parto. Elaboración propia

Sobre la emergencia del trauma y la tramitación de la experiencia

Si la posibilidad de experimentar violencia obstétrica es tan alta y la capacidad para prevenirla por parte de los equipos médicos es tan baja o singular, si en la diferenciación con la narrativa materna nos quedamos sin referentes que reconozcan el impacto de la violencia percibida, y si el trauma requiere de su validación para tramitarse (al menos en un primer momento), ¿cómo se previene la traumatización compleja en un parto? Adriana decía:

la experiencia mía fue tan linda que, qué lindo poder darles poder a las mamás”, así que al contrario, yo ofrezco toda mi ayuda por si es que en algún momento necesitas a alguien que ayude a empoderar a más mamás o a más futuras mamás, yo feliz de apoyarte.

La información que viene de pares pareciera ser aquella que se considera con mayor apreciación y valor. Desde ahí, se observa que el poder dialogar sobre experiencias de parto, de lactancia o de crianza con otras mujeres que comparten esa vivencia, suele tener un efecto positivo, en la medida en que en ese encuentro se validen las posiciones de cada una. Los talleres de preparación al parto son una de esas instancias, pero también espacios de encuentro, escucha y dialogo, como el que otorgó esta investigación, se valoran ampliamente, y se reconocen como escasos: “Yo me siento feliz de haber tenido la oportunidad de contarle parte de mi historia” (Amparo), “si se llega a concretar un encuentro yo feliz participaría, siento que nos hace bien compartir nuestras historias y saber que no estamos solas” (Elizabeth) fueron algunas de las palabras al cierre de esta investigación.

En ese sentido, si bien reconocemos que el camino hacia el cambio de paradigma implica mucho más que el reconocimiento y demanda de derechos por parte de las mujeres, al menos, mientras continúe la lucha, será necesaria acompañarla de espacios de sostén entre nosotras mismas.

Finalmente, y a modo de síntesis, se reconocen tres perfiles generales entre las mujeres que responden a la convocatoria (participantes y no participantes) del estudio: aquellas con conocimiento y sensibilizadas por derechos reproductivos y parto humanizado, por mencionar algunos; aquellas cuya sobrecarga y falta de apoyos las imposibilitaron a participar; y aquellas que advierten un profundo pudor para abrir relato de sus experiencias.

En consideración, se abre un importante eje de análisis e intervención, que pudiese expresarse en dispositivos que permitan la emergencia de los relatos que, en esta oportunidad, no pudieron ser alcanzados, y que bien podrían tener relación con la experiencia de parto y violencias asociadas, siendo necesaria su tramitación y elaboración.

Respecto de los hallazgos más relevantes rescatados de los relatos, se puede decir que las participantes reconocen insensibilidad, atenciones inadecuadas y malos tratos hacia mujeres por parte del sistema médico de atención al parto, tanto en sistema público como privado. Aunque a la mayoría no les cuesta identificar estos malos tratos en sus propias historias, algunas sólo lograron verbalizar el trato denigrante y violento recibido en la elaboración producida en el encuentro con la entrevistadora, lo que abre una puerta a la posibilidad de elaboración de la violencia obstétrica. Por otra parte, se observó que las participantes visualizaban distante el proyecto de parto y maternidad más tradicional, influenciadas por sus experiencias como hijas y por las narrativas familiares y sociales, sin intención de seguir replicándolos y reconociendo violencia obstétrica y de género en esas historias. Esto implicó en algunas una ruptura con los saberes tradicionales y una búsqueda de nuevos referentes en fuentes de información formales y comunes, considerándose más informadas al momento del parto que aquellas nutridas solamente con los discursos femeninos tradicionales. Además, desde el nuevo paradigma surgió la posibilidad y necesidad de negociar con las parejas y los equipos médicos los términos de sus partos. No obstante, sus relatos dan cuenta de que los tratos fijados no fueron respetados por parte de los equipos médicos o la institucionalidad de salud en general, sintiéndose la mayoría, vulneradas e invalidadas por aquellos que deberían reconocerlas como sujetos de protección. Estas transgresiones serían gatillantes de intenso malestar emocional asociados al parto (algunas de ellas con marcados síntomas de estrés postraumático), que podría derivar en una experiencia de trauma o salud mental incluso más compleja y que requieren un reconocimiento y abordaje con perspectiva de género.

VI. Capítulo I “Me entregué no más”:

Desconfianzas a la tradición familiar, la confianza al saber médico.

*“Admiré su maternidad, seguí mirando hacia arriba
Me callé fingiendo humildad, callando la boca ante su grandeza
Solo que ahora me tocó y nadie me enseñó lo que es criar
Es mi propia realidad
Solo ver lo que yo quiero ver y no desmerecer mi torrente de fe
Hoy mi alma quiere hablar”*

Lluvia Andina, Eingell Baltra

*Voy caminando en soledad por un sendero ya olvidado
buscando huellas de otra edad, signos eternos enterrados...
Vuelve la luz y el amanecer pinta de verde mi silencio
otro paisaje llevo en la piel y una canción de agua y viento.*

Canción de agua y viento, Elizabeth Morris

Mi primer hijo nació en Santiago, hace 10 años. Mi hermana había parido a mi sobrina de manera tan traumática que su historia quedó por muchos años cerrada, imposible de hablar. Mi mamá contaba de sus historias de parto no tanto el dolor físico (¡aunque la historia del doctor enorme que le hizo un “tackle⁵” para sacarme- como dice con sus palabras- es memorable!), sino más sobre la soledad, el frío, el miedo y las amenazas. El fórceps, los desmayos, el riesgo de muerte permanente eran los relatos que ellas pudieron ofrecerme cuando yo me preparaba para mi propio primer parto. Dentro de mis amigas, fui la primera en estar embarazada, ellas tampoco tenían mucho conocimiento. Pero una de ellas, desde la fascinación de acompañarme, comenzó a investigar y me fue mostrando espacios donde se dialogaba y se reflexionaba sobre “nuevas formas de nacer”, un tema para mi desconocido hasta entonces. Conocí, gracias a ella, a Pascala Pagola, a Michel

⁵ Se trataba de la maniobra de Kristeller, actualmente considerada dentro de las prácticas de violencia obstétrica, por las repercusiones fisiológicas derivadas.

Odent, la escuela Mamatriztica, y asistí al “Primer Encuentro de Maternidad Consciente: Gestando una Nueva Cultura de Paz desde el Comienzo⁶”. Este hito marca un giro para mí en lo que se construiría como proceso de gestación, parto y crianza posterior. A partir de ese momento, comencé a planificar el plan de parto en conjunto con mi pareja y lo propusimos al ginecólogo que me estaba atendiendo. Hasta ahí, la negociación delimitó los espacios de libertad posibles: yo con mis guías de atención al parto del MINSAL⁷ bajo el brazo, él con su experiencia clínica, llegamos a ciertos acuerdos. Pero otra cosa fue con la matrona, y muy especialmente, en el momento del parto.

En este capítulo se presentarán relatos de experiencias de parto de mujeres en Arica, dando cuenta de la violencia obstétrica con las que dichas experiencias quedaron teñidas. Se describe la importancia del diálogo transgeneracional como agente guía y protector, pero también como idealizante del sistema médico y naturalizante de las prácticas violentas, lo cual permea incluso en los relatos multiculturales, y que, por tanto, juega un rol significativo en la negación de la subjetividad de las mujeres y como estimulante potencial del trauma. En ese sentido, se analiza el cuestionamiento a dicho diálogo genealógico como vía potencial de resolución para la construcción de una nueva identidad.

Elizabeth tuvo a su primer hijo también hace 10 años, en la ciudad de Arica. En ese entonces, su proyecto de maternidad consistía en repetir los pasos de su madre, con una crianza estricta, manteniendo su espacio laboral intacto, etc. La diferencia: ella estudió kinesiología, y desde sus conocimientos sobre parto fisiológico, se interesó por el parto aymara, el parto vertical y el parto natural (sin anestesia), y su periodo de licencia prenatal lo usó para estudiar sobre lactancia y crianza, dando un primer giro a lo que sería su proyecto de maternidad. Su madre le advertía con cautela, que “un parto es un parto”, como en una señal de respeto y temor, pues traía con ella las memorias de partos traumáticos. Pero haber realizado sus prácticas en el hospital de Arica y que su madre también fuese funcionaria reforzó la idea de que el Hospital era el lugar idóneo para tener a su hijo. Tuvo los controles prenatales en el Cesfam con una matrona amiga de la familia, confiando en que ella, desde su experiencia, tendría los conocimientos para acompañarla en su proyecto de parto. Quiso gestionar el ingreso a la sala de parto intercultural, pero su matrona no

⁶ Nota de invitación al Primer Encuentro de Maternidad Consciente: <https://padresok.cl/?p=6754>

⁷ Me refiero a la Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio, Ministerio de Salud, 2015.

apoyó la solicitud, por falta de antecedentes y tiempo:

Yo tenía la idea de hacer el parto aimara, porque ese parto lo veía como más natural, pero me dijeron, me acuerdo en ese tiempo averigüé y me dijeron no, es que tú tienes que tener descendencia aimara, tienes que hacer como un papeleo y todo. (Elizabeth)

Su única solicitud: que fuese lo más natural posible, lo más vertical posible. Y cuando la matrona le indicó que, por las 38 semanas de gestación que llevaba, debía realizarse una inducción, no dudó de su palabra:

yo quería que fuera sin anestesia, eso sí, era como lo más natural a lo que podía acceder, como sin anestesia, ok, pero en la posición acostada en la camilla no más, porque no podía ser vertical como el parto aimara...y cuando fui al control del Rafa, tenía como 38 semanas más o menos, la matrona me dice que la placenta como que se ponía más vieja, como que ya no, no cumplía su función, entonces había que sacar a Rafa a las treinta y ocho semana y media, una cosa así, había que programar y hacer un parto inducido y yo primeriza, me entregué no más poh, ya si hay que hacerlo y la placenta no cumple su función hay que hacerlo no más! Entonces me hicieron inducción. Y yo como era algo, si ellos me estaban recomendando eso, era lo mejor para mí y para el bebé... (Elizabeth)

Valeska tuvo a su primera hija hace 4 años. Es nutricionista y se desempeña actualmente en el servicio de salud. Hija de médico, tuvo en sus experiencias el relato de su padre que atendió partos, y el de su madre, que los vivió: dos relatos totalmente opuestos. Su madre le contaba que parir era un privilegio para algunas mujeres:

Mi mamá me contaba su experiencia de parto, que ella no pudo (...) Lo intentó, lo intentó, lo intentó, según ella, pero a ella la indujeron antes (...) fue súper dolorosa y super forzada y super poco cuidada, entonces, claramente nunca pudo poh, nunca

se dilató hasta que lo pasó tan mal, tan mal que mi hermano empezó a tener, eh, sufrimiento fetal y le hicieron una cesárea de urgencia. Fue súper mal guiado. Y ella sabía que era súper mal guiado. Aun así, me yo me quedé con la sensación de que tener un parto era como algo pa privilegiados, no más, como que no todos podían tener esa suerte (...) entendí de ese relato que hay gente que no puede no más, que no puede, que es como una, como casi una eh, dificultad del cuerpo.

Su padre, que había atendido partos en su ejercicio médico, le contaba que el parto era mágico, con admiración del proceso de las mujeres en parto: *“Y decía oh, yo quiero vivir eso, un parto mágico, como de curiosidad por la experiencia y de ahí ya, cuando me hice, me formé en salud y conocí a todos los beneficios, eso yo le quiero regalar a mi hija”*. Desde esta decisión, Valeska comienza a construir su proyecto de parto, con información que recopiló de documentales, de amigas (en especial, de una prima en Suecia, con condiciones ideales), de equipos médicos. Ella estaba decidida a no repetir la experiencia de su madre, había aprendido que parir no es un privilegio y que su cuerpo era capaz. Ella podía y quería tener un parto mágico. Y comenzó su búsqueda de profesionales a los que les indicaba: *“empecé por buscar un médico que me quisiera acompañar en un parto natural lo más natural posible (...) Entonces, en verdad mi búsqueda yo sabía cómo tenía que ser la cosa pa parir”*

Valeska encontró diversos profesionales en Santiago, Argentina y Arica, en los espacios y territorios que transitó durante su gestación, pero finalmente su parto fue en Arica. El ginecólogo se mostró abierto a acompañar el proceso natural que ella había planificado, su matrona, en controles previos, también se mostró abierta a acompañarla como ella deseaba. Con plena confianza, no sospechó que su parto daría un dramático giro y que la matrona llevaría adelante prácticas que ella reconoce como violencia obstétrica.

Como estos, los relatos de mujeres que experimentaron violencia obstétrica, a pesar de la preparación inicial y de los acuerdos alcanzados con los equipos médicos, sobrepasan las líneas que hoy dedicamos. Las negociaciones se dan, principalmente, en dos órdenes distintos: en la relación con la madre y las genealogías femeninas asociadas a los relatos de parto -ya traumáticos-, y con el orden médico, que otorga una falsa sensación de validación

amparada en un contexto de plena vulnerabilidad y confianza en el saber del otro (el otro médico).

Negociación de género: la transformación del relato materno

¿Cómo se construye el proyecto de maternidad?, ¿Qué significa parir?, ¿Qué escuchan las mujeres gestantes sobre el parto, qué es lo que se trasmite? Las tres preguntas abren posibilidades de análisis vastas y profundas, la filosofía, la antropología y la psicología no han escatimado esfuerzos para responder a cualquiera de ellas. Comprender que, en el mejor de los casos, una gestación y parto pueden servir a modo de rito de paso, que la cultura donde se inserta el proceso fisiológico determinará u orientará las prácticas y discursos que lo ordenen, y que la transmisibilidad de los relatos conjugan un espacio de tensión entre los mandatos externos y la emancipación, entre el trauma y su resignificación, son algunas de las posibilidades que se pretenden discutir.

Sadler y Rivera (2015, p. 66) refieren que

Las historias de partos que las mujeres han escuchado vienen principalmente de lo que se difunde de y desde un modelo con altos niveles de intervencionismo médico y donde pareciera que el proceso del nacimiento solo puede ocurrir “gracias” al mismo. Podríamos preguntarnos desde dónde y quiénes construyen este imaginario sobre el parto: las mujeres entrevistadas mencionan principalmente los discursos de los equipos de salud, los medios de comunicación, y las historias de otras mujeres y personas -que hemos llamado relatos de segundo orden-

También agregan que la transmisión de los propios partos son los que les permitiría a las mujeres “discutir sus miedos, conflictos, sus sentimientos de decepción o ausencias y como una instancia de comprensión de sus propias fuerzas y capacidades para muchas mujeres cuyas experiencias no han sido del todo integradas en su vida” (p. 67). La posibilidad de diálogo transgeneracional, entonces, se posiciona como dispositivo protector que permite conocer y evaluar la experiencia acumulada en la genealogía materna, abriendo posibilidades para el propio agenciamiento, pero también como promotor de la expectativa aterradora, que producto del trauma, se repite como factor de riesgo ante la posibilidad de

ser sujeta de violencia obstétrica con el trauma consecuente. Y entenderemos como trauma “aquella experiencia que tiene las características de ser inasumible con los esquemas cognitivos y emocionales habituales de la persona. Es inasumible porque cuestiona el mundo relacional del sujeto. Porque cuestiona la identidad del sí mismo-en-relación” (Rodríguez, Fernández, y Bayón, 2005, p. 28), es decir, supone una paradoja irresoluble que se pretende soslayar a costa de la parcialización de la identidad, en la disociación de la experiencia que configura núcleo del trauma, o en la somatización de esta, es decir, en el anclaje corporal de la experiencia no mediada por el lenguaje y cognición. Alice Miller (2010, y en León y Ortuzar, 2020) indica que ya desde la infancia, los mensajes violentos de los adultos se almacenan como información en el cuerpo del niño, determinando su visión del mundo, su actitud frente a los demás y a sí mismo, quedando despojado de la posibilidad de reconocimiento y defensa frente al daño, ya sea vía señal de dolor corporal o en el lenguaje de la hipocresía y la violencia, justificando a su perpetrador desde la culpa que otorga el sentimiento de haberlo merecido. De igual manera, la verticalidad relacional que se establece en la lógica de poder en la relación adulto-infante, especialmente en aquella en donde el niño no es reconocido como sujeto de derechos, es similar a la que experimenta una mujer en situación de atención de su parto, donde la mujer queda violentamente posicionada a modo de infante, en un trato paternalista y que la desarticula de su subjetividad, exponiéndola a la violencia sin recursos de reconocimiento o afrontamiento. Sadler (2016) comenta que, a pesar de observar en sus acompañamientos la gran violencia que sufrían las mujeres, ellas agradecían el buen trato recibido, una disociación funcional al servicio del trauma, en que la experiencia violenta queda nucleada, se atribuye la falla a aspectos individuales y se salvaguarda la figura del “adulto” para poder sobrevivir como agente y no como víctima (Como la mamá de Valeska decía: es el cuerpo el que falla, el que no siempre puede parir, pero el cuestionamiento a la intervención sólo queda esbozada sutilmente)

Por lo tanto, lo que es posible de transmitir, dada la tecnocracia de la atención biomédica del parto, es una experiencia de indefensión y desprotección, de verticalidad y violencia, que se resuelve en el relato con la idealización del sistema médico como salvador y la autoasignación de la falla y perjuicios que de ahí pudiesen devenir, normalizando las consecuencias de las prácticas violentas y asumiéndolas como parte del proceso fisiológico

y emocional de la gestación y parto: la depresión postparto, disfunciones sexuales, acople y lactancia, afectaciones del piso pélvico, etc.

Pero perseverar en la repetición traumática transmitida transgeneracionalmente deja poco espacio para el giro en el paradigma. Muraro (1994) propone que el diálogo intergeneracional, abierto a la mutua validación de la experiencia, reordena las relaciones de poder situando al centro los cuidados. Las mujeres jóvenes tienen la tenacidad de cuestionar y ampliar los márgenes, y deben tomar de la experiencia de las mujeres mayores, el camino recorrido y sus aprendizajes. En esta lógica de reconocimiento genealógico, cobra sentido la premisa de “volver a lo natural”, dando un salto hacia atrás en el reconocimiento de las historias de mujeres que nos antecedieron, comprendiendo al mismo tiempo que nuestras madres, las que nos cuentan desde sus traumas, no son el único hilo en el entramado, es más, que su experiencia está cruzada por la violencia, algunas que aún nos son extrañas. Ahora bien, esa misma idea, la del retorno a lo natural, la del parto mamífero que mencionan haber leído de Odent ¿no nos devuelve al plano de la naturaleza? Quizás la advertencia podría situarse como una posibilidad de reivindicación de la diferencia sexual, en la medida en que la dimensión corporal cobra también un valor de resistencia a la colonización de la tecnocracia médica, al saber del hombre desde el hombre, despojando de cuerpo y diferencia a la mujer (Irigaray, 1987, 1994, 2007; Braidotti, 1999, 2004)

La búsqueda de referentes “más allá” de la figura de la madre, implica un quiebre en la tradición narrativa e identitaria con la herencia femenina, distanciamiento que permite visibilizar los nudos críticos y de la construcción de un proyecto individual, un proceso de muda (símil al que transita la adolescencia, término que genera cuestionamiento, pero que se utiliza con un fin didáctico y ejemplificador de la crisis vital de diferenciación. Algunas autoras se referirán a esta etapa como “Matrescencia”⁸). Como consecuencia, la tensión entre la trayectoria materna y las aperturas de la siguiente generación implicarán una negociación respecto de la figura de la gestante, la madre y el parto. En esta muda, la mujer en transición se nutre de los relatos de mujeres – en general, pares: amigas, primas, otra similitud con otras crisis vitales, donde la validación del relato está puesta fuera del núcleo familiar- y de fuentes de información de primer orden: bibliografía, blogs, páginas web,

⁸ Reportaje “Matrescencia: el cerebro de las embarazadas se transforma tanto como durante la adolescencia” en Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (2019)

documentales. La mirada feminista a la maternidad y los estudios sobre la maternidad amplían los espacios de debate respecto de la construcción simbólica, institucional y experiencial de la maternidad, y la cada vez más extendida democratización del conocimiento y acceso a tecnologías, permite que el saber académico y activista permean con más potencia en aquellas que la buscan por estas vías. Con estos instrumentos, va abriéndose a la posibilidad de una construcción identitaria a partir de la experiencia de la gestación y parto, distinta a la de su madre. La institucionalidad maternal (Rich, 2019) será el telón de fondo que paralelamente, se tensa de igual manera. En otras palabras: desde el cuestionamiento a la experiencia, se tejería una identidad que podría tensar la institucionalidad materna. Al mismo tiempo, el cuestionamiento a la experiencia y saber de la madre permite, entonces, la apertura y potencial elaboración y resignificación del trauma del parto que, desde el agenciamiento consecuente de la diferenciación, demandará una segunda negociación: la demanda de subjetivación de la experiencia de parir en el sistema biomédico: “cuando te vi tan segura -me dijo mi madre- ya no tuve tanto miedo, mi experiencia y la de tu hermana fueron feas, pero no tiene que ser siempre así”.

Plan de parto y parto humanizado: ¿validación de una forma de parir eurocéntrica y occidental? El parto aymara colonizado como alternativa al parto natural.

Rita Segato, en 2014, analiza las lógicas extractivistas y colonizadoras sobre un territorio indígena en Brasil. Señala con interesante análisis, las vías y mecanismos que utiliza el capital occidental para cercenar y despojar de sentido las prácticas culturales ancestrales, dejando una cáscara de vacío contenido, un “como si” de la experiencia completa. Supone que, con eso, la deuda queda saldada y que, por eso, la subyugación debiese rendir frutos.

El norte de Chile y en particular, el Hospital Regional, implementaron estrategias de reducción de inequidades en la atención de salud para pueblos originarios, con acciones destinadas a otorgar atención con pertinencia cultural, fortaleciendo la medicina indígena y complementando ambos sistemas (Seremia de Salud Arica, 2022). Dentro de las acciones, la atención a la gestación y parto es una de las más reconocidas. Las tecnologías de la biomedicina de la maternidad, alertadas por el riesgo que supone el no contar con asistencia oportuna en caso de riesgo, comenzó el proceso de desarrollo de la atención a la gestación y

parto de manera intercultural: Utasanjam usuña (Parir como en casa). El programa cuenta con atención en salud primaria, con acompañamiento de una partera tradicional, usuyiri, la atención del parto en una sala acondicionada de manera específica, y la entrega de placenta a solicitud de la mujer. La intención, en este caso, era la de resguardar las prácticas no sólo de parto, sino asociadas a la cosmovisión aymara: Suma Qamaña, que significa “el buen vivir”, “un modelo de armonía en que se busca un equilibrio con todas las cosas, incluida la comunidad, la naturaleza, la espiritualidad, la familia, el cuerpo, y la mente” (Ogawa, A. 2017, p.2). En este sentido, factores como el acompañamiento, la intimidad, el resguardo de la temperatura y el uso de medicina tradicional son claves para comprender parte de lo que significa la gestación y parto. Sin embargo, a pesar de comenzar su implementación el año 2008, como resultado de la ratificación del Convenio 169 de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) y la creación Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), la evaluación de su implementación el año 2017 da cuenta de la distancia entre la teoría y práctica (MINSAL, 2017, Ogawa, A., 2017):

La sala de parto del programa Utasanjam Usuña del Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani, carece de calidez e intimidad para las mujeres usuarias del programa, los colores son fríos, la temperatura no es la adecuada, además por ser un parto novedoso para el personal de salud, las mujeres refirieron en varias ocasiones durante esta entrevista, que la sala estaba llena, por personal que nunca había presenciado un parto aymara. Situación que incomodó a varias, ya que no sintieron la intimidad necesaria para vivir este proceso. (MINSAL, p. 31)

La evaluación recalca, además, la necesaria sensibilización y capacitación del personal del Hospital, tanto en primera acogida como en maternidad, cuyo desempeño queda registrado en las experiencias de las mujeres atendidas.

Francisca es kinesióloga y se ha especializado en atención a gestantes, parto y puerperio. Hace aproximadamente 7 años llegó a Arica, movilizada por la gestación de su hermana que llegó a la ciudad para documentar el parto tradicional aymara: Yuriña (Duarte, 2013). En ese periodo, Francisca comenzó a explorar y aprender cómo era la atención a las mujeres gestantes, y se contactó con algunas de las parteras en la ciudad. Las acompañó en la atención y pudo visualizar cómo se plegaba el saber aymara ante la presión de la medicina occidental. Francisca relata que en su experiencia acompañando y aprendiendo,

pudo observar la diferencia entre los saberes tradicionales y la medicina occidental (“*curaban la preeclampsia con pelo, por ejemplo*”), y el sinsentido percibido por realizar una acción con pertinencia cultural en un espacio que escasamente lo valida y que, es más, usurpa lo que es posible de ajustar, pero reniega de la experiencia completa (por ejemplo, comenta Francisca que las parteras son contratadas por la Seremía de salud para dar respuesta a la demanda de parto intercultural institucionalizado, ¿pero bajo qué figura se configura la identidad y legado de partera aymara?, ¿es posible establecer conexiones genuinas, cuando las prácticas se despojan de su complejidad cultural?, ¿puede sólo una partera ser acompañante de las mujeres gestantes de la ciudad, cuya densidad poblacional supera con creces a la de su comunidad?)

Yo fui a acompañar a la usuyiri, fui 3 veces, sólo 3, porque yo la escuchaba y me daba lata [dice apenada] porque ella le trataba de decir cosas y ella misma se gobernaba con lo que estaba diciendo porque sabía, y después yo entendí, claro, la señora sabía que todo lo que está diciendo no va a pasar, porque les decía ‘no, es que le tiene que poner calor, después se tiene que tomar una hierba y después, y después...’ como que se le iba la energía, ¿cachay? (...) yo iba viendo cómo ella iba quitando la información que iba dando, como que a ella también la hubiesen institucionalizado para dar información que ella no quería dar (...) decía algo y después se autorretractaba y decía otra cosa totalmente distinta en el mismo momento, pero a ella también la obligaban a que si no decía eso, no podía estar ahí.

Entonces, ¿Qué es lo que se dice y se repite sobre el parto aymara en Arica? La Guía de la gestación y nacimiento Wawasana Thapika, El camino de nuestro hijo (Chile Crece contigo, 2008) se desarrolló el año 2008 y se entrega a las mujeres gestantes en el marco de las atenciones del programa Chile Crece Contigo. En el documento se informa sobre el proceso fisiológico de gestación, parto y postparto, en el marco de la cosmovisión aymara, explicando desde los principios universales que rigen la cosmovisión andina hasta su inserción en la medicina occidental. En ella se menciona, por ejemplo, que el rol de la

partera se extiende más allá del acompañamiento al parto, pues es una autoridad importante en la comunidad y la familia aymara, y explican también las significaciones del parto, nacimiento y postparto, y sus requerimientos.

Elizabeth tenía la intención de parir en el programa Utasanjam usuña, pero para ella, la solicitud tardía implicó que se le negara. Sin embargo, su expectativa respecto del parto aymara no tenía que ver con compartir la cosmovisión y las prácticas tradicionales, no compartía la herencia cultural ni le era propia. Lo que ella deseaba era la oferta de una alternativa de parto con menos intervenciones y más acompañamiento, “*más natural*” (Elizabeth), más cálido, como ofrece el programa. En Arica el Utasanjam usuña se posiciona como una alternativa de resistencia frente al reconocimiento de las prácticas más difundidas de sobreintervención médica en el marco de la atención al parto, como *la* vía humanizada y respetuosa a la que es posible acceder. Cabe la pregunta: ¿cómo es el parto que las mujeres de Arica -no solamente aymaras- desean?, ¿es, necesariamente, un parto con pertinencia cultural?, ¿qué buscan las mujeres no aymaras de la atención a su parto cuando quieren acceder al Utasanjam usuña?

Agregar a estas dimensiones el proceso de chilenización post guerra del pacífico y la aculturización y occidentalización de las nuevas generaciones, la cultura afrodescendiente, la condición de triple frontera y las dinámicas migratorias (y actualmente, más amplias), complejiza la mirada, implicando mayores esfuerzos de comprensión y análisis:

Ellas tienen miedo del dolor parece, el dolor es en el momento nomás, pero ellas optan por eso [inyección y anestesia] Al menos la mujer aymara, la juventud aymara de hoy día es aymara para algunas cosas nomás, pero para parir no son aymaras, ellas son occidentales. (partera aymara, en Duarte, 2013)

Negociación de género: el violento yugo del habitus médico

El temor al parto, reproducido tanto por los medios de comunicación (con escenas de películas y noticias en los periódicos que sobreexponen el riesgo), el discurso del dispositivo biomédico que patologiza el cuerpo de mujer gestante, los relatos de otras mujeres que experimentaron con temor o ansiedad sus propios partos, intervenidos en la

misma lógica de poder que la biomedicina les impone, y recordando el dolor agudo, la falta de acompañamiento o de sensibilidad, sitúa a la gestante en posición de riesgo, en la medida en que, desde esa posición de temor y con la cascada de consecuencias fisiológicas derivadas de él, queda expuesta al uso de las tecnologías obstétricas que “salvarán” su parto, potenciando la idea de riesgo y temor inicial. El control y monitoreo constante contribuye en buena medida a reforzar lo anterior. Michelle Sadler y Margarita Rivera (2015, p. 65) plantean que “el temor al parto puede descomponerse en diversos niveles y dimensiones, siendo dos los principales: el temor al riesgo o daño en la salud del bebé y de la madre, y el temor al dolor del parto”, agregando dimensiones como la funcionalidad sexual postparto, autoimagen corporal, dentro de otras. En otras palabras, se robustece la posición del saber y accionar médico en la medida en que el parto, cruzado por el temor, no se desencadena naturalmente o se ve interferido, requiriendo los apoyos que la tecnología del parto ofrece, y que si bien, pueden ser efectivamente positivos para la adecuada resolución de la crisis, se entrelazan con una verticalidad y cultura de dominancia sobre los cuerpos/objetos (mujer e hijo, gestante y “producto” (Seremi de Salud, en Duarte, 2013)). La romantización del saber médico y la idealización de las tecnologías del parto (dentro de ellas, el uso de oxitocina sintética para el desencadenamiento del parto, una de las preguntas que explora Odent, en *El nacimiento en la era del plástico*, 2011) posicionan al cuerpo de la mujer en una desventaja inicial, que se configura en una relación de poder que anula progresivamente, no sólo la facultad de subjetivación y agenciamiento, sino de reivindicación de la diferencia sexual.

Las prácticas violentas quedarían paulatinamente naturalizadas, en miras del bien del hijo por nacer, repitiendo la consigna de la transmisibilidad del trauma. El mismo esquema se repite en la extracción del parto aymara de su cultura, cuando se transmite -y muy violentamente, en este caso- que lo más seguro para la diada es el nacimiento en el Hospital:

Cuando ya veíamos que embarazadas no iban a bajar a Arica a tener su parto, ¡las amenazábamos! Las obligábamos a bajar, les decíamos que si no bajaban podíamos con carabineros bajarlas, todo en bien de que naciera en lugar seguro (Matrón, en Duarte, 2013)

Francisca agrega:

Se instala el PESPI y se les obliga a ellas [a las parteras] a ser parte de esto, así como sacamos a las mujeres, porque se les obligaba a las mujeres a bajar a parir, con pacos, ellas apunto de parir y las agarraban, las bajaban con pacos, y ellas para proteger a sus mujeres dijeron 'bueno ¡bajemos entonces!, si nos van a bajar a todas obligás', entonces era como de mala gana (...) [sobre la partera] Perdió como el alma, perdió su esencia, ella es un ejemplo de colonización, de hecho escucharla en el documental Yuriña y escucharla hoy, hasta la voz es una cosa totalmente distinta (...) lo aymara acá es una caricatura de lo aymara.

¿Es posible pensar la negociación con un sistema normado en cláusulas que cierran el espacio a la subjetividad de otro, en un sistema que se refuerza con la falaz promesa de validación del otro (la otra) ?, ¿una institucionalidad, un sistema, una estructura que nombra lo violento y que controla otras narrativas? (Obach, & Sadler, 2009; Castrillo, 2016; Rivera, 2016; Butler, 2020)

El parto de Elizabeth terminó siendo un parto muy violento. También el de Valeska y el mío. Elizabeth, que soñaba con un parto natural y lo menos intervenido posible, recuerda aún hoy con lágrimas y dolor, cómo fue ese parto:

y luego llega la matrona y me dice: ¿sabe qué? Su bebé está en una posición, pero un poco diagonal, entonces tenemos que hacer una maniobra así como onda meter mano y girarlo y eso es muy dolorosos, así que y que tenemos que usar anestesia y yo así: noo, no quiero anestesia, y me decían pero es que hay que hacerlo y me pusieron anestesia, y en el momento de pujar no tenía idea cómo, ¡si no sentía mi cuerpo!, entonces era como... me decía puja y yo: '¡pero no siento el cuerpo!' y trataba de hacer fuerza, pero no es así como en las novelas, me decían, no es como en la tele, ¿y cómo lo hago, si yo no siento nada? Y después me decían: tienes que pujar porque está quedando atrapado, entonces fue súper angustiante y después el

doctor dice: ya, traigan fórceps, y yo así nooo, ¡o sea cómo!, ¡terrible! ¡Faltaba que me dijeran cesárea no más! Entonces yo creo que por el susto pujé como pude así, no sé cómo lo hice antes de que llegaran con fórceps, pujé y salió. Y cuando me sacan al bebé, así como moradito oscuro porque estaba atrapado en el canal, me lo ponen en el pecho y yo lo voy a tocar y la paramédico me dice: ¡no lo toque!, ¡no lo puedo tocar, dije yo? Entonces... después la matrona me dijo tócalo no más, y todos esos detallitos hicieron que después, en el postparto tuviera como esa rabia, como esa angustia, esa tristeza del parto, era una experiencia como traumática... ¡Ah! Y además la matrona cuando me decía puja, yo no sabía cómo... ella me apretaba, me apretaba justo en el diafragma, con el codo, entonces yo le decía: ¡pero es que no me deja respirar, si me aprieta el diafragma! Y fue traumático, fue traumático.

Elizabeth sufrió los efectos del trauma luego de esa experiencia. El cuestionamiento, el repasar el momento, la tristeza, la duda persistente, que no quiso nunca más volver a repetir:

me sentí, sí, engañada y yo confié de ella [la matrona que le indicó la inducción] porque además era mamá de una amiga, una compañera. Entonces confié completamente, como cuando uno siente como esa atención media maternal como que uno confía en esa mujer con experiencia y me trata casi como si fuera su hija, una cosa así...

¿Qué sucede en la brecha entre el cuestionamiento a la herencia traumática de la madre como destino, la planificación de un proyecto diferente y la negociación inicial con el equipo tratante, que deriva igualmente en un parto violento?, ¿será parte de esa violencia, el desencanto ante la promesa inicial de acogida, la ruptura de la promesa, la transgresión a la confianza de mutua validación?

Valeska comenta que, en la atención de su parto, no advirtió ninguna señal de lo que vendría después. El equipo la había acogido favorablemente y la idea de un parto respetado

se podía concretar. Conoció a su matrona un par de semanas antes del parto, “llegué con mi plan de parto y le dije mira: yo quiero esto. Sí, sí, sí, obvio que sí (...) entonces parecía muy, muy respetuosa y en los controles estuvo bien y me acompañó”. Sin embargo, el día del parto, la atención dio un giro: las contracciones eran intensas y dolorosas, Valeska la llama y va al hospital, y estando con muy poca dilatación, la matrona le dice

Hay que esperar (...) ¡Y si sigues así, no te va a resultar! si te sigue doliendo mucho así, vamos a tener que llamar al doctor, fue una amenaza, fue derechamente a una amenaza. Entonces entendí que tenía que demostrarle menos el dolor para que no me castigara con una cesárea, y me mandó pa' la casa.

Acompañada de sus *doulas*⁹ (una matrona y una kinesióloga), sostuvo el parto hasta en casa. El dolor se intensificaba y regresaron al hospital. El trato no cambió mucho al antes recibido. Valeska describe la frialdad de la atención, de la sala de parto, el rechazo a sus deseos -como caminar o cuclillas para mitigar el dolor- por parte de su matrona, etc. Recuerda, por ejemplo, que al romperse la bolsa sintió mucha vergüenza “como que se molestaron porque parece que ensucié mucho (...) mi pareja también lo sintió”, le decían que el doctor ya venía, cuando en realidad se encontraba de vacaciones, le pusieron oxitocina, procedimiento que habían acordado no realizar:

la tens se rio, 'oye, no quiere oxitocina ésta', así, [le realizó una maniobra de Kristeller] Yo sabía que era esa maniobra, pero no tenía la capacidad a poder decir que no, no podía y me apretaba la guata y entre el dolor de la contracción que todavía me dolía, pero menos y el dolor de mi cuerpo con lo que estaba haciendo, era heavy (...) me sentí como un ketchup, eso fue mi cuerpo. Me apretó, me apretó, me apretó hasta que exploté

Le realizó también una episiotomía:

Entre medio, antes de coronar la matrona dice algo así como...Su voz me suena como que siempre va a quedar en mi cabeza, y me dice 'no está funcionando, te voy

⁹ Una *doula* es una mujer que acompaña a la parturienta con asistencia emocional y física durante el parto, parto y postparto. (Valdés y Morlans, 2005)

a ayudar'. Saca la tijera y paf, me corta. Mi pareja estaba grabando eso, grabando el parto, qué sé yo, ella vio a mi pareja que está grabando, le dijo ¡me vas a meter en problemas, deja de grabar! (...) No me he atrevido a volver a ver esa grabación (...) al día siguiente, me fue a ver al piso y todo, y fue como que me daba tanto miedo. Hasta era como que la trataba bien, para que no me tratara mal de vuelta, como mujer agredida, mal.

En síntesis, no basta con negociar con la genealogía materna ni con la construcción de un proyecto propio, pareciera no basta con la confianza en la mutua validación en la relación entre gestante y equipo médico o en la apertura a nuevos/antiguos saberes que tensionan las prácticas hegemónicas, o quizás sea el ser primigesta. Pareciera que el destino es el sometimiento a las lógicas y tecnologías del parto y la maternidad, y que el camino trazado anteriormente sirviese solamente de denunciante, para no normalizar, para detectar y para reformular las posiciones de poder y negociación, pero aún no para frenar las prácticas de atención tan arraigadas en nuestro sistema de atención.

VII. Capítulo II “No sé si mi testimonio te sirva mucho”

El privilegio de un parto respetado como excepción a la norma

*Mi abuela parió a mi madre, mi madre me parió a mí.
 Todas paren en mi casa, yo también quiero parir.
 Yo quiero parir tranquila, que nadie me meta prisas,
 Que mi chico esté conmigo, por si hay lágrimas o risas*

Rumba de las madres, Rosa Zaragoza

*Fácil como el canto que anuncia el sol para ti, así es mi sueño.
 Temo a soltar una señal, tiempo de contar y no puedo.
 Fácil como estar sentado frente a ti, sin decir:
 Que tú eres mi canción, que sólo tú,
 Tomas mi tristeza, y la vuelves en paz.*

Fácil, Jirafa Ardiendo.

Mi segundo parto fue un parto mágico. Sin intervenciones, a la luz de las velas que sostuvieron su calor por las horas que nos tomó reunirnos. Un parto natural, sin premura, con chocolate, agua, balón, con aroma a canela. Mi matrona fue guardiana del proceso y nos acompañó amorosamente, como telón de fondo, protegiendo mi protagonismo. Helena nació enmantillada¹⁰, y enmantillado fue ese parto.

Cuando los relatos de violencia obstétrica se empezaron a escuchar con más fuerza, cuando las encuestas y el activismo comenzaron a denunciar y a pedir apoyo, yo me sentí avergonzada por mi parto hermoso y mágico. Me daba pudor contar mi experiencia, la experiencia con mi equipo, reconocía que fue un parto privilegiado, una excepción. No conocía, al menos en Arica, a otras mujeres que hubiesen tenido al menos una experiencia amorosa y respetada en sus partos, por el contrario, en los datos, las encuestas, los conversatorios y encuentros la realidad era otra: la violencia obstétrica instalada en las

¹⁰ Un nacimiento enmantillado o en velo se refiere al nacimiento sin rompimiento de membranas fetales. Se asocia a signo de buena fortuna

prácticas de atención a mujeres gestantes y puérperas. Qué pudor mostrar alegría cuando el dolor es regla, “la esperanza es peligrosa”, dicen los expertos en trauma.

En el presente capítulo se analizan experiencias que las participantes visualizan como positivas, relevando los relatos que cuestionan la normalización de la violencia como el nuevo saber que se transmite entre pares, pero con una mirada aguda y crítica de las tensiones que se juegan para su consecución. Estos partos respetados han sido espacios ganados por dichas madres a través de la tensión y negociación con el dispositivo médico, cuyo logro se relaciona con los vínculos de reconocimiento personal como privilegio de escaso acceso, y de formarse e informarse a través de otras fuentes, distintas a la narrativa tradicional, cuestionando la herencia narrativa materna, pero que en este esfuerzo, la reconoce en reciprocidad, como sujeto de vulneraciones y su respuesta, como consecuencia del trauma.

Conocí a Valentina, Adriana y Nadia cuando hice el llamado a participar de esta investigación y fueron las primeras en acceder a una entrevista. Mi sorpresa fue doble: ellas tuvieron un parto amoroso y sí querían hablar de eso, reconociendo que es una excepción que debe ampliarse, pero al mismo tiempo, sobre sus vivencias como propósito de denuncia, me advertían: “*no sé si te sirva*”, “*tal vez mi experiencia es súper distinta la mayoría de las chicas, no me siento cómoda compartiendo*”.

Valentina tiene dos hijos. Ambos nacieron en el hospital y en el contexto de pandemia, el 2019 y 2021, y ambos en condiciones de alto riesgo obstétrico. Es deportista, instructora de surf y de yoga, tareas que combina con su rol como nutricionista independiente y emprendedora. Desde ese espacio conoce a quienes serán su equipo de acompañantes, matrona y ginecólogo, con quienes trenzó una amistad que desde las olas y las tablas, pasaría a la sala de maternidad.

Su experiencia respecto a la maternidad (desde la gestación a la crianza) implicó tomar distancia de sus redes familiares, distinción que comenzó a temprana edad. Viajó por el mundo antes de decidir ser madre, en conjunto con su pareja. Ambos mantienen un estilo de vida que se diferencia significativamente de sus redes familiares, por lo que se constituyen como núcleo independiente. Así, construyen su gestación, parto y crianza desde principios relacionados al cuidado y al respeto. El temor al parto y sus consecuencias, instituido por los relatos de su madre, sus tías y sus amigas, hacía que la posibilidad de una

gestación estuviese lejos de sus planes. A diferencia de lo que dictaba su familia, desarrolló un proyecto personal que en nada se asemejaba a los mandatos familiares, siendo autónoma y emprendedora desde muy joven: *“Como que siempre fui la oveja negra, pero como que hoy en día ya no soy tan la oveja negra, sino que fui inteligente. Después de 20 años, como que la gente, mis papás se dan cuenta de eso”*

Los relatos familiares sobre la vida, tanto por su madre como por su padre, tienen un marcado tinte de sufrimiento. Ambos con orígenes humildes, de familias numerosas y de mucho esfuerzo, *“con mi esposo descubrí que no puh, que uno venía a disfrutar acá, entonces eso, quería transmitirle eso, que la vida es para disfrutarla”*

Muy joven se fue de la casa familiar, viviendo inicialmente en Concepción -donde estudia su carrera universitaria-, para luego ampliar los horizontes a otros países y regiones. Conoce a su pareja y se casa a los 21 años. Lejos de su familia, recorren juntos este caminar

“Mi esposo, que ya había vivido en el extranjero, siempre me dio todo el espacio y el tiempo que yo necesitaba para seguir desarrollándome, que ahora más grande me doy cuenta de que era una pendeja y nada poh. El día que me conoció, antes de pedirme pololeo me dijo: yo quiero tener hijos contigo y yo no lo pesqué ni en bajada, pero él espero, espero, me hinchó, me hinchó, pero esperó hasta que yo ya estuviera lista y eso fue cuando ya teníamos diez años de matrimonio, me las viaje todas, estudie todas y dije ya ¿sabes qué? Ahora es el momento y ahí empezamos

A pesar de la determinación, Valentina afirma que la decisión estuvo postergada en gran medida por el miedo, heredado de relatos de su madre, tías y amigas:

“Le tenía terror al parto; yo creo que es una de las razones por la cual lo chutié tanto tiempo, tenía la concepción de que mi cuerpo iba a cambiar muchísimo que no iba a volver a ser lo mismo, solo había escuchado historias horribles de los partos, literalmente que se rajaban, así con ese lenguaje, que dolía mucho, que la violencia obstétrica era el pan de cada día o sea que no había de como zafarse de eso. Entonces yo no quería vivir eso (...) [imaginaba que iba a perder] Como

funcionalidad, el tema de que la vagina se deformaba, que esto de la episiotomía o los desgarros realmente que eran extremos, que después el retomar tu vida sexual iba a ser doloroso o que no la ibas a poder retomar, que las pechugas, por ejemplo, que te quedaban hechas pebres, las caderas que quedaban amplias, cachai, todas esas cosas, eso era lo que la sociedad, mi familia, mi mamá, mi abuela tal vez no lo sé... no sé si mis abuelas tanto fijate, porque las dos son de hartos hijos y bien, pero mi mamá fue más cobarde o mis tías por ahí, ellas, ellas, como que yo escuchaba eso.

Para ella, decidir gestar y tener hijos, a pesar del gran miedo

Fue una entrega máxima, yo venía llegando de la India, donde estuve encerrada en un monasterio meditando y aprendiendo yoga, siendo vegana, entonces te juro que los meses que estuve ahí tu cuerpo se limpia y tu mente se expande al punto en el que creo que nunca he vuelto a tener el nivel de conciencia que tuve en esos meses; y ya teníamos diez años de matrimonio, pasando todas las crisis que se pasan en esos diez años y me dijo ¿sabes qué? ya, yo te he esperado caleta, has viajado por todo el mundo, ¿qué más quieres?, ¿qué más quieres? Y dije ya bueno si, verdad ya, démosle y sentía que nada, así como entregando, aceptando esta gestación y este parto e iba a llegar con todos los prejuicios que tenía.

Con su familia mantuvo la distancia: “Lo que pasa es que yo no he dejado que mi familia se haga parte, muy participe ni de mis gestaciones y mucho menos de mi parto, de hecho, yo le dije tu no le vas a decir a nadie que yo estoy de parto, o sea olvídate”, apoyándose de su pareja en la construcción ahora de un plan de parto acorde a sus deseos. Cristóbal es preparador físico, por lo tanto, ambos tenían un conocimiento detallado sobre el cuerpo en general, pero sumaron talleres de preparación al parto y lecturas y recomendaciones (documentales en Netflix, libros) brindadas en talleres de preparación al parto y matrona, que fueron rápidamente incorporados por ellos: “ella [la matrona]

enganchó mucho conmigo y ella vio en mí que yo podía tener un parto espectacular, maravilloso". Este reconocimiento se extendió prontamente por el hospital: fue reconocida como paciente de este equipo en particular y, además, como instructora de surf y yoga, y le brindaron atención personalizada y de cuidado adicional en sus estadías hospitalarias.

Su primer parto se desencadenó acompañada de su doula y matrona, llegando al hospital con un trabajo de parto muy avanzado, que requirió muy pocas intervenciones. Su segundo parto fue más complejo, primero por mantenerse en monitoreo por alto riesgo (tuvo una anafilaxia durante la gestación), y luego por que no se desencadenaba y el líquido amniótico comenzó a disminuir, lo que implicaba una inducción.

ese era el tercer día que llevaba en el hospital. Primera vez que me separaba de mi hijo mayor ¿cachai? (...) entró una matrona y era una matrona que me conocía de la escuela de surf que también me había visto cuando me dio el shock anafiláctico. Ahí me reconoció (...) Nos amaba. En el fondo ella nos amaba, yo sin saber y me dice ¿Qué pasó? Cuéntame y le explico y me dijo ¿queri que te ayude? y yo le digo si, ayúdame.

Valentina reconoce que su factor protector frente a la violencia obstétrica institucionalizada son los vínculos que ha establecido, ya que mientras ella recibía buenos tratos, observaba cómo a otras mujeres las retaban, les gritaban o las apuraban:

Yo tengo clarísimo que mis partos han sido maravillosos porque soy quien soy no más ¿cachai? y porque he tenido suerte y también por lo que quería compartir este relato, porque si bien esto es porque... como todo funciona en Arica ¿cachai? por tener contactos, por tener amigos, pero ellos tienen la misma sensación de que no debería ser así ¿cachai?

Adriana tiene 40 años, es colombiana y tuvo a su primer y único hijo hace casi 2 años. Llegó a Santiago hace aproximadamente 10 años, trabajando para una empresa importante de comercio. Es deportista de alto rendimiento, participa en maratones y corridas frecuentemente, corre cada mañana y corrió mientras el embarazo se lo permitió. Y luego de parir, retomó sus entrenamientos en cuanto pudo. El proyecto de vida de Adriana

estaba puesto en la realización profesional, la maternidad estaba lejos de sus planes, diferenciándose de su familia de origen:

el plan de ser mamá nunca estuvo como dentro de mis más cercanos deseos o anhelos, porque estaba dedicada a mi trabajo a pesar de que también vengo de una familia que son todos muy familiares, muy de tener hijos, pero yo estaba como muy empoderada y, no empoderada, pero sí muy encaminada a cumplir mis sueños profesionales y laborales antes de tener familia.

Conoció a su pareja, esposo y padre de su hijo, en Santiago. Ambos, además de compartir en lo laboral, se encontraron como deportistas, y con afinidades en el estilo de vida que compartían:

yo conocí también a mi marido y el también un hombre mayor que yo, ya éramos... como él tiene diez años más que yo, nos llevamos diez años, pero digamos que los dos somos jóvenes, yo cuarenta y el cincuenta o cuarenta y nueve, ya también un profesional, también una persona bien parecida, bien en ese sentido, preocupado de sus intereses profesionales y también de un esquema familiar muy parecido al mío, de una familia de Valdivia que se vino para Santiago, o sea que él se vino para Santiago, fue militar muchos años y también con un estilo digamos muy parecido, independiente, con mucha autonomía también.

Juntos se trasladaron temporalmente a Arica hace 4 años aproximadamente, siguiendo los proyectos laborales de él (ya están de regreso en Santiago) y decidiendo en conjunto tener un hijo, luego de un tiempo de relación:

la verdad es que tampoco nosotros lo conversamos tanto, yo creo que esto fue algo que se dio no más, lo único que si digamos que acordamos fue que, en algún momento, yo antes de irme a Arica me fui a Estados Unidos y yo hasta ese entonces, yo te hablo como del año 2017-2018, yo hasta ese entonces me tomaba, o sea ¿cómo se dice acá? Anticonceptivos, entonces eran inyecciones y digamos que en el

momento en el que yo me fui a Estados Unidos, dejé el trabajo, me fui a Estados Unidos y de Estados Unidos llegué a Arica y antes de irme a Estados Unidos como que lo conversamos y fue como que: 'bueno, aquí como que la relación cada vez estaba con más fuerza, sería como bueno proyectarnos a que tengamos la posibilidad de tener hijos más adelante' y ahí partió como todo, fue como todo para empezar el proyecto de ser papás, y cual era como la primera etapa? Desintoxicarme, después de muchos años de tomar anticonceptivos ¿sí? Y, empezar como con esta preparación, entonces yo le propuse dejar de aplicarme la inyección y empezar como a alimentarme mejor, fue como algo muy, si bien no fue planificado, Paula, pero si, como que este tipo de conversaciones fueron claves. Fue como que, bueno quizás se viene a algo importante, te propongo que deje de tomar anticonceptivos y empezamos como a prepararnos para esto.

Comenta que antes de gestar, Adriana se preparó “*en cuerpo, mente y espíritu*” y comenzó un “*proceso de limpieza*”, con alimentación vegana, deporte y un profundo trabajo de introspección y autoconocimiento. Abandonó la medicina tradicional (“*el cuerpo es sabio y saludable*”) y comenzó a buscar información de manera autónoma y autodidacta, siendo muy relevante para la construcción de su plan de parto, “*me fui nutriendo desde adentro, mucha información, todos los autores, Michel Odent (...) "sabemos parir" y bueno, ya no me acuerdo mucho los libros que leí*”, y destaca por sobre todo, la orientación y guía de una prima que fue su principal referente:

yo tengo una prima, o sea yo creo que ella también es parte importante de mi testimonio porque es una prima también con un pensamiento muy parecido al mío y hace un par de años ella tuvo su primera hija también, siendo mayor como yo más o menos, cuarenta, treinta y algo de años y entonces ella ya había estudiado todo lo de la maternidad natural y lo del parto natural y ella me compartió todo el material cuando yo empecé todo el proceso de sacarme el anticonceptivo, me fui a estados

unidos y ya como que psicológicamente nos estábamos preparando para, ella me compartió todo el material y ella al contrario de lo que me pasó a mi ella no lo pudo tener, a ella a su hija no la pudo tener tan natural porque tuvo un trabajo de parto durísimo de veinticuatro horas y ya llegó un momento, en el que no aguantó más pero se preparó, leyó, estudió y esa experiencia me la compartió en su momento. Y claro, yo quede con eso en la cabeza porque ella me decía: hay que leer estos libros para que nos empoderemos, las mujeres somos sabias, nos han quitado mucha sabiduría por tanto miedo, nos han vendido que una mujer no puede parir sin anestesia una guagua por el miedo, el miedo, el miedo, el miedo. Entonces yo dije, o vivo en el miedo o vivo en el amor y en el amor hay que empoderarse y para empoderarse hay que estudiar. Lamentablemente muchas mamás no lo pueden hacer y yo corrí con la fortuna de que tuve tiempo, la disposición y sobre todo las ganas de aprender; y eso me hizo a mí que en ese tiempo empezar a mecanizar dentro de mi cerebro y de mi corazón que yo si iba a poderlo hacer en su momento.

Las negociaciones de Adriana respecto de cómo llevar adelante su proceso se centraron en dos áreas importantes: su visión respecto del parto natural y distanciamiento de la medicina hegemónica, versus su marido y los distintos profesionales que atendieron su gestación, aliados, por supuesto, de la medicina. Por lo mismo, su mejor estrategia fue la información:

yo también me informe sobre cuáles eran las exigencias del sistema medico porque como estaba con un marido ultra guiado por la medicina yo necesitaba buscar un equilibrio, entonces yo ya le había conversado a el de que no quería que fuera tan invasivo, no tanto control médico, que no quería que me examinarán tanto a Lorenzo que ya al final estaban las cosas dadas.

Llegada a Arica, comenzó la búsqueda de un equipo médico que se alineara con su

deseo y se asesoró con una amiga ginecóloga que la ayudó a buscar a un equipo que respetara no sólo su plan de parto, sino su distancia respecto de la medicina tradicional. Su equipo fue asesorado por ella, con quién establecieron alianzas y equipos de atención (gineco-obstetra, ginecóloga para ecografías y matrona) y que respetaron su plan. Sin embargo, presentó complicaciones durante la gestación que la obligaron a ser asistida médicamente, para sopesar riesgos como, por ejemplo, debiendo nivelar su hipotiroidismo y retrasar un parto precoz. Las atenciones, especialmente las primeras intervenciones con su hijo tuvieron las mismas negociaciones, algunas intervenciones perinatales y las vacunas obligatorias al momento de nacer no pudo rechazarlas, pero las acepta finalmente dada la presión del equipo médico y de su pareja.

Sobre el momento del parto, se evidencian conductas por parte del equipo hospitalario en general que caben dentro de una experiencia de alto estrés, sin embargo, ella refiere: *“me mantuve en mi burbuja de meditación y trance, si abría los ojos perdía la concentración, porque afuera todos gritaban, el camillero me llevó a tropezones y chocando por todas partes, la luz, el frío...”*. Ella no describe experiencias de violencia obstétrica, no por desconocimiento de las condiciones hospitalarias, sino porque, desde sus recursos trabajados desde hace mucho, hizo frente a los estresores ambientales:

mira, yo antes de, como comentarte esto también tengo, sé que es importante que sepas porque quizás, no sé si mi testimonio te sirva mucho en ese sentido porque yo soy un poquito como (...) bien alejada del sistema médico, ¿sí? Porque como tuve mucho tiempo de estudiar (...) entonces eso me ha permitido Paula estar un poquito aislada, porque afortunadamente nunca me enfermo y tengo una vida sana, ¿me entiendes? Y tampoco estoy siempre en confianza de que todo va a estar bien y de que todo se va a mejorar, no es que yo vaya en contra del sistema, pero claramente hoy en día con los recursos que tenemos las personas de hacernos cargo de nuestras emociones, hacernos cargo de nuestras dificultades, yo creo que ahí tenemos una pega bien grande.

Para Adriana, la información y formación fueron factores protectores claves a la

hora de afrontar su experiencia de parto, lo que sumado a las redes y vínculos personales y profesionales que la sostuvieron tanto dentro como fuera del pabellón de maternidad, derivaron en una experiencia positiva, sin registro de trauma por violencia obstétrica.

Nadia es médico y también tuvo a su primera hija en Arica. Al igual que Valentina y Adriana, ser mamá no estaba en sus planes, su experiencia como hija le había dejado ver que la maternidad era algo indeseable, no por el parto, sino por las renunciadas y costes de la crianza:

¿Mi mamá?, ella dejó de trabajar por criarnos a nosotros y siempre nos hizo sentir que nosotros teníamos la culpa: ‘Cuando yo trabajaba, yo me compraba perfume, cuando yo trabajaba, yo hacía esto’. Y después cuando íbamos creciendo, por ejemplo, si uno quería salir, es que el fin de semana debería pasarlo conmigo porque yo lo he dado todo por ti... Entonces, como lógico, un hijo es una carga. Y una claro, como que nosotros le debíamos algo porque ella dio tanto por nosotros y nosotros le debíamos que devolver la mano.

Por muchos años, Nadia fijó su desarrollo personal y profesional como ejes de su identidad, alejada de la maternidad. Desde ahí, hizo un profundo trabajo de revinculación con su mamá, resignificando la figura de su madre en la relación: “yo dije no tengo por qué hacer lo que me han enseñado que yo tengo que hacer. Yo voy a hacer lo que yo quiera hacer”. Sin embargo, la pandemia y su trabajo en atención de pacientes COVID la invitaron a reformular la idea de gestar: “Yo decía, pucha ¡me saco la mugre por gente que ni siquiera se esfuerza un poquito! Y ahí un día dije: si voy a trabajar tanto por cuidar a alguien, prefiero cuidar un hijo mío”

Su vida y su concepto de gestación dieron un giro radical y de ser algo que le parecía ajeno e indeseable, se convirtió en motivo de orgullo y goce:

Yo quería que todo el mundo me tocara la guata. Yo antes, cuando veía que llegaba una embarazada y le gente le tocaba la guata yo decía ‘pero no, no seas intrusa ¿cómo le vas a andar tocando la guata a la gente? Uno no anda por la vida, no, no te andan toqueteando. Y yo alguien llegaba, me ponía la mano en la guata y era lo

máximo, era como mi orgullo.

Nadia estudió, y estudió mucho. Desde las guías clínicas del MINSAL, hasta crianza Montessori, pasando por lactancia y parto, y siguiendo todas las sugerencias de amigas que ya tenían experiencia previa:

Yo partí leyendo cosas como muy médicas, la guía perinatal clásica que uno lee y después yo me acuerdo que un día fui a Santiago y nos juntamos con unas como ex colega de mi marido, y eran todas mamás y ellas me dicen: mira, ¿tienes instagram? Les digo sí, pero nunca lo pesco, y me dicen agrega estas cuentas y me empiezan a...que bendita lactancia y a dar un montón de cuentas de, eh, asesoras de lactancia, y el pediatra JotaEle y no sé qué, y un día para jugar y me empiezan a decir estos los tienes que seguir ya olvídate que vas a seguir puro cosas de vestidos, chao, ese ya no es tu instagram, y ahí yo empecé como a ver todas estas cosas y decía como oh, y ahí buscaba información de no sé qué, escuchaba cosas montessori y yo leyendo, buscando información y libros de crianza montessori (...) ¡fue como hacer un magíster!”

Así comenzó a estructurar su plan de parto:

Entonces les dije yo quiero parir. Y yo quiero tener la guagua toda cochina así en encima e' mi pecho que este tomando leche. Y yo no quiero, así como de las películas que la entrega vestida con el gorrito. Y si ustedes no están dispuestos a eso, entonces yo me voy a Santiago, díganme altiro y me dijeron no, no Nadia, si te vamos a acompañar, te vamos a apoyar. Perfecto. Y por eso, porque yo le dije si le dije a mi, ah, Mario, le dije si no, yo lo voy a tener a Santiago, pero yo quiero, como que me respeten mí, mi hora de la diada y quiero todo eso.

El nacimiento de su hija, mediado por su pareja, aperturó el reencuentro con su madre desde otra representación vincular: la figura de la abuela. En su plan no estaba

incorporada la visita o acompañamiento de su madre, es más, Nadia quería mantener la distancia. Pero su marido insistió: *“tú tienes que entender que esto no es tu decisión, dijo, porque tú vas a ser mamá, pero ella va a ser abuela y tú no puedes negarle a la niña la posibilidad de tener una abuela porque a ti no te gustó tu mamá, porque a lo mejor ella va a ser una abuela maravillosa”*.

El parto de Nadia no fue como lo esperaba. Con una cesárea de emergencia, renunció a su parto ideal, sosteniendo aún la esperanza por mantener el postparto como lo había planificado. En la cesárea le permitieron acompañamiento continuo de su marido en pabellón, a pesar del contexto sanitario por crisis COVID-19 que no permitía acompañantes, y tuvo un trato amoroso y cordial por parte del equipo. Pero la violencia obstétrica se extiende más allá del momento del parto, y Nadia conoció esto a partir del momento en que salió del pabellón:

me llevan a la niña y me dicen: ‘ya aquí está su bebé, le tiene que dar pecho. No se preocupe sino logra el pecho ahora, le damos un relleno’. Ay. ¡Y eso me dolió más que la cesárea! Más que las contracciones, y porque yo dije me preparé tanto para tener un parto y no tuve parto ¿y ahora quieren darle relleno a mi guagua? Y ahí yo me acuerdo que la agarré como pude sin poder sentarme nada porque nadie, nadie me ayudó. Me la dejaron y se fueron (...) Y yo estaba plana en la cama. Ni siquiera me semi sentaron y yo tampoco tenía la cuestión para poder a arreglar la cama. Y yo llamaba, pero no entraban al tiro, que como tenían que ponerse la..., atendían a todas las otras primero y después cuando tenían un rato me iban a ver a mí.

La experiencia del parto para Nadia fue positiva. La revinculación con su madre también se resolvió favorablemente, reparando las distancias, tensiones y quiebres de la relación. Pero al igual que las otras mujeres, su preparación previa y el vínculo con su equipo médico no fueron suficiente para protegerla de la violencia obstétrica, que la visita de sorpresa justo al iniciar el postparto. Y no sólo a ella: en esa estadía es testigo y defensora de otra mujer, que parió al día siguiente y que llegó sin su bebé a la habitación, producto de una diabetes gestacional no diagnosticada y con un bebé que nació pesando

5kg, que derivaron al hospital. Recuerda cómo fue tratada con despotismo, humillaciones y violencia:

tuvieron que mandar la guagua a la neo del hospital. Y después vuelve la mamá solita, sin su bebé llorando, llorando, llorando. Y yo, como ya sabía la historia, yo me acuerdo que yo, parada así dobladita, yo le iba a consolar y conversaba con ella, allí esa esa noche. Y ella lloró toda la noche. Qué doloroso que te separen de tu recién nacida. Y ella me decía aquí como nadie se dio cuenta, porque si fuera, si hubiera sido así, hubiera nacido en el hospital: ‘Me hicieron venir’ Ella tenía razón.

El médico ginecólogo fue a visitarla al día siguiente, y no reparó en retos y juicios a la mujer. Comentarios sobre su peso, un trato frívolo, desafiante, en que no se atribuía responsabilidad en el diagnóstico oportuno de la diabetes gestacional que Nadia advirtió inmediatamente al verla. La negación a la lactancia materna, tan importante para ella, fue lo último que pudo tolerar:

No aguanté más y le digo ¿cómo te ocurre decirle una cosa así?, ¿cómo la leche de tarro va a ser lo mismo que la leche de ella, que es para su hija?, ¿Y cómo la tratas así? Ella dije debería estar con su bebé en brazos y tu no has tenido empatía. Y le has tratado pésimo todo el rato [y enumera las faltas médicas que hubiesen conducido un buen y atinente diagnóstico], trátala como se merece. Y ahí él me quedé mirando y me reconoció y cambió el trato con ella.

Acompañó a la mujer, no permitió que le quitaran la analgesia porque ella continuaba con mucho dolor: “¿Cómo le vas a dejar de dar analgésica?, ¿Si a ella lo que le duele es el corazón porque no tiene su bebé! Le dije nadie le va a sacar esa vía delante de mí, hasta que ella se sienta mejor”. Y comenzaron a movilizarla para ayudar a que el dolor disminuyera y con eso, que pusiesen darle el alta para ir por su bebé.

Como muchas, y a pesar de los vínculos profesionales que la protegían, Nadia tampoco pudo eludir las prácticas arraigadas en el dispositivo de atención. La negociación

posible tuvo alcance sólo con su equipo directo, mas no significó que se extendiera a la institucionalidad. A pesar de aquello, el reconocimiento de las prácticas violentas de las que fuese sujeta tanto ella como su compañera, previnieron la traumatización por la experiencia.

Sobre la búsqueda de información fuera de la esfera materna

¿Con qué referentes es posible construir un proyecto novedoso, cuando las experiencias familiares son rechazadas como tradición narrativa?, Si se renuncia a la herencia familiar, ¿desde qué relatos son validadas las nuevas construcciones posibles, desde dónde se construye el nuevo proyecto?

Butler (2018) va a indicar que la performatividad del género se da en el encuentro entre dos sujetos en el campo del deseo. Siendo así, ¿Cuál -o de quién- es el deseo donde se juega la maternidad?, ¿Quiénes juegan?, ¿cuáles son sus normas? Pareciera que, en este espacio, en el campo de la experiencia, lo que se articula son los mecanismos relacionales que perpetúan normas estereotípicas donde se ancla la violencia, la opresión y que determinan (o son determinadas por) la institucionalidad materna y sus tecnologías (Blanchard, 2013). La performatividad del género, las tensiones y negociaciones en la genealogía se darían, en primer lugar, en la relación madre-hija y el cuestionamiento a la norma.

Un punto en común entre estas y las anteriores historias es que, en cada una de ellas, se observa la transmisión de un relato de parto o maternidad con características traumáticas, indeseables o al menos, desafiantes. En el parto, el dolor, el riesgo, la violencia, la frialdad son conceptos que recorren, en general, las experiencias de madres y tías, y que luego se expanden hacia los desafíos de la maternidad y crianza, que hacen eco en la propia observación del rol como hijas. La resistencia a continuar con ese legado deriva en un distanciamiento a veces, no sólo de las narrativas, sino también de las trayectorias y los vínculos, situando a la nueva gestante en un espacio “en blanco”, que busca completar desde otros territorios.

Odent, Netflix, Instagram, se sitúan como las principales fuentes de información, transmitidas ya no por las madres, sino por amigas o primas, por pares. El relato de otras mujeres se acompaña de fuentes de información “academicista”, se comparten libros,

textos, páginas web que resuenan con la frase “*la forma de nacer sí importa*”¹¹. ¿Es la “otra forma” lo que se está buscando y validando?, ¿Cuál es esa “otra forma”?

El feminismo ha abierto la puerta a la visualización y al cuestionamiento de las verdades universales instaladas desde el prisma patriarcal, de eso no cabe duda. Y esa agudeza se ha colado, también, en la representación de la experiencia del parto. El parto respetado es un ejemplo adicional de este agenciamiento, en que la constitución de sujeto demanda condiciones de subjetividad que incluyen la esfera física y emocional, en conjunto con una representación de lo público y lo privado puesta en tensión con la propuesta de atención hegemónica (Vivas, 2020). Sin embargo, al igual que con los primeros movimientos feministas, esta vez, potenciada por la “democratización”¹² del saber desde el uso de las tecnologías y redes sociales, pareciera que las representaciones que se negocian y tensionan son aquellas que toman como punto de partida, los análisis e investigaciones que se sitúan en los grandes ejes sociopolíticos, dinámica ampliamente analizada y que definen la performatividad, modelo y alcance de la gestación, parto y maternidad (Flax, 1995; Foucault, 2008; Tiidenberg, K. & Baym, N., 2017; San Cornelio, G., 2021, entre otros). Tampoco es novedoso que la información que desde ahí emerja permee con facilidad a las fuentes de acceso que se nos presentan como válidas, especialmente cuando la institucionalidad hegemónica que se refuerza en esa dinámica excluye la posibilidad de articulación con otros saberes. Aunque cabe aquí una pregunta adicional: ¿Es posible esa conciliación?, ¿Podría existir comunión genuina entre un saber ancestral, tradicional y local, situado en una institucionalidad que le es ajena, sin pertinencia ni pertenencia, y viceversa?, La aproximación del dispositivo de salud occidental a las prácticas tradicionales, ¿no funciona ya de manera extractivista?, ¿cómo se conjugan? Vivian Gavilán (2017, 2018) es una importante referente local en esta área de estudios.

Ninguna de estas preguntas promete novedad en su análisis, sin embargo, queda en evidencia que aún hoy, la construcción de un plan de maternidad y la distancia a la tradición materna, parecieran ser ejercicios que devienen de lógicas occidentales, y que se refuerzan en autopoiesis, con discursos respecto de la maternidad, de la gestación, del parto

¹¹ “La forma de nacer sí importa” es una de las consignas que representa a la Coordinadora Nacional por los Derechos del Nacimiento (CNDN) en Chile. <http://derechosdelnacimiento.cl/quienes-somos/>

¹² Las comillas responden a la necesidad de dejar en evidencia que el acceso a la información es, aun hoy, un privilegio, y la idea de democratización del acceso pareciera mantener la falacia del libre acceso.

y la crianza que vienen de experiencias e investigaciones del “sujeto universal” que los medios ofrecen para nuestro consumo, ávidas de referentes en una época de muda.

Ahora bien, la narrativa diferenciadora en la historia familiar materna se entiende como un ejercicio de emancipación de la identidad del sujeto incluso dentro de estos márgenes, sin embargo, al hablar de experiencias de parto positivas, distintas a la norma o que desafían la norma, la validación del relato queda entre comillas. Pareciera haber un giro a la propuesta de Muraro sobre la reivindicación del discurso materno como legado en la construcción simbólica de la maternidad, otorgando ese lugar a otros referentes que no estén necesariamente cruzados por el trauma de la violencia, en este caso, obstétrica, o que permitan visualizarla en lugar de perpetuar la normalización.

Sobre la experiencia diferente como diferencia “inútil” o “incómoda”

Adriana, Valentina y yo compartimos experiencias de parto que salen de la norma: en lugar de ser partos escabrosos, de malos tratos y violencia, tuvimos partos amorosos, respetados y bien informados, con equipos médicos que acompañaron el proceso y permitiendo la negociación en la medida de lo posible, reconociendo que hay espacios en donde no hay alternativa (las vacunas al hijo recién nacido de Adriana, el parto hospitalario de Valentina).

¿Por qué es posible para algunas acceder a una experiencia así?, ¿qué se juega en los vínculos como protectores a la hora de parir? Hay varias líneas en común: a) El distanciamiento de las narrativas familiares en la construcción de un proyecto vital, que consecuentemente, las dejó sin referentes primarios, por lo que se articula: b) una búsqueda de información externa, autónoma y autoformada, con referentes expertos distintos a los validados dentro del núcleo familiar principal (madres, tías), c) con esa información, se negocia los límites de la subjetividad en el habitus médico. Si es validada, la experiencia de parto prosigue positivamente, dando espacio a la tramitación de los desafíos sin consecuencia de trauma. Si es negativa o no existe, las prácticas médicas adquieren un carácter violento y traumático.

Entendemos también que lo traumático deviene por la falta de contención o validación de la experiencia emocional, un testigo que otorgue forma y palabra a la vivencia, que permita la elaboración de aquello que sobrepasa la propia capacidad de

respuesta. Los vínculos de mutuo reconocimiento tienen eso en común, se configuran como factor protector frente al trauma pues otorgan el espacio de diálogo donde emerge la posibilidad de tramitar la experiencia, y que, por lo tanto, no derive en trauma. En la vivencia concreta del parto, no es la validación de pares la que se juega, ni la representación y actualización de la genealogía materna. En ese momento, se articula un dispositivo específico, el habitus médico, y su voz determinará qué queda incluido y qué queda fuera de su aprobación (Castrillo, 2016, Villanueva-Egan, 2010). Por lo tanto, aquello que es validado por el habitus médico, entonces, pareciera definir el curso del desarrollo de la experiencia del parto, y que comprendiéndolo desde la multidimensionalidad que requiere, amenaza siempre con excluir a aquellas que no cumplan con los requisitos de subjetivación que ellos anteponen.

Por lo tanto, podríamos suponer que la vergüenza o pudor se asocie no sólo a reconocer que una experiencia positiva en la atención obstétrica es, aun hoy, un privilegio y no la norma, sino a reconocer que nosotras, “las respetadas” lo hemos sido no por nuestra condición, formación ni desarrollo, sino por la elección de un sistema que determina quién tiene la validez suficiente para estimarla digna de respeto, como trofeo que limpia su moral y que permite la arenga “la violencia obstétrica no existe¹³”.

¹³ Comentario de Ana Román, directora del Colegio de Matronas y Matrones, el año 2021, ante el proyecto de Parto Respetado ingresado al Congreso. Para revisar la nota: <https://radio.uchile.cl/2017/12/21/la-ofensiva-del-colegio-de-matronas-para-obstaculizar-ley-de-violencia-obstetrica/>

VIII. CONCLUSIONES

Hace 12 años, un tumor ovárico puso en duda mi posibilidad de gestar, abriendo un cuestionamiento a la intención y deseo de gestar. Las preguntas sobre lo que significa ser mujer, madre y habitar un cuerpo que puede (o no puede) gestar, la relación con la propia madre, el legado de significaciones asociadas a la maternidad, comenzaron a habitarme. Paralelamente, la opinión médica me indicaba cómo debía resolver esas preguntas, no eran sugerencias ni un diálogo, eran instrucciones. Tres especialistas consulté, tres con miradas muy distintas, ninguno que dialogara con otras posibilidades: “si quieres que yo te atienda, lo tendríamos que hacer así”, confesión de una intención de sometimiento de mi cuerpo a su saber. Me quedé con el que me recomendaron por su experiencia. Llena de miedos, vulnerable, ignorante y confiada, aceptaba las intervenciones que indicaba, pues “se suponía que es lo mejor”, con una sensación de extraña calidez ante su aparentemente dulce imposición. La cirugía fue una brutalidad: desde el trato frío e insensible del personal, hasta tirones, golpes y gritos. La complicidad del médico (“no, si a ti no te pasó nada, no tienes nada” -refiriéndole dolor en la espalda, producto del golpe que fracturó mi escápula-) y la culpabilización posterior (“es que eres muy alharaca tú, por eso no vas a poder tener guagua, una cesárea a lo más”) dejaron cicatrices que tardaron 12 años en sanar. No me atreví a denunciar más que escuetamente por la OIRS. Aún hoy, recordando esos momentos, se estremece mi cuerpo. El efecto del trauma, anclado en la piel, se extiende sin tiempo y sin espacio. No me atreví a volver a controles con él.

Dos años más tarde, gesté a mi primer hijo. El horror de entrar nuevamente a un pabellón inició mi búsqueda de alternativas de parto que requieran la menor estadía hospitalaria e intervención clínica posible. Mis amigas, que me habían acompañado en el proceso del tumor, buscaban y se informaban conmigo, todas previniendo que algo como eso volviera a suceder. Mi mamá, con su propia historia, desconocía que era posible algo más, algo distinto.

Inicié este recorrido con la intención de dar cuenta del alcance de la violencia obstétrica en la ciudad de Arica y las consecuencias traumáticas que de ahí derivan, con la intención de denunciar que las prácticas habituales en la atención de mujeres gestantes y que tan arraigadas están en la cultura médica, siguen siendo normalizadas o invisibilizadas,

especialmente por el dispositivo médico, y con este ejercicio, aportar a la tarea de las agrupaciones que intentan darle un giro a la forma de parir, y volver a situar a la mujer como protagonista. Y es que las cifras hablan por sí solas: casi el 70% de las mujeres, en Chile y en Arica, indican haber sufrido algún tipo de violencia gineco-obstétrica, sea en la atención en gestación, parto o postparto. Entre las mujeres que participaron, la tendencia también lo demuestra.

Pero me encontré con mucho más que eso.

Hoy, muchas mujeres tenemos acceso a fuentes de información que cuestionan los sistemas hegemónicos y discuten las relaciones de poder en todos los ámbitos posibles. El feminismo y las discusiones feministas han permeado en las capas de la sociedad, abriendo el debate y cuestionamiento a toda forma de relación en que se sitúa u observa una vía de opresión. El cuerpo de la mujer gestante y la maternidad como constructo, experiencia, institución, dispositivo o tecnologías, no están ajenas a ella. En ese sentido, la exploración de las narrativas asociadas a los relatos de parto permitió visualizar las diferentes tensiones y negociaciones de género que ahí se disputan. Las esferas analizadas se corresponden a los objetivos propuestos en la investigación, y apuntan a la emergencia de al menos 4 momentos (en algunos casos, se agrega la negociación con la pareja parental o con la pertinencia cultural), y de su articulación deviene la posibilidad de que la vivencia de violencia obstétrica (directa o vicaria) se transforme o no en trauma.

Las cuatro esferas analizadas corresponden a:

1. Tensión y negociación en la diada madre-hija.
2. Tensión y negociación en el acceso a la información y posibilidad de elaboración.
3. Construcción de proyecto propio.
4. Tensión y negociación en la diada mujer-dispositivo de atención.

Respecto a los objetivos propuestos, se puede identificar que, en el marco del análisis, se entreteje el cumplimiento de cada uno de ellos. Para fines de organización, se desglosan a continuación:

1. Describir las significaciones respecto del parto y de las dinámicas de poder que se presentan en el proceso de atención gineco-obstétrica perinatal en distintos perfiles de mujeres gestantes, en la ciudad de Arica

Las significaciones respecto del parto aparecen principalmente en los relatos que reciben las mujeres por parte de su familia próxima: madres, tías, primas y amigas cercanas. Los relatos de la generación que precede suelen tener un tinte traumático, refiriendo experiencias de temor, dolor o cuidado, previniendo y advirtiendo a la gestante sobre las implicancias de la atención en el sistema médico, pero al mismo tiempo, normalizando las dinámicas hegemónicas como parte del circuito, con escasa posibilidad de agenciamiento. Señalamientos como la inevitabilidad del dolor, la preferencia por la cesárea por el temor al dolor del parto vaginal, el riesgo de vida, el cuerpo dañado, las advertencias (“*un parto es un parto*”, como señalaba Elizabeth que le decía su madre), el miedo y dolor emocional transmitido en los relatos, son parte de lo que queda como legado del parir. Y esta aproximación se refuerza con los medios de comunicación de masas que representa a la mujer pariendo en medio de una situación de gritos y estrés, sobreintervenidos, medicalizados, al servicio de las tecnologías del parto. Parir era sinónimo de algo aversivo, peligroso, desagradable.

Por otra parte, los relatos de pares demuestran una capacidad crítica respecto de aquel sistema, que se nutre de la incorporación de nuevos saberes a través de medios de comunicación y redes sociales. La divulgación de la denuncia al modelo médico hegemónico de atención al parto por parte de los distintos activismos asociados a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos (lo que incluye, por ejemplo, a las noticias en medios locales), sumado a la amplia difusión de información que modelan un marco de gestación, parto, lactancia y crianza bajo la figura de la investigación científica, ha permeado la discusión sobre las significaciones del parto (o bien dicho, desde la gestación a la crianza), permitiendo el distanciamiento de las narrativas maternas donde las prácticas médicas tradicionalmente abusivas o violentas estaban asumidas y normalizadas. La incorporación de esta nueva información es traspasada a la nueva gestante, que la incorpora y amplía progresivamente.

Cabe señalar que siendo Arica una ciudad pionera en la incorporación de prácticas

tradicionales locales (principalmente aymaras) en la atención dentro del sistema de salud, la información que se despliega respecto del acceso continúa siendo parcial, y esto se podría deber principalmente a dos motivos:

- a) La visibilización de una alternativa con pertinencia local como el parto aymara ha sido castrada en su complejidad, ofreciendo un “como si” al servicio de la demanda de la medicina hegemónica, a modo de alternativa a un parto clínico u hospitalario. Sin embargo, incluso con la promesa de articularse como espacio alternativo o natural, la sala de parto no cuenta con las condiciones mínimas para cumplir con aquello, sus condiciones estructurales (luz, temperatura, espacio, implementación), la capacitación de sus profesionales y las prácticas hegemónicas no se condicen con la emergencia de la promesa inicial.
- b) La cosmovisión andina requiere una comprensión mucho más amplia que sólo las prácticas de atención a la gestante o su parto. Implica un continuo con la comunidad, con representantes culturales que cumplen un rol fundamental, pero que en el habitus médico quedan despojadas de su autoridad. Por otra parte, dado que la representación del parto implica mucho más que una práctica y espacio específico (que como ya señalamos anteriormente, tampoco se cumple), no es posible homologar necesariamente al parto aymara como una práctica similar al parto respetado o humanizado, porque responde a una lógica cultural distinta a la expectativa que supone la investigación de los polos culturales hegemónicos y difundidos en los medios, desde los que se construye el proyecto de parto humanizado.

Por lo tanto, a pesar del esfuerzo de incorporar técnicas y narrativas que amplíen la oferta en términos de la atención (y experiencia) de parto en la ciudad, se visualiza cómo ésta falla igualmente en responder a la demanda actual, que se relaciona con prácticas y saberes que no derivan necesariamente de la cosmovisión o prácticas ancestrales locales, sino a una incorporación de un conocimiento específico situado en los polos científicos occidentales, cuya hegemonía se ha traspasado también a las expectativas que hoy se representan en términos de parto humanizado y respeto a los derechos sexuales reproductivos de la mujer.

2. Caracterizar las tensiones y negociaciones de género, y toma de decisiones en el proceso de atención gineco-obstétrica perinatal en la ciudad de Arica, en sus distintas dimensiones.

En segundo lugar, al analizar los lugares y dimensiones en que se articulan las dinámicas de negociación, se advierte que la incorporación de la nueva información, sumado a la experiencia vincular acumulada, permiten o promueven un ejercicio de distanciamiento de la herencia narrativa materna, especialmente desde la tensión puesta en términos de las significaciones y prácticas de maternidad y crianza. Dicha tensión supone una negociación de los límites de la interacción y, a su vez, un cuestionamiento de la experiencia normalizada de la madre, a quién se le reconoce como víctima de la violencia, pero no como referente o modelo.

Luego, desde ese posicionamiento, la planificación del proyecto de parto implicará negociaciones con el equipo médico -si es posible acceder a él-, o con la institucionalidad, buscando vías de respuesta al requerimiento inicial. El parto aymara se posiciona como una alternativa institucional validada y de libre acceso, a una experiencia y atención al parto más cercana a lo natural, pero que provee sus propios desafíos y análisis, pero que tampoco termina por cumplir con el propósito inicial. Por otra parte, las prácticas reconocidas como violencia obstétrica se despliegan no sólo en la atención al parto, sino en un continuo entre la primera acogida a la mujer gestante (observándose igualmente en casos de aborto) hasta el postparto inmediato. La negociación con el equipo médico tendría, en el mejor de los casos, el alcance suficiente para la atención en preparto y parto, quedando expuesta a las dinámicas institucionales en cualquier otro escenario.

Finalmente, se observa que, independientemente de este camino inicial, la consecución de un parto atendido bajo las condiciones mínimas requeridas, negociadas y aceptadas entre el equipo médico y la mujer, quedan igualmente desplazadas en miras del accionar institucional, que, de no reconocer a la mujer como sujeto válido y singular, practicará de igual manera aquello que se había tramitado, en cualquier instancia de atención (primera acogida, atención de pre parto, parto y postparto, o cualquiera adicional)

3. Establecer el cruce de violencias y tensiones de género en la atención obstétrica y perinatal en los dispositivos de salud de la ciudad de Arica

Dentro de los relatos, aparecen algunas experiencias positivas. ¿Qué tienen en común?, ¿Qué factores específicos les permitió no experimentar violencia en el parto?

En todos los casos, las mujeres que vivieron situaciones excepcionales -por ser positivas-, eran mujeres reconocidas y validadas por el equipo médico tratante, validación que se extendía a la comunidad médica. Ya sea por sus conocimientos o experiencias previas, o por vínculos personales, la relación más íntima aseguraba con mucha mayor probabilidad, un velo de protección. Contar con la confianza del equipo médico abría paso a que “ser la paciente de” implicara cuidados excepcionales. En una ciudad como Arica, en que la oferta de equipos médicos no es muy amplia, y que cuenta con solo dos servicios de maternidad (hospital o clínica), el primer vínculo se juega como central para un buen o mal pronóstico.

¿Qué posibilidad cabe, bajo esta dinámica, que esa excepcionalidad sea regla? Nadia, que vivió su parto con el resguardo de su equipo y con el privilegio del acompañamiento continuo en contexto de Covid, fue testigo de aquello: la mujer a su lado sufrió humillaciones y malos tratos de su médico tratante, hasta que ella se irguió a defenderla, y en su reconocimiento, los tratos hacia la mujer mejoraron. Valentina también supo que su experiencia era excepcional, y observaba cómo a las otras mujeres las retaban en la sala de preparación, mientras que a ella la trataron con dulzura y dedicación.

Por supuesto que en el análisis debe incorporarse una mirada interseccional, pues no cabe duda que aquella validación va cruzada con toda clase de privilegios (clase, etnia, acceso a la información, accesos a servicios, nivel académico, nivel socioeconómico, etc.). Por lo tanto, si el trauma tiene que ver con la validación de la experiencia que emocionalmente sobrepasa los recursos personales para atenderla, y entendemos que la validación y acompañamiento sensible en el parto es un recurso escaso, otorgado sólo a quién reúne los mínimos criterios de exclusión, se entiende una vez más el dramático alcance que tienen las prácticas médicas hegemónicas como conservadores y reforzadores del trauma de la violencia obstétrica en cada posible nivel de análisis.

En conjunto con lo anterior, avanzar hacia un reconocimiento individual y singular implicaría que la transformación de los procesos de atención quede relegado al caso a caso,

perpetuando las dinámicas de exclusión ya presentes. Por otra parte, la evidencia que presenta el abordaje dirigido a la sensibilización y capacitación de equipos demuestra un alcance significativo, no sólo en las experiencias de las mujeres, sino en posibilitar un cambio de paradigma hacia un reconocimiento amplio y continuo de la mujer. Sin embargo, hay un espacio “entre medio” donde cabe la pregunta: ¿cómo podemos abordar la situación actual potenciando y favoreciendo los procesos de cambio más amplios? Una importante pista nos da la crisis vital que se instala en la tensión con los mandatos de maternidad y género, asociados al momento de la gestación, parto y postparto, que junto con la búsqueda de referentes y el valor que cobran los diversos espacios de encuentro entre pares, sirven de dispositivo de elaboración de la experiencia, cuestionamiento de la institución y transformación de la norma. Sostener el acceso a la información, ampliar su difusión democráticamente, pero por sobre todo, gestar, conciliar y mantener espacios de encuentro serían centrales para la elaboración del trauma, la construcción del proyecto y el agenciamiento colectivo.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Ahmed, S. (2015) La política cultural de las emociones. Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género, México.
- Arendt, H. (2020) La Condición Humana. Paidós, España.
- Arrieta, T. (2018). Sobre pensamiento feminista y la ciencia. *Letras-Lima*, 89(130), 51-78.
- Bedoya Ruiz, L. & Agudelo-Suárez, A. (2019) Relación de las mujeres en embarazo, parto y postparto (EPP) con los servicios de salud según la clase social. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2019;18(36).
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética*, 1(7), 25-34.
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Revista Dilemata*, (18), 93-111.
- Blanchard, M. (2013). Maternidad y tecnologías de género. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro) <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000300008>
- Boletín 12148-11 (2018) Establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica. Primer trámite constitucional (C. Diputados). Revisado en http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=12148-11
- Bonilla-García, M; López-Suárez, A. (2016) Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta moebio* 57: 305-315doi: 10.4067/S0717-554X2016000300006
- Braidotti, Rosi. (1999). Diferencia sexual, incardinamiento y devenir. *Mora*, (5), 8-19.
- Braidotti, Rosi. (2004). *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómada*. Gedisa.
- Butler, J. & Lourties, M (1998) Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. Centro de Investigaciones y Estudios de Género (CIEG) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). *Debate Feminista*. Vol. 18, octubre, 1998, pp. 296-314.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.

- Butler, J. (2018). *Deshacer el género*. Paidós.
- Butler, J. (2020) *La fuerza de la no violencia*. Paidós.
- Cáceres-Manrique, F., & Nieves-Cuervo, G. (2017). Atención humanizada el parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(2), 128-134.
- Campagnoli, M. (2007). El parto filosófico y las genealogías femeninas. *Mora* (Buenos Aires), 13(1)
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2007000100003&lng=es&tlng=es.
- Cardona, A. y Salgado, A. (2015). Investigación narrativa: apuesta metodológica para la construcción social de conocimientos científicos. *Revista CES Psicología*, 8(2), 171-181.
- Castrillo, B (2016) Dime quién lo define y te diré si es violento Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 24, dic. 2016 - pp.43-68
- 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 Universidad Nacional Autónoma de México
- Chile Crece Contigo (2008) Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Resolución Exenta N° 886, 27 de Diciembre 2007, Subsecretaría Salud Pública, Departamento Asesoría Jurídica, Ministerio de Salud Chile.
- Chile Crece Contigo (2008) *Wawasana Thapika: El camino de nuestro hijo*. Guía de la gestación y nacimiento. <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/GG-Aymara-2015-1.pdf>
- Coffey, A. y Atkinson, P. (2005). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*. Digitalia-Scripta Humanistica.
- Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica (2020). *Primera encuesta nacional de violencia ginecológica y obstétrica. Síntesis de resultados*. Valparaíso, Chile.

- Contrusi, M. E. (2000). *La narración. Usos y teorías*. Editorial Norma.
- Coordinadora por los Derechos del Nacimiento (2022) *Quienes somos*.
<http://derechosdelnacimiento.cl/quienes-somos/>
- Cubillos, J. (2015). La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista. *Oxímora, Revista internacional de ética y política*, (7), 119-137.
- De Beauvoir, S. (2018) *El segundo sexo*. Ed. Penguin Random House. Argentina.
- Duarte, P. (Director) (2013) *Yuriña [Documental]* Producción Alberto Irrarázabal.
- Espinoza, N. (2020, 09 de julio). Estudio revela que 79,32% de mujeres ha sido víctima de violencia obstétrica y un 67% de violencia ginecológica. *El Mostrador*.
<https://www.elmostrador.cl/braga/2020/07/09/estudio-revela-que-7932-de-mujeres-ha-sido-victima-de-violencia-obstetrica-y-un-67-de-violencia-ginecologica/>
- Espinoza, M. (2017, 21 de diciembre) La ofensiva del Colegio de Matronas para obstaculizar ley de Violencia Obstétrica. *Diario UChile*.
<https://radio.uchile.cl/2017/12/21/la-ofensiva-del-colegio-de-matronas-para-obstaculizar-ley-de-violencia-obstetrica/>
- Expósito, C. (2013). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones Feministas*, 3, 203-222.
- Femenías, M. (2000). *Sobre sujeto y género. Lecturas Feministas desde Beauvoir a Butler*. Buenos Aires: Catálogo. pp.13-51
- Fernández-Garrido, S. y Alegre-Agís, E. (Eds.). (2019). *Autoetnografías, cuerpos y emociones (II) Perspectivas feministas en la investigación en salud*, Publicacions URV.
- Flax, J. (1995) *Psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios*. Ediciones Cátedra, Madrid, España.
- Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. La Piqueta.
- Foucault, M. (2008) *Historia de la sexualidad 3: la inquietud de sí*. Siglo veintiuno, Argentina.
- Gavilán, V., Vigueras, P., Madariaga, C. y Parra, M. (2018) *Interculturalidad en salud. Análisis crítico de las políticas sanitarias dirigidas al pueblo aymara del norte*

- chileno. *Interciencia*, vol. 43, núm. 5, pp. 322-328, 2018
- Gavilán, V., Viguera, P., Madariaga, C. y Parra, M. (2017) Interculturalidad, tradiciones culturales y etnicidades. Tres nociones claves para comprender las políticas sanitarias en Chile. *Chungará (Arica)* 2017, vol.49, n.4, pp.477-482. ISSN 0717-7356
- Giallorenzi, M. L. (2017). Crítica feminista sobre la noción de la buena madre. *Revista Reflexiones*, 96(1), 87–95. <https://doi.org/10.15517/rr.v96i1.30634>
- Glombovsky, A. (2021) Parir en pandemia: construcciones de sentido sobre los partos. *Relatos de mujeres y personas gestantes. Actas de Periodismo y Comunicación*, Vol. 7, N.º 1, octubre 2021.
- Gregory-Davis, K. (2012) Un Compromiso al Parto Culturalmente Sensible: Una Evaluación de la Interculturalidad en Salud reproductiva en el Norte de Chile (2012). Independent Study Project (ISP) Collection. 1331. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1331
- Gutman, L. (2004). La maternidad y el encuentro con la propia sombra. *Sudamericana*.
- Haraway, D. (1988). Conocimientos situados: La cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. *Estudios feministas*, 14(3), 575-599.
- Harding, Sandra. (Ed.). (1987). *Feminism and Methodology: Social Science Issues*. Indiana University Press.
- Harding, S. (2004). ¿Una filosofía de la ciencia socialmente relevante? Argumentos en torno a la controversia sobre el punto de vista feminista. *Hypatia. Journal of Feminist Philosophy*, 19(1), 25-47.
- Hernández, V. (2006) Estudiando el orden jerárquico a través del dispositivo implicación-reflexividad. *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 23, 2006, pp. 57-80. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Hernández-Garre, J., & De-Maya-Sánchez, B. (2019). Culturas cosmopolitas del parto. Contrastando sus bases antropológicas desde la perspectiva bioética. *Acta bioethica*, 25(2), 225-234.
- Hernández Sampieri, R., C. Fernández Collado y P. Baptista Lucio (2014). *Metodología de la investigación*. México, McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2019). *Anuario de estadísticas vitales, 2017, período de*

información: 2017. https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2017.pdf?sfvrsn=95e68aba_4

- Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (2019) Matrescencia: el cerebro de las embarazadas se transforma tanto como durante la adolescencia. <https://saludmentalperinatal.es/2019/02/08/matrescencia-el-cerebro-de-las-embarazadas-se-transforma-tanto-como-durante-la-adolescencia/#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20Matrescencia%20fu%C3%A9%20acu%C3%B1ado,precisamente%20al%20convertirse%20en%20madres.>
- Irigaray, L. (1987) *Speculum of the other woman*. Cornell University Press.
- Irigaray, L. (1994). “El amor entre nosotros”, *Amo a ti*, Ediciones de la flor, Buenos Aires
- Irigaray, L. (2007). “El punto ciego de un viejo sueño de simetría”, *Espéculo de la otra mujer*, Akal, Madrid.
- Kristeva, J. (1986) *Al comienzo era el amor. Psicoanálisis y fe*. Gedisa, Buenos Aires.
- Leiva, G. (2018) *Derechos Sexuales y Reproductivos durante la atención de la gestación, parto y lactancia: La situación de Chile*. Cuadernos Médicos-sociales 58(2):33-44
- León, S. y Ortuzar, B. (2020) *Diccionario introductorio de psicoanálisis relacional e intersubjetivo*. Ril Editores. Santiago, Chile.
- Ley 20.584 (2012) Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Promulgada con fecha 13 de abril de 2011. Última versión 21 de octubre de 2021. <http://bcn.cl/2f7cj>
- Ley 21.030 (2017) Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Promulgada con fecha 14 de septiembre de 2017. Publicada el 23 de septiembre de 2017. <http://bcn.cl/2fd6u>
- Ley 21.371 (2021) Establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal. Promulgada con fecha 21 de septiembre 2021. Publicada el 29 de septiembre de 2021. <http://bcn.cl/2rr28>
- Ley 21.380 (2021) Reconoce a los cuidadores o cuidadoras el derecho a la atención preferente en el ámbito de la salud. Promulgada con fecha 12 de octubre 2021.

- Publicada el 21 de octubre de 2021. <http://bcn.cl/2u1v2>
- Liberona, N. & Mansilla, M. (2017) Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*. Universidad Nacional de Lanús.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, 9, 73-101.
- Madre Nativa (2020) Sobre MN. <https://www.madrenativa.org/autogesti%C3%B3n>
- Madre Nativa (2022) Para que no le pase a otra. Relato de mujeres que han sufrido Violencia Gineco-Obstétrica en el Hospital Regional de Arica. Astartea Editorial. Arica, Chile.
- Miller, A. (2010) *La madurez de Eva. Una interpretación de la ceguera emocional*. Paidós, Madrid.
- Millet, K. (1995). *Política sexual*. Ediciones Cátedra.
- Ministerio de Salud (2015) Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio (N.º 00179)
https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/OTPUERPERI_REVISADO_F.pdf
- Ministerio de Salud (2021) Informe Glosa 04. Segundo Trimestre 2021. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ley N°21.289 de Presupuesto para el año 2021.
- Ministerio de Salud (2021) Guía de experiencias significativas y recomendaciones para los equipos de salud: pertinencia cultural en el trabajo con pueblos indígenas en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva.
- Molina, M. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhe* (Santiago), 15(2), 93-103. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000200009>
- Monistrol, O. (2007). El trabajo de campo en investigación cualitativa. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, (29).
- Montes, J. (2017) *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis presentada para optar al título de Doctora en Antropología Social y Cultural. Universitat Rovira I Virgili. Tarragona.
- Mora, A. (2009). El cuerpo investigador, el cuerpo investigado. Una aproximación

- fenomenológica a la experiencia del puerperio. *Revista colombiana de Antropología*, 45(1), 11-37.
- Moore, H. (2009) *Antropología y feminismo*. Ediciones Catedra, Universidad de Valencia.
- Muraro, L. (1994) *El orden simbólico de la madre*. Editorial Horas y horas, España.
- Obach, A. y Sadler, M. (2009) *Cuerpo femenino, medicina y poder: reflexiones en torno a las disrupciones en la atención de salud reproductiva*. En *Nación Golpeadora, Manifestaciones y Latencias de la Violencia Machista* (pp. 80-90). Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual.
- OEA. (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*. <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. (2018) *Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile*.
https://www.researchgate.net/publication/325933924_OVO_Chile_2018_Resultados_Primer_Encuesta_sobre_el_Nacimiento_en_Chile
- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. (2022) *Somos*. <https://ovochile.cl/somos/>
- Oficio ordinario 5768, 28 de octubre de 2022 [Hospital Regional Juan Noé Crevani].
Solicitud de información Ley de 24.10.2022 Transparencia N° AO058T0000991.
MAT.: Respuesta a solicitud requerida mediante Ley de Transparencia. 28 de octubre de 2022
- OMS (1985). *Tecnología considerada para el parto. Declaración de Fortaleza*. *Lancet*, 2, 436-437.
- OMS (2014) *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=D271D2CBE30F2077F50528C186AB9F65?sequence=1
- OMS (2018). *Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ogawa, A. (2017) *El Suma Qamaña: La convivencia en relación a la salud según la gente Aymara de Arica, Codpa, y Putre / El Suma Qamaña: Coexistence in relation to*

- health according to the Aymara people of Arica, Codpa, and Putre. Independent Study. Project (ISP) Collection. 2548
- Pons Rabasa, A. & Guerrero Mc Manus, S. (2018) *Afecto, cuerpo e identidad. Reflexiones encarnadas de la investigación feminista*. UNAM
- Portoles, O. (2005) "Debates sobre el género" En: Celia Amorós *teoría Feminista, Volumen 3, De los debates sobre el género al multiculturalismo* Minerva, pp.13-61
- PadresOk. (2012). *Primer Encuentro de Maternidad Consciente*. Nota periodística. Recuperado el 6 de diciembre de 2022, de <https://padresok.cl/?p=6754>
- Punto, I. (2019). *Lo que todas callan*. Aguilar.
- Revista Paula (2015, 2 de julio) *Violencia obstétrica: el reclamo de las mujeres*. La Tercera. <https://www.latercera.com/paula/el-reclamo-de-la-mujeres/>
- Rich, A. (2019) *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Traficantes de sueños, Madrid.
- Rivera Fernández, M. (2016). *Entre Decidir y Acatar: Trayectorias de gestación y parto en salud privada*. Proyecto de Memoria para optar al título de Antropóloga Social, Universidad de Chile.
- Rodríguez, B., Fernández, A., y Bayón, C. (2005) *Trauma, disociación y somatización*, en *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology*, 1 (2005) 27-38
- Sadler, M. y Rivera, M. (2015). *El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos*. *Revista Contenido. Cultura y Ciencias Sociales*, 6, 61-72.
- Sadler, M. (2016) *Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile Contemporáneo*. *Revista Chilena de Antropología* 33/1er Semestre 2016 45-57
- Sánchez, C. (2015). "Luce Irigaray: desmontajes de la familia patriarcal u orden falocrático", *Paralaje* N°12, 8-17.
- San Cornelio, G. (2021). *Bad mothers, good mothers and professional mothers: a study on narratives on maternity in Spanish Instagram spaces*. *Observatorio (OBS*)*, 15(2). <https://doi.org/10.15847/obsOBS15220211780>
- Segato, R. (2014). *El sexo y la norma: frente estatal, patriarcado, desposesión, colonidad*. *Revista Estudios Feministas*, 22(2), 593-616.

- Seremi de Salud Arica (2022) Programa de Salud y Pueblos Indígenas.
<https://www.saludarica.cl/programas-de-salud/programa-salud-pueblos-indigenas>
- Serrano, C. (2002). Los lazos del Amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación, de Jessica Benjamin. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, (12), 13.
- Silva A, Pantoja F, Millón Y, Hidalgo V, Stojanova J, Arancibia M, et al. (2020) Percepción de actores involucrados acerca del parto humanizado y la violencia obstétrica en Chile: una revisión panorámica. *Medwave* 2020;20(9): e8047
- Silvia, M. y Calva, B. (2019). Autoetnografía una metodología cualitativa (Selección de textos). Universidad de Aguascalientes y Colegio de San Luis.
- Tiidenberg, K., & Baym, N. K. (2017). Learn It, Buy It, Work It: Intensive Pregnancy on Instagram. *Social Media + Society*, 3(1).
<https://doi.org/10.1177/2056305116685108>
- Tort, Michel (2016). “La subjetivación patriarcal y la función paterna del rechazo de lo femenino”, en *Las subjetividades patriarcales. Un psicoanálisis inserto en las transformaciones históricas*, Ed.Topía, Buenos Aires.
- Valdés L. & Morlans H. (2005). Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70(2), 108-112.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262005000200010>
- Valdivia, M. (2006) Cosmovisión Aymara y su Aplicación Práctica en un Contexto Sanitario del Norte de Chile *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 7, junio, 2006, pp. 1-5 Universitat de Barcelona, España
- Villanueva-Egan, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista Conamed*,15(3), 147-151.
- Vivas, Esther (2021) *Mamá desobediente. Una mirada feminista a la maternidad*. Catalonia, Santiago.
- Winnicott, D. (2005) *Realidad y juego*. Gedisa, España.