

Experiencias de gestación, parto y puerperio por medio de la partería a partir de las
narrativas de tres mujeres en Bogotá

Presentado por:

Ángela María Amaya Cifuentes, Ana Camila Barreto Ramírez
& Laura Cristina Olaya Rojas

Directora:

Natalie Sánchez

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Facultad de Psicología

Tesis de grado

Bogotá

2014

RESUMEN

La partería en Colombia es una práctica que hace referencia a una forma tradicional de asistir partos basada en saberes ancestrales como la medicina natural, generalmente es llevada a cabo por mujeres y hombres indígenas, afro y campesinos.

Debido a la violencia que a lo largo del tiempo han sufrido las mujeres en el proceso y momento del parto enmarcado en las instituciones hospitalarias regidas por la medicina occidental, se ha repensado la forma como se da a luz en la actualidad por algunas mujeres y familias, lo cual ha llevado al parto alternativo como una forma válida de parir.

De este modo, el objetivo de esta investigación fue explorar la forma como se construyen las subjetividades de tres mujeres bogotanas entorno a prácticas alternativas de embarazo, parto y post parto, describiendo el proceso de gestación y alumbramiento de estas tres mujeres a través de la partería; comprendiendo así, los significados que las participantes han construido sobre su experiencia.

El marco epistemológico que guía este estudio es el construccionismo social y se apoya en la teoría crítica feminista. Es un estudio cualitativo, que se enmarca en el método biográfico y hace uso del análisis matricial para el tratamiento de los datos.

SUMMARY

Midwifery in Colombia is a practice that refers to a traditional form of ancestral knowledge based attend as natural medicine births, is generally carried out by women and indigenous people, afro and peasants.

Because of the violence that over time women have suffered in the process and time of delivery framed in hospitals governed by Western medicine, it has rethought the way it delivers at present by some women and families, which has led to alternative delivery as a valid form of birth.

Thus, the objective of this investigation was to explore how the subjectivities three women around Bogota alternative practices of pregnancy, childbirth and postpartum are constructed, describing the process of gestation and birth of these three women through midwifery; so understanding the meanings that the participants have built on their experience.

The epistemological framework guiding this study is the social constructionism and relies on feminist critical theory. It is a qualitative study, which is part of the biographical method and makes use of matrix analysis for data process.

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción.....	4
1.1 Problema de investigación y justificación.....	9
2. Marco teórico.....	25
3. Metodología.....	46
3.1 Objetivo general.....	46
3.2 Objetivos específicos.....	46
3.3 Participantes.....	49
4. Análisis de los resultados.....	51
4.1 Gestación y decisión del parto.....	51
4.2 Acercamiento a la partería.....	51
4.3 Experiencia de la gestación, parto y post parto.....	56
4.4 El parto hospitalario.....	65
4.5 Otros cercanos.....	71
4.6 Nivel general.....	71
4.7 Nivel familiar.....	72
4.8 Nivel social (amigos-amigas).....	74
4.9 Relación pareja.....	76
4.10 Relación partero-partera.....	77
4.11 Influencia del parto alternativo en el vínculo madre-hijo/hija.....	80
4.12 Imaginarios de prácticas que fortalecen el vínculo madre-hijo/hija.....	81
4.13 Experiencia del cuerpo en el trabajo de parto y post parto.....	83
4.14 Optar por la partería como resistencia del cuerpo de la mujer.....	85
5. Conclusiones.....	87
6. Agradecimientos.....	90
7. Referencias bibliográficas.....	91

1. Introducción

Las comadronas o mujeres mayores de las comunidades indígenas, campesinas en América Latina y en Colombia, son mujeres con experiencia en el cuidado de embarazos y atención del parto y post parto domiciliario, las comadronas saben y reproducen la simbología tradicional de su cultura hacia las madres primerizas, respetan y apoyan la importancia de la dignidad, fortaleciendo a la mujer donde su labor principal no es solo asistir partos sino la prevención de alteraciones en el mismo, evitando las muertes maternas y de niñas y niños.

Según la organización nacional indígena de Colombia 2004, la comadrona en Colombia se remonta al siglo XVII, donde éste término fue utilizado siempre por los médicos para designar despectivamente a las mujeres que ejercían la tenencia de niños al mundo como oficio, y a partir de la segunda mitad del siglo XIX solamente se llamaba partera y se reconocía como tal a la que había recibido algún tipo de instrucción teórica por médicos, quienes le concedían licencia para ejercer el oficio. Dicha licencia que a su vez ya estaba condicionada por los reglamentos legales, políticos, y sociales, como lo refieren los estatutos del decreto número 2311 de 1938 de la República de Colombia, Artículo primero. No podrán presentar servicios como parteras en el territorio de la república si no las personas que tengan un diploma o un certificado que las acrediten hábiles para este oficio. Parágrafo. Las parteras diplomadas o permitidas puede ejercer la profesión en todo el territorio de la república, en lo que se refiere en el atención de partos normales; tienen que ser mayores de edad, saber leer y escribir, presentar un certificado de buena conducta y un certificado de buena salud y por último haber hecho un año de práctica en la atención a partos normales en un hospital, clínica, sala de maternidad, comisión o unidad sanitaria.

A partir de las exigencias legales mencionadas anteriormente, hoy en día la imagen de la comadrona o partera es ambigua y rechazada ya que el saber de este oficio se asocia más con la curandera y con las prácticas mágicas condenables y peligrosas (Organización Nacional Indígena de Colombia, 2004, p. 4-5).

Esta falta de credibilidad hacia los saberes ancestrales sobre la gestación, parto y puerperio¹ se ha extendido desde los profesionales de la salud y las instituciones hasta la sociedad en general.

Según Sánchez (1993) profesor titular y emérito del departamento de ginecología en la Universidad Nacional de Colombia, en su libro *sobre la historia de la ginecología y obstetricia*, En Colombia los procesos de gestación, parto y post parto han pasado por múltiples cambios significativos como el desplazamiento de las parteras gracias a la medicalización de los partos, lo que generó un papel más pasivo de la partera y uno protagónico del médico especializado en el tema, este tránsito conllevó a cambiar prácticas tradicionales por prácticas médicas u hospitalarias.

Este tránsito llevó a legitimar ciertas prácticas (las médicas) y a subvalorar otras que se consideran como poco civilizadas o ineficaces (la partería).

Sobre las prácticas legitimadas, se puede decir que se encuentran enmarcadas en el saber de la ciencia y más precisamente de la medicina. Desde este saber, el embarazo y el parto se han medicalizado y los conocimientos provenientes de cosmovisiones ancestrales, han sido desplazados, desvirtuados e invisibilizados.

Sin embargo, en la actualidad hay experiencias de mujeres gestantes², que cuestionan este saber instituido sobre el embarazo y el parto. Según Camila Pieschacon en su tesis de grado en antropología de la Universidad del Rosario en Bogotá (2013), los procedimientos que se llevan a cabo de forma violenta en los procesos de gestación, parto hospitalarios o institucionalizados, han llevado a que cada vez más, las mujeres busquen opciones o alternativas de llevar a cabo sus procesos de parto más humanizados, concepto que se está imponiendo en la actualidad para nombrar partos mucho más tranquilos y suaves. El parto humanizado, parafraseando a la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELAHUPAN) 2007, nace como una necesidad de hacer cumplir los derechos de la mujer y del bebé, en cuanto a procedimientos realizados por parte del personal médico que pueden llegar a ser innecesarios y en algunos casos peligrosos. El parto humanizado requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la mujer y el bebé, para servir en sus necesidades y deseos.

¹ Periodo de tiempo que media entre la expulsión del feto, la placenta y el retorno del organismo femenino a las condiciones normales previas al embarazo (Muñoz, 2000)

² Se conoce como mujer gestante a aquella que está viviendo el proceso de gestación de un ser humano dentro de su cuerpo (Monroy, 2012)

“Ella se fue por una camilla, vino y me dijo “pásese a la camilla”, yo le dije “es que si usted me ayuda, yo de pronto lo logro, pero si no me ayudan, yo no puedo porque ustedes me tienen completamente sedada y yo no siento nada”. Entonces ahí como pudimos... bueno ahí me ayudaron, me pasaron a la camilla, todo el cuento, me llevaron a la sala ya de partos... “pásese a la mesa”, entonces otra vez “pues si me ayudan”, porque... y cuando llegó fue la doctora que porque estaban esperando que terminara de suturar el otro parto ... entonces cuando ella llegó eh entonces “que puje” y “pues ¿Cómo que cómo pujo si no siento?”, “no pero es que tiene que pujar”... yo empecé a pujar, pero... ¿Cómo?... yo estaba sedada, yo sentía que los ojos se me salían cada vez que yo pujaba, porque yo estaba pujando mal ... Entonces ella mando llamar la pediatra, dijo “no, llame la pediatra” y pues ahí nos estuvimos mientras tanto. Ya llegó la pediatra, y la pediatra me empezó a decir “mamá, hay que pujar, no sé qué, tenemos que sacar el bebé, no sé cuántas, ya es tiempo, no sé qué...” entonces yo le decía “doctora es que yo no sé en qué momento pujar o cómo pujar, porque es que yo estoy sedada, yo no siento nada” entonces ya... yo le decía “si usted me ayuda y me dice cuándo puje, yo pujo” y así fue, entonces ella me decía “cuando la barriga este dura, hay contracción... entonces yo te aviso y tu pujas”. Entonces ella empezó ahí a sobarme a sobarme y cuando se me ponía dura la barriga ella me decía “puje” y yo pujaba, yo no podía hacer el pujo bien... Entonces la doctora dijo “traigan los forceps”. Entonces cuando ella dijo eso, yo inmediatamente me dio mucho miedo y yo puje y la china salió, pero ella salió desgonzada, morada, no lloró, no respiraba, nada... ella ya nació muerta... y la vieja lo único que dijo... ella la cogió así, como de la barriguita así toda descolgada y me decía “tóquela, tóquela, pero tóquela rápido mamá, tóquela rápido, tóquela rápido”... pero jmmm... yo le hice apenas así, por la colita que fue lo que alcance como a tocar y ya, se la llevaron” (Relato parturiente 1 en Monroy, 2013)

En Colombia, se han ido implementando partos humanizados tanto en instituciones hospitalarias como en espacios alternativos. Según Pieschacón, las otras opciones que han

surgido en torno al tema de la gestación del parto, como el parto asistido por parteras o comadronas nace por la falta de una buena o diferente atención donde se sienta un vínculo con el otro y no se den relaciones de poder médico-paciente donde se da lugar a los discursos dominadores de los cuerpos de las mujeres.

“Los lazos que se establecen entre partera y parturienta son vinculantes, de contacto, de amistad, de “comadres”, de igualdad y relaciones con la calidez; mientras que las relaciones médico-paciente son distantes, dominantes, de cierto modo basadas en el miedo que produce el desconocimiento, lo cual implica cierto tipo de obediencia que se establece en la confianza no del médico como persona, sino del médico como figura de una profesión hegemónica y dominante”
(Pieschacon, 2013)

En este caso, ¿optar por la partería sería un acto político en el que la mujer ejerce sus derechos sexuales y reproductivos en tanto está decidiendo sobre sí misma? En este sentido según Pieschacon la partería tiene como sentido cambiar la estructura del pensamiento y la forma de corporalización de las mujeres, reafirmando que el cuerpo femenino no necesita vigilancia por parte de la medicina para lograr un embarazo tranquilo.

Según Marsden Wagner (2006), ex-director del área de salud de mujeres y niños de la Organización Mundial de la Salud, los partos humanizados han contribuido al cambio de algunas lógicas de saber que ha predominado en las que, el profesional de la salud, es quién tiene el saber e impone su conocimiento aun sobre el sentir de la mujer que está pariendo, ya que en la partería existe por medio de la construcción de una relación horizontal entre la partera, la parturiente y el círculo cercano a ella, donde ha habido un proceso donde se comparte la intimidad y en el cual la mujer que está pariendo es el centro y así mismo es autónoma de decidir. Por lo anterior y por otros motivos tales como evitar la alteración del parto con medicamentos como la epidural, evitar la incomodidad de exponer la intimidad ante personas que nunca se han visto y permitir que éstas personas las toquen sin siquiera pedir permiso. Cada vez más, las mujeres buscan parir de formas alternativas donde encuentran una salida segura y humana a vivir sus cuerpos y poder dar a luz autónomamente (Wagner, 2006).

Es por eso que en la actualidad Alarcón, un Antropólogo y Médico Chileno, habla sobre la importancia de las tensiones culturales derivadas de los procesos de tradición y modernidad, en el contexto de reproducción humana, que han confluído en un nuevo fenómeno socio político y cultural. Según el autor, la interculturalidad en la salud que es concebida como la posibilidad de un diálogo democrático, o trato igualitario, entre los sistemas de salud actuales tradicional occidental-indígena y la biomedicina; estas interacciones permitirán avances importantes en la disminución de partos invasivos u obligatorios dando la oportunidad de generar autonomía y participación en la elección de procedimientos a la hora de tener un hijo o hija respetando creencias, derechos e integridad.

La elección sobre como traer una vida al mundo, no ha sido un proceso autónomo de las mujeres madres. Por el contrario, esta decisión siempre ha estado condicionada por saberes disciplinadores de los cuerpos de las mujeres, como los provenientes de instituciones como la iglesia y la academia.

El feminismo como corriente de pensamiento, ha cuestionado desde sus inicios la supuesta "naturalidad" alrededor del ser mujer, tener cuerpo de mujer y por ende ser madres. Es por esto que pensadoras feministas como Simone de Beauvoir socióloga y educadora, sostiene en su obra *el segundo sexo* que "la mujer", o más exactamente lo que entendemos por mujer (sensible, abnegada, maternal, cuidadora) es un producto cultural que se ha construido socialmente. La mujer se ha definido a lo largo de la historia siempre respecto a algo: como madre, esposa, hija, hermana, siempre tiene descrito y definido para que vino al mundo y de que manera tiene que actuar. Así pues, la principal tarea de la mujer es reconquistar su propia identidad específica y desde sus propios criterios. Muchas de las características que presentan las mujeres no les vienen dadas de su genética, sino de cómo han sido educadas y socializadas. La frase que resume esta teoría es muy célebre: "No se nace mujer: llega una a serlo".

A propósito Francesca Gargallo (2006), en su texto *Ideas feministas latinoamericanas*, va a llamar la atención respecto a la maternidad diciendo:

Hay feministas que se preguntan: **¿por qué hemos expulsado de los encuentros feministas la preocupación por el tema de la maternidad?** Por qué le estamos regalando una pregunta muy importante a un pensamiento terriblemente disciplinador, como lo han sido el pensamiento de la medicina, el

pensamiento de la iglesia, el pensamiento del derecho y el de la justicia: pensamiento terriblemente disciplinadores que nos asustan (por la experiencia que tenemos de ellos) y frente a los cuales sentimos como un traslado del problema (p. 58).

De esta forma indagar por formas alternativas de vivir el embarazo y el parto, nos puede dar pistas, sobre los actuales procesos de resistencia que llevan a cabo las mujeres, ante mandatos socialmente construidos sobre el deber y hacer de las mujeres madres en gestación durante su proceso de embarazo y parto.

Partimos reconociendo que las mujeres madres, así como lo afirma Elixabete Imaz (2010), atraviesan un proceso de transformación subjetiva durante la experiencia de la gestación. En ese periodo no solo se gesta el o la bebe, sino que también se gesta una madre.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como interés indagar sobre la transformación subjetiva y las narrativas de resistencia de algunas mujeres que han decidido traer a sus hijos e hijas al mundo de formas alternativas, teniendo la oportunidad de escoger los procedimientos que estas quieran llevar a cabo y la tranquilidad de un parto controlado por ellas mismas.

Nos situamos desde una posición crítica y feminista ante las posiciones disciplinadoras que consideran la experiencia de la gestación y el parto como un proceso igualitario para todas las mujeres, lo que es a su vez una posición política respecto a la autonomía de las mujeres y su poder de decisión sobre su propio cuerpo.

1.1 Problema de investigación y justificación

En estudios realizados en Colombia, como el de Monroy (2000), Giraldo (2012) y Pieschacón (2013) en sus trabajos para optar por Magister en estudios de género, Magister en salud pública y pregrado de Antropología respectivamente, referentes a los temas de gestación, parto y post parto, es común encontrar una crítica reflexiva a la forma en la que estos procesos son llevados a cabo en hospitales, clínicas y centros médicos. Muchas críticas van dirigidas hacia la imposibilidad que tiene la mujer a la hora de decidir sobre cómo, cuándo y en donde parir; a su vez se critican los procedimientos que se llevan a cabo, medicinas, instrumentos o reglas en el

proceso de parto que se imponen, en muchos casos, sin ninguna aprobación previa por parte de la mujer, como por ejemplo:

“me canalizaron, me pusieron el suero, me pusieron en una camilla, y sin preguntarme ni nada, me pusieron el Pitocín... nada, no me preguntaron nada, ni me informaron absolutamente de nada. Cuando yo me di cuenta, fue que llegó una enfermera y empezó a meter líquidos por el suero y cuando yo le pregunté a ella que qué era eso, pues ya no, demasiado tarde porque yo ya estaba allá volando con ese Pitocín” – (Malou en Monroy, 2000)

Parafraseando a Monroy (2012), en el contexto médico ginecobstétrico, se presentan situaciones de violencia contra las mujeres³ durante el tránsito de gestar y parir. Las mujeres pueden llegar a vivir experiencias desagradables, humillantes, frustrantes y/o trágicas

A raíz de las problemáticas y las críticas que se han generado en torno a los partos hospitalarios y a los malos tratos contra la mujer, surge el término “violencia obstétrica” el cual fue tomado por el activismo feminista por los derechos reproductivos (Arguedas 2014), y fue definida en la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre violencia* de Venezuela como:

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

De esta forma se define en el artículo 51 de la constitución venezolana los actos que pueden considerarse como violencia obstétrica contra las mujeres ejecutados por el personal de salud, estos son:

³ Se define la violencia a la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada". (Organización mundial de la salud 2013)

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer

La violencia obstétrica es llevada a cabo por los personales de la salud donde se subordinan a las mujeres dentro de este sistema que está regido por una jerarquización patriarcal en la cual el médico de turno tiene el poder de decidir sobre la mujer parturienta y sobre el feto, lo que genera que la mujer pierda la autonomía sobre su cuerpo en tanto que el poder que ejerce el conocimiento científico le impide cuestionar o negar estos saberes. Es importante decir como lo expresa Monrroy en su tesis, al perder la mujer toda capacidad de decidir y por ende su autonomía, cuando se empieza a ejercer la violencia obstétrica se están vulnerando al mismo tiempo los derechos sexuales y reproductivos en tanto no se tiene derecho a decidir cómo y dónde gestarlos y parirlos.

Según Arguedas, profesora de la escuela de filosofía de la Universidad de Costa Rica, activista por los derechos humanos y ecofeminista, afirma que los estudios feministas y de género permiten evidenciar la violencia obstétrica como un mecanismo de control y opresión sobre los cuerpos y las psiques de las mujeres que se encuentran gestando o pariendo, A través de esta violencia, la capacidad reproductiva de la mujer y la autonomía de las misma sobre su cuerpo, se ven anuladas. Los cuerpos gestantes son disciplinados por el sistema médico con el fin de maximizar la efectividad de los embarazos -lo cual tiene que ver con las lógicas económicas del sistema y con la administración de la vida- construyendo sistemas de significados sociales en donde la gestación y el parto se convierten en procesos que deben ser vigilados y controlados, pero donde en realidad se está controlando a unos cuerpo particulares, los cuerpos femeninos.

Para el control del cuerpo femenino gestante, se construyen también unos significados sociales alrededor del ser y deber ser de las madres. Como lo menciona Ana María Fernández 1988 en su texto Madres en más mujeres en menos, “la sociedad se ha venido construyendo con lógicas que enmarcan a la mujer en un discurso basado en la feminidad a través de la maternidad, reduciendo el rol de la mujer netamente al oficio de la reproducción y crianza” (Fernández, 1988, p. 54)

De esta forma la violencia obstétrica entra en resonancia con la jerarquía de género para naturalizar funciones tales como, relacionar la capacidad de soportar dolor con ser buena madre.

Las críticas que se han podido recoger en torno a la forma cómo se llevan los procesos de parto y postparto hospitalarios en Colombia, giran en torno a una serie de eventos en donde desde la confirmación del estado de gestación por parte de la institución hasta el parto, son controlados por esta, en muchos casos de forma desordenada y en ocasiones descontextualizada, al no tener seguimiento por un mismo médico o medica durante todo el proceso. Son muchos los eventos dentro del proceso que llevan a pensar que cada día son más deshumanizados y menos naturales los partos en tanto que se usen sustancias o herramientas ajenas al cuerpo que no permiten el desarrollo natural de la gestación y el parto.

Un estudio realizado por Sonia Monroy de la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá en el año 2012, muestra la forma en la que cada intervención que se le realiza a la mujer está ligada a la subordinación donde muchas veces no se tiene la posibilidad de expresar lo que ella en realidad quiere y cuando lo hace, se encuentra con tratos oscuros por parte del personal de salud que le “recuerdan” lo poco o nada que sabe sobre los procedimientos y a su vez le provocan sentimientos de culpa ligados al cuidado del feto. “Se adjudican el derecho de juzgar y fraguar sobre ellas sanciones por algunas de sus conductas consideradas como imprudentes, inoportunas e inconscientes” (Monroy, 2012).

“En el materno siempre llegan más de 20 mujeres diariamente a dar a luz, llegan de todas partes del país y generalmente es porque no tienen recursos económicos para pagar un hospital, dentro de esas mujeres llegaban muchas indígenas de todo el país, con ellas el parto era diferente "cantaban cuando fueran a dar a luz, eran las más valientes, evitaban a toda costa la aplicación de calmantes para el dolor y mucho menos la inyección epidural, evitaban la disminución de los tactos y el tocamiento de

enfermeras médicos, estudiantes rurales o practicantes", claro que eso casi nunca pasaba, el medico de turno no le importaba si ella no quería el tacto, simplemente se abre las piernas y se le hace el tacto vaginal "es de rutina mi señora no empieza a poner problema" decían muchos de los médicos que estaban a cargo Dra. Rojas A. P. (comunicación personal, entrevista 22 de julio, 2014)

Según Magnone en su trabajo de investigación sobre derechos sexuales y reproductivos que se vulneran mediante la violencia obstétrica, presentado a la facultad de ciencias sociales de Montevideo, existen casos de mujeres las cuales no se atreven a preguntar o a expresar la inconformidad que sienten con algunos procedimientos, lo cual se da por la lógica del poder donde el conocimiento científico pocas veces es refutado y por lo tanto se ejerce un poder sobre el cuerpo de la mujer, se vuelve un cuerpo dominado. "El poder simbólico que detenta el campo médico en nuestra sociedad hace que tanto dominantes como dominados compartan la creencia de que en el marco de una buena atención es necesario entregarse a los mandatos médicos sin cuestionar al detentor de ese saber específico" (Magnone, 2011)

"Generalmente solo lloraban cuando los tactos eran muy seguidos, y se cogían la bata intentando tapar sus senos y el resto del cuerpo, y si había más de una mujer indígena de parto ese día entre ellas se daban ánimo, sin pronunciar palabra solo se pintaban la cara e intentaban agilizar el parto, cantaban más rápido o más duro y dependiendo de los médicos a cargo nos pedían que las dejáramos alzar su bebe de primeras, lo recibían ellas, los miraban de lado a lado y los besaban sin que uno se los hubiera limpiado, claro que generalmente ningún médico ni enferma les permitía eso, no les importaba el significado ni la opinión de ellas, y si uno no estaba a cargo pues ni modos de decirle al especialista en defensa de ellas porque de una nos metíamos en problemas." (Dra. Medica general: Hospital materno infantil de Bogotá Colombia, 2014)

Desde el primer día donde se recibe la noticia de estar en proceso de gestación hasta el último día de post parto muestran procesos violentos (Físicos y psicológicos) por parte de las instituciones y el personal, veremos.

En un principio, al saber que una mujer está en estado de gestación se empieza con mostrarle una ruta que debe seguir para el cuidado del feto, la cual es impuesta, en tanto no se pregunta a la mujer si quiere llevar el proceso en la institución o como se siente. Es necesario aclarar que esta ruta de cuidados siempre está de alguna forma a cargo de la institución que es considerada apta y eficaz a la hora de llevar un proceso de gestación. En este punto la mujer en muchos casos es considerada como un cuerpo aparte que implícitamente se muestra poco responsable en la medida en que los cuidados van a ser llevados por los médicos, quitándole así a la mujer, el protagonismo que puede tener en su propio proceso de gestación.

“Se trata a las mujeres gestantes - aunque no sea la intención consciente del personal de salud- como cuerpos que no piensan, no sienten” (Monroy, 2012).

Esto no ocurre solo en el día del parto sino que acompaña todo el proceso, a partir de los primeros controles que tiene la madre gestante, se le establece la fecha en la que va a parir a su hijo lo cual claramente es de cierta forma un atropello contra los tiempos particulares de cada embarazo. Además, el día que está estipulado para el parto se usan medicinas para inducir los partos o se realizan cesáreas que en muchos casos son innecesarias. La fecha establecida para el parto por el médico, como explica Monroy, se estipula gracias a unos controles matemáticos relacionados con el primer día del último periodo menstrual, esta forma de asignar el día del parto se le realiza a las mujeres en algunos casos sin tener en cuenta si son o no regulares, es decir éste procedimiento se hace de una forma general a todas las madres gestantes. Esta práctica se da gracias al sistema de salud que necesita controlar los días de los partos en “horarios de trabajo”, para facilidad de la institución y del personal de salud pero no pensado para el bienestar de la mujer parturienta.

Las instituciones médicas dentro de la ruta de cuidados exige además un curso de preparación durante el proceso gestacional llamado psicoprofiláctico donde se les enseña a las mujeres los cuidados que se deben tener durante la gestación, el parto y el postparto. Este curso tiene como propósito reducir la tensión y el dolor mediante técnicas que contribuyan a disminuir o eliminar el estrés o el temor de la mujer.

Si bien es cierto es un curso diseñado para tener una formación integral tanto física y psicológica como emocionalmente, no se dan de estas formas sino que se limitan en muchas ocasiones a ser charlas sobre cuidados específicamente. “estos cursos se han convertido en un

tipo de clases magistrales proporcionadas por enfermeras” (Pieschacón, 2013). Hay quienes consideran dentro de los estudios consultados que estos cursos fueron diseñados en gran medida para hacer obedecer a las mujeres en el proceso de parto en el que es tan complicado mantener la calma en la mujer.

A su vez dentro de estos cursos se les enseña cuáles son las posturas o formas correctas de llevar a cabo un buen proceso de parto en donde dichas posturas se limitan en ocasiones a ser verticales, acostadas y con las piernas abiertas, dichas posiciones no facilitan los trabajos de parto y en consecuencia son más dolorosos. Existen otros casos donde se les enseñan diversas posiciones a la mujer las cuales no implican que esta esté acostada, sin embargo a la hora del parto no es permitido que la mujer realice estas posiciones por falta de adaptación de las instalaciones para la realización de estas. De esta forma se controla también la manera como la mujer debe tener a sus hijos y lo que debe hacer según lo aprendido en el curso, lo cual impide que la mujer tenga otras opciones más que la de obedecer. (Monroy, 2012)

También existe el método de padre-madre canguro, definido como el contacto piel a piel entre una madre o padre y su recién nacidos en el que se incluye que el niño o niña estén lactancia materna exclusiva. Este cuidado canguro ha demostrado beneficios en términos de salud tanto en los recién nacidos prematuros como en la recuperación de sus madres (Ruiz, 2007)

A pesar de las críticas mencionadas anteriormente, los doctores Carmen Rosa Payas y Javier Seriano Faura (1998) proponen los cuidados centrados en la familia desde un enfoque que precisa los cuidados especiales en unidades neonatales afirman que la efectividad en dichos procesos (Cursos psicoprofilácticos, madre y padre canguro) depende prioritariamente de la participación y decisión de los padres o cuidadores naturales si desean hacerlos o no.

En cuanto al parto, las mujeres que llegan a las instituciones médicas en su mayoría públicas, reportan una atención bastante deficiente hasta llegar al punto de la negligencia, en la cual se tienen por horas en las salas de emergencia a las mujeres en trabajo de parto con unas condiciones no adecuadas para este procedimiento. Además del problema de la atención oportuna, existen procedimientos llevados a cabo por el personal de salud que no son pertinentes o simplemente no cuentan con la aprobación de la parturiente. Las quejas no se presentan solo por parte de las usuarias, sino también por personas que prestan estos servicios.

“En el materno, no solamente rotan médicos especialista si no rurales e internos (practicantes de diversas universidades) que muchas veces por su falta de experiencia a la hora de recibir bebés cometen errores que son perjudiciales para la vida de la madre y la del bebé y más aún si hablamos de que en algunas ocasiones no existe la supervisión de algún especialista o medico a cargo, en una ocasión a uno de estos practicantes se le calló un neonato cuando su madre tenía un parto expulsivo⁴, el estudiante no adoptó la posición correcta lo que le impidió recibir el bebé de manera adecuada y este se resbaló de sus mano cayendo al piso, nunca se notificó a la madre ni se le hicieron estudios posteriores al bebé para saber que no haya tenido ninguna lesión muscular u ósea.”
(Comunicación personal, entrevista 22 de julio, 2014)

Cuando una mujer entra en trabajo de parto, es constantemente manipulada por el personal, quienes están haciéndole tactos a la mujer con frecuencia para saber su dilatación, oscultándola sin consentimiento alguno. Otros procedimientos como la aplicación de la anestesia o de la epidural, la cesárea, la utilización de fórceps, las herramientas quirúrgicas para la abertura de la vagina, entre otros no son usados con el consentimiento previo de la parturiente, los cuales son considerados procedimientos violentos que vulneran los derechos de la mujer. “Esta cadena de procedimientos se desarrolla en un continuo de maltrato y violencia, porque la mayoría se imponen, sin explicaciones a las mujeres y sin contar con sus deseos o posibles conocimientos” (Camacaro, 2010)

“sin decirme nada de nada, él de una vez fue poniendo, cortando... o sea abrió, cosió y ya...” (Mujer parturienta, 2013)

“(...) con la niña me obligaron a ponerme la epi. Pues también se siente uno como vulnerado, porque yo dije “no la quiero, no la pido, no...” más sin embargo... entonces empezaron que “las consecuencias de lo que pasara que no sé qué, que eso era en la época de las abuelas que uno se aguantaba el dolor, que no sé qué, que no sé cuántas” y moleste y moleste y insista, insista, hasta que me la pusieron” (Karina en Monroy, 2010)

⁴ El parto expulsivo se presenta cuando el cuello uterino está totalmente dilatado a los 8 cm y en pocos minutos el feto está siendo expulsado de la cavidad uterina. (OMS,2002)

En cuanto al proceso de post parto según Monroy, las mujeres horas después de haber dado a luz deben empezar a amamantar a sus hijos, en donde las enfermeras que están cuidando de ellas les enseñan o les van controlando la forma en la que lo hacen, después de un tiempo y dependiendo de cómo haya sido el proceso de parto, les dan de alta. Los controles son menos frecuentes que en el proceso de gestación, en muchos casos es nulo. Uno de los problemas que se presenta en el post parto, se da cuando el personal de salud se llevan inmediatamente el bebé cuando nace, esto afecta en gran medida a las madres que están preocupadas por sus hijos, además de estar agotadas por el proceso de parto se les adiciona un nueva preocupación.

“a las mujeres se les condiciona el acompañamiento y lactancia sólo en ciertas horas. Esta situación se puede catalogar como violencia institucional, ya corresponde a las dinámicas que cada una de las instituciones médicas disponen, generalmente por cuestiones económicas, que afecta negativamente el proceso de recuperación de las mujeres que la sufren” (Monroy, 2011)

Toda esta serie de procesos y procedimientos que se llevan a cabo de forma violenta en los procesos de gestación, parto hospitalarios o institucionalizados y post parto, han llevado a que cada vez más las mujeres busquen nuevas opciones o alternativas de llevar a cabo sus procesos de parto más humanizados, concepto que se está imponiendo en la actualidad para nombrar partos mucho más tranquilos y suaves. En Colombia, se han ido implementando partos humanizados tanto en instituciones hospitalarias como en espacios alternativos.

La lucha de las mujeres por librarse de la lógica del cuerpo dominado y de la violencia que se ejerce sobre la mujer, ha venido dándose a lo largo del tiempo en los procesos de gestación, parto y postparto, las ha llevado a pensar nuevas formas de construir la maternidad y de devolver la corporalidad a las madres gestantes. Por esta razón también se opta por nuevas formas de parir, alejadas en cierta medida de la medicina. “Este tipo de pensamiento diferente corresponde una forma distinta de entender el cuerpo, que recoge referentes desde otros discursos y otros ambientes que difieren de lo alopático” (Pieschacón, 2013).

El poder la mujer decidir sobre cómo llevar a cabo su proceso de gestación, parto y postparto, genera en ella la capacidad de la decisión y la autonomía sobre su propio cuerpo, lo

cual lleva a que se tenga más conciencia en la corporalidad y los procesos propios del cuerpo femenino, como el ciclo menstrual, la gestación, entre otros y se han tratado socialmente. Al respecto Piescachon (2010) afirma que, el decidir sobre el cuerpo hace que la mujer se reconcilie con su feminidad y reconozca los procesos propios de las madres gestantes. “La reconciliación con la feminidad empieza por el cuerpo, por encontrar en la maternidad la particularidad del cuerpo de la mujer que le permite gestar y dar a luz a una nueva vida” (p.66)

Además de reconciliarse con la feminidad según Pieschacón, la mujer se reconcilia con la gestación y se va despojando de las ideas de debilidad que se le ha otorgado a la mujer gestante generando en ella la necesidad por la lucha de mostrar los roles tan fuertes e importantes que tiene y así como hacer cumplir sus derechos lo que genera el reconocimiento propio de la mujer.

De esta forma la mujer se va desligando cada vez más de del poder patriarcal⁵ que se ejerce en la sociedad sobre las mujeres, así mismo se aleja de los discursos de los cuerpos dominados, medicalizados y maquinizados que en este caso la medicina occidental ha implantado sobre los cuerpos femeninos. El poder decidir y optar por partos humanizados se convierte en un asunto de reconocimiento y empoderamiento de las mujeres hacia lo femenino. “La idea de empoderamiento es un elemento central en el proceso de reconciliación con lo femenino. Esto implica dejar de lado la idea de debilidad -que está arraigada en el constructor de lo femenino, en especial durante el embarazo-” (Montes, 2007).

Estas son algunas de las razones por las cuales las mujeres optan por buscar otras alternativas de llevar sus procesos gestacionales y de partos, opciones que las llevan a tomar el poder que se debe tener en el cuerpo propio y en sus derechos, a transformar imaginarios sobre la maternidad que están más ligados a la libertad, la conciencia, la feminidad y la corporalidad.

En este contexto se genera en nosotras, un gran interés por conocer ***¿cómo viven subjetivamente algunas mujeres la experiencia de optar por llevar su proceso de gestación, parto y puerperio con métodos alternativos, como lo es en este caso, optar por la partería?***

Según la Organización mundial de la salud, la partería es la atención dispensada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así con la atención que recibe el recién nacido. Incluye medidas destinadas a prevenir problemas de salud en el embarazo, la detección

⁵ Según Dolors Reguan Fosas el patriarcado hace referencia a una “impostura basada en el principio del Absoluto Masculino (Único, solo) donde se excluye a la mujer” por lo tanto el poder patriarcal se entiende como la continuidad y naturalización de lógicas en las que la mujer es excluida.

de anomalías, la búsqueda de asistencia médica si es necesario y la aplicación de medidas de emergencia en ausencia de ayuda médica.

La partería es un saber ancestral que se practica en diversas comunidades en Colombia principalmente en las comunidades afro-descendientes e indígenas que está fundamentada en el apoyo, la confianza y el afecto que se le brinda a la mujer en su proceso de embarazo, parto y puerperio, esta práctica se lleva a cabo básicamente en zonas urbanas y rurales del país como una opción para las mujeres y familias hacer del nacimiento un momento especial y único donde primen las condiciones óptimas para la salud de la madre y el bebé (ASOPARUPA, 2013).

Según la asociación de parteras unidas del pacífico, en Colombia la partería se mantiene como un movimiento activo que busca reivindicar los derechos de la mujer desde una perspectiva de género que integrando al estado a una práctica que vincula el trabajo de la mujer desde diversos ámbitos, lo social, cultural, político, económico, empoderándolas frente al papel que cumplen en la sociedad como dadoras de vida y generadoras de procesos de cambio.

Dentro de la comunidad afro - descendiente, la partería es un saber que se transmite de generación de generación, desde las abuelas a las hijas y a las nietas de la familia (Iraida, 2003).

Según una investigación realizada por Iradia en el año 2003 sobre la comunidad afro-descendiente muestra que dichos saberes ancestrales cuentan con un significado y un valor simbólico que se ve honrado por los miembros de la comunidad hacia la labor de las parteras, de esta forma se concibe que los conocimientos y valores médicos ancestrales, establecen una relación equilibrada entre los seres humanos y la naturaleza.

La transmisión de estos saberes dentro de esta comunidad se da mediante la oralidad y la socialización de conocimientos ancestrales, que van desde el enseñar sobre las plantas sus respectivos usos y significados, hasta el tratamiento y la atención del parto, a su vez se enseña cómo cuidar de la mujer y el recién nacido para poder preservar la salud de cada uno. (Iradia, 2003).

En cuanto a la medicina tradicional indígena, tiene como significado y constituye un componente central de la cultura *indígena*, donde el arte de curar es producto de la tradición oral, la riqueza ancestral, la biografía del resguardo y la historia de años de formación, preparación. En esta medicina confluye el saber acumulado de las comadronas quienes “se encargan del cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, así como de la asistencia al parto y del seguimiento del postparto” (Cardona, J., 2012), las comadronas en torno al cuidado físico mental

espiritual y la medición de la naturaleza, sus productos, elementos, espacios y espíritus con influencia de las plantas y en la madre naturaleza, de factores internos determinados por la dimensión espiritual del paciente.

Sin embargo la medicina occidental se rige por lo académico, anula las prácticas indígenas médicas que son nombradas como inseguras o irresponsables, haciendo intentos constantes por erradicar las creencias y las prácticas medicinales de las culturas, donde una de las grandes preocupaciones es el tema de embarazo, parto y postparto, tanto en mujeres jóvenes como mayores. Los procedimientos de las comadronas y su preparación experiencial son nombrados como inseguros y peligrosos para la vida del bebé, por lo que recomiendan asistir a centros de salud, para que “médicos reales” y enfermeras sean quienes hagan los debidos procedimientos de asistencia gestacional (Medina, 2006)

La medicalización de dichos procesos empieza a darse en el siglo XVIII donde los médicos empiezan a interesarse más por atender partos, cambiando así los sitios de atención (que en este caso eran casas) por hospitales y dándole paso cada vez más a la institucionalización del mismo. En Colombia, este paso se empezó a dar alrededor del siglo XIX en Cartagena donde se otorga el primer título de “cirujano partero” lo cual muestra claramente el posicionamiento de la medicina en procesos que eran llevados por parteras o comadronas (Sánchez, 1993).

De esta forma el campo de la partería se fue especializando dentro de la medicina adquiriendo el nombre de obstetricia, situación que llevó a institucionalizar los partos haciendo ver cada vez más peligroso dar a luz en una casa con una partera sin ayuda médica y a su vez disminuyó el poder que tiene la mujer de decidir sobre su cuerpo, haciéndola más pasiva en dichos eventos. Así pues:

“El rápido desarrollo en el campo de la obstetricia a finales de 1800 y principios de 1900, unido al crecimiento de la tecnología médica y los procedimientos hospitalarios, empezaron a sentir a la mujer incapacitada para dar a luz por sí sola. Dejaron de confiar en su cuerpo, el instinto y la sabiduría de sus abuelas. Los doctores desacreditan cada vez más los partos atendidos por mujeres y finalmente controlaron la educación y licencia de las comadronas” (Harper, 1996)

Es importante para la Psicología social preguntarse sobre la subjetividad de las mujeres que en este siglo (XXI), contando con los avances de la tecnología, la oferta de asepsia, control absoluto y parto sin dolor, decidan parir con ayuda de una partera y sus conocimientos ancestrales. Es en este punto donde la academia debería preguntarse de qué manera los cambios sociales, políticos y culturales de la contemporaneidad están creando nuevos pensamientos y corrientes que permiten un desligamiento de las instituciones y por qué no decirlo, de las lógicas de control sobre el cuerpo femenino instaurado por el patriarcado, que ha dominado y subordinado a las mujeres, influyendo desde las creencias hasta las practicas humanas, en este caso parir.

A su vez es importante rastrear el porqué de la negligencia por parte del el Estado Colombiano al no considerar la violencia obstétrica como un delito condenable de violencia contra la mujer, teniendo en cuenta que en otros países de Latinoamérica como Argentina y Venezuela, ya está estipulado dentro de la constitución.

Aproximándonos desde la psicología social que recuerda el carácter histórico de las relaciones sociales y de la construcción de las subjetividades entendidas estas como una estructura en permanente cambio, es que necesita mirar esta como un sistema abierto, singular en cada sujeto y dispuesto a ser modificado respecto a las diferentes relaciones que establece el sujeto en sus diferentes campos, de ahí su naturaleza social.

Y a su vez recordando el carácter cambiante de las subjetividades, es importante desde todas las perspectivas tanto académicas, como políticas, religiosas y culturales, es importante mencionar que el sujeto, y más precisamente las mujeres, son sujetos activos dentro de la sociedad, y desde distintas posiciones, ha configurado nuevas maneras de significar y de reconciliarse con los procesos que vive como vitales, desde la decisión propia de llevarlos a cabo. -Es por esto que como profesionales en psicología y como mujeres, nos interesa investigar desde la experiencia vital de mujeres gestantes acerca del embarazo y de cómo este a su vez tiene características simbólicas propias, únicas, y multiparadigmáticas.

Poder aproximarnos al proceso que se configura alrededor del embarazo y los partos alternativos, que como mujeres tengamos el pleno derecho a elegir como lo queremos llevar a cabo y discutir sobre cómo la sociedad influye en dicho proceso y entender cómo ésta se muestra como el freno explicito para que como mujeres perdamos autoridad y decisión sobre nuestro propio cuerpo.

Por lo anterior es que mujeres como Simone De Beauvoir- escritora, filósofa, educadora- señala la maternidad como atadura para las mujeres, y un proceso que desde siempre debió ser opcional, la sociedad lo convirtió en un deber para toda mujer, afirma ; “no sólo por la concepción del hombre de cómo debemos tenerlos, en que momento, cuántos niños tienen que ser para cumplir los estatutos de familia y por ende de madre, sino que, lo catalogaron como único destino femenino” (Harpper 1996)

Esta feminista niega la existencia del instinto maternal y propone situar las conductas maternas en el campo de la cultura, desde la decisión única de la mujer sobre esta decisión poniendo siempre presente que el discurso sobre la maternidad siempre será dominante y tensionante. De Beauvoir "reinterpreta el cuerpo materno indicando que no es un cuerpo biológico, más bien se trata de un cuerpo cuyo significado biológico se produce culturalmente al inscribirlo en los discursos de la maternidad, que postulan a la madre como sujeto, para negar de esta forma a las mujeres". (Beauvoir, 1949)

Como esta feminista existen muchas más, como lo es Francesca Gargallo feminista Latinoamérica socióloga e historiadora que plantea la maternidad como uno de los temas que también viola de manera social y política los derechos de la mujer, y como hacen referencia a las diferentes entidades como la médica, la iglesia, patriarcado y la academia reducen las posibilidades de llevar a cabo un embarazo alternativo (si así lo elige la madre) por la presión que existe sobre la responsabilidad maternal, la soberanía y sabiduría de la medicina occidental y la opinión patriarcal como decisiva.

Empujar a las mujeres de América Latina a pelear por el poder de espacios recortados en el ámbito de las políticas públicas, que remite a las mujeres latinoamericanas, doblemente capaces de impulsar una hermenéutica del discurso del poder, redirigido la decisión sobre el cuerpo, sobre la vida y la capacidad de saber y tener claro lo que se cree mejor para cada una y establecer la maternidad desde el lugar que cada una le quiere asignar (Gargallo, 2007)

Desde las ideas académicas que plantean las feministas latinoamericanas que relacionan el poder político con todo lo que las rodea, desde el derecho a decidir si quieren tener hijos o no, es que importante mencionar como la sociedad ha creado mecanismos como lo mencionábamos anteriormente sobre el sometimiento obstétrico al que las mujeres estamos sometidas cuando

decidimos tener un hijo y como tenerlo, es que se da paso al postulado de Foucault sobre poder – saber, que lo sitúa desde el "sujeto": uno, que lo encuentra sometido a otro a través del control y la dependencia y el que lo percibe atado a su propia identidad por la conciencia o el conocimiento de sí mismo. Ambos significados sugieren una forma de "poder" que subyuga y somete desde los múltiples temas esquemáticos que tiene la sociedad para proceder en algo natural como le embarazo pero que no tiene que ser generalizado y obligado.

“Uno de los mecanismos de sujeción y control que ramifica su incidencia en todas las relaciones que se manifiestan en la sociedad, es el SABER. La acción de este saber sujetante se instrumenta primariamente en el lenguaje que, a través de una serie de modificaciones epistemológicas, define en sí mismo la dualidad de lo bueno/malo, lo normal/anormal, lo sano/enfermo, produciendo "el curioso proyecto de enfermar para sanar" (Enciclopedia Universalista del Siglo XX citando a Michael Foucault) característico de esta sociedad disciplinada.

El sometimiento que viven muchas de las mujeres que deciden tener hijos, es la dualidad que existe y se hace presente en el proceso de medir y registrar cada decisión que se toma en pro de agrandar, seguir y plasmar lo que la medicina occidental nos ha hecho ver como correcto; lo que para Foucault se ve como una "manera de sujetar los cuerpos, de enmarcar a las masas humanas y de manipular sus fuerzas". “Es a través del saber que se establece y se legitima límites precisos e inamovibles de toda característica del devenir cotidiano por el hecho de poder construir "lo nombrado". Toda característica que rebese esos límites se convierte automáticamente en algo impropio, desajustado, desadaptado, desaprobado, sancionado.”- (M.Foucault "La microfísica del poder")

Según Foucault, históricamente, y desde todos los puntos subjetivos de la mujer y del hombre tanto los subjetivos como los que no lo son,, el poder tiene su origen no en lo jurídico ni siquiera en lo político sino en lo "social" pues es, en la interacción del uno con el otro, donde se entretejen acciones eventuales o actuales, presentes o futuras cuyos únicos requisitos son: que "el otro" se mantenga como "sujeto de acción" y que frente a la aplicación del poder, haya libertad de acción (precondición necesaria). Lo sustancial y lo constituyente de esa "relación" es la comunicación, ya que el poder se ejerce mediante ella, es decir a través de un conjunto de signos y símbolos que se internalizan como significado de esa interacción de sentido.

“Es precisamente esa lógica de sentido quien define los criterios estéticos y éticos de la existencia, infiltrándose cada vez más en los principios universales de naturaleza o de razón, ante los cuales todos deben hacer reverencia de la misma manera, cualquiera sea su status" (M.Foucault "La microfísica del poder", p.144)

Es por ello que de manera cuidadosa diferentes feministas han planteado el tema de la maternidad y el embarazo desde otro punto que en ocasiones olvidamos, el derecho a elegir, a cuidarnos de la manera en que creamos correcta y anulando los procesos de opresión que están vigentes hoy en día.

2. Marco Teórico

"El sujeto simbólico del amor en diversas culturas y épocas ha sido el hombre y los amantes han sido los hombres. La mujer, cautiva del amor, ha simbolizado a las mujeres cautivas y cautivadas por el amor. Amor patriarcal y de los amores patriarcales". (Lagarde, 2000).

Durante muchos años la sociedad Latinoamérica ha definido y señalado como correcto la simbolización que existe alrededor de la mujer como única esposa y madre, las subjetividades que las rodean cuando se habla de sexualidad y maternidad, son corrientes tan fuertes que hasta el día de hoy marcan la subjetividad femenina y son referentes para la configuración de una familia; por lo mismo, la toma de decisiones que convengan el ser mujer, muchas veces dependen de las parejas sentimentales, de los padres, de la política activa y social, de la iglesia, en general, de los otros, quienes son los legitimados para decidir sobre la vida de las mujeres y sus cuerpos.

En nuestra cultura, se dice que el amor es para las mujeres el motor de su vida, el sentido de su existencia, y en las construcciones sociales que enmarcan las características de cómo se debe amar, quienes son los que aman, y como se demuestra el amor, siempre aparecen las mujeres como principales proveedoras de este,

En la cultura Latinoamérica y colombiana un marcador del género femenino, que esta intrínsecamente relacionado con el amor, es el embarazo y la maternidad, experiencias que se convierten en momentos de la vida que postulan y reconocen a las mujeres como sujetos sujetados dentro de la cultura.

Según Lagarde en su libro Claves Feministas (2000) para la negociación en el amor, uno de los principales puntos a tratar cuando hablamos de subjetividades de la mujer y los significados que las rodean es cuando se habla de maternidad, es la configuración de todo aquello que tiene que ver con ser mujer; "las mujeres en este mundo estamos más como una ideología que va más allá del mismo pensamiento político, más allá las generaciones, más allá de

nuestra voluntad para erradicarnos en el amor", que nace como una construcción de la cultura que coloca el amor en el centro de nuestra identidad donde ciclo a ciclo de la vida, las mujeres se configuran como seres de amor. Y si bien, el problema no es el amor, en el caso de las mujeres, el amor que se espera reproduzcan a través de los roles tradicionales, implican muchas veces, renunciar a la capacidad de opinión, a la toma de decisiones, al derecho a decir no, En esta pérdida de autonomía, también se juega la posibilidad de decidir sobre cómo llevar a cabo un proceso de alumbramiento, de cómo vivir subjetivamente una experiencia particular, que ha estado constantemente en el dominio de los otros.

En este punto, es importante especificar como comprenderemos la subjetividad, la cual nos permite introducir el análisis a vidas concretas, es decir, a "formas representativas de autopercepción que a pesar de su relación insoslayable con el entorno, permite re-construir los procesos por los que un individuo, en este caso, una mujer "vive" de manera individual, concreta, para sí, una experiencia determinada" (Schutz, 1993)

Según Schutz antropólogo y sociólogo, la subjetividad es el único concepto que como sociedad frena el acercamiento a hablar de "la persona" y lo desplaza al sujeto (Schutz: 1993), en tanto figura en constante relación con los "otros".

En este caso en particular, nos permite reconocer en las mujeres aspectos que las configura a lo largo de la vida de manera diferente, y como a su vez dichas construcciones simbólicas están cargadas de aspectos tales como la crianza, el pensamiento propio, lo que se desea para la vida, pero también, la vida de otras mujeres reflejadas en estas, y por qué no, el deseo incansable de muchas por satisfacer a quienes las rodean.

Cuando este autor habla de ampliar el marco de referencia en la conformación de campos de acción donde dichas subjetividades se gestan y viven, lo primero que nombra es la maternidad como un proceso que la mayoría de mujeres viven pensando en la creación del significado de familia, y el embarazo como el desarrollo y confirmación de una identidad que cumple con gran satisfacción lo que parece deseos propios y ajenos.

La mujer como sujeto según la iglesia, la sociedad, y la política ha tenido dos marcas subjetivas, la primera ser reconocida como pulcra, dispuesta y sacrificada por quienes la rodean, y la segunda pasó, como la mujer abnegada que tiene claro a que vino y el futuro que tiene que demostrar; un papel intachable y lleno de dolor para que valga más el esfuerzo que sea hace.

Según la iglesia ortodoxa y católica la mujer desde las escrituras tiene marcado por Dios

y la sabiduría como desenvolverse dentro de la sociedad afirmando que:

Esa maternidad es la capacidad de dar vida, de acoger con misericordia incondicional, de fijarse siempre en la persona concreta antes que en lo abstracto, de sacrificio de sí en lo más difícil, que es lo cotidiano y muchas otras cosas que sin duda podrán señalarnos como buenas o malas personas. Todo eso es misión esencial que da Dios a cualquier mujer, como estructura fundamental de su misión concreta. La mujer no está llamada a ser un hombre más, como si ser mujer fuera algo inferior y para valer tuviera que parecerse al hombre, sino que está llamada a aportar su maternidad, su feminidad, su ser propio de mujer en todo lo que haga (Copia de la Sagrada Biblia, 1975)

Por lo anterior y por otros discursos patriarcales que se le suman, es que aun las mujeres dependen de procesos occidentalizados que están fuertemente arraigados a la tradición patriarcal, para tomar decisiones sobre su propio cuerpo, decisiones subordinadas.

En la actualidad, muchas mujeres han resistido a estas subordinaciones, y en el caso de las formas de alumbramiento algunas han sido señaladas por no seguir parámetros que para la iglesia y la medicina, son imperativos para llevar a cabo un parto normal y sano.

En *Microfísica del poder*, escrita por Foucault, psicólogo, sociólogo, teórico social y filósofo francés, en (1979) habla extensamente de la relación cuerpo-poder, es decir, de todas aquellas “relaciones diferenciales entre los procesos de inscripción y los procesos de despliegue del poder sobre el cuerpo” lo que hace referencia directa a los comportamientos y roles que tomamos dentro de la sociedad dependiendo de nuestras características específicas y de cómo la cultura los transforma, el autor entiende el uso del poder a partir de la participación política del poder sobre los cuerpos y a su vez como este los transforma de acuerdo a lo que la mayoría necesita: “la categoría género, da un buen ejemplo de ello; la segunda constituye la mirada biológica, las características biológicas que hacen que se use el poder a través del cuerpo” (Foucault, 1979).

Estas mismas características creadas por el hombre y por la historia han construido una relación desigual entre el género femenino y el masculino, lo que ha permitido que los hombres desde muchos ámbitos tengan privilegios sobre las mujeres, anulando así la construcción de una subjetividad femenina, convirtiéndola en mitos y en supuestos aplicados en diferentes momentos acerca de la “debilidad biológica” o sobre la supremacía de la fuerza masculina, que disminuye la capacidad de las mujeres para tomar decisiones, para hacerse cargo de sí mismas y aún más les

resta la posibilidad de llevar su vida, relaciones, y su maternidad de una manera autónoma..

La subjetividad también ha sido abordada por Gergen psicólogo estadounidense y fundador de la Fundación Nacional de Ciencias y el Instituto Nacional de Salud Mental en 1992 junto con Dennett filósofo y escritor estadounidense. Es uno de los filósofos de la ciencia más destacados en el ámbito de las ciencias cognitivas, especialmente en el estudio de la conciencia, intencionalidad, inteligencia artificial y de la memética; son los primeros que conciben al Yo “como entidad atravesada por múltiples relaciones que se relacionan con el otro (los otros), de manera que el Yo no es algo aislado, sino algo que se concibe y comprende necesariamente en y a partir de la realidad exterior”.

En ese sentido, Gergen habla del concepto de subjetividad unido al concepto de autopercepción, que permiten ver e identificar los factores que condicionan la construcción del Yo de la sujeto y su “definición como sujeto femenino y la vinculación que esto tiene con las aristas sociales e individuales con las que necesariamente interactúa para poder asumirse, reconocerse y conducirse en su identidad y su subjetividad propia, dadas las situaciones concretas y particulares donde esto ocurre”. (Gergen, 1992)

Mostrando relación con lo anterior, el cuerpo como entidad que comparte la parte exterior y la parte interior de todo ser humano, crea mecanismos importantes para sentir al cuerpo como propio, como nuestro, de ahí que se gesten la aceptación del cuerpo como primer paso a la identidad. Una mujer, a pesar de haber nacido mujer, si no siente su propio cuerpo como parte de sí misma, no sólo será difícil que se reconozca como mujer, sino que se defina discursivamente como tal, y más aún si nos paramos desde el sitio en donde se paran muchos psicólogos y antropólogos y es la pregunta por el cuerpo de la mujer como territorio de otros para procedimientos, para la degradación de pensamiento y la anulación de su participación.

Es un hecho como en muchos libros y académicos lo muestran que el cuerpo femenino específicamente es un cuerpo que está “dotado” para la reproducción, lo que no significa que esté esencialmente combinando este tipo de función y que esta sea la única en la que las mujeres deben centrarse o desarrollarse, Gergen y Dennett aclaran que si bien, es cierto está “dotado” para la reproducción por el fundamental hecho de que puede “gestar” vidas, o sea, fisiológicamente, el cuerpo femenino es “dador de vida”; el del hombre no, esta posee un privilegio que para los ojos muchos tiene que ser aceptado con humildad y por lo mismo se vuelve sujeto de reproches, opiniones y “obligaciones”.

Teniendo en cuenta que hay una carga en el discurso cultural que se maneja, en el que se atribuye a la mujer un rol determinado que captura y cuestiona el intentar optar por diferentes opciones de ser mujer en ésta cultura. “Si se nace mujer, la capacidad de gestar y asegurar con ello el ciclo reproductivo de la especie está garantizada al menos en potencia; si se nace hombre, de esta capacidad, insistimos, en términos fisiológicos, se carece”. (Fullop, 2004)

En este sentido, la sexualidad se inscribe, hasta el momento, en el ámbito de una serie de accidentes naturales que implican potencialmente la reproducción. En el caso de la sexualidad femenina, esta se tiende a igualar con la maternidad como una obligación o algo que tiene que pasar entendida entre marcos controlados; siendo el concepto de maternidad una construcción simbólica, aunque en otra dirección arguyen como rol femenino, pero que en realidad obedece primero a una decisión, y en segundo lugar a una serie de configuraciones simbólicas que el discurso hegemónico, masculino por excelencia, le ha hecho corresponder. (Lagarde, 2000)

Sin lugar a dudas la maternidad encarna de manera innegable la diferencia sexual. Ser madre es y ha sido el rasgo determinante del ser femenino y ser mujer, pues aunque en la reproducción biológica están implícitos ambos sexos, es sobre la mujer que recae toda la responsabilidad de la reproducción social, de seguridad maternal y de crianza. La maternidad es experiencia subjetiva a la vez que una práctica social cargada de significados que la definen como una cuestión determinante que no pondera el deseo de ser madre ni los efectos que sobre la subjetividad misma tiene el hecho mismo de la maternidad. La maternidad socialmente hablando, es la idealización de la mujer a partir del mito del “amor materno” que toda mujer debe cumplir, no es solo traer al mundo un niño sino que se demuestre ante los ojos de los demás que la futura madre cumplió con los deseos de esta sociedad donde primero viene la criatura y después los deseos o necesidad de esta. (Lagarde, 2000)

Hoy sabemos que la maternidad no ha tenido el mismo orden en todas las culturas y que no siempre se lleva a cabo de la misma manera, lo que nos lleva a reconocer que el hecho de no llevar a cabo un parto desde los orígenes occidentales no pone en peligro vidas, sino que por el contrario le da la oportunidad a la mujer de ser quien elija y viva este proceso a su manera, y que desde hace siglos cada sociedad ha desarrollado formas peculiares de control natal, como el aborto, el infanticidio o el uso de métodos anticonceptivos, aunque entidades como la iglesia se nieguen de manera torunda aceptar este tipo de procedimientos y se empeñen en juzgan a mujeres y madres que están pensando en hacerlos. En las sociedades contemporáneas, en donde

el pensamiento feminista ha permeado, la maternidad es considerada como una “imposición cultural a partir de la cual se han tejido formas sutiles de opresión personal y social de las mujeres, y contra la que se ha vindicado la maternidad elegida”. (Storni, 1926)

A su vez María Marcela Lagarde, se interroga sobre las bases políticas de los pactos del amor y de la conyugalidad; “la trilogía formada por Mujer = Madre, el mito del amor romántico y el de la pasividad erótica femenina, inscripta en un particular ordenamiento dicotómico de lo público y lo privado, ha hecho posible la construcción histórica de una forma de subjetividad 'propia' de las mujeres entre cuyos rasgos se ha mencionado un posicionamiento de 'ser de otro' en detrimento de un 'ser de sí'. Esta forma de subjetividad no es algo inherente al ser femenino, sino que constituye el precipitado histórico de su lugar subordinado en la sociedad”. (Lagarde, p. 4, 2006)

El concepto de maternidad ha sido uno de los más importantes en las corrientes feministas de los últimos años, que ha llevado a múltiples reflexiones y debates. En un principio se convierte la maternidad como núcleo de debate y reivindicación, reclamándola como opción y no como destino. Se reclama a su vez la entrada de las mujeres en actividades políticas y la reivindicación del sufragio universal. Hacia los años sesenta, el feminismo reflexiona sobre el papel de la maternidad en la sujeción de las mujeres y el lugar que ocupa la emancipación femenina (Descarries y Corbeli en Imaz, 2010). A partir de los años noventa, se cuestiona sobre la doble jornada de las mujeres que han asumido responsabilidades en el mercado laboral y a su vez tienen responsabilidades domésticas y de crianza. En este punto la conciliación cumple un papel importante en cuanto a críticas y reflexiones sobre el cuidado en un contexto de cambio de las mujeres (Imaz, 2010).

En un artículo de doctorado realizado por Lorena Saletti expone que, en nuestra sociedad el concepto de maternidad va ligado siempre a la representación del amor materno, constructo que se concibe como un hecho instintivo que tienen las mujeres desde su infancia. Este “amor materno” o “instinto maternal” es una idea cultural que se tiene acerca de la maternidad y que ha sido socialmente construida. Entender este concepto desde un carácter natural, ha incitado a varios autores a refutarlo no sólo por su transformación entre diferentes personas y lugares, si no por su carácter cambiante gracias a la conexión que tiene con la cultura y la organización de una sociedad determinada. (Saletti, 2008)

Elizabeth Bandinter (1981) quien ha sido una autora de gran relevancia en el estudio del instinto materno, indica en uno de los aportes teóricos más importantes sobre el tema, que los discursos científicos, sociales y personales han colaborado en construir el instinto maternal, el amor incondicional hacia sus hijos creando así en las mujeres la obligación de cumplir el papel de ser madres.

Siguiendo a la autora, el punto álgido de este concepto se da antes del siglo XVI y sigue en el siglo XIX y XX. Durante estos siglos se acentúa cada vez más el sistema patriarcal, aumentando la autoridad del varón a nivel social, añadiéndole la autoridad paterna y marital. De esta forma la madre y el niño carecen de valor dentro de la sociedad, donde la única función de la madre es transmitir al niño o niña la autoridad de padre, en este punto se evidencia la obligación que tienen las madres a garantizar la educación de sus hijos (as). De ésta manera se empiezan a crear nuevos argumentos para generar en las madres una actitud instintiva como lo fue la lactancia, acto que se consideró importante en la nutrición y el vínculo con la madre.

En la mitad del siglo XVIII, el dúo madre/hijo(a) pasan a dominar la escena familiar, los discursos económico, filosófico y político influyen en este proceso, en tanto que en el mercantilismo se empieza a preocupar por el crecimiento de la población, la cual centra su foco en la preservación de la vida del niño(a). En cuanto al discurso filosófico, se centra en la preocupación de la felicidad y la igualdad, lo cual lleva a reducir la autoridad paterna y marital que lleve a la igualdad y por el lado de la felicidad, se empieza una época donde dentro de la familia debe existir la ternura y el amor. De esta manera se empiezan a crear más responsabilidades en las madres con sus hijos (as), en ocasiones halagándola y en ocasiones amenazándola, pero siempre con el objetivo primordial de preservar la vida del menor. En este punto se dividen los papeles dentro del hogar, llevando a la madre a responsabilizarse por la salud del niño y al padre por la educación moral. En este aspecto se evidencia la importancia de la lactancia de la madre con su hijo para mantener su adecuada nutrición y le dedica todo su tiempo.

A finales del siglo XIX a raíz de la necesidad de asegurar una adecuada crianza, se elaboró una ideología basada en disciplinar madres con el fin de ponerlas al servicio de la nación, este discurso fue un modo de disciplinar la “naturaleza femenina” adecuándola a un

papel social redefinido. Esto se llevó a cabo, convenciendo a las mujeres que tenían influencias sobre el orden social, a retirarse de esos espacios y se les sometía a un cargo moral que las llevaba a un sentimiento de culpa si no se llevaban bien las tareas. Todo esto lleva a que la mujer se considere “mala madre” en las situaciones que no demuestran el amor esperado por la sociedad. De ahí es que se considera una maternidad vigilada que es necesaria para mantener el modelo patriarcal, siendo esta una construcción social elaborada por la cultura. (Badinter, 1981)

Simone de Beauvoir en su texto *El segundo sexo* (1949), pone la maternidad en un lugar privilegiado en la reflexión que se da en torno a la pregunta de qué es ser mujer. Se pregunta sobre las consecuencias de ser madre en la vida de las mujeres, ya que a pesar de la necesidad de que las mujeres engendren y den a luz, esta función de maternidad no otorga un lugar privilegiado o de prestigio a las mujeres dentro de la sociedad. Por otro lado, se interesa el origen del apego que las mujeres sienten hacia sus hijos (as).

Las mujeres a diferencia de los hombres en cuanto a su vida genital, sufren diferentes cambios y crisis que hace que el individuo quede independiente a la especie a raíz de las funciones procreativas que crean un cierto desequilibrio. El cuerpo de la mujer es considerado como un cuerpo que traiciona ya que lleva procesos biológicos como la menstruación, el embarazo y los diferentes cambios fisiológicos que van en contra de su propia voluntad, de esta forma se considera que el cuerpo de la mujer es distinto de ella.

Este, según Beauvoir, es un conflicto individuo-especie, en tanto la mujer aparece como enajenada y esclavizada por su organismo que manifiesta diferentes malestares vinculados a lo reproductivo en donde el yo de la mujer busca la expulsión de ese otro ajeno: “el cuerpo femenino se niega a la especie que la ocupa y la domina” (Imaz, 2010). Siguiendo esta línea, el cuerpo de la mujer desnaturaliza lo natural así, transforma la maternidad en una expresión extraña y propone la posibilidad de que el deseo femenino sea más complejo concibiéndolo como ambivalente en tanto no es maternal ni anti maternal, siendo la ambigüedad la característica de la maternidad.

De esta forma Beauvoir critica y cuestiona la “inclinación natural de las mujeres hacia la maternidad”, denunciando cómo las mujeres se encierran en que la maternidad es el único

destino posible. “Se transforma la maternidad en algo extraño y profundamente antinatural” (Zirelli, 1996).

Otra mirada que le da el feminismo a la maternidad, parafraseando a Saletti, se da el marco de asumir la capacidad generadora del cuerpo de las mujeres, llevando a considerarlo como fuente de placer, conocimiento y poder femenino. Esta mirada da un nuevo enfoque en el cual se rechaza la institución materna, que intentan desligar representaciones hegemónicas que mantienen a las mujeres bajo el control masculino.

Así mismo, el cuerpo como experiencia en mujeres gestantes, desde la perspectiva de Lagarde, en su investigación “Los cautiverios de las mujeres: madres esposas, monjas, putas y locas” del año (1997) plantea que la identidad social de las mujeres está definida por su carácter de seres-para-otros, es decir en función de los demás, podría ser la base de un correlato biológico que determina la corporalidad de la mujer embarazada. En éste caso la relación con el otro se vivencia en el propio cuerpo, de esta forma, el feto es considerado como el otro, el cual determina la experiencia corporal de la mujer embarazada. Siguiendo ésta línea Imaz, en su texto “Mujeres gestantes, madres en gestación” del año 2007 considera que la experiencia corporal de una mujer gestante podría pasar por tres lecturas diferentes. La primera de éstas hace referencia a un cuerpo percibido como una simbiosis entre madre y feto al cual llama *fusión*. En segundo lugar habla acerca del cuerpo materno como una experiencia negativa en la que se concibe el cuerpo como una entidad invadida en este caso por el feto, llamado *feto-individuo*. Por último una tercera lectura que muestra el cuerpo de la mujer como contenedor, es decir una entidad que depende del cuerpo gestante, pero que a su vez es diferente de él, a lo cual le adjudica el nombre de cuerpo *escindido*. (Imaz, 2007)

De esta manera se hace una lectura de las posibles formas que se vive el cuerpo de la mujer gestante, desde una perspectiva que ofrece representaciones de la maternidad que se contraponen a las transformaciones de las experiencias en otros ámbitos en el cuerpo de la mujer “a partir de las representaciones procuradas por estas imágenes puede deducirse que la identidad de la mujer madre existe gracias a, se pierde por culpa de o se diluye tras un Otro, que es el feto” (Imaz, p. 283, 2007)

La diferenciación entre la maternidad como experiencia y la maternidad como institución, la llevó a cabo Adrienne Rich, quien expone que estos dos son significados opuestos: mientras que el primero hace referencia a la relación de la mujer con la reproducción y con sus hijos, el segundo se refiere al objetivo de asegurar que todas las mujeres permanezcan bajo el control patriarcal.

A su vez plantea que la maternidad debe ser considerada como una opción y no como un destino femenino “es una parte del proceso femenino, no se trata de una identidad permanente” (Rich, 1996); esta perspectiva intenta reivindicar la experiencia personal como forma de conocimiento y reapropiación de la experiencia física y psicológica de las mujeres y por ende la reapropiación del cuerpo. En esta postura de la maternidad, se sitúan experiencias feministas como los grupos de salud como el Colectivo de Boston o el renacimiento del movimiento de matronas y del parto no alineado (Imaz, 2010).

Siguiendo esta línea, según Imaz, Sara Ruddick se basa en los planteamientos de Rich para completar esta postura, en la cual incluye el concepto de “prácticas maternas” en el que propone un acercamiento del feminismo al pacifismo por medio de la maternidad, aspecto que podría considerar tener un papel político. A raíz de esto se dice que estamos en una época donde la desprivatización de la maternidad que sale al espacio público y el control de los anticonceptivos por parte de las mujeres cambian la relación de la mujer con la maternidad. De esta manera el tener o no hijos, es una decisión geopolítica que está en manos de las mujeres.

Según Juliana Flores y Margot Pujal citada por Natalie Sánchez (2014), la corriente de la teoría crítica lésbica desde los años 70 ha intervenido en este tema, dándole una mirada controversial que se ha unido con las feministas separatistas quienes afirman que la separación es una forma de control al acceso de los hombres a las mujeres, dicho acceso se ha garantizado por la “triada antifeminista” la cual está conformada por tres instituciones: la heterosexualidad, el matrimonio y la maternidad.

Dentro de esta corriente, se encuentran puntos de vista que muestran a la maternidad lésbica como una práctica de apropiación sobre el propio cuerpo, considerándola transgresora y en esa medida, discrepante de los códigos establecidos. De esta manera, ponen de manifiesto

dentro del marco jurídico, la importancia que tiene posibilidad de la maternidad lésbica así como la relevancia que tiene el derecho al aborto para las mujeres heterosexuales.

En las sociedades occidentales contemporáneas, según Solinger, se rigen al parecer por la libertad de elegir que tienen las mujeres o la pareja en cuanto a su descendencia, que pasan por el cómo, cuándo y dónde de su función reproductiva. Parfraseando a Imaz, las ciencias sociales se han encargado de estudiar los movimientos de la población, pero nunca o muy pocas veces se han preocupado por estudiar la reproducción en sí, por qué ocurre, si no que se basa en responder por qué las personas no tienen hijos y cuáles son las circunstancias que intervienen en el descenso de los nacimientos. La demografía y las ciencias sociales en general han considerado que la procreación se basa puramente en lo biológico, lo cual genera una falta de interés teórico en todo lo relacionado con esta (Mathieu en Imaz 2010). En cuanto a los descensos en los nacimientos se le atribuye un origen social en el cual se promueven conductas y crean nuevas prioridades. De esta manera, según Imaz, la reproducción se concibe como una evidencia, entendida como natural.

Una investigación realizada por Elixabbette Imaz en el país Vasco entre el 2004 y el 2007 se refleja en las narraciones de mujeres que el deseo y el querer a los hijos, tiene un carácter natural, mientras que el no querer se atribuye a expectativas e imposiciones derivadas de la sociedad, consideradas como “egoísmo”:

“En los vestuarios del gimnasio al que asisto, dos chicas de unos 25 o 30 años bromean y especulan sobre la posibilidad de que una de ellas estuviera embarazada. Del tono de broma inicial pasan a una conversación más seria en la que una de ellas afirma que ella quiere tener un hijo pero su pareja en cambio no. Sin embargo, tal y como explica la segunda chica, en su caso pasa todo lo contrario, su novio quisiera tener un hijo mientras que, por el contrario, ella no quiere. La que quiere tener descendencia dice:

← Yo es *por las hormonas*, que se me revolucionan.

La segunda chica, la que no quiere hijos por el momento, agrega:

← Lo mío es por *egoísmo*, todavía soy joven y aún me queda mucho por disfrutar.

A lo que la primera contesta:

Sí, claro. ¿Por qué si no?”

(Extracto de diario de campo, 20 de Noviembre de 2003 en Imaz 2010).

En este punto se muestra como la falta de deseo se le atribuye al egoísmo, lo cual se relaciona directamente con lo social, acudiendo reiteradamente a este argumento para explicar algunas restrictivas conductas de los jóvenes respecto a la reproducción. En cuanto al deseo de descendencia, es considerado como algo que no es necesario explicar y se atribuye totalmente a aspectos biológicos, en este caso a las *hormonas*, término que según Imaz está revestido de científicismo y se utiliza con el mismo sentido de “instinto”. (Imaz, 2010)

Como se ha visto a lo largo de este texto, la maternidad es una práctica que ha sido controlada a lo largo de los siglos pasando por el control del crecimiento de la sociedad, hasta el discurso científicista que pretende categorizar la reproducción en una cuestión de hormonas que predeterminan a la mujer a desear tener descendencia. Todo esto, sin nombrar los procesos de gestación, parto y post parto, que están en su mayoría ligados al control reproductivo médico.

Según Imaz, el protagonismo médico en el tema de la reproducción es un aspecto más del monopolio sobre el saber sobre el cuerpo lo cual mantiene el sistema médico-científico que controla los saberes ligados a la salud, reproducción y normalidad del cuerpo humano, dotando así de representaciones y significados a los aspectos mencionados anteriormente. De esta forma se considera que el control médico sobre la reproducción es un tema que convierte a las mujeres en afectadas por la medicalización, en tanto al control por lo corporal en la reproducción biológica como en la responsabilidad que le designan en cuanto al cuidado y a la reproducción.

“El control sobre los procesos reproductivos femeninos ejercido por la medicina se ha destacado como un importante medio de control social de las mujeres” (Esteban, 1994)

El discurso médico que se tiene en torno al cuerpo femenino, según Esteban, está ligado directamente a la reproducción, es un cuerpo controlado y subordinado específicamente en función de la procreación, de esta forma a una mujer gestante se le acentúan estos aspectos reproductivos y biológicos que de alguna manera pretenden explicar las sensaciones, comportamiento y emociones de una mujer en estado de embarazo. A raíz de esto, se considera que la medicina ha difundido en la sociedad esta concepción fertilista del cuerpo femenino, lo cual genera y garantiza la subordinación de la mujer. Parafraseando a Esteban (2001), esta atribución biológica que se le da a las emociones, sentimientos y actitudes durante la gestación, no permite que las mujeres embarazadas se piensen en las situaciones y contextos en los que

están insertas y de esta manera no reflexionen sobre la forma en la que las otras y otros influyen en su situación en los estados de ánimo que pueden percibir durante su proceso de gestación.

Esta concepción del cuerpo como herramienta de reproducción en el sistema médico, Según Quèniart en Imaz, 2010, ha llevado a que los procesos de gestación, parto y post parto, estén constantemente controlados por el sistema medico justificando sus pruebas, controles y prácticas como una manera de garantizar la normalidad de dichos procesos, reduciendo los riesgos que puedan llegar a presentarse tanto en la madre como en el feto, pensando en estos dos como organismos ajenos, individuales, pero que del que a su vez depende uno del otro. Durante todo el proceso del embarazo, la medicina se encarga de tener una relación directa y continua con la mujer, en donde se organizan horarios, visitas, controles, entre otros. Este constante contacto con el sistema medico permite mantener controlado y vigilado el embarazo de la mujer en donde muchas veces se les imponen prácticas y protocolos incomprensibles tanto en su lenguaje como en su utilización, lo cual dificulta la relación médico-paciente en tanto que a las mujeres se les complica entender el lenguaje y procedimientos a los cuales deben ir adaptándose obligatoriamente (Imaz, 2010).

Emily Martin realiza un estudio en Estados Unidos donde los relatos de las mujeres en proceso de gestación asumen un discurso propio de la medicina que se basa en una metáfora referida a la producción de la sociedad industrial, en ese sentido, el útero de la mujer sería considerado como la máquina y él bebe como el producto final del proceso, todo este proceso claramente debe ser controlado y revisado por un experto, que en este caso sería el médico. De esta manera y según Imaz, se llevan a cabo controles para que el producto no salga defectuoso, se le contabiliza el tiempo de formación y si algún retraso o complicación en este proceso llega a fallar se le atribuye la culpa al cuerpo de la mujer considerándolo como un cuerpo que no funciona adecuadamente o que no es apto para este proceso y por ende está llevando a cabo mal el trabajo. El miedo hacia las complicaciones que puedan surgir han hecho que las mujeres se adhieran más a los procesos médicos lo cual hace que las mujeres se muestren dóciles hacia los procedimientos establecidos, por ende se someten a ellos para evitar cualquier riesgo que les genere un sentimiento de culpa.

A partir del siglo XVIII, la medicina empieza a tomarse el campo de la gestión del parto, apropiándose además de los procesos de crianza y el embarazo. De esta manera, progresivamente las mujeres fueron despojadas de sus conocimientos acerca de los procesos de gestación, parto y

post parto, los cuales eran hasta entonces monopolizados por mujeres (Imaz, 2010). Los partos empezaron a ser atendidos en la alta aristocracia en donde por primera vez en la historia, los varones atendían los partos de las mujeres. En esta época se dio el mayor número de mortalidad en parturientas debido a las fiebres puerperales que sufrieron adquiriendo una dimensión de epidemia. De esta manera se empezaron a implementar herramientas y estrategias como la cesárea y los fórceps, que cada vez más ponían a la mujer en un papel pasivo frente a su propio parto (Rich, 1996). Esta tecnicización del parto se construye como una experiencia vigilada en donde la mujer queda totalmente subordinada, este aspecto es considerado por Ehrenreich y English no como una evolución de los saberes tradicionales, sino como un punto de partida radical diferente de llevar a cabo el proceso.

Un aspecto que hace parte de esta tecnicización del parto, es la aparición de la anestesia a mediados del siglo XIX la cual ha sido objeto de múltiples debates en torno a su conveniencia, el primer debate giro en torno a el aspecto teológico que cuestionaba el poder que se atribuía la medicina en cuanto a la liberación de la mujer del castigo divino del dolor del alumbramiento, en donde según el occidente cristiano la maternidad debe ser dolorosa como lo explica el génesis diciendo que el castigo puesto por Dios para Eva era tener sus partos con dolor, como fue explicado anteriormente en este texto (Duby, 1998).

El segundo debate frente a la anestesia es la utilidad del dolor para despertar el instinto maternal, ya que se considera al amor, el sufrimiento y la maternidad, como aspectos que detonan este llamado instinto maternal, el cual se explica a raíz del dolor el amor por una hija o hijo (Rich, 1996).

Según la investigación llevada a cabo por Elixabete Imaz, las mujeres entrevistadas expresan su miedo al parto que se ha hecho presente desde la infancia de cada una de ellas, lo cual ha hecho que se relaciona la maternidad con el dolor.

"Como le habrá pasado a todo el mundo, durante una etapa de mi vida, me daba mucho miedo parir, decía: yo no voy a entrar nunca a un paritorio, yo adoptaré. Y en ese aspecto sí que evolucionas y ahora no es que me apetezca todo el tema de entrar en un paritorio, pero lo asumes más" (Sara en Imaz, 2010).

Las mujeres a lo largo de su vida se imaginan el parto como una experiencia donde se va a sufrir o se va a sentir mucho dolor. Sin embargo, en muchas ocasiones, según Imaz, las mujeres rechazan cualquier comparación del parto como una experiencia desagradable o excesivamente negativa, así como una maternidad sufriente. A su vez se rescata la idea de que las mujeres no piensan en que exista una relación entre el dolor y la relación materno-filial.

Dentro de esta afirmación, cabe que las mujeres procuran tener un parto más tranquilo en el cual se sienta el menor dolor posible y para ello la estrategia que usan es asumir la disciplina médico-hospitalaria. A pesar de tener la certeza de que las posibilidades de problemas graves en los partos contemporáneos son escasas el temor es difícil de eliminar, por esta razón las mujeres admiten la pasividad y el sometimiento. (Imaz, 2010)

En este punto es necesario nombrar el trabajo de la partería, el cual, según Imaz, es defendido por muchas mujeres que llevan a cabo dicha práctica así como por parte de las mujeres que optan por un parto no hospitalario. Se destaca dentro del parto realizado en casa y con ayuda de parteras, la experiencia como una manera de ejercer **la autonomía femenina**, en donde las mujeres tienen derecho a elegir los procedimientos, lugares y formas de alumbramiento. “En el parto también está presente la muerte, el dolor... hay que asumir que donde hay vida puede también haber muerte, no es una actitud fatalista sino consciente” (Nuria partera, en Imaz 2010)

La maternidad, como hemos visto, ha sido objeto de debate y reflexión a lo largo de los años, actualmente la maternidad está sujeta a la decisión de la mujer, teniendo en cuenta que esto no es una condición general (se sigue pensando que ser madre es el destino de la mujer y el deseo de ser madre se considera instinto). Cada vez más la reivindicación con la construcción del cuerpo femenino y la feminidad, le ha permitido a la mujer decidir sobre su sexualidad y su descendencia, posibilitando la proyección de otras formas de ser y existir como mujeres. Las experiencias que confrontan la maternidad tradicional han llevado a optar por formas menos violentas y desligadoras del modelo patriarcal a la hora de ejercer la maternidad.

Es decir que como lo plasma Vanesa Giraldo en su trabajo de grado de magister “la maternidad como estructurante de lo femenino se ha transformado y complejizado en virtud de los espacios políticos, económicos, sociales y culturales que han ganado las mujeres, sin embargo, estos cambios no han acontecido en un solo sentido. Es necesario advertir sobre la

relatividad de los referentes entorno a la maternidad, puesto que están adscritos a configuraciones localizadas de género y sexualidad.” (2012)

Otras opciones que han surgido en torno al tema de la gestación y el parto, como el parto asistido por parteras parteros o comadronas, han surgido por la falta de una buena o diferente atención donde se sienta un vínculo con el otro y no se dé por relaciones de poder médico-paciente donde se da lugar a los discursos dominadores de los cuerpos de las mujeres como fue expuesto anteriormente.

Según las evidencias, el término de partera, partero o comadrona era utilizado generalmente por médicos para nombrar despectivamente a las mujeres y hombres que tenían como oficio atender y acompañar el parto sin bases de instituciones científicas que las prepararan. Posterior a esto sólo se llamaba partera o partero al que había recibido alguna preparación de dichas instituciones, teniendo en cuenta que el termino partero (hombre) a principios del siglo XIX eran muchos los discursos que se difundían entre las mujeres advirtiéndolas de los peligros y de la inmoralidad de estos hombres dedicados al arte propio de las comadronas, donde afirmaban que los parteros no eran los sujetos correctos para realizar este tipo de procesos; en la antigüedad, el oficio de comadrón era desconocido pues eran las mujeres las que se dedicaban a ello, solo llamando al médico (un hombre) cuando se presentaban dificultades en el parto. Sin embargo los defensores de los parteros decían que los hombres eran más habilidosos en este cometido y lo justificaban al recordar que eran autores masculinos Euscario Roesslin, Jacobo Rueff, quienes como médicos fueron los encargados de publicar obras de referencia en el arte obstétrico, y avances en la solución de complicaciones en el parto por medio de la partería, pero los opositores incluyendo las mujeres dedicadas a este arte y oficio, señalaban que estos hombres sin títulos, manoseaban a las más decentes damas de Francia. (Tostado, 2013)

Con el permiso otorgado en ese momento para que hombres llevaran a cabo el oficio de parteros, su preparación inicial viene de la atención de la gran mayoría de los partos en la zona que son atendidos por una misma familia, donde los procedimientos son enseñados desde los ancestros, y a su vez, la mujer o abuela mayor es quien enseña a su marido este arte para que sea el quien traiga a la vida al resto de sus hijos, así pues la tradición empieza, en la formación de mujeres a hombres sobre el embrazo y cada uno de los momentos por el que pueda atravesar el

mismo. Sin embargo, y a pesar de la frecuencia de atención del marido al parto de su esposa, de sus hermanas, y de otras mujeres por el saber ya transmitido, es importante entender también, el proceso de aprendizaje del parto en la comunidad en general, pero solo una familia es la que se encarga de asistir el parto, no cualquiera puede desarrollar este proceso por más de que crea tener el conocimiento. Es evidente que, en el sistema de aprendizaje del parto, las mujeres primigestas en su gran mayoría acuden a una partera tradicional, o si no a una mujer mayor, para aprender cómo identificar cada momento del parto. Es así que existe un sistema de aprendizaje local del parto según el género en que la mujer joven aprende los conocimientos de una mujer de mayor experiencia. (Tostado, 2013)

Desafortunadamente, hoy en día ese discurso se ha hecho hegemónico y dominante, tanto así que en éste momento se asocia la partería con una práctica insegura y se relaciona más con la curandería. (Organización Nacional Indígena de Colombia, 2004)

Sin embargo, algunas mujeres han tomado la decisión de optar por la partería, y desde allí retomar “los lazos que se establecen entre partera y parturienta los cuales son vinculantes, de contacto, de amistad, de “comadres”, de igualdad y se relacionan con la calidez; mientras que las relaciones médico-paciente son distantes, dominantes, de cierto modo basadas en el miedo que produce el desconocimiento, lo cual implica cierto tipo de obediencia que se establece en la confianza no del médico como persona, sino del médico como figura de una profesión hegemónica y dominante” (Pieschacón, 2013) Para poder así cambiar la estructura de pensamiento basada en la “asistencia” a la hora de parir, y romper lógicas en las que se generaliza que un parto no puede ser normal, si no es con las condiciones que se han estandarizado (en su mayoría occidentalizadas).

Según Carolina Lorenzo en su investigación (2013) “Es un parto: Indignaciones en torno a la construcción de un derecho” donde habla de un estudio en el que se evidencian las distintas percepciones de mujeres de diversas culturas acerca del parto, con respecto al cual se manifiestan sentimientos dicotómicos de dolor y amor, los cuales varían de mujer a mujer, es decir que éste es un proceso absolutamente único y adquiere un significado claramente irrepetible, sin embargo hay aspectos fisiológicos que son generales en las mujeres sin importar su procedencia.

Mencionando que “la experiencia del parto se ha descrito como un evento significativo de poderosa importancia psicológica en la vida de una mujer.” (Lorenzo, 2013)

En dicha investigación Lorenzo plantea de forma general seis aspectos relacionados con el control social que se ejerce por medio de la medicalización del parto.

En primer lugar se habla de la homogenización, que hace referencia al despojo de las identidades de las mujeres, es decir que sin importar de la cultura que provengan se estandariza la forma de asistir el parto, asumiéndola como la práctica más segura y así mismo, la que tiene los riesgos del embarazo más controlados. En segundo lugar está la patologización que indica la idea de que la mujer embarazada está enferma, donde la medicina enfatiza en los riesgos que se pueden presentar y no en la salud de la mujer que va a parir, dejando de lado considerablemente la percepción y sensación de la mujer, lo cual se relaciona directamente con el despojo del poder sobre el propio cuerpo. Posterior a esto habla sobre la fragmentación que se relaciona en gran medida con la patologización, en éste aspecto se separan los procesos emocionales, ambientales y sociales de los fisiológicos de la mujer, en donde la medicina se encarga netamente de los últimos. (Lorenzo, 2013)

Lorenzo, habla también de la naturalización, que hace referencia a una percepción de la mujer embarazada más inclinada hacia la naturaleza y alejada de la cultura (poco racional). En éste aspecto se infantiliza a la mujer y no se le brindan explicaciones suficientes y en muchos casos engañosas y sencillas, (si no piden explicaciones, las omiten) ya que se considera que la capacidad para entender se disminuye. (Lorenzo, 2013)

Se hace referencia a la contaminación como un mecanismo en el que por medio del discurso médico se le impide a la mujer tener contacto visual y táctil con las partes de su propio cuerpo, infiriendo que éste puede hacer daño o entorpecer el trabajo de los especialistas. (Lorenzo, 2013)

Por último, pero no menos importante, se habla de la culpabilización la cual se relaciona con las antes mencionadas en cuanto éstas son un vehículo para llegar a que las mujeres puedan ser responsabilizadas por las complicaciones o dificultades que se puedan tener en el parto, logrando así que el discurso de la mujer posterior al inconveniente hable médicamente dejando de lado su subjetividad. (Lorenzo, 2013)

A su vez, Lorenzo plantea que esa es “la efectividad de la violencia simbólica: una violencia que resulta invisible porque es mostrada por el discurso hegemónico como “necesaria” para “ayudar” a la persona. El resultado es que la persona siente obligada a obedecer y a no cuestionar a los profesionales. Y si no lo hace, se intensifica la violencia (retos, amenazas, retaceo de insumos para calmar el dolor, retraso en la atención) y se siente culpable por la violencia recibida. La violencia deviene simbólica por efecto de los dispositivos de control social” (Lorenzo, C. 2013 p. 6) Lo que se presenta implícitamente con esta forma de violencia, es un papel pasivo y obediente del humano hacia el saber científico, siendo esta una forma de control social fuerte y determinante. (Lorenzo, 2013)

Por otro lado, como lo plantean Blanca Pelcastre, Norma Villegas, Veronica De León, Agustín Díaz, Doris Ortega, Manuel Santillana y Juana de los Ángeles Mejía en la investigación “Embarazo, parto y peuperio: creencias y prácticas en San Luis de Potosí, México” el primer paso para integrar todo alrededor del embarazo con esquemas alternativos de atención es empezar por la comprensión en todos los sentidos de creencias, costumbres y acciones de las mujeres en sus decisiones reproductivas, de crianza, del embarazo y parto. (Pelcastre, B. Villegas, N. et al 2005)

Dichas autoras plantean la experiencia subjetiva como marco referencial de la investigación, haciendo referencia al conjunto de creencias y significados como eje fundamental, y el lenguaje como constructor de realidades sociales. Abarcando así el tema de la elección de la partería como forma de traer a sus hijos al mundo, frente el cual rescatan el vínculo afectivo que se establece entre partera y parturienta, lo cual lleva a lograr que en un momento crítico de dolor intenso y mezcla de sentimientos como es el parto se lleve a cabo con menos ansiedad y confianza, la partera o partero también hace un acompañamiento en el que reduce la carga física de la mujer con respecto al cuidado del recién nacido, siendo evidente la diferencia con el modelo médico occidental. (Pelcastre, B. Villegas, N. et al 2005)

“En México, la participación de parteras y parteros tradicionales en la atención antes, durante y después del parto es muy importante, alrededor de un 30% de los partos son atendidos por parteras, y hasta un 100% en comunidades con mayor población indígena” (Pelcastre, B. Villegas, N. et al 2005 p 376)

En Colombia han surgido algunas investigaciones relacionadas con la influencia de la partería en las zonas rurales de Colombia, por lo cual hay un gran deseo por parte de las instituciones científicas como los hospitales de regular, controlar y supervisar dichas prácticas que son consideradas como inseguras por medio de programas de integración de saberes. Por ejemplo la tesis de pregrado de enfermería, Concepción López, Luz Marina Prieto, et al (1984) en su investigación sobre la eficiencia del programa PAMI, que tiene como propósito la integración de parteras y parteros al sistema de salud occidentalizado para enriquecer el conocimiento empírico con elementos científicos, planteando así, que las necesidades en el parto de las mujeres que viven en zonas rurales siempre han estado cubiertas por mujeres que se dedican a esto y aprenden su oficio por medio de las enseñanzas transmitidas de generación en generación.

En ésta investigación se encontró que el programa en general es eficiente, teniendo en cuenta que en ninguno de los centros investigados tuvo un resultado del 100% de eficiencia, lo cual es atribuido a que algunas de las parteras que hacían parte del programa no cumplían con algunos requisitos que exigía el programa, como la falta de utilización de unos documentos de inventario, la falta de utilización de un instrumento de tabulación, entre otros.

Por otro lado según Doris Patricia Arguelles, Zulia Chaverra, et al (1986), que en su tesis de pregrado llamada “Creencias y prácticas de las parteras en relación con la atención al parto en cuatro municipios de la región de Soata (La uvita, Boavita, Susacon y Soata)” plantean que en estos programas en éste caso el de complementación a parteras empíricas, en los que se pretende la integración de saberes lo que se busca es controlar, supervisar e integrar el saber de la partería a las prácticas occidentalizadas para llevar a cabo el proceso de parto. (Arguelles, P. et al 1986)

Las autoras exponen en su tesis “confirmamos una vez más que las creencias y prácticas de las parteras pueden ser útiles y enriquecer nuestros conocimientos y nuestra actividad en general, utilizando este tipo de medicina tradicional.” (Arguelles, P. et al 1986 p 37) Esta investigación se centró en comprobar la efectividad del programa en relación al nivel de conocimiento con el que entraban las mujeres y con el que salían después de haber estado en el programa. Frente al cual se comprobó que el programa sí es efectivo ya que las parteras salían

con un conocimiento más cercano a lo que la medicina occidental considera como necesario para el momento de recibir una vida. (Arguelles, P. et al 1986)

Por otro lado, es importante tener en cuenta que la partería ofrece un vínculo emocional con la madre que hace de éste momento algo más tranquilo. Según Simkin, ya hay científicos que reconocen la importancia e influencia de las emociones en el parto, asegurando así que éstas pueden mejorar o empeorar los resultados.

“Las Doulas⁶ no son nuevas, aunque en los últimos años han surgido como grupo, es una figura que desde siempre ha existido: a lo largo de la historia las mujeres han sido ayudadas por mujeres que intercambian su sabiduría. A partir de que el parto se tecnificó dándosele un informe médico, se perdió la intimidad y la complicidad que existía entre mujeres. La Doula asume ese papel de sostén, que antaño hacían las mujeres de la familia, de una manera natural, que ofrecían a la madre una ayuda práctica, y emocional. Con una actitud amorosa y de respeto hacia la nueva situación familiar. (Sàrries y Vergés, en Alva, I. 2005)

Es decir que la Doula más que hacer un acompañamiento al proceso fisiológico del embarazo, hace un acompañamiento emocional y espiritual a la madre y la pareja. Logrando así establecer un vínculo importante para dicho proceso. Así mismo son mujeres preparadas y con experiencia en el tema. Es un apoyo que se extiende a todas las necesidades de la parturienta.

⁶ La Doulas son mujeres que hacen un acompañamiento espiritual, fisiológico y emocional a mujeres en embarazo.

3. Metodología

La presente investigación se enmarca en una metodología cualitativa, En el campo de la psicología social, autores como Gregorio Rodríguez y Eduardo García Jiménez (1996) plantean la Investigación Cualitativa como aquella que “Estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales entre ellos entrevistas, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas”. (Rodríguez, Jiménez, 1996 p. 32)

En la presente investigación, las entrevistas semiestructurales individuales, permitirán acercarnos a las experiencias situadas de las tres mujeres que participaran en este estudio y alcanzar el objetivo general y respondernos a una pregunta de investigación: *¿cómo viven subjetivamente algunas mujeres la experiencia de optar por llevar su proceso de gestación, parto y puerperio con métodos alternativos, como lo es en este caso, optar por la partería?:*

3.1 Objetivo general

Explorar como se construyen las subjetividades de tres mujeres en torno a prácticas alternativas del embarazo, parto y post parto.

3.2 Objetivos específicos

- Describir el proceso de gestación, parto y posparto de tres mujeres que decidieron parir a través de la partería.
- Comprender los significados que las participantes han construido sobre la experiencia de parir a través de la partería,
- Identificar como la experiencia de parto a través de la partería, es vivida por *los otros cercanos* a las mujeres, desde la perspectiva de las mismas.

Según Paul Ricoeur la hermenéutica aunque a menudo es interpretada de diferentes maneras, llega hacer en su punto máximo el “pre comprensión o círculo de la hermenéutica”, que es aquel que permite que no solo los objetos de conocimiento sean históricos, sino que el mismo hombre lo sea; como seres cambiantes y en constante construcción. Hace referencia al ser, como algo temporal e histórico, donde el mundo no puede ser estático y fijo ya que nosotros como sujetos lo hacemos transformar constantemente, donde la realidad siempre remite a un proceso, a un desarrollo en el tiempo como historia, a un proceso que nos ha sido transmitido como lo es la tradición y que nosotros retomamos continuamente cuando hablamos de ello, cuando revivimos en experiencias parecidas o cuando tenemos la intención de comunicarlo a los demás. (Nájera, P. 2006)

La metodología de esta investigación, se enmarca en lo que se conoce como métodos biográficos, los cuales pretenden dirigir y mostrar el testimonio subjetivo de una persona en el que se recogen tanto los acontecimientos como las valoraciones que esta persona hace de su propia existencia. La investigación biográfica es esencialmente una descripción fenomenológica que exige de cuatro habilidades en el investigador: observar, escuchar, comparar y escribir. Debido al corto tiempo para el desarrollo de esta exploración, no se realizaron historias de vida, sino se optó, por *relatos de vida*, los cuales es una herramienta más cercana a una entrevista en profundidad. Trata de recoger un número de relatos que tengan representatividad, a partir de una tipología de los sujetos que integran el universo (Meneses y Cano, 2008). Posee menos carga subjetiva que la historia de vida, porque no se centra tanto en la persecución de la lógica interna de una vida particular o especial que posee mucha información, sino que en el caso del relato basta con que formen parte de la muestra personas que pertenezcan a la comunidad que se estudia, en este caso mujeres que han optado por la partería para sus procesos de alumbramiento.

También a diferencia de la historia de vida, en el relato de vida la triangulación y verificación de la información no se basa en documentos o fuentes ajenas al narrador, sino que aquí se obtiene a partir del análisis cruzado de varios relatos. La acumulación de relatos permite categorizar la información y establecer comparaciones. Estos relatos se recogen mediante entrevista, que pasa a conocerse con el nombre de entrevista biográfica, y que, como el resto de las entrevistas, admite diversos grados de formalización, por lo mismo la entrevista

semiestructurada que se diseñó previamente, para recolectar los relatos de vida, tenía como objetivo recabar información sobre cuatro (4) categorías: *Gestación y la decisión del parto, Otros cercanos, Relación con el hijo y la hija y Experiencia corporal.*

Sin embargo, durante la entrevista la persona entrevistada tenía la posibilidad de mencionar otros factores referidos a su experiencia. La entrevista se constituyó en una conversación dialógica que buscaba la cercanía entre las entrevistadas y las investigadoras.

Las categorías que se exploraron a partir de la entrevista semiestructurada fueron:

1. Gestación y la decisión del parto: capacidad de toda mujer que sin importar la edad, la cultura, religión entienden, deciden, y escogen por voluntad propia de cuando, donde y como, llevar a cabo su proceso de gestación y eso incluye tener procesos alternativos y más humanizados para dar a luz. La capacidad de las mujeres para ser dos, hace posible que cuando surge el deseo femenino libre, este nos conduzca a iniciar este tipo de relaciones. Pues la capacidad de ser dos implica la posibilidad de vivir la experiencia que pone en juego una relación con otra u otro que es distinto de mí, en términos diferentes a la oposición o a la asimilación. Por lo mismo también nos permite decidir y sentirnos cómodas y seguras con los procedimientos que desde un inicio llevamos a cabo (Montes, 2007).

2. Otros cercanos: Hace referencia a las reacciones de las personas que rodean a la mujer en el momento de la decisión de parir de forma alternativa. Teniendo en cuenta que el sujeto está en permanente construcción ya que se encuentra en constante interacción con el ambiente. Por lo cual el sujeto está influenciado significativamente por su historia y su contexto, y su identidad se nutre de elementos familiares y colectivos dependiendo del contexto y del discurso dominante. (Aznar 1992)

3. Relación con el hijo/ hija: En este caso hace referencia a la forma como se hace más fuerte o se debilita el vínculo madre-hijo relacionado con las diferentes formas de parir. Es decir si lo anterior incide del vínculo afectivo madre-hijo. “hace referencia al lazo afectivo que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza en el otro y en la vida, en un contexto de comunicación y de desarrollo” (Urizar, 2012).

4. Experiencia corporal: Esta categoría hace referencia a la manera cómo las mujeres sienten y viven su cuerpo con respecto a los cambios que trae el proceso de gestación, parto y post parto. Entendido el cuerpo como, parafraseando a Pabón (S.F), variable en tanto que atraviesa por diferentes fuerzas que efectúan y se relacionan afectándolo. De esta manera a medida que cambian las relaciones, el cuerpo sufre deformaciones y transformaciones, que lo hacen diferenciarse cada vez más de la forma procedente, hasta crear una nueva forma, con nuevos rasgos y gestos que conformarían un nuevo cuerpo.

Para el análisis de la información, se hizo uso del análisis matricial, el cual siguiendo a Clifford Geertz, lo componen cuatro niveles, de los cuales, alcanzamos los tres primeros: coherencia, intertextualidad, intencionalidad y la referencia; El primero tiene como propósito, crear relaciones entre los elementos constituyentes del texto que permitan darle un hilo conductor al escrito donde se muestren los puntos principales y conductores del mismo, la intertextualidad hace referencia a las relaciones de un texto social con otros textos sociales, el tercer nivel según Geertz de intencionalidad, muestra las relaciones que guarda el texto social con los actores que los constituyen ya sea consciente o inconscientemente y finalmente la referencia es decir donde las relaciones del texto social con los objetivos de la realidad externa (Geertz, 1983). “La meta es llegar a grandes conclusiones partiendo de hechos pequeños pero de contextura muy densa” (Geertz, 1992).

Para la elaboración de los resultados se tuvieron en cuenta las matrices intertextuales, elaboradas después de analizar la información con las matrices de coherencia. Es así, como se construyó un texto en donde el análisis, de acuerdo a las categorías planteadas se va articulando con los relatos de las tres mujeres que tomaron la partería como método alternativo para llevar a cabo su embarazo, parto y post parto.

3.3 Participantes

Las tres mujeres participantes en ésta investigación, se caracterizan por no ser indígenas, sin embargo han sido cercanas a ésta cosmovisión.

- Angie Salazar Contreras, tiene 20 años, actualmente es estudiante de farmacia de la Universidad Nacional, es madre de un bebé de cinco meses que se llama Coguen Yaigatagua Mendoza Salazar, quien es su primer hijo el cual nace por medio de la partería.
- Ana María Gómez, tiene 27 años, actualmente se dedica a la composición e interpretación musical, es madre de un bebé de dos años llamado Ananda quien es su primer hijo, el cual nace por medio de la partería.
- Cielo, tiene 36 años, actualmente se dedica a la construcción de su propia micro empresa de productos orgánicos tanto de aseo como de alimentos, ama de casa la mayor parte del tiempo con el objetivo de estar pendiente de su bebe, es madre de una bebe de 22 meses Salome, es su primera hija y esta nació por medio de la partería, parto en casa.

4. Análisis de los resultados

Este análisis de resultados, pretende mostrar y describir los relatos y/o experiencias de tres mujeres por medio de entrevistas, que decidieron compartir como vivieron y significaron su proceso de embarazo, parto y post parto; por lo mismo se hacen matrices de coherencia que nos permiten resaltar los aspectos más importantes de sus historias en relación con las categorías y temas específicos ya planteados antes dentro de la investigación, así mismo hacemos matrices intertextuales según cada categoría, relacionando los tres relatos, lo que nos permite ver, tanto los elementos comunes, como diferenciales entre sus experiencias. Y finalmente realizamos un análisis más profundo, que permite poner sobre un paralelo no solo los elementos encontrados en las entrevistas, sino la conexión que existe entre estos con la teoría y las investigaciones ya hechas sobre la partería.

4.1 Gestación y decisión del parto

El parto hospitalario se ha venido rigiendo por una serie de lógicas que giran en torno a la violencia sobre el cuerpo de la mujer (violencia obstétrica) en la cual, no se comprende el papel protagónico de la mujer en su propio parto, y esto pasa por la toma de decisiones, la autonomía y el respeto. Dichas lógicas han ido consolidando lógicas de control sobre el cuerpo de las mujeres, lo cual ha llevado a configurar en algunas mujeres, estrategias de resistencia, donde cobran sentido nuevas maneras de pensarse la maternidad y el parto.

4.2 Acercamiento a la partería

En las narraciones de las mujeres entrevistadas, la decisión que han tomado de cómo llevar sus procesos de gestación, parto y post parto han sido configuradas alrededor de un pensamiento crítico acerca de los partos hospitalarios y de esta manera han decantado en optar por formas alternativas de parto. El optar por un parto alternativo o por un parto humanizado, va de la mano con la experiencia de un otro que se transmite por medio del diálogo. Los discursos y

lógicas que giran en torno a los contextos en donde se mueven las mujeres entrevistadas dan pié para conocer, acercarse y finalmente decidir por la partería.

“Eh, bueno, dicen que cuando tres personas diferentes le hablan sobre un mismo tema a uno es que Dios le quiere decir algo. Entonces todo comenzó cuando tenía un mes de embarazo y practicaba yoga en la universidad, un profesor de yoga me comenta, ay oye yo acabé de ser papá el viernes y tuvimos nuestro hijo con partera, ¿no te animas? y yo le decía wow que chevere y que me contara un poco más del tema, y me dijo que la esposa duró dos días en trabajo de parto, (risas) y yo quedaba en shock porque no me imaginaba ¡dos días en trabajo de parto! y bueno como que sí me contó, y le mostré interés pero no más hasta ahí” (Angie Salazar.)

Es ahí donde la experiencia contada o vivida juega un papel determinante en el proceso de tomar una decisión inclinada hacia una posibilidad u otra. El conocer un acontecimiento sitúa y crea a su vez una postura frente a la situación, de esta manera se forma un conocimiento colectivo que se va tejiendo y transmitiendo.

“Les cuento que resulta que un amigo, pues iba a tener un hijo y entonces mi amigo estaba en ese momento en una situación económica difícil y había empezado a pagar una EPS, pero pues no había podido continuar pagando entonces como que ya la chica estaba de 8 meses de embarazo y el ya no sabía qué hacer, su única opción era tener al niño por medio de Sisbén pero pues bueno en esa época pues yo le hablaba del parto natural, porque pues por parte de unos amigos ellos habían tenido el hijo en casa entonces pues ellos estaban muy contentos por el parto de su niño entonces yo le decía pues parece no lo mejor es que tengas el niño en casa no sé qué y pues él se puso a averiguar y era muy costoso digamos por parte de las personas como que él había contactado le cobraban como 3 millones de pesos y así por mínimo 1 millón, cosa que pues él no tenía, no entonces pues un día íbamos hablando de eso y nos encontramos a Kirtan quiubo parece, el en centro y no sé qué entonces empezamos a hablar con el man cuando pasa un muisca que no se si ustedes lo haya visto que no tiene

brazos”.

Entonces paso el señor y yo le dije: venga de casualidad ¿usted no conoce una partera?, entonces me dijo no, yo conozco un partero y... bueno en realidad la vaina quedó ahí y como a los 15 días mi amigo conoció a Ramiro no por conexión de Walka pero lo conoció (risas). Bueno y luego por medio de una amiga que ahora es amiga en ese momento no nos conocíamos ella pues era amiga de la compañera de mi amigo y pues ella lo contactó con Ramiro y entonces pues Ramiro dijo que sí que él les recibía el niño. Y efectivamente... Pues Ramiro lo que pasa que eso es lo bonito de la labor de él que él no cobra una tarifa en específico no es ... lo que la persona pueda pagar y de corazón siente y valore el trabajo de él cierto?, entonces pues mi amiga pues ellos vivían en la casa de la mama de ella y pues la señora era cristiana y la casa era la iglesia, la señora era pastora y la casa la iglesia, entonces pues por imagen de ellos pues como que no podían parir ahí y entonces pues yo le dije pues parece vengase para acá, yo vivía en cota en una casita así campesina arriba muy tranquila muy bonita si? Entonces así fue que yo conocí el parto natural, estuve en el parto de ella ¿sí? Vi al niños salir ¿si? Fue una emoción muy bonita.” (Ana María Gómez)

Así, se observa que en las narraciones de las mujeres acerca de su conocimiento del parto humanizado o la partería se da gracias a experiencias, vivencias y relatos de los otros que toman fuerza a la hora de escoger esta forma de traer vida. *“Como qué bonito fue muy bonito entonces pues yo definitivamente pues como ramiro seguía visitando a la madre en el post parto y eso entonces pues yo le dije a el que yo quería que el recibiera mi hijo y empezó a hacerme un acompañamiento muy bonito”.* (Ana María Gómez)

La constante comunicación y contacto con esta práctica, va construyendo un sentido para las entrevistadas frente a estas maneras de parir, que las impulsan a implantar esta práctica a sus vidas.

“allá mismo en ese sitio estaban las parteras con las que sí tuve mi bebé Alexandra y Andrea, las cuales trabajaban allá los martes haciendo terapias, allí fue donde las

conocí y a mi compañero se le dio por preguntarles qué hacían y ellas nos contaron, Alexa básicamente fue la que nos contó que era lo que hacían. También me dijeron que si me animaba y ahí la idea quedó más plantada y retumbando más en mi cabeza y después de una semana decidí tener a mi hijo con una partera”. (Angie Salazar)

La determinación de optar por estas formas alternativas también pasa por la escogencia de quien asistirá el parto- partero o partera- decisión que determina de qué manera se llevará este proceso. El acompañamiento es un aspecto que tiene mucho valor para las mujeres, lo cual se refleja en el agradecimiento que sienten hacia la persona que estuvo acompañando el proceso.

“¡Estoy embarazada! ¡Que emoción! Como qué bonito fue muy bonito entonces pues como ramiro seguía visitando a la madre en el post parto y eso, yo le dije que yo quería que el recibiera mi hijo y empezó a hacerme un acompañamiento muy bonito”. (Ana María Gómez)

En este punto el vínculo entre el partero o partera, los padres y el bebé empieza a jugar un papel muy importante en el proceso de gestación. Este acompañamiento podría ser determinante en la preparación de la mujer ya que configuraría nuevas formas de pensar la maternidad en cuanto a la vivencia que ha sido siempre desligada de la relación entre la persona que recibe el parto y la madre. Desde allí se estarían creando nuevas lógicas que permitirían generar más situaciones de cuidado en tanto que se conocería en detalle el proceso de la mujer y su embarazo y a su vez, se generarían relaciones de confianza, lo cual reafirma los sentimientos de seguridad en la mujer.

“Después de como cinco meses de embarazo que empecé a ir a que el me viera que me sobara aquí como a empezar a crear ese lazo que tenía que haber para llevar un parto bueno entre mi bebé yo y obviamente Ramiro”. (Cielo)

El embarazo y el parto son sucesos trascendentales al momento de vivir, experimentar y conocer nuevas cosmovisiones. El alternativo puede ser en algunos casos la decisión que se toma a raíz de un trabajo y conocimiento previo de paradigmas médicos, culturales y espirituales:

“...Y más si yo ya tenía un conocimiento previo de algunas cosas de medicina o por lo menos tenía claro que no quería dentro de mi embarazo y obvio ya no están fácil que a ti los médicos te metan ideas en la cabeza...” (Cielo)

Entonces estos conocimientos hacen que el parto sea una manifestación física de estos estilos de vida adoptados: *“Hace mucho tiempo estoy aprendiendo sobre medicina tradicional indígena y sobre medicina china porque también es un despertar un don que viene desde que yo era pequeña y pues que mejor que aprovechar ese don y aprendizaje con mi hija” (Cielo)*. El parto se concibe como un acto de preservación en el que se permite cultivar la misma semilla, pues las elecciones espirituales y culturales inciden no sólo en la madre y el padre, sino también en el recién nacido, el decidir llamar a su hijo en otra lengua, es un acto de compromiso que envuelve no solo a los padres, sino también al bebé: *“Después en un trabajo espiritual que estábamos haciendo con el papá de mi hijo, queríamos ponerle el nombre en Lengua” (Angie Salazar)*

El deseo de compartir y conocer cosmovisiones diferentes a la occidental, podría darse y concebirse en el pensar de una nueva generación que recoja y desentierre las raíces y saberes ancestrales, lo cual empezaría desde el momento de la gestación en dónde se tiene conciencia del ser que está a punto de nacer y del que desde un primer momento debe ser cuidado. En este sentido, el proceso de gestación y parto pueden ser prácticas que permitan acercarse a nuevos saberes o afirmar los que ya se tienen.

Si bien, ninguna de las tres mujeres entrevistadas son indígenas, cada una de ellas ha estado muy cercana a la tradición indígena, lo cual nos muestran un punto de convergencia entre las tres. Es común en las tres, que el buscar sentidos en otras culturas adoptando saberes, prácticas y formas de vida diferentes a los que crecieron en sus familias, las impulsa a querer rescatar el valor de la cosmovisión indígena cultivando estas tradiciones, no sólo en ellas, sino también en sus descendientes.

Transformar las prácticas y vivir los procesos de gestación diferentes a los esperados en una cultura occidentalizada, como se expuso en el marco teórico, ha sido un tema de múltiples discusiones en torno al cuidado y a la preservación de la vida. Sin embargo en las narraciones de las participantes, aparece el deseo de querer conservar prácticas ligadas a la gestación, el parto y post parto, que velen por un trato más humano hacia las mujeres y sus hijos e hijas.

“Si pues entonces eso ha sido bacano por parte... como que uno a raíz de esa experiencia tan bonita de ese trato tan bonito, esa forma tan bonita de traer a los niños al mundo pues uno también quiere defender eso ¿no? Defender el parto humanizado ¿si? El hecho de que tú puedas tener tu tiempo para parir puedas tener a tu hijo, que no te lo vayan a quitar, que te entreguen tu placenta, que puedas estar tranquila, en familia en intimidad”. (Ana María Gómez)

4.3 Experiencia de la gestación, parto y post parto.

A través de los relatos, se hacen visibles algunas prácticas de cuidado alrededor de la gestación y el parto, provenientes de las personas cercanas a las mujeres. Un punto diferencial entre los relatos de las tres mujeres, se evidencia en uno de los relatos en el que se menciona la importancia del cuidado de la pareja, lo cual podría ser interpretado como una forma en la que la pareja se acerca, hace parte y asume éste proceso.

“fue bonito también el acompañamiento mi esposo me cuidó, el me hacía la comida, me atendía, trabajaba desde la casa, le tocaba re duro, es un aprendizaje entre los dos bien tremendo” (Ana María Gómez).

La noción del cuidado muestra a su vez aspectos emocionales y afectivos importantes que las mujeres entrevistadas consideran necesario en la gestación y lo expresan de la siguiente manera:

“muy tranquila, y eso es muy importante también uno está rodeado de mucho amor y mucha seguridad y agradezco que me toco bien bonito”. (Ana María Gómez)

“uno se sentía amado por todo el mundo, hasta en el bus a uno le ceden el puesto, venga le ayudo (risas). ¿Qué quieres, qué quieres comer, qué se te antoja? Eso también es bonito”. (Angie Salazar)

A su vez, existen otras maneras de pensarse el cuidado más referido a lo físico que

implica situaciones de salud y bienestar para la madre y el hijo, como lo expresan otros relatos en dónde se hace visible la importancia de cuidarse para velar por un desarrollo sin complicaciones durante el embarazo.

“muy cuidada ¿sí? Digamos no consumí nada de químicos, vitaminas, nada de eso, solamente batidos naturales para fortalecer al bebe y pues yo soy vegetariana, entonces así... fui también a un médico ahí en cota. Que me recomendó algunas cosas naturales, algunas cosas de alimentación” (Ana María Gómez).

Hay una emoción presente en los relatos de las mujeres que es el miedo, la cual está estrechamente ligada a los discursos disciplinadores de los cuerpos de las mujeres, que ejercen control sobre cómo debe comportarse o que cosas debe hacer una madre. Una forma de este miedo, se relaciona con el ser tildada de no haber sido una buena madre en tanto no cuidó bien a su hijo durante el embarazo, de esta manera existen narraciones que muestran el miedo que sienten de hacerle daño al bebé. *“una vez me caí de una hamaca y pues claro me asuste hartísimo y pues como que yo decía pero que pasa por que no mueve él bebe y así asustada por eso” (Ana María Gómez).*

Se puede decir a su vez que también hay un miedo del que hablan las mujeres que están referidos a un miedo colectivo, es decir un sentir que experimentan las mujeres en general de no cuidar bien, un miedo que ha sido impuesto por el sistema patriarcal a la mujer-madre de las que nos habla Ana María Fernández, expresado como un tránsito de la maternidad que se convierte en un eje central de su proyecto de vida, a una maternidad acotada, con la consiguiente redefinición de la paternidad y sus incidencias domésticas. (Fernández, 1993) donde lo subjetivo como las distribuciones del poder en los distintos ámbitos sociales, son ordenadas y disciplinadas por los mitos sociales, que funcionan como reguladores de comportamiento y de las acciones de hombres y mujeres donde estas últimas se ven señaladas y subestimadas de su capacidad y papel como madres; a su vez la autora define a los mitos como cristalizaciones de significación que una sociedad instituye, que operan como organizadores de sentido en el accionar, pensar y sentir de los hombres y las mujeres que conforman esa sociedad, sustentando a su vez la orientación y legitimidad de sus instituciones. (Fernández, 1993)

“también mucho miedo uno siente mucho miedo yo creo que eso es algo que nos pasa a todas si uno empieza a tener un montón de pensamiento y cosas negativas”. (Ana María Gómez)

El miedo a su vez se ve reflejado en las decisiones que toman las mujeres a la hora de elegir procedimientos en su proceso de gestación y parto. El control que existe en el sistema de salud sobre el cuerpo de la mujer que ha sido alimentado a su vez por el sistema patriarcal, configurado miedos en torno al bienestar de la mujer en el proceso de la gestación y el parto, implantado prácticas de la medicina occidental que se consideran indispensables para la salud de la madre y el bebé. Podría ser esta la razón por la cual las mujeres entrevistadas recurren a su vez a prácticas hospitalarias para asegurarse de que todo va bien. La necesidad que sienten las mujeres de saber si el bebé está bien, el sexo y la posición en la que viene, es un mecanismo de control asociado a una necesidad instaurada por la medicina occidental que pretende vigilar y controlar todo el proceso de la gestación y el parto. Se dice que es una necesidad instaurada por que en la antigüedad y de hecho en la actualidad en ciertas comunidades indígenas no existen este tipo de prácticas, se han venido instaurando en la sociedad occidentalizada, en la medicina específicamente.

“Igual nosotros nos aseguramos con ecografías y vimos que venía bien, estaba bien acomodado”. (Ana María Gómez)

“Siempre estuve de la mano con la parte hospitalaria occidental normal, mis controles que igual eran necesarios porque ahí yo sabía cómo estaba mi bebe, si venía en la posición correcta, que no tuviera ninguna complicación, que no viniera con enfermedades, y pues bueno era importante eso”. (Angie Salazar)

El miedo que se instaura en las mujeres al rededor del proceso de gestación y parto se ve alimentado por el mismo personal médico quienes manejan un lenguaje autoritario a la hora de referirse a los posibles peligros o riesgos que se pueden correr. Esta manera de controlar constantemente a la mujer lleva en algunas ocasiones a subordinación inmediata de esta misma pero en algunos casos lleva a tomar la decisión de alejarse de estas prácticas victimizantes.

“Yo fui al médico también, fui a un ginecobstetra y me decía: es que usted es vegetariana y tiene que tomarse las pastillas del hierro porque si no en el parto se puede desangrar y no sé que como.... asustándome, incluso me dijo: es una niña, pero pues sin verlo, y pues ya como lo que me alejó del señor fue que fui a una cita pues yo no fui muy constante de ir cada mes igualmente pues nunca me tome las vitaminas”. (Ana María Gómez)

Sin embargo, el hecho de tomar la decisión de alejarse de estas prácticas no determina que la mujer deje de sentir miedo y de estar en ese constante cuestionamiento acerca del buen cumplimiento de su papel como madre.

Ahora bien, en los relatos se hace evidente también, la falta de credibilidad que tienen las participantes en la medicina occidental, específicamente en las prácticas que en muchos casos son impuestas por el personal médico y que pueden interpretarse como formas subordinar a la mujer, en tanto intentan restarles su poder de decisión frente a los procesos que se “supone” debería llevar a cabo.

“Yo fui hacerme ecografías y todo este proceso que le hacen a uno, el proceso que te dicen lo que tienes que hacer, que cursos prenatales y esto de nutricionistas a que las enfermeras hicieron exámenes” (Cielo)

La medicina occidental, ha llegado a moverse en las lógicas del deber ser, sin darle cabida a opiniones que critiquen dichos procesos. De igual manera, si se llegara a presentar algún tipo de diferencia o un argumento en contra de estos procesos, la responsabilidad de lo que pueda llegar a suceder se lo adjudican específicamente a la madre, y así todo se empieza a interconectar dentro de esta lógica del control y el miedo.

Dentro de los relatos se muestra una fuerte tendencia hacia el rechazo de las prácticas occidentales manejadas por la medicina en cuanto a la gestación y el parto. Con relación a lo anterior, las mujeres entrevistadas a pesar de haber decidió realizar ciertas prácticas de la medicina occidental, no dejan de lado el saber ancestral, de hecho es posible decir que el encontrarse con este escenario tan osco, reafirman sus creencias en las prácticas de la partería.

De esta manera, relatan la manera como vivenciaron estos procesos de la mano con la partería en la cual muchas de sus prácticas en estos tres casos van de la mano, como ya se mencionó, con la cultura indígena. Así, las mujeres que han adoptado estas tradiciones como lugares válidos desde donde reconocerse, relegan en cierta medida el conocimiento científico. En este caso, las plantas medicinales juegan un papel importante dentro del parto y cumplen funciones que pueden ser comparadas con las medicinas que se administran en un parto hospitalario, la diferencia dentro de esto es que la mujer decide si quiere o no tomar las plantas que le ofrecen y a su vez estos remedios no generan algún tipo de riesgo, como sí lo son otro tipo de medicamentos que se elaboran a base de químicos y son suministrados en el proceso de parto hospitalario.

“en el octavo mes empecé a tomar aromática de hoja de coca, ya cuando empecé la labor de parto entonces, bueno claro que yo seguí comiendo el primer día normal., Ellas me hacían vaporizaciones con nogal, me daban manzanilla matricaria, tomaba mucho líquido. Me acuerdo que me daban mucha agua de coco, a y pues la que si me puso a trabajar como tal fue la famosa paridera, no sé qué tiene pero esa si me puso a trabajar. La primer vez que me la dieron, yo empecé trabajo de parto un domingo en la noche y me dieron la primera paridera el lunes, pero esa no sé, no me hizo, y me dieron otra vez el martes, y ahí si ya me puso a trabajar como tal”.(Angie Salazar)

A su vez, cabe resaltar que las plantas propuestas por los parteros o parteras siempre tienen un objetivo específico y se usan dependiendo del proceso y de cada mujer. Este es un aspecto que se puede considerar como parte importante dentro de lo que es un trato humanizado en el parto, ya que en un principio, las plantas que se usan, son cada una para un momento específico y se administran si hay necesidad, y en segundo lugar, se toma en cuenta el proceso de gestación y parto a la hora de decidir que planta sería conveniente para cada mujer. En ese sentido el poner en consideración la subjetividad de cada mujer es una manera de reconocer su autonomía y derechos, velando a su vez por su bienestar y el del bebé. En cada uno de los relatos veremos qué se diferencian en el tipo de plantas o de remedios que son usados.

“No sé, no sé si hay alguna que se llame igual, me dieron verbena con panela quemada, para limpiar la matriz y la ruda no sé si sirva para lo mismo y ya me dieron plantas dulces, manzanilla dulce, la artemisa, me la recomendaron en los pezones”. (Ana María Gómez)

“Pues me decía que el parto había sido doloroso porque era seco entonces él durante toda la noche estuvo aplicándome aceite delante la vagina para que con ese aceite o esa lubricación, la bebe pudiera resbalar más fácil y a mí no me doliera tanto”. (Cielo)

“Al final ya cuando tuve al bebé ya me daban eran unas cosas con verbena y panela quemada, ruda, manzanilla dulce, y esas eran las otras maticas que me daban”. (Angie Salazar)

De esta manera, las prácticas van adquiriendo sentidos para las mujeres ya que sus vivencias se vuelven significativas de tal manera que pretenden seguir usando las plantas para otros ámbitos de la vida.

“digamos en la dieta yo tuve que tomar ciertas plantas si total chicas, el tratamiento con la plantas te ayuda a limpiar la matriz, es muy sabia, todos esos remedios son tremendamente efectivos y por ejemplo una planta que me sorprendió muchísimo fue la Artemisa ¿si la conoces? yo la tomaba en las noches a las 6 cuando me daba la crisis y yo olía la plantica y ya me ponía contenta, ya solo ese olor tan rico me quitaba la depresión y a nosotras como mujeres nos ayuda un montón entonces digamos tomar esa agüita en el periodo es excelente”. (Ana María Gómez)

No sólo el uso de plantas es importante en la partería, también cobran lugar otra serie de rituales que permiten escoger a la mujer la manera en la que adecuan su espacio, la forma en la que deciden parir, las personas que quieren que las acompañen, entre otros. Este tipo de decisiones fortalecen la autonomía en las mujeres y generan a su vez procesos de empoderamiento, que en este caso es entendido como “proceso por medio del cual las mujeres incrementan su capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno; una evolución en la concientización de las mujeres sobre sí mismas, en su estatus y en su eficacia en las interacciones

sociales” (Schuler en Schuler y Hashemi , 1991. p. 31).

“Entonces puse buyerengue Y puse velitas empecé a prender la chimenea e apagué absolutamente todo el computador los celulares y la primera canción que salió cantaba algo así: que ya viene... Que ya viene que ya viene...” (Cielo)

“Al principio caminaba y no me dolía tanto y ya cuando el dolor se empieza a poner más intenso, ya me decían que hiciera determinadas posiciones, acurrucada sobre todo y teniéndome de una silla y si ayyy... mientras pasaba la contracción, también me dejaban bañarme con agua tibia, entonces eso también me relajaba así, pues era un descanso yo ese día me bañé como unas tres veces pero cada vez duraba más de media hora ahí en el agua, pues nada así pues los estiramientos.”(Angie Salazar)

Dentro de las prácticas de la partería se le dan constantemente un lugar al hombre dentro del proceso de la gestación y el parto, de esta manera se hace partícipe. El tener un apoyo tanto emocional cómo físico de una persona, en especial de padre del hijo, permite crear un vínculo entre los padre y con sus hijos desde el inicio del proceso. Esto a su vez crea unas nuevas forma de pensarse la paternidad y el papel importante que cumplen en estos procesos y no se relega como culturalmente suele ocurrir en las sociedades patriarcales.

“Andrés estaba sentado en una silla de bracito y yo está encima de las piernas de Andrés entonces senté mis piernas en las de Andrés y abrir las piernas y empecé a jugar empecé a jugar me bajaba me volví a subir” (Cielo)

“yo estaba en las piernas de mi compañero y el partero estaba atrás de nosotros y yo sentía que si hacia esa posición como que la gravedad te ayuda totalmente, es más fácil” (Ana María Gómez)

A su vez, en este punto se rescatan las ventajas que tiene un parto humanizado en comparación con un parto hospitalario en dónde no se deja decidir, no se aceptan movimientos fuera de las camillas de las mujeres al momento de parir lo cual hace que la mujer tenga un dolor mayor ya que se encuentra la mayoría del tiempo en la misma posición y además en una que no

favorece a la hora de parir, pero si hace más sencillo el trabajo del personal hospitalario,

“claro por qué digamos por ejemplo el hecho de parir sentada cambia totalmente, digamos que yo estaba acostada “no, que hago” ¿sí?, y me acostaba y me dolía 10 veces más entonces yo sentía que si subía los brazos...A la mujer en el hospital no la dejan sentarse”. (Ana María Gómez)

Siguiendo esta línea del proceso del parto, se nombra un aspecto importante a resaltar en las tres mujeres entrevistadas, el cual es el dolor. El dolor como lo ha planteado el pensamiento feminista, podría interpretarse como un mecanismo de control y subvaloración de la mujer que a su vez detona el instinto maternal con el deber ser madre ya que se considera que a mayor sufrimiento, mejor madre es. Estas lógicas que obligan a la mujer de cierta manera a aceptar el sufrimiento como parte esencial del proceso, creando dinámicas de sumisión que acercan a la mujer a vivir bajo un modelo patriarcal.

“Pues sí, fue magnífico, a pesar de, pues no lo quiero decir como sufrimiento porque en sí no fue sufrimiento, sino del dolor, sí, del dolor. Todo eso que se tuvo que vivir, no pues espectacular, todo eso yo creo que lo marca a uno como mujer y... y le hace recordar a uno que uno viene programado para eso, para dar vida, y sí, pues muy bonito, fue muy bonito”. (Angie Salazar)

En este relato se hace evidente cómo las lógicas del patriarcado del deber ser (en este caso el ser madre), están presentes en las percepciones de las mujeres. De esta manera se considera que la mujer está programada específicamente para la reproducción, a lo que se le suma el llamado “instinto maternal”. Este aspecto ha sido tema de discusión dentro del feminismo, el cual hace una fuerte crítica a la consideración del cuerpo de la mujer y la mujer misma dónde esta se ve sujeta a discursos implantados acerca reproducción cómo un “función” propia de la mujer.

Todas las prácticas mencionadas en los relatos hacen parte de una sabiduría ancestral que con el tiempo se ha ido subvalorando, el sentir de estas mujeres va ligado con una cierta nostalgia de que estos saberes sean relegados y que además sean concebidos como prácticas peligrosas. Podría parecer que estas mujeres pretenden escarbar dentro de la tierra que poco a

poco hemos ido pisando la cual alguna vez fue utilizada para sembrar. Así mismo se pretende volver a los saberes y prácticas de las y los ancestros, rescatando el valor que representa en cada una de ellas.

“y pues bacano fue la dieta, después que nació mi hijo, digamos que eso que antiguamente hacían las mujeres, la cuarentena me parece supremamente importante digamos yo que lo viví en mi casa (Ana María Gómez)”

La dieta es considerada como una tradición que se ha perdido en las mujeres contemporáneas debido a las dinámicas en las que se vive, en un sistema capitalista que obliga a responder al mundo laboral. Dicha práctica es un espacio que la mujer reclama como propio, un espacio en el que esté ella dedicada a su hijo/hija en el que la intimidad es protagonista.

“Fue bonito también el acompañamiento mi esposo me cuidó, el me hacía la comida, me atendía, trabajaba desde la casa, le tocaba re duro, es un aprendizaje entre los dos bien tremendo y digamos que para mí hubiera sido bacano poderlo hacer en intimidad, al otro día la casa ya estaba llena de gente”. (Ana María Gómez).

En ese sentido, la dieta se convierte en el espacio íntimo de la familia en dónde se vinculan más fuertemente con el recién nacido ya en sus brazos. A su vez es un lapso de tiempo en dónde la mujer vive procesos que re configuran sus subjetividades al ya verse en el papel de madres y necesita volver a concebirse como un único ser diferente al que durante nueve meses fue. *“me parece ese proceso primordial sobre todo para uno como mujer asentarse como en ese nuevo ser, en esa nueva vida, porque es otra cosa distinta uno necesita pensar mucho, estar como muy en reposo, yo creo que es importante y es algo que se ha perdido”. (Ana María Gómez)* Este es un tiempo en el que necesita adaptarse y verse en un nuevo papel, que nutren sus subjetividades.

Los discursos de las mujeres entrevistadas muestran las reflexiones que cada una de ellas hace con respecto a su decisión por un parto alternativo, dichas reflexiones van direccionadas a percibir esta opción como la mejor que pudieron haber tomado para el nacimiento de sus hijos.

“Emm... Antes y después, (risas) sí, a mí eso me marcó totalmente, yo no me arrepiento de nada, estoy ¡muy contenta! Menos mal tome esa decisión, no me imagino cómo hubiera sido en el hospital. Era así que tenía que tener a mi bebé porque mi bebé es muy mágico y entonces siempre pensamos que era que mi bebé me está pidiendo nacer así, quiere nacer en un ambiente de amor, tranquilo, en su espacio, en su ambiente, en la montaña, ¿sí?” (Angie Salazar)

De esta manera el parto alternativo es un evento que permite fortalecer la autonomía de la mujer, en tanto que está decidiendo constantemente lo que quiere para estos momentos, a su vez se podría considerar cómo una manera de resistir a las lógicas y discursos en los cuales las mujeres nos hemos visto subordinadas a lo largo de los años, también se puede considerar como un acto político en tanto que hay una resistencia al control hegemónico del cuerpo femenino.

4.4 El parto hospitalario

Cuando las mujeres se expresan frente al parto hospitalario, sus discursos están siempre basados en los derechos, el respeto y la autonomía que se han perdido en este. Las mujeres de cierta manera empiezan a reclamar ese trato humano con el que se debe atender, lo cual en gran parte las hizo optar por un parto humanizado.

“bueno pues que no es un parto totalmente humanizado, no puedo decir que es malo porque algunas veces es necesario y no se debe dejar aparte, em, creo que se debe complementar con esa parte humana que si se trabaja en la partería, que se deben tener mucho en cuenta los derechos que si se tienen en cuenta en un parto con partera, pero en el momento de yo decidí tener mi parto natural, yo pensaba, yo no me quiero someter a que varios médicos o enfermeras que de alguna manera puede que sean intolerantes o no con mi situación”. (Angie Salazar)

A pesar de estas falencias que tiene el parto hospitalario, es reconocido como una práctica necesaria que no puede ser relegada, lógica que no se maneja muchas veces cuando se piensa en la partería. Se podría decir que las mujeres reconocen a su vez las prácticas que son

realizadas dentro de la cultura en la que nacieron. De esta manera sus creencias se ven alimentadas tanto por una cultura occidental como por una cultura indígena que configura sus subjetividades. *“no estamos en contra de ellos, si digamos una mujer se siente cómoda pariendo en una clínica, si se va a sentir segura, tranquila pues que lo haga, pero que la traten con amor si? Que le dé una asistencia que le respeten lo que ella pida”*. (Ana María Gómez). A pesar de reconocer el parto hospitalario como una forma válida de parir, se hacen evidentes las críticas hacia la forma en la que se lleva a cabo y se reclama por un buen trato a la mujer, se rechaza constantemente esta forma de violencia. *“no hay un trato humanos con las mujeres”* (Ana María Gómez), cuando se reconoce la violencia a la que son sometidas muchas mujeres, se pueden empezar a cambiar las maneras de pensarse mujer con derechos que deben hacerse cumplir.

No sólo las mujeres reflexionan acerca de estos temas por ellas mismas, si no que a su vez existe un tejido y una serie de acciones en comunidad que permiten mostrar realidades frente a lo que está sucediendo en temas de violencia contra la mujer, con otras mujeres y pensarse en colectivo para movilizarse y hacer visible estas problemáticas a otros ámbitos.

“Por ahí vimos un documental precisamente en la semana del parto humanizado ahí en la casa Bachué, una chica llevó un documental donde mostraban pues precisamente esa situación de los partos en los hospitales entonces primero pues un trato horrible si? Por ejemplo una mujer iba a tener su cuarto o quinto hijo le decían pero que pues que a ella que le pasaba si como haciéndola sentir mal por tener cinco hijo ¿sí? Ósea que como así que usted no está planificando o que, y le decían uy pero usted está como gorda esta como pesada ¿sí? Ósea como cosas así que como que... y ella apunto de parir y a lo último le hicieron una cesárea mmm y pues si se quejan entonces pues les dicen que para que abrió las piernas si, cosas así que son muy fuertes” (Ana María Gómez)

Al reconocer el problema que representan los malos tratos y en muchos casos abusos del personal médico a la hora del parto, las mujeres empiezan a apropiarse del tema, poniendo tonos un poco más fuertes en sus críticas y llegan al punto de nombrar de una manera específica lo que está pasando, gracias a la reflexión que cada una de estas mujeres realiza frente a esto. Esta manera de hacerle frente a la realidad que se vive en los hospitales se da gracias al reconocimiento de ellas mismas como personas con derechos por los cuales se deben luchar.

“Pues la verdad a mí un parto así ... y para resumírtelo, es violencia obstétrica, como que desde un inicio, todo está mal, no se es una preocupación constante de uno como mujer de en qué momento van a llegar muchos médicos, enfermeras o mocosos a decirte que tienes que hacer, como lo debes hacer y eso si te va bien porque ahora en la mayoría de casos ni te preguntan, el trato de los médicos hacia uno es tenaz, te tocan todo el tiempo, le meten a uno una cantidad de cosas, y obvio no ellos se aprovechan de que muchas mujeres y sobre todo las primerizas somos ignorantes en el tema”. (Ana María Gómez)

Además de los tratos oscos que viven las mujeres que deciden por un parto hospitalario, se reconoce que también existen procedimientos y prácticas que no son necesarias en algunos partos, pero que sin embargo se realizan además sin una previa autorización de la mujer. Estas mujeres entrevistadas expresan con fuerza el problema que representa el sistema de salud, ya que los médicos trabajan por horarios, horarios en los que se deben programar partos los cuales deben durar un tiempo determinado ya que hay mucha demanda que el número de médicos que asisten los partos no pueden cubrir.

“No quiero someterme a que me inyecten pitosín, epidural, no me quiero ver sometida a que de pronto porque el médico de turno tenga que irse rápido me tengan que hacer una cesárea innecesaria, o que me induzcan el parto, y al estrés que se vive en un hospital, porque en sí un hospital no es tranquilo”. (Angie Salazar)

Se muestra una gran preocupación frente a las prácticas que se realizan a todas las mujeres sin conocer ni siquiera el proceso de gestación de cada mujer, esto puede considerarse como un irresponsabilidad por parte de sistema médico y que al parecer se llevan a cabo procedimientos como la cesárea por negocios que mantienen los hospitales con ciertas entidades que usan placentas para producir artículos de belleza. Este ha sido un tema de múltiples discusiones de tipo ético, en las cuales se pone en tela de juicio el uso de la placenta. La placenta humana pasa tanto por usos médicos como cosméticos; este último ha sido criticado por personal médico y por mujeres que no autorizan el uso cosmético de sus placentas (en algunos casos no se

les consulta).

Esta podría ser una problemática cultural en la que primero, se irrespetan creencias, prácticas y posibles rituales en torno a la placenta y segundo, se estarían violando los derechos de la mujer en cuanto a su autonomía y su cuerpo que se vería violentado en tanto se usara para fines comerciales sin previa autorización.

Es importante mencionar que este tema ha sido expuesto por medios de comunicación quienes lo muestran como un gran descubrimiento: el usar la placenta de la mujer para productos cosméticos que lograrían el rejuvenecimiento de la piel. Un ejemplo de esto, se muestra en una noticia⁷ publicada en Colombia en el año 2000 en la cual se da a conocer un producto de origen Cubano que es promovido mediante el discurso de devolver la coloración a la piel, mantiene la hidratación de la cutis así como su elasticidad y tonicidad, todo esto para evitar cirugías estéticas.

“uy no pues la verdad es preocupante pues el afán que tienen de no sé de qué tiene afán de sacar todo rápido que salgan rápido, inyectan a las mujeres aceleran el parto les hacen cesárea indiscriminadamente a todas, porque pues al parecer eso es un negocio según lo que he escuchado entonces es preocupante”. (Ana María Gómez)

A su vez, expresan sus preocupaciones frente a los imaginarios que se tienen sobre el separar a un recién nacido de su madre, aspecto que influye en su bienestar tanto físico como psicológico.

“nace el niño y lo primero que hacen es quitárselo, entonces imagínate un niño que nace ósea un niño que esta nueve meses en la panza y sale y está acostumbrado al latido de su mama y se lo quitan y lo dejan por allá un poco de horas solo, obviamente esa primera impresión es muy importante para un ser humano yo creo ¿no? La primera impresión del mundo yo creo que eso lo marca totalmente, si...” (Ana María Gómez)

El vínculo con el hijo es un aspecto importante que se debe resaltar en estos relatos, ya

⁷ Caracol noticias: Noticia recuperada de: <http://www.caracol.com.co/noticias/entretenimiento/cuba-promueve-cosmeticos-y-medicamento-a-base-de-placenta-humana/20001103/nota/45389.aspx>

que además de considerar que los malos tratos afectan a la madre, también se piensa en el otro que es su hijo, el cual sufre a su vez los atropellos del personal médico. Tener a su hijo dentro sus brazos apenas nace, es un momento que las madres de estas entrevistas añoran y no sólo ellas si no la mayoría de mujeres que paren. En un estudio “Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición realizado por Uribe, Contreras, et al, en el año 2008 en Chile llamado”, se analizó en una muestra estadísticamente significativa, los factores que generan bienestar en mujeres parturientas. Una categoría importante que salió en esta investigación fue la importancia que le dan las mujeres al contacto madre-hijo/hija, quienes consideran importante y perciben dentro de su bienestar al momento de parir, el estar con el bebé al nacer y tener un contacto constante que les permita tenerlo cerca. Una conclusión acerca de este aspecto dentro del estudio, demuestra que las mujeres piden tener contacto constante con sus bebés apenas nacen y a su vez mencionan la importancia de tener esto en cuenta en un parto hospitalario.

Este momento es visto como un punto significativo en la construcción del vínculo madre-hijo/a del que estas mujeres están convencidas.

“Leí hace poco un trabajo que hacían sobre terapia regresiva, bueno en realidad sólo un caso de una mujer que tenía dificultades de relacionarse con las demás personas, y la terapia regresiva, lo que hace es ver por qué, ver qué cosas en su pasado influyeron para que esta persona tenga ese comportamiento, entonces la remitieron al momento del parto, y fue ahí, claro, nació por cesarí, ella decía no yo todavía no quiero nacer déjenme en el lugar donde estoy que estoy calientica y estoy bien, bueno me sacaron, esas manos frías por qué me tocan, por qué me manipulan así, no están con un juguete, ella recordando cosas que le pasaron en el momento de nacer, y decía cómo me tratan así y esa agua fría por qué me bañan con agua fría, ahí está mi mamá, ella está cansada pero quiero volver, no por qué me sacan, decía la mujer que el papá entro y él le decía hola soy tu papa y ella decía yo sé que eres mi papa por qué te presentas si llevo nueve meses conociéndote, uno subestima a los bebés y realmente ellos entienden todo, y ahora me van a llevar a un cuarto, a un cajón frío, donde hay más bebés, estoy aburrida, para entretenerme voy a crear mi propio mundo, como a crear su burbuja, entonces desde ahí empezó a crear su burbuja personal que en su vida adulta no le permite relacionarse con

las personas, es un caso, debe haber, más, lo que decía el pediatra famoso de España, decía, han visto ustedes algún criminal que desde pequeño haya tenido ese afecto con la mamá y el papá, han visto un criminal que lo sea porque lo alzarón mucho porque le dieran teta, por la forma de parir, no al contrario, es ese apego lo que o hace a uno tener una vida sana, y si es eso, es muy bonito”. (Angie Salazar)

Este aspecto es otro por el cual las madres reclaman en otros ámbitos como el hospitalario en el cual no se respetan las decisiones de las mujeres, dónde la manera de parir es determinante para llevar o no una vida sana y crear un vínculo desde el primer momento tanto con su padre como con su madre.

De esta manera vemos que existe una constante preocupación frente a las lógicas que se están manejando en torno a la mujer y el parto en la sociedad y un aspecto importante que menciona una de las mujeres entrevistadas es la relegación del papel de la mujer en su propio proceso de gestación y parto. Esto es analizado por ellas como una manera de violar los derechos sexuales y reproductivos de la mujer que a su vez subordina a la mujer.

“Siempre llegan como a esto... como a mandar sobre tu vida mandar sobre tu cuerpo sobre lo que tú crees correcto y creo que desde ese punto ningún médico para mí tiene el aval como la autorización para decir que tienes o no que hacer con tu hijo”. (Cielo)

De esta manera se puede ver en algunas mujeres en la actualidad ya se está pensando en otras lógicas desligadas del control del sistema patriarcal que ha pretendido abarcar a las mujeres en todos sus ámbitos, desde el ser hija hasta el ser madre pasando por todas las situaciones o acciones por las que se pueda transitar a lo largo de su ciclo vital. Así mismo vemos como todo este proceso de gestación y parto controlado, resuena en estas mujeres, les permite una reflexión acerca de estas prácticas y de allí se desprender una acción que contribuya al reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos.

“Créeme en Colombia no hay ni un respeto por la mujer no hay un respeto por él como de hacer estos procedimientos, por el amor y el respeto hacia los demás y que aquí ven el

embarazo en definitiva como una enfermedad”. (Cielo).

4.5 Otros cercanos

La maternidad, al convertirse en uno de los procesos más importantes y trascendentales para la vida de algunas mujeres y en este caso para las tres mujeres entrevistadas, abarca la participación activa de agentes cercanos: familiares, sociales y culturales, que durante todo el proceso de embarazo, parto y post parto intervienen o influyen de múltiples maneras en las decisiones, pensamiento y concepción de la gestación para las mujeres y madres.

4.6 Nivel general

Los otros cercanos participan en la experiencia de las mujeres, de distintas formas, una primera es dando su opinión frente a la elección de la mujer. Los hermanos, tíos, primos, mamá o papá de la parturienta, dan su opinión desde la convicción ya sea religiosa, cultural o experiencial de cada uno/una frente al parto humanizado, y por su lado, la mujer embarazada, está a la espera de una respuesta, que en muchos casos se espera sea de aprobación, sobre las decisiones que ha tomado.

Sin embargo, es común en las tres mujeres con las que se trabajó que, aunque la presión familiar, de la pareja y de la sociedad fue constante, la decisión del parto alternativo por medio de partería, siempre estuvo como decisión final para las mujeres, así esto representara la molestia, incomodidad y desligamiento de muchas tradiciones familiares.

“Mi mamá también me decía yo no sé, usted cómo es capaz de hacer eso, para poner en riesgo la vida de su hija (...) en un hospital la cuidaría mejor, con los medicamentos, tienen a la mano cualquier tipo de aparatos en su casa no... como que siempre fue el choque cultural para mi familia sobre la decisión que yo ya había tomado”. (Cielo)

“Mis tíos, mi hermano me día no, tienes que parir en la clínica de country que es lo mejor, alguna tía me llamo a decirme que lo pensara muy bien, pero igual yo ya estaba segura”. (Ana María Gómez)

4.7 Nivel familiar

Por ser el parto alternativo, algo nuevo y desconocido para las familias de las tres mujeres, la desconfianza hacia todos los procesos descritos por las parteras o parteros crecía desde el momento en que se toma la decisión de un parto humanizado o también llamado “parto en casa”, es descrito por las familias, como irresponsable, improvisado o perjudicial para la vida ya sea de la madre o del bebe, ya que debido a la falta de conocimientos sobre estas prácticas, generaban angustia en los familiares, y en la pareja de padre y madre del bebe que está por nacer.

“Influyó mucho la presión de mi familia y de la misma sociedad que te dice que un parto que no sea debidamente custodiado o paso a paso se convierte en un parto irresponsable, entonces ese fue uno de los momentos más difíciles para mí”. (Cielo)

Así mismo el sentimiento de temor que sobresalía en las familias, según lo expresaban estas mujeres, nace en una de ellas, del apego que existe a las prácticas de cada familia alrededor de los partos, que en este caso son partos hospitalarios y medicalizados. La tradición cultural que se transfiere de generación en generación se ve alterada y rota por la opción de estas mujeres, lo que en algunos casos generó el rompimiento de lazos relacionales entre unos y otros, y conflictos emocionales, que se expresaban sobretodo en la relación “abuelos y padres”. Estas tensiones acompañaban el proceso de gestación, parto y algunos meses después del alumbramiento.

“El parto seco, digamos que yo no sé, eso fue como herencia de mi familia, porque mi mamá tuvo parto por cesaría, mi tía tuvo parto seco entonces tuvo cesárea, en cambio mi abuela fue la única que tuvo a todos por parto natural, pero obvio yo siento que con la generación de mi mamá se rompió algo que venía con mi abuela y ella no quiso, como que no estuvo tan de acuerdo conmigo cuando yo le dije que quería un parto alternativo porque me tachaba de irresponsable”. (Cielo)

“Eso mi mamá y mi papá como que indirectamente me estaban chantajeando, debo decirlo así porque fue como, bueno si usted decide tenerlo así, olvídense que tiene papás, y sobre todo mi mamá, olvídense que le voy a ayudar en la dieta, mejor dicho yo ya prefiero no enterarme, vaya haga lo que quiera”. (Angie Salazar)

Como se mencionaba anteriormente aunque la decisión de un parto humanizado fuera la definitiva, el sentimiento de temor e inseguridad que aún se hace notorio en estas mujeres al relatar por lo que pasaron, resalto durante la entrevista que la familia, es uno de los referentes vinculares del cual, estas mujeres buscaban o esperaban una compañía en el embarazo, sobre todo de madre a madre; donde el ideal de unión de género se ve como una herramienta de apoyo como mujeres y como madres.

Del mismo modo el respeto de esos otros cercanos hacia las decisiones ya tomadas, empoderan a las mujeres durante el embarazo, generando en estas la capacidad de accionar desde su autonomía, sintiéndose capaces de tener el control sobre su experiencia y cuerpo.

“Fue bonito el acompañamiento bueno de mi madre, yo llamaba todo los días a mi mamá, a preguntarle cosas y ellos me ayudaban estaban muy feliz con su nieto. No pues se asustaron mucho, pero afortunadamente son respetuosos”. (Ana María Gómez)

Así mismo la reacción de padres y hermanos de estas tres mujeres, nos lleva a afirmar que la cultura, que compete desde las costumbres o normas sociales hasta la trayectoria y fuerza que tiene la sociedad en general, es lo que muchas veces frena nuevos procesos de partos alternativos, que aunque sean válidos, en la mayoría de casos son ignorados, discriminados o subvalorados por las normas o reacciones convencionales, sin importar que tan de acuerdo estamos con estos. Así mismo y presencia de temor de los otros cercanos, pero a la vez su intento de respetar la elección de la mujer y madre, ya sea con el acompañamiento, o la abstención completa de opinar o participar activamente en el proceso, no les impide tomar precauciones al final del embarazo, por su misma preocupación.

“Igual ella estaba pensando que me podía pasar cualquier cosa, y claro pero entonces después cuando tuve al bebé, si me enteré que ella sí había hecho escándalo que me iba a llevar al hospital, y después me enteré que mi papá tenía la ambulancia lista”. (Ana María)

Sin embargo y según la experiencia de una de las mujeres, la preocupación de los padres estaba dirigida a no saber a ciencia cierta lo que harían en el parto y la persona que lo asistiría, y si esta misma tenía claro los riesgos y cuidados que se deben tener, por esto y una vez la madre de una de ellas hablo con la partera o partero sobre el tema, entendió que los partos alternativos son otra manera de traer bebés al mundo, y que la experiencia lleva más años que lo que nosotros alcanzamos a recordar, esto permitió una aceptación más respetuosa de la decisión de su hija, que aunque la angustia de mamá persistiera.

“Entonces claro ese choque y llore y llore mientras lo aceptaban, entonces para que lo aceptaran tuve que llevar a mi mamá a que hablara con las parteras y que ellas también le contaran”. (Angie Salazar)

4.8 Nivel social (amigos-amigas)

El deseo constante de estas mujeres y madres por buscar referencia de un contexto, que les permita elegir y les respete dicha elección, crea la necesidad de unión entre ellas, con mujeres parturientas que decidieron tener un parto alternativo o con una guía específica de la partería indígena. Son estas redes que se forman dentro de las comunidades y entre las madres, las que permiten la comunicación y la permanencia de este tipo de partos y generan entre las integrantes una conexión entre iguales, para solventar y apoyar situaciones específicas dentro del embarazo, donde los miedos, las presiones y las dudas quedan resueltas por dos motivos, el primero es que no son las únicas que tienen dudas y segundo entre todas las puedes solucionar.

En específico estas redes son creadas y conformadas por estas comunidades que busca solucionar y generar las relaciones fraternales que muchas veces no se encuentran en las familias, por tratarse de un parto alternativo, y como expresan estas, la relaciones y conexiones

que se vivan como madre serán transmitidas al bebe desde el momento que se tiene consciencia de la existencia del mismo. Es por esto que esta comunidad, Bachué y Muisca, cuenta con la presencia y reunión constante de hombres, parteras, parteros, abuelos taitas, niñas y niños de otras comunidades que se han acogido a esta, y aunque todos cumplen papeles diferentes tienen como fin el apoyo mutuo y la estabilidad o equilibrio de toda la casa.

“Las personas te ayudan, todas las mujeres, nos damos ánimo entre unas y otras ayudamos hasta con el de nombre nuestras bebés, de cómo queremos que sean parte, de qué miedo tenemos, como que es un parto muy complicado, siempre uno necesita eso y nunca te sientes solo”. (Cielo)

Las madres mencionan, que tanto las conexiones informales (creadas por ellas), como las formales (creadas desde hace mucho tiempo como comunidad indígena, donde los participantes son muchos más), se convierten a menudo en la creación constante y el mantenimiento de afectos y vínculos entre las mujeres madres que tomaron la partería como único método, les permite entender y reconocer la existencia de transformaciones en sus vidas dentro de un contexto donde se sientan cómodas, donde la cultura y sociedad indígena las acogió durante su proceso de embarazo y parto así ellas no pertenezcan directamente a la comunidad muisca o Bachué a las cuales pertenecen sus parteras o parteros.

“Entonces pues más o menos como al mes y medio que yo tenía de embarazo fui a una reunión de mujeres Bachué en el chuzo de Cota entonces ahí pues fueron varias mujeres que habían parido, otras que estaban embarazadas y ahí hicimos como un trueque de ropitas”. (Ana María Gómez)

La retroalimentación constante de una comunidad que se caracteriza por una solvencia y respeto por el pensamiento individual pero siempre teniendo como guía “somos todos”, permitió que estas mujeres y las redes sociales creadas sean un círculo en constante rotación, donde narrativas individuales, identificación de sujetos conectados por un lenguaje, una vida, una cultura y una misma comunidad sea el hilo conductor hacia la construcción de historia en red.

“Ah y no pues en la comunidad con el abuelo Nemekene, mis amigos de la comunidad también atentos ahí”. (Angie)

4.9 Relación pareja

La conexión, con la pareja sentimental en dos de los tres casos, los padres de los niñas y niño se convierte en un apoyo constante, y para la partería indígena el esposo o la pareja también se tiene que preparar para parir, la conexión de amor y tranquilidad fijado en un mismo fin “traer él bebe al mundo” se convierte en el primer objetivo de estas parejas. Sin embargo y aunque todo sea consensuado y compartido, pareciera que en estas relaciones las mujeres son quienes toman la vocería y los hombres tienen un papel fundamental, pero más pasivo, aceptan, comprender y acompañar el parto y el vínculo del cuerpo madre, cuerpo bebe.

“A mí me pareció fundamental que estuviera él, y además que él era el que iba a recibir al bebé, pues que pariera conmigo, porque no solamente es madre, también es padre”. (Angie Salazar)

“Pues yo tenía las riendas (risas) entonces uno como mujer, como mamá, es la que decide cómo tener su hijo, o cuál es su parto ideal”. (Angie Salazar)

El lazo creado entre la pareja, se amplía para convertirse en un círculo donde los 4 (mamá, papá, bebe y partero) funcionan como equipo para creación de ese vínculo. Sin embargo y sin duda alguna, el trabajo del partero también es empoderar a la mujer para que ella tuviera el control de la situación.

Por lo mismo, aunque mujeres y hombres tengan las mismas capacidades y estén en igual de condiciones, el embarazo, parto y post parto la responsabilidad es de los dos, pero por el mismo vínculo afectivo que tiene mamá y papá este último se desliga o se hace un lado, para que mamá sea quien pueda decidir y dirigir el parto en el curso que para esta sea más conveniente.

“Él me decía que me apoyaba, que él me apoyaba en todo lo que decidiera, pero en el fondo si estaba hace rato queriendo que yo decidiera tenerlo por partería” (Angie Salazar)

“Andrés él siempre me acompañó durante todo el proceso todo del embarazo estuvo pendiente me acompañaba a las ecografías”. (Cielo)

“Pues yo tenía las riendas (risas) entonces uno como mujer, como mamá, es la que decide cómo tener su hijo, o cuál es su parto ideal” (Angie Salazar)

Es importante aclarar que una de las entrevistadas no hizo referencia alguna al padre del bebe, por lo mismo se abstuvo de comentar algo al respecto, así mismo, otra participante también comento, que aunque durante el embarazo, parto y post parto el padre de la bebe y ella formaron un equipo de trabajo, unidos y asistieron a todo juntos, aunque ellos ya no son pareja.

Durante los diferentes momentos del embarazo, estas mujeres y madres atravesaron por sentimientos y reacciones que no solo implicaban el vínculo afectivo con sus bebes sino que también mostraron cambios de ánimo y diferentes maneras de reaccionar ante sus parejas, como el fastidio que una de estas afirmo haber tenido en un momento hacia su novio, donde palabras, comportamientos y expresiones le molestaban más de lo normal o le incomodaban al punto de tener reacciones fisiológicas como las náuseas o vomito constante.

“Al principio vienen las náuseas, y pues yo no sé por qué pero uno como que le coge fastidio a la pareja, pues a mí me pasó, y él se me acercaba y de una me mandaba a vomitar, yo no dejaba ni que me diera un beso porque de una me mandaba a vomitar, y eso que uno siente que no se lo soporta pero es súper extraño porque uno no se explica por qué si es el papá del niño”. (Angie Salazar)

4.10 Relación partero – parturienta

La legitimación y parafraseando a Gergen, es la oportunidad de reconocer, construir y justificar las características y los elementos que nos convierten en parte de un grupo, en este caso mujeres y la partería; la necesidad cultural, pero a la vez individual de comprender, explicar y argumentar las decisiones que se toman y como estas transformarán o transformaron, no solo nuestra vida sino el ambiente y el mundo que la relaciona y la identifica; donde las conexiones que se generaran serán diferentes, sobre todo el vínculo entre una madre y un hijo y la manera como está toma el curso de su parto. El partero se convierte en guía que orienta pero no ordena, ayuda pero deja actuar, ya que por sus mismas raíces indígenas y creencias, el curso de las cosas solo puede ser decidido por la persona.

“El acompañamiento de ramiro fue muy importante en ese momento porque yo tenía muchas preguntas tenía miedo que al final siempre el me ayudaba como a darme confianza, y no definitivamente confió mucho en Ramiro, en su saber”. (Cielo)

Es por esto, que esta misma legitimación que intenta hacerse de la partería, del saber de un partero indígena, se ve como la reunión de diferentes narrativas, historias y lenguajes que permiten un primer acercamiento a un saber que aunque no sea reconocido como tal en el mundo occidentalizado, ofrece todas las garantías de seguridad y veracidad que un parto debe tener, donde los procedimientos ya exitosos, las explicaciones medicinales y curativas no invasivas han funcionado y funcionan, donde los relatos de parteras y parteros acerca de su carrera en el desempeño de este oficio, muestran que muchas ocasiones los partos alternativos en este caso partos en casa, dan muchas más ventajas y seguridades de respeto, confianza a las mujeres y madres, las experiencias de muchas mujeres que afirman que a pesar de miedo y la presión, vivieron su parto

“Empezó a hacerme un acompañamiento muy bonito y pues en esa época el visitaba a las madres digamos hoy en día él ya tiene un sitio específico donde todas van y el las atiende muy bien muy bonito”. (Ana María Gómez)

El universo social y simbólico que se crea a través de la partería, según lo explican las madres, permite la recopilación y organización de una comunidad que si bien es cierto muestra

seguridad para todas estas madres, es la partera o el partero, quien acompaña desde el inicio hasta el final, donde el conocimiento específico de dar a luz se convierte en todo un protocolo que aunque no es lineal, si permite ver un proceso no solo al parir, sino que crece y se transforma con la vinculación de otro ser.

“Desde la primera vez te pide permiso si te puede tocar la barriga, el pide permiso al bebé, le habla muchísimo primero te toca las manos te hace como una especie de oración y luego empieza a quedarse en silencio, muy bonito”. (Cielo)

La responsabilidad y el derecho a decidir es de la mujer y madre, donde su identidad, y decisión de parto esta con la partería, que a su vez se ve reflejada continuamente en la manera como se viven los procesos dentro del embarazo, como se comunican y se comprenden las señales del parto, como se piensa, como se experimentan cada uno de los momentos del embarazo y la importancia que cada miembro cercano a la mujer y madre hacen de esta experiencia algo único y diferente en cada mujer; por esto y aunque la partera o el partero sepan mucho de embarazos, se necesita que cada uno de ellos conozca a la madre durante todo su proceso de gestación, permitiéndole descifrar no solo los miedos que ella vive sino el entorno donde se desenvuelve para no pasar por encima de lo que ella quiere o necesita.

“Respeto es algo fundamental establecido entre la relación que se crea entre el partero y la embarazada y es ésa lo que mi llenaba de tranquilidad y como de felicidad”. (Cielo)

Siguiendo a Gergen, a este proceso y vinculo de la madre con los otros cercanos, puede ser entendido como la sedimentación, comprendida como el proceso a través del cual se constituyen las reservas de sentido y el valor a los conocimientos, en este caso, este saber indígena sobre los partos humanizados o partos en casa, que se convierten en un proceso donde esa misma construcción de sentido y conocimiento de experiencias e historias, son administradas y recopiladas generación tras generación, donde los recursos históricos y la transformación que sea hace cuando se crean nuevos vínculos sin importar estos de donde vengan (madre- hija/o, madre- familia cercana, madre- amigos, madre partero), quedan marcados

y clarifican las acciones y los saberes que se encuentran dentro de estas relaciones; es la sedimentación de esos saberes, lo que con el tiempo se convierte en una necesidad para estas mujeres- madres y para la misma sociedad que aun teme, o duda de la efectividad y confiabilidad de la partería como saber legítimo para el alumbramiento, por falta de información y conocimiento sobre lo legítimo de este proceso.

4.11 Influencia del parto alternativo en el vínculo madre-hijo/hija

Al indagar sobre la influencia de haber parido a sus hijos por medio de la partería con el vínculo madre-hijo, surgen en dos de las mujeres respuestas que coinciden en una relación de un proceso de limpieza espiritual en ellas y en sus hijos antes del parto a través de la partería, o de otras formas, con el fin de cortar con enfermedades, complicaciones o dificultades que puedan ser heredadas.

“el trabajo que se hizo de limpia que no viniera con ninguna enfermedad, que fuera un bebé sano, hace poquito le hicieron el examen de lo de la displasia y no tiene displasia de cadera, no tuve complicaciones para darle teta eso que a uno se le cuartejan los pezones, nada, todo estaba bien, mi bebé no parecía recién nacido, era muy grande, abrió los ojos apenas nació, entonces em... esa alegría de wow, hice el trabajo muy bien, tenía que cerrarlo así, con broche de oro”. (Angie Salazar)

Así mismo es concebida la partería también como una forma de sanación de enfermedades espirituales ancestrales que puede traer el hijo/hija.

“Y es que igual te permite sanar a ti a tu hijo después de eso, no solamente en el momento, sino lo que viene tras eso tus papás tus abuelos tu familia como se ha llevado la vida creo que el parto por medio de la partería te ayudo hacer esa conexión con él”. (Cielo)

De esta forma se hace evidente que la subjetividad de éstas mujeres se construye con una gran influencia de la cosmovisión indígena y se considera relevante para formar diferentes

vínculos, tener un camino espiritual que les enseña a limpiar las enfermedades de sus ancestros y sanar algunas cosas en ellas mismas para que no se repitan en los hijos o hijas de dichas mujeres.

Influencia de personas y sentimientos en el vínculo madre-hijo/hija presentes en el momento del parto

Se hace explícita la importancia de recibir la vida con amor, en un espacio tranquilo, con su familia y partero, lo cual hace parte de la formación de un vínculo afectivo sano y amable que repercute en la configuración de la relación que se da desde el inicio de la vida, debido a que desde la partería se hace una aproximación que permite una interacción directa con el hijo partiendo de sentimientos y sensaciones cercanas y de amor.

“Uy sí, yo creo que el hecho de él haber nacido y lo primero que haya visto haya sido sus padres y a su partero, además vestido de blanco, ¿sí? A su mamá a su papá que bienvenido mi amor ven, te abrazamos, bien, ¿sí? eso yo creo que le cambia la película totalmente al niño a que lo hayan sacado por allá con unas pinzas, fórceps y lo cojan de una y le corten el cordón, lo bañen y se lo lleven por allá donde unas personas que no ha conocido o escuchado, digamos pues hay casos en los que todo eso pasa por algo”. (Ana María Gómez)

Lo cual se compara con las diferentes prácticas del parto hospitalario que se perciben como alejadas y carentes de una interacción directa y cercana con el hijo o la hija, teniendo en cuenta la concepción del hijo o hija como un sujeto sensible y vulnerable en el momento del alumbramiento, el cual también acaba de pasar por un umbral de dolor, y que por lo tanto, tiene unas necesidades diferentes a la limpieza y protocolos de la institución.

4.12 Imaginarios de prácticas que fortalecen el vínculo madre-hijo/hija

En la configuración de las subjetividades de estas mujeres existen prácticas que se consideran relevantes para fortalecer el vínculo madre-hijo/hija. Las cuales, es importante

mencionar que se construyen por medio del aprendizaje influenciado por la medicina y cultura indígena, que reviven la tradición de la necesidad no sólo fisiológica sino emocional y espiritual de seguir el proceso natural del parto y la crianza.

“Me busca para la teta, ya me busca, me escarba, entonces no me imagino cuando ya sea más grandecito, cuando me estire los brazos, (suspira) ay que cuando uno le da tética él ya se sonríe, entonces a veces está tomando tética y lo voltea a mirar a uno y se sonríe, (suspira) ay no eso es delicioso, ay es espectacular ser mamá, yo me siento muy feliz.”.
(Angie Salazar)

“Pero pues si yo si pienso que el hecho de haberle dado teta ha servido mucho para el bienestar emocional de él y para alimentarlo, aunque dicen que ya después de 6 meses no alimenta, eso es lo que dicen pero pues no se no me parece, digamos que me parece muy fuerte el hecho que... hay cosas muy fuertes que recomiendan con los chinos como por ejemplo que no, déjelo que chille una noche completa, ¿un niño que acaba de llegar al mundo? ¿Como le van a hacer eso?, pues después de eso el chino parece que empieza a seguir derecho y si pero yo creo que le queda algo adentro como “ como así que me dejan solo y no me abrazan” y pues todo el tiempo a soltar al chino a dejarlo solo cuando lo que necesita es que lo cojan lo abracen le den seguridad y así mismo igual este chino es súper independiente, uno lo deja y anda fresco pues es consentido como cualquier niño pero pues es un chino que entiende si... entonces no bien , bonito es una experiencia muy bonita”. (Ana María Gómez)

Teniendo en cuenta también que éste es un proceso con un umbral de dolor muy alto para la madre, y que implica fortaleza y convicción para mantenerse en seguir el proceso natural, claro, sin dejar de lado la importancia de los avances de la ciencia en cuanto a la leche de tarro que reemplaza la materna en los casos en los que se sale de las manos y es imposible amamantar por razones fisiológicas.

“y además de eso la teta, ese es otro cuento, por ejemplo yo a los 2, 3 días lloraba del dolor por que duele mucho, ósea acostumbrarse duele y muchas mujeres no están

dispuestas a ese tránsito de fortalecer el pezón, y lloraba me duele mucho. Y pues además la naturaleza sabe lo que uno necesita en cada momento entonces pues digamos primero sale el calostro que es una agüita transparente que es supremamente nutritiva y pues a muchas mujeres les cuesta mucho sacar la leche, pues no les sale la leche pero entonces el calostro ya es suficiente, digamos que 3 o 4 góticas de eso ya es suficiente trae los nutrientes suficientes y a medida que él va chupando ya va saliendo chorros de leche aunque bueno hay mujeres que no les sale y es así también es un cuenta a pesa que hagan miles de cosas no les sale” (Ana María Gómez)

Otra de las prácticas de una de las mujeres, que viene de la influencia de la cosmovisión indígena en su vida hace referencia a la conservación de la placenta a la que se le atribuye un valor simbólico significativo que se relaciona estrechamente con cualidades del hijo, lo que a su vez se relaciona directamente con el cuidado y sanación del útero de la madre antes del embarazo

“Todos los chinos así que han nacido así también que conocen esta tradición de guardar su placenta de manejar toda esa medicina natural y son pelados muy tranquilos muy bellos, armoniosos si es bonito yo si siento que si claro. Pues si yo creo que sí”. (Ana María Gómez)

“Y creo que también es importante esa conciencia de nuestro útero como esa sanación de todas las cosas que vienen de atrás heredadas todo ese montón de cosas infundadas entonces pues como ese miedo ¿no?”. (Ana María Gómez)

4.13 Experiencia del cuerpo en trabajo de parto y pos parto

Al indagar sobre la experiencia corporal, dos de las mujeres en sus relatos coinciden en la importancia de haber tenido una experiencia en la que se vive la libertad y la autonomía del cuerpo, rompiendo así lógicas de poder científico que dominan el discurso occidentalizado que permea las instituciones hospitalarias, donde se obvia la decisión de la mujer frente al proceso de parir.

“Me dijeron, coma lo que quiera, lo que se le dé la gana, hasta cuando estaba en trabajo de parto, tranquila que si se hace del cuerpo para eso estamos para limpiarla, que no me pusiera con rodeos, que caminara los ejercicios, lo de la bola de pilates, que hiciera esto que me estirara así, y todo eso”. (Angie Salazar)

“Claro por qué digamos por ejemplo el hecho de parir sentada cambia totalmente, digamos que yo estaba acostada no que hago si, y me acostaba y me dolía 10 veces más entonces yo sentía que si subía los brazos... yo estaba en las piernas de mi compañero y el partero estaba atrás de nosotros y yo sentía que si hacia esa posición como que la gravedad te ayuda totalmente, es más fácil a la mujer en el hospital no la dejan sentarse”. (Ana María Gómez)

En el relato de una de las mujeres, se hace evidente un aspecto fundamental que se basa aparentemente en la corporalidad inmediatamente después del nacimiento del hijo/hija, y que se complementa con el bienestar emocional y psicológico del niño o niña, que suele dejarse de lado en la medicina occidentalizada, hace referencia a darle prioridad al acontecimiento natural y no a los parámetros de asepsia en los cuales se llevan al niño o niña para limpiarla, pesarla entre otros protocolos, sino más bien brindarle a esa nueva vida lo que necesita en ese momento que corresponde a la mamá, estar pegado a ella, escuchado los latidos de su corazón como lo ha hecho durante 9 meses

“Cuando uno está en embarazo, porque bueno si se mueve y que bonito, pero ya cuando nace es otra cosa, el tenerlo ahí, el verlo, el que de una vez sale y de una vez fun acá al pecho, no, es que uno no tiene palabras para decir eso, el que ya empiece a tomar teta, porque para mí es muy chévere darle teta, yo me siento muy bien dándole teta al bebé, em... Entonces al principio el calor de él después de nacer inmediatamente, que son cosas que yo sé que en el hospital no hubiera tenido la posibilidad de vivir, o sea después de nacer, de una acá en el pecho, y después si vino lo de cortar el cordón umbilical, el limpiarlo, como al día fue que lo pesamos, pero si lo limpiaron, y de una vez, los dos a dormir, de una vez”. (Angie Salazar)

Además, es indispensable para las tres mujeres seguir unas prácticas de cuidado natural que logren hacer que el cuerpo se recupere, coincidiendo los relatos en el uso de ciertas plantas medicinales, que también hacen un giro en las percepciones de un cuidado del post-parto medicalizado.

“Claro, si, digamos en la dieta yo tuve que tomar ciertas plantas si total chicas, el tratamiento con la plantas te ayuda a limpiar la matriz, es muy sabia, todos esos remedios son tremendamente efectivos y por ejemplo una planta que me sorprendió muchísimo fue la artemisa si la conoces? yo la tomaba en las noches a las 6 cuando me daba la crisis y yo olía la puntica y ya me ponía contenta ya solo ese olor tan rico me quitaba la depresión y a nosotras como mujeres nos ayuda un montón entonces digamos tomar esa aquieta en el periodo es excelente si eso me acuerdo también de la matricaria, la ruda, me dieron ruda al otro día no sé, me dieron verbena con panela quemada, para limpiar la matriz y la ruda sirva para lo mismo y ya me dieron plantas dulces, manzanilla dulce, la artemisa, me la recomendaron en los pezones para que no se me agrieten”.
(Ana María Gómez)

Este aspecto es muy importante para la configuración de una relación con el cuerpo basada en el respeto y en el cuidado por medio de la consciencia que se tiene de lo que se consume.

4.14 Optar por la partería como resistencia del cuerpo de la mujer

Es importante tener en cuenta que para estas mujeres la decisión de traer a sus hijos al mundo por medio de la partería las hace sentirse dueñas de su propio cuerpo, es una decisión que conlleva libertad y autonomía durante el proceso, desde la gestación, hasta el post-parto,

“Pues después de todo lo que te he dicho yo creo que el tomar esa decisión es la única manera de hacernos sentir como mujeres, de tomar el control sobre nuestro cuerpo como mujeres ¿me entiendes? Yo lo único que le diría a todas las mujeres es que no se dejen comer cuento de nada, que los médicos no tienen la verdad absoluta de todo y mucho

menos hay que someternos a lo que ellos quieran porque si lo miramos desde un punto más pequeño todo lo referente a la violencia obstétrica se puede confundir o ver como abuso físico, moral y sexual contra nosotras”. (Cielo)

Es evidente que este punto es un fuerte de los partos alternativos por medio de la partería, que da la posibilidad de subjetividades de mujeres constituidas por una apropiación y empoderamiento del cuerpo, que conlleva a una mayor seguridad en ellas mismas y a lograr un vínculo más fuerte con sus hijos como lo hemos mencionado anteriormente. Así mismo esto implícitamente se vuelve en un movimiento político, ya que hace parte de la resistencia hacia prácticas corporales que subordinan el cuerpo de la mujer implantadas en las lógicas comunes de tal forma que los discursos que dominan nuestra cultura occidentalizada percibe métodos alternativos como inseguros e irresponsables.

5. Conclusiones

Actualmente y a pesar de ser la partería, uno de los mecanismos más antiguos para dar a luz escogido por mujeres indígenas, afro y campesinas en nuestro país, existe una resistencia por parte de las familias y la sociedad, acerca de los partos alternativos en este caso “partos en casa” con parteras o parteros, lo que muchas veces limita las opciones de parturientas de abrir puertas a otras prácticas por la falta de información y/o la degradación que se ha hecho sobre estas. A lo largo del tiempo las mujeres han sido violentadas en diferentes ámbitos de sus vidas, esta investigación muestra una forma de violencia, que si bien es nueva en su reconocimiento como violencia hacia la mujer parturienta, no lo es en su práctica; ya que mencionado y enfatizado por las tres mujeres que participaron, la mujer ha sido sujeto de vulneraciones sexuales, reproductivas y obstétricas que han llegado al punto de no ser reconocidas como sujetos de derechos. La violencia obstétrica es una realidad que se vive en los partos hospitalarios que alimenta cada vez más el sistema patriarcal por el que se permea la medicina occidental, el cual permite irrespeto, violación de derechos, subvaloración y sumisión a la mujer.

Esto trae consigo que disminuya así, la posibilidad de que mujeres y madres puedan tomar decisiones acerca de su embarazo parto y post parto, confiadas, tranquilas y apoyadas por quienes las rodean; por lo mismo y durante la trayectoria de esta experiencia para las tres mujeres nombradas en esta investigación, el peso social y familiar, hizo que en repetidas ocasiones fueran juzgadas, maltratadas y discriminadas no solo por sujetos cercanos a ellas, sino por la cultura occidentalizada y hospitalaria que las cataloga como irresponsables o malas madres.

Sin embargo y durante las historias de estas tres mujeres, sobresalieron pensamientos y creencias de las mismas, acerca de ideas y acciones sobre el respeto a la mujer que protegieron y afirmaron las decisiones sobre su cuerpo y la vida de su bebe; otorgándoles seguridad y poderío a la hora de decidir y compartir sus historias de vida, dejando claro siempre, que son ellas las únicas que pueden permitir o rechazar algún procedimiento, opinión, manera de actuar o pensar, lo que las llevo a tomar la decisión de parir con un partero o partera, que les permite como mujeres apoderarse desde su cuerpo, partiendo de una práctica amable, amorosa y respetuosa

hacia sí misma y hacia el bebé, experimentando la autonomía y la libertad en un proceso de parto humanizado. Sin embargo el miedo que ha configurado durante muchos años las subjetividades de las mujeres, juega un papel importante a la hora de optar por realizar como un complemento a su proceso, prácticas de la medicina occidental que les permita ver el desarrollo del bebé (ecografías) y a su vez asegurarse de su estado de salud.

Por lo anterior es importante mencionar que para la academia y en este caso para la psicología social es importante mirar desde diferentes puntos de vista y desde estos mismos, plantear más adelante, propuestas que nos brinden herramientas de acción para comprender, reestructura y transformar dentro de la cultura, ese pensamiento que nos convierte, en un indicador lineal de comportamientos y facetas en la vida de los sujetos, que clasifica las acciones en buenas o malas, acertadas o incorrectas sobre diferentes momentos de la vida, en este caso el embarazo, parto y post parto, que debería ser una faceta y decisión de cada mujer, con la opinión y apoyo de su pareja, donde estas, tienen la capacidad de disponer y determinar en qué momento quieren tener hijos, si quieren tenerlos, de qué manera y con quien; sin embargo y aunque el patriarcado ha disminuido estas influencias dominantes sobre decisiones autónomas y únicas de casa mujer, su influencia e historia sigue determinando en la mayoría de casos que todos los embarazos deberían culminar mediante procedimientos hospitalarios custodiados por personal profesional y graduado de una institución educativa, anulando o discriminando otros métodos como el parto en casa y diluyendo así, la participación activa de otras comunidades, otras maneras de redes formales e informales, otros lenguajes que también hacen parte de nuestro desarrollo como sociedad.

Finalmente creemos que lo importante de este proceso de embarazo, parto y post parto en las mujeres es tener en cuenta que la vida humana está en constantes interacciones con creencias, significados y símbolos, que van construyendo no sólo prácticas sino posturas frente a la forma de percibir la vida teniendo en cuenta la dinámica de la diversidad de contextos. En este caso la espiritualidad, ligada a la cosmovisión indígena, tiene una fuerte influencia en la forma como éstas tres mujeres anhelan poder dar vida de una forma distinta, que según la perspectiva de ellas ofrece una mejor forma de vivir y que pertenece a una elección propia que como sociedad debemos respetar, la cual les permitió, en diferentes momentos, no solo un trato más digno y respetuoso, sino la creación de conexiones diferentes en la manera cómo viven y sienten a sus hijos, a su pareja.

El embarazo guiado desde la partería, es una etapa que revitaliza y cambia la perspectiva de muchas mujeres y madres acerca de los objetivos, sentires y desarrollos que quieren para sus historias. Lo anterior teniendo en cuenta que en las mujeres de nuestra investigación hay una fuerte influencia de la medicina tradicional indígena, y que esto implica procesos de construcción subjetiva inclinados hacia la ideología de volver a vivir procesos más ancestrales.

Por último, a modo de conclusión, vemos la necesidad de expandir este estudio con mujeres de distintas características y con una muestra mayor, ya que indagar sobre un proceso que atraviesa la vida de las mujeres contemporáneas, ya sea que decida tener hijos o no, permite ampliar las percepciones sobre distintas prácticas que gobiernan los cuerpos de las mujeres en nuestra cultura, y nos da la posibilidad de conocer otras alternativas, otras formas de ser y existir como mujeres.

6. Agradecimientos

Queremos agradecerle a Cielo, Ana María y Angie que fueron las tres madres y mujeres que hicieron posible que esta investigación se llevara a cabo, abriéndonos las puertas no solo de sus hogares sino de sus vidas, permitiéndonos conocer como la partería hizo parte de su embarazo, parto y post parto, y describiéndonos aspectos íntimos y personales de su historia de vida. Así mismo queremos darle gracias a nuestra Asesora de tesis Natalie Sánchez por la guía y la colaboración brindada en el proceso y construcción de esta investigación, tanto en la parte académica teórica, como en el desarrollo y trato con nuestras participantes.

7. Referencias Bibliográficas

- Araceli Burguete, B. G. (2010). La partería indígena tradicional en relación a la mortalidad materna en la comunidad loom municipio de Chenalho, Chiapas, MEXICO. Tesis, Universidad indígena Intercultural, Fondo Indígena, Cartagena.
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos intercambio sobre centro América y el caribe*, Vol 11, 145-169.
- Arguelles, P. Chaverra, Z. Morales, P. Basto, G. (1986) Creencias y prácticas de las parteras en relación con la atención al parto en cuatro municipios de la regional de Soata (La Uvita, Boativa, Susacon y Soata) (Departamento de Boyacá). Tesis de pregrado de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana.
- Arias, J. A. (2012). Sistema medico tradicional de comunidades indígenas Emberá- Chami del Departamento de Caldas-Colombia. *Salud Pública*, 14 (4), 630-643.
- Arjona, V. (2006). Información y libertad: apropiaciones y expropiaciones del cuerpo materno. *Medicina Naturista*, Vol. 10, 689-692.
- Armana, J. (2006). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades Nativas Awajun y Wampis. *Medicina Experta en Salud Pública*, 23 (1), 1 – 55.
- ASOPARUPA. (2013). La perspectiva de las parteras tradicionales de Colombia y propuestas en ámbitos del servicio social comunitario. “*Liderazgo, innovación y generación de riqueza cultural*”. Buenaventura, Colombia.

- Alva, I. 2005. El significado psicológico de la experiencia del parto con el apoyo continuo de Doula: un estudio comparativo con redes semánticas naturales. Universidad de Colima.
- Aznar, Pilar (1992). "El constructivismo en educación". En Aznar, Pilar (Ed.). *Constructivismo y Educación*, pp. 13-50. Valencia, España: Tirant to Blanch.
- Bandinter, E. (1981). ¿Existe el amor maternal?. Barcelona, Paidós.
- Beauvoir, S. (1982). El segundo sexo. Los mitos y los hechos. Buenos Aires. Ediciones siglo XX
- Camacaro, M. (2010) *La Obstetricia Develada. Otra mirada desde el género*. Recuperado de http://books.google.com.co/books/about/La_obstetricia_develada.html?id=Xh9HuAAACAAJ&redir_esc=y.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999) Recuperado de: <http://www.tsj.gov.ve/legislacion/constitucion1999.htm>.
- Cuba promueve cosméticos y medicamento a basen de placenta humana. (2000, 3 de Noviembre). Noticias Caracol
- Duby, G. (1998). Damas del siglo XII. Eva y los sacerdotes. Madrid, Alianza.
- Ehrenreich, B y English. (1981). Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras Barcelona, La sal cuadernos inacabados.
- Entrevista. Comunicación personal, entrevista 22 de julio, 2014. Doctora Ángela Rojas.
- Esteban, M. (1994). Relaciones entre el feminismo y sistemas médico-científicos. KOBIE (Serie Antropología Cultural). Vol, II, pp 17-35. Recuperado de: http://www.bizkaia.net/fitxategiak/04/ondarea/Kobie/PDF/5/Kobie_7_Antrpologia_cultura1_RELACIONES%20ENTRE%20FEMINISMO%20Y%20SISTEMA%20MEDICO-CIENTI.pdf

Esteban, M. (2001). Reproducción del cuerpo femenino discursos y prácticas acerca de la salud. Donostia, San Sebastián. Gakoa-Tercera Prensa.

Gergen, K. (1992). Propuesta teórica para pensar en un cuerpo femenino. (53).

Geertz, C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa, 1994. 387p.

Giraldo, V. (2012). *Caminos de montaña y pasillos de hospital. Gestación, parto y puerperio en mujeres campesinas de Palestina*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá

Gergen, K. (1992). *Propuesta teórica para pensar en un cuerpo femenino*. Recuperado de: http://www.taosinstitute.net/Websites/taos/images/PublicationsFreeBooks/Gergen_construccionismo_social.pdf

Harper, B. (1996). *Opciones para un parto suave: Guía para tomar decisiones informadas acerca de centros de alumbramiento, asistentes al parto, parto en el agua, parto en casa, y parto en el hospital*. Recuperado de: <http://books.google.es/books?id=y3NnAwAAQBAJ&pg=PT31&dq=opciones+para+un+parto+suave&hl=es&sa=X&ei=MFBuVPmxKMu1ogTa34CQDQ&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=opciones%20para%20un%20parto%20suave&f=false>

Imaz, E. (2010). *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Valencia, España: Cátedra.

Imaz, E. (2007). *Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas*. Universidad del país Vasco.

Organización Nacional Indígena de Colombia. *Historia de la ONIC*. Recuperado de: <http://cms.onic.org.co/sobre-nosotros/historia-de-la-onic/>

- Iraida, J. (2013). Saberes y conocimientos sobre el parto. Historia de vida de una partera afroecuatoriana.
- Lafont, C. (2011). *Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenú ubicado en la Sabana de Córdoba*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Lagarde, M. (2000). *Claves del feminismo para la negociación en el amor*. Recuperado de: <http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0538/claves-feministas.pdf>
- Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres: madres esposas, monjas, putas y locas*. Universidad Nacional autónoma de México. México.
- Lagarde, M. (2006, 20, 5). *Cuerpo sexualidad y poder*. [Web log post]. Recuperado de: <http://espaciofeminista.blogspot.com/2007/05/extractos-de-marcela-lagarde-los.html?m=1>.
- Magnone, N. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Universidad de la República, Montevideo
- Martin, E. (1897). *The woman in the body*. Boston, Beacon press.
- Monroy, S. (2012). *El contiguo ginecobs-tétrico experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Montes, J. (2007). *Las culturas del Nacimiento. Representaciones y Prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Universidad de Rovira.
- Nájera, E (2006) *Hermenéutica del sí de Paul Ricoeur entre Descartes y Nietzsche*. Universidad de Alicante Facultad de Filosofía y Ciencia. Rio de Janeiro, Brazil.

Organización mundial de la salud. (2002). *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para matronas y médicos*. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_fre.pdf?ua=1

Pabon, C. (S.F). *Construcciones de cuerpos*.

Pieschacón, C. (2013). *Partería urbana en Bogotá: construcción y reconstrucción de representaciones y prácticas durante la gestación y el parto*. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

Pelcastre, B., Villegas, N., De León, V. Díaz., A. Ortega., M. Santillana., De Los Ángeles, J. (2005). Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Rev Esc Enferm*, 39(4), 375-82.

Rich, A. (1996). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: catedra.

Romero, A. (2012). *Significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestantes mayores de 35 años atendidas de una IPS privada en Bogotá*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Ruddick, S. (1984). *Maternal Thinking*. Nueva Jersey:, Rowman & Allanheld publishers.

Ruiz, G. (2007). *Cuidados desde el nacimiento recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*. Ministerio de sanidad y política social.

Saletti, L (2008). *Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. Clepsydra*, 7, Pp 169-183. Recuperado de: http://www.ugr.es/~esmujer/pdf/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf

- Organización Panamericana de la salud. (2006). *Medicina indígena tradicional y Medicina convencional*. Recuperado de:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/proyectreg2/paises/costarica/medicina.pdf>
- Sánchez, F. (1993). *Historia de la ginec obstetricia en Colombia*. Bogotá, Colombia.
- Sánchez, N. (2014). *La experiencia de la maternidad en mujeres feministas: el caso de la casa de la mujer*. Universidad de los andes. Bogotá, Colombia.
- Schutz. (1993). Autopercepción y Autorrepresentación como ámbitos de la subjetividad. (26),1.
- Simkin, P, (2000) *Parto y nacimiento. Todo lo que usted necesita saber acerca del trabajo de parto*. México: Trillas.
- Solinger, R. (2002). *Beggars and choosers. How the politics of choice shapes adoption, abortion and welfare in the United States*. Nueva York: Hill and Wang.
- Tostado, J. (2013). ¿Parteros y comadrones?. (2013, 21,06) [Web log post]. Recuperado de:
<http://franciscojaviertostado.com/2013/06/21/parteros-y-comadrones/>
- Triana, M., Montaña, N., Orozco, L., Strahlen, M. (1981). *Efectividad de un programa de complementación a parteras empíricas en una comunidad rural*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
- Uribe, C., Contreras, A., Villaroel, L., Rivera, S., Bravo, P., Cornejo, M. (2008). Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición. *Revista Chilema de obstetricia y ginecología*, 73(1).
- Urizar, M. (2012). Vínculo afectivo y sus trastornos. *CSMIJ Galdakao*. Recuperado 23 de:
<http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/vinculoafectivo.pdf>

Wagner, M. (2006). El cuidado maternal en España 2006: la necesidad de humanizar el parto. *Medicina naturista*. 10, 598-610.

Zirelli, L. (1996). Un proceso sin sujeto: Simone de Beauvoir y Julia Kristeva, sobre la maternidad. Madrid: Cátedras feminismos. 155-188

Zuluaga, G. (2012). Medicina tradicional indígena, opción saludable para la mujer. *Fascículo Interactivo*, 3(15), 2-11.

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES
(Licencia de uso)**

Bogotá, D.C., 4 de Agosto de 2015

Señores
Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J.
Pontificia Universidad Javeriana
Cuidad

Los suscritos:

Ana Camila Barreto Ramírez	, con C.C. No	1019057683
Angela María Amaya Cifuentes	, con C.C. No	1070920274
Laura Cristina Olaya Rojas	, con C.C. No	1016047006

En nuestra calidad de autoras exclusivas de la obra titulada:
Narrativas de resistencia, otras formas de alumbramiento

(por favor señale con una "x" las opciones que apliquen)
Tesis doctoral Trabajo de grado Premio o distinción: Si No

cual:
presentado y aprobado en el año 2014, por medio del presente escrito autorizamos a la Pontificia Universidad Javeriana para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre nuestra obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autorizan a la Pontificia Universidad Javeriana, a los usuarios de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J., así como a los usuarios de las redes, bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga perfeccionado un convenio, son:

AUTORIZO (AUTORIZAMOS)	SI	NO
1. La conservación de los ejemplares necesarios en la sala de tesis y trabajos de grado de la Biblioteca.	X	
2. La consulta física (sólo en las instalaciones de la Biblioteca)	x	
3. La consulta electrónica - on line(a través del catálogo Biblos y el Repositorio Institucional)	X	
4. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer	X	
5. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet	X	
6. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previo convenio perfeccionado con la Pontificia Universidad Javeriana para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones	X	

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso nuestra obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

De manera complementaria, garantizamos en nuestra calidad de estudiantes y por ende autores exclusivos, que la Tesis o Trabajo de Grado en cuestión, es producto de nuestra plena autoría, de nuestro esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de nuestra creación original particular y, por tanto, somos las únicas titulares de la misma. Además, aseguramos que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifestamos que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de nuestra competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Pontificia Universidad Javeriana por tales aspectos.

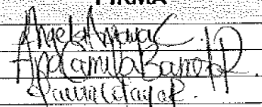
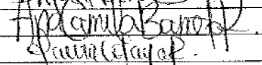
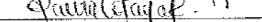
Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaremos conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Pontificia Universidad Javeriana está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

NOTA: Información Confidencial:

Esta Tesis o Trabajo de Grado contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de una investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado. Si No

En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos), en carta adjunta, tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

NOMBRE COMPLETO	No. del documento de identidad	FIRMA
Angela María Amaya Cifuentes	1070920274	
Ana Camila Barreto Ramírez	1019057683	
Laura Cristina Olaya Rojas	1016047006	

FACULTAD: Psicología

PROGRAMA ACADÉMICO: Psicología

**BIBLIOTECA ALFONSO BORRERO CABAL, S.J.
DESCRIPCIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO
FORMULARIO**

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS DOCTORAL O TRABAJO DE GRADO			
Narrativas de resistencia, otras formas de alumbramiento			
SUBTÍTULO, SI LO TIENE			
Experiencias de gestación, parto y puerperio por medio de la partería a partir de las narrativas de tres mujeres en Bogotá			
AUTOR O AUTORES			
Apellidos Completos		Nombres Completos	
Amaya Cifuentes		Angela María	
Barreto Ramírez		Ana Camila	
Olaya Rojas		Laura Cristina	
DIRECTOR (ES) TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO			
Apellidos Completos		Nombres Completos	
Sánchez Benítez		Natalie	
FACULTAD			
Psicología			
PROGRAMA ACADÉMICO			
Tipo de programa (seleccione con "x")			
Pregrado	Especialización	Maestría	Doctorado
x			
Nombre del programa académico			
Psicología			
Nombres y apellidos del director del programa académico			
Sandra Juliana Plata			
TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:			
Psicóloga			
PREMIO O DISTINCIÓN(En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial):			
CIUDAD	AÑO DE PRESENTACIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO	NÚMERO DE PÁGINAS	
Bogotá	2014	96	
TIPO DE ILUSTRACIONES (seleccione con "x")			
Dibujos	Pinturas	Tablas, gráficos y diagramas	Planos
		x	
Mapas	Fotografías	Partituras	
SOFTWARE REQUERIDO O ESPECIALIZADO PARA LA LECTURA DEL DOCUMENTO			
Nota: En caso de que el software (programa especializado requerido) no se encuentre licenciado por la Universidad a través de la Biblioteca (previa consulta al estudiante), el texto de la Tesis o Trabajo de Grado quedará solamente en formato PDF.			

MATERIAL ACOMPAÑANTE					
TIPO	DURACIÓN (minutos)	CANTIDAD	FORMATO		
			CD	DVD	Otro ¿Cuál?
Vídeo					
Audio					
Multimedia					
Producción electrónica					
Otro Cuál?					
<p align="center">DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL E INGLÉS</p> <p>Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. <i>(En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Sección de Desarrollo de Colecciones de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J en el correo biblioteca@javeriana.edu.co, donde se les orientará).</i></p>					
ESPAÑOL			INGLÉS		
Partería			midwifery		
Maternidad			motherhood		
Violencia obstétrica			Obstetricviolence		
Subjetividad femenina			Femeninesubjectivity		
			Alternativedelivery		
<p align="center">RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS (Máximo 250 palabras - 1530 caracteres)</p>					
<p>La partería en Colombia es una práctica que hace referencia a una forma tradicional de asistir partos basada en saberes ancestrales como la medicina natural, generalmente es llevada a cabo por mujeres y hombres indígenas, afro y campesinos. Debido a la violencia que a lo largo del tiempo han sufrido las mujeres en el proceso y momento del parto enmarcado en las instituciones hospitalarias regidas por la medicina occidental, se ha repensado la forma como se da a luz en la actualidad por algunas mujeres y familias, lo cual ha llevado al parto alternativo como una forma válida de parir. De este modo, el objetivo de ésta investigación fue explorar la forma como se construyen las subjetividades de tres mujeres Bogotanas entorno a prácticas alternativas de embarazo, parto y post parto, describiendo el proceso de gestación y alumbramiento de estas tres mujeres a través de la partería; comprendiendo así, los significados que las participantes han construido sobre su experiencia. El marco epistemológico que guía este estudio es el construccionismo social y se apoya en la teoría crítica feminista. Es un estudio cualitativo, que se enmarca en el método biográfico y hace uso del análisis matricial para el tratamiento de los datos.</p>					
<p>Midwifery in Colombia is a practice that refers to a traditional form of ancestral knowledge based attend as natural medicine births, is generally carried out by women and indigenous people, afro and peasants. Because of the violence that over time women have suffered in the process and time of delivery framed in hospitals governed by Western medicine, it has rethought the way it delivers at present by some women and families, which has led to alternative delivery as a valid form of birth. Thus, the objective of this investigation was to explore how the subjectivities three women around</p>					

Bogota alternative practices of pregnancy, childbirth and postpartum are constructed, describing the process of gestation and birth of these three women through midwifery; so understanding the meanings that the participants have built on their experience.

The epistemological framework guiding this study is the social constructionism and relies on feminist critical theory. It is a qualitative study, which is part of the biographical method and makes use of matrix analysis for data processing.