

LA MEDICALIZACIÓN Y LA MATERNIDAD EN LOS ALTOS DE CHIAPAS

Magdalena del Carmen
Morales Domínguez



**LA MEDICALIZACIÓN Y LA MATERNIDAD
EN LOS ALTOS DE CHIAPAS**



Agradezco a cada una de las mujeres que decidieron compartir su experiencia materna. A parteras, personal de salud y familias, que me permitieron dar seguimiento etnográfico a cada una de ellas, a lo largo de casi dos años de trabajo de campo.

LA MEDICALIZACIÓN Y LA MATERNIDAD EN LOS ALTOS DE CHIAPAS

MAGDALENA DEL CARMEN

MORALES DOMÍNGUEZ



Primera Edición 2021

Edición: José Antonio López Ramírez
Diseño de cubierta: José Rodolfo Mendoza Ovilla
Corrección de estilo: Jenny Ivette Gómez Hernández.
Director Editorial: Luis Adrián Maza Trujillo

ISBN: 978-607-561-095-5

D.R. 2021 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

Boulevard Belisario Domínguez km 1081, sin número, Terán, C.P. 29050, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra. Así como su transmisión por cualquier medio, actual o futuro, sin el consentimiento expreso por escrito de los titulares de los derechos. La composición de interiores y el diseño de la cubierta son propiedad de la Universidad Autónoma de Chiapas.

Impreso en México

Printed in Mexico

PRESENTACIÓN

A lo largo del siglo xx, la *maternidad*—entendida en este libro como el proceso fisiológico de la vida reproductiva de la mujer, constituido por el *embarazo*, el *parto* y el *puerperio*— sufrió una importante transformación. Si en el siglo xix prácticamente todos los partos ocurrían en el hogar, supervisados y atendidos por parteras o por las mujeres de la familia, desde los primeros años del siglo xxi más del 95 % de los partos han sido *medicalizados*.

El interés del estado en la atención de la salud individual en las zonas rurales surge en los años treinta, cuando el servicio social médico se hace obligatorio y se instauran los Servicios Médicos Rurales. Los pocos profesionales de la medicina que había en México estaban concentrados en la capital y las grandes ciudades, de modo que en 1936 el 69 % de las localidades del país carecían de servicios médicos. En las 9.^a y 10.^a conferencias sanitarias de la Organización Panamericana de la Salud (ops), celebradas en 1934 y 1938 respectivamente, los países votaron a favor de la protección de la maternidad. Se promovieron recomendaciones para legislar la notificación del embarazo, el servicio de enfermeras visitadoras, y la vigilancia y la atención obstétrica en las zonas rurales donde ejercen parteras empíricas. Tales recomendaciones derivaron en la *medicalización de la maternidad* en Latinoamérica y en México. Para los años cuarenta, sin embargo, los profesionales de la medicina moderna no tenían prácticamente contacto con el ámbito rural (Hewitt, 1977). Martínez (1944) señala que en las zonas rurales nacían 550 000 niños al año, y en toda la provincia se atendían apenas 15 000 partos anuales.

El estado de Chiapas se distingue particularmente del resto de la nación. Dadas sus condiciones económicas postergó el control de las enfermedades infecciosas. En las décadas de los cincuenta —con

el ingreso del Instituto Nacional Indigenista (INI)— y los sesenta, el interés del sector de la salud se centró en el control de las enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación y en las campañas de saneamiento ambiental e higiene, mientras que en el resto de la nación se consolidaban ya los programas de atención materno infantil.

Los programas de gobierno de 1982-1988 y de 1988-1994 abordan el problema de la salud materna. El primero señala la necesidad de disminuir en 10 % la muerte materna, y el segundo centra en la familia las estrategias para resolver las complicaciones de la maternidad. No es sino hasta el siglo XXI cuando dos programas: Progres-a-Oportunidades-Prospera y el Seguro Popular hacen llegar a Chiapas la atención universal de la maternidad en los servicios públicos.

Si, bien la atención de la maternidad se institucionaliza en México a lo largo del siglo XX, los estudios al respecto pocas veces abordan su medicalización. Así, uno de los aportes de este libro está en que permite reflexionar sobre: 1) la medicalización de la maternidad —en cuanto a los efectos de la atención de los sectores público y privado en materia de control y patologización de un evento que hasta hace un siglo era considerado como natural—, y 2) las implicaciones de los avances tecnológicos y su *mercantilización en la medicalización de la maternidad*, incluyendo la atención que se declara no medicalizada. Por ejemplo, el *parto humanizado*, tal como se describe en este trabajo.

El análisis del ejercicio de la *autonomía de la mujer* —elemento teórico guía de la investigación— tiene tres ejes principales: 1) la información y la experiencia de la mujer con respecto a la maternidad, que determina su intencionalidad en la toma de decisiones, o con respecto a la elección de estrategias para la acción; 2) la posición de vulnerabilidad de la mujer, que varía según sus circunstancias, y 3) la influencia que tienen en la mujer los distintos actores que intervienen en la maternidad, como la pareja, la familia, los prestadores de servicios para la salud y las redes de apoyo del entorno.

Este libro muestra que la relación entre la mercantilización de la medicalización y la medida en que la mujer puede ejercer su autonomía no siempre es directa, ya que esta depende de las necesidades y las acciones intencionadas de la propia mujer, que pueden tener en mayor o menor medida fines medicalizados. Por otra parte, el análisis de cinco casos de maternidad desde la óptica de la antropología médica revela formas diferenciales de medicalización y autonomía en sus distintas etapas (embarazo, parto y puerperio), según la vulnerabilidad de la mujer por su contexto. Este hallazgo constituye un tercer aporte del libro de la doctora Magdalena Morales.

Los casos analizados en este trabajo muestran que: 1) el ejercicio de la autonomía de la mujer durante el embarazo depende de su contexto (los prestadores de servicios, la pareja, la familia y las redes sociales); 2) este ejercicio de la autonomía de la mujer se ve muy limitada durante el parto, etapa en que los prestadores de la atención tienen un mayor control por tratarse de un evento sumamente normalizado; y 3) la mujer pasa a un segundo término en el puerperio, pues en esta etapa la principal preocupación es por el recién nacido (aunque cuando la mujer cuenta con el apoyo de su familia, esta asume el control).

El lector podrá identificar la diversidad de las necesidades que surgen durante el puerperio, según la posición de vulnerabilidad que guarden las mujeres. Las preocupaciones de unas pueden centrarse en su propio cuerpo y sus cambios fisiológicos, mientras que otras pueden concentrarse en el bienestar del recién nacido o en la supervivencia.

Estos aportes fueron posibles gracias a un amplio trabajo de campo y etnográfico. La investigadora dio seguimiento a diez mujeres durante un periodo que va de tres meses hasta más de un año. De este modo, pudo conocer las experiencias de las mujeres durante las distintas etapas de la maternidad. Hay, a la fecha, pocos estudios de antropología médica que

sigan la trayectoria de todas las etapas de la maternidad. En este caso, el trabajo de campo abarcó más de dos años (2016-2018).

Magdalena Morales tiene una amplia experiencia en la investigación en el campo de la salud materna. Para realizar este proyecto cursó el nivel básico de la especialidad de partería en la Cruz Roja, que incluyó prácticas médicas en el Hospital de la Mujer en San Cristóbal de Las Casas. Estas prácticas fueron fundamentales para su trabajo etnográfico en los servicios de salud.

Este trabajo es una lectura muy útil para aquellas personas interesadas en la salud materna por sus aportes teóricos, metodológicos y de campo.

María Graciela Freyermuth Enciso
Marzo de 2020

ÍNDICE

Introducción.....	13
Capítulo 1	
Una aproximación a la medicalización de la maternidad.....	25
Capítulo 2	
Comó analizar la utonomía de la mujer ante la medicalización de la maternidad.....	43
Capítulo 3	
Introducción a la definición de las intervenciones en la maternidad.....	55
Capítulo 4	
La experiencia materna de cinco mujeres de los altos de Chiapas.....	75
Capítulo 5	
Lluvia: Vivir con el programa prospera (2016).....	79
Capítulo 6	
Cielo: Todo por embarazarme.....	97
Capítulo 7	
Brisa: Por un embarazo desmedicalizado.....	135
Capítulo 8	
Luna: No pensé embarazarme.....	147
Capítulo 9	
Mar: Mi embarazo de alto riesgo.....	159
Capítulo 10	
Reflexiones sobre la complejidad de la medicalización en la salud materna.....	175

INTRODUCCIÓN

La investigación que da lugar a este libro parte de los resultados obtenidos en la tesis de doctorado en Antropología Social, titulada “La medicalización y la autonomía: etnografía de experiencias maternas en Chiapas”, realizada en 2016-2018 como parte de una investigación más amplia en la línea de la antropología médica.

La *antropología médica* es una rama de la Antropología Social desarrollada en la década de los noventa (Menéndez, 1990), a fin de observar desde la óptica etnográfica el comportamiento de los pueblos frente a la salud y la enfermedad, incluyendo sus prácticas al respecto. Es pertinente analizar desde esta óptica la medicalización del embarazo, el parto y el puerperio en distintos contextos en el estado de Chiapas, que es uno de los estados más pobres del país. Este libro presenta la complejidad de la medicalización del embarazo, el parto y el puerperio mediante la descripción de las prácticas y las representaciones de las experiencias maternas de las mujeres de los Altos de Chiapas.

De acuerdo con Foucault (1989), si bien en un comienzo el objeto de la medicina fue la población de élite, con el incremento de las migraciones y las epidemias, sus intervenciones se expandieron a todas las clases sociales gracias a la *gubernamentalidad* de la salud. La medicalización se fue incorporando en situaciones propias de la naturaleza humana, con lo que estas se fueron convirtiendo en objeto de estudio de la biomedicina, tal como ocurrió con la experiencia de las mujeres en el embarazo, el parto y el puerperio. La medicalización es, por ende, un fenómeno que los seres humanos internalizamos.

Esta investigación trata de responder a la pregunta ¿de qué manera hoy en día se está medicalizando la *maternidad* en los Altos de Chiapas, considerando los matices del contexto?

Antecedentes

En 1983 San Cristóbal de Las Casas solo tenía dos sanatorios privados, un hospital regional y una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para atender a toda la población. Los partos eran atendidos principalmente por *parteras tradicionales o empíricas*. Corría el rumor, tanto en el medio urbano como en el rural, de que en las instituciones públicas a las mujeres les hacían —sin su consentimiento— la oclusión tubaria bilateral (OTB) para que no tuvieran más hijos, por lo que muchas optaban por la atención domiciliaria de las parteras para el embarazo, el parto y el puerperio.

La partería ayer y hoy

Según me cuenta mi madre, ella y mi abuelita —que vivían en San Cristóbal de Las Casas— se dedicaron a la partería porque había demanda de atención de la maternidad. Si surgían complicaciones su elección era la clínica de campo del IMSS. Las parteras aprendían el oficio sobre la marcha y no tenían, por lo general, material especial. Se lavaban bien las manos, preparaban mantas, una infusión y rezaban antes de que naciera la criatura. Su único instrumento para cortar el cordón umbilical era una navaja de afeitar (*Gillette*) a manera de bisturí, algunas aplicaban inyecciones para acelerar el parto. Hoy en día muchas de las parteras tienen más conocimientos, emplean material médico (bisturí, cintas de cordón umbilical, guantes) y están capacitadas para reconocer los signos de alarma. Las *parteras capacitadas* y *parteras profesionales* son aquellas a las que la Secretaría de Salud reconoce por su formación. Por otro lado, el 80 % de los partos son atendidos en los hospitales, lo que afecta las representaciones que tienen las mujeres de los modelos de atención de la maternidad.

Una maternidad incierta: la historia de Mari

Mi madre me relató la experiencia de Mari, quien parió el día que yo nací y ocupaba la cama contigua a la suya. Mari le platicó que estaba

feliz porque su niña había nacido bien, y le contó su historia. Cuando se enteró de que estaba embarazada, su hijo más pequeño tenía apenas cinco meses de nacido. Ella había pensado no tener más hijos porque los que ya tenía se llevan al menos dos años de diferencia y su esposo no la apoyaba económicamente porque se gastaba en alcohol lo que ganaba. Vivía en la casa de su suegra y debía salir a trabajar (lavando ropa) para mantener a sus hijos, puesto que tampoco tenía ningún apoyo familiar.

Mari tenía 31 años y había decidido abortar. Su primera elección fue la herbolaria: se tomó una infusión preparada con ruda licuada, pero ese remedio no funcionó. Se tomó entonces unas pastillas que tampoco llevaron al resultado deseado. Decidió, al fin, ir al hospital. Ahí le dijeron: «Señora, ya tiene casi cuatro meses de embarazo. Es muy peligroso abortar. Tiene hijos pequeños que van a quedar huérfanos. Pero por todo lo que se ha tomado, su criatura podría tener alguna malformación». Continuó con el embarazo porque no quería dejar huérfanos a sus hijos, y comenzó a llevar controles prenatales en la clínica. Mari le dijo a mi mamá que por eso en el parto lo único que quería era ver si su hija estaba completa o tenía alguna malformación. Esto marcó la maternidad de Mari.

El riesgo de dejar huérfanos a sus hijos le impidió ejercer su autonomía y detener su embarazo. Vivió todo esto en soledad, pues su esposo no se enteró de nada. Estaba, además, el hecho de que si en San Cristóbal de Las Casas una mujer decidiera abortar era —y sigue siendo— considerado un asunto conflictivo. La experiencia de Mari es ilustrativa: la imposibilidad de abortar y saberse en una posición vulnerable impidió que ejerciera su autonomía, aunque había tenido acceso a distintas formas de atención, desde la tradicional hasta la más medicalizada: en el sureste de México había, por lo visto —al menos a finales del siglo pasado—, libre acceso a medicamentos controlados que podían incluso causar la muerte de las mujeres.

Los avances científicos y tecnológicos, y la medicalización de la maternidad

En la región de los Altos, en especial en San Cristóbal de Las Casas, los avances científicos y tecnológicos que subyacen tras la medicalización han cambiado las formas de atención de la maternidad y, por consiguiente, el ejercicio de la mujer de su autonomía. La mujer sigue siendo la principal responsable de su cuidado personal y el cuidado de la criatura durante el embarazo, el parto y, sobre todo, el puerperio. La forma en que lo hace responde a su contexto.

Cinco complejos casos de maternidad: cinco relatos elocuentes

Las historias que se presentan en este libro dan cuenta de los problemas que las mujeres afrontan a lo largo de la maternidad. El propósito de presentar tales experiencias es mostrar que las mujeres embarazadas están expuestas a diversas formas de medicalización y ejercen su autonomía en diferente medida, sin importar la generación a la que pertenezcan, ya que todo depende del contexto y el desarrollo del evento obstétrico.

En el sureste de México la medicalización comenzó a aplicarse a finales del siglo xx. El levantamiento armado zapatista de 1994 le dio visibilidad a Chiapas. La relación entre población y Estado se estrechó gracias a las intervenciones para la salud, y se asignó un mayor presupuesto a los programas y la infraestructura para la atención materna. Alrededor de 1998 los servicios de salud comenzaron a descentralizarse y en 2004 llegó el Seguro Popular para proteger a la denominada “población abierta”. Al mismo tiempo, organizaciones médicas humanitarias internacionales y nacionales como casas de parto, sanatorios privados, el Comité Internacional de la Cruz Roja, Médicos del Mundo y Médicos sin Fronteras, promovieron diferentes prácticas para la atención de la salud materna, lo que generó una acelerada instrumentación de intervenciones y modificó las formas de vivir la maternidad.

La demanda de nuevas modalidades de atención de la maternidad

Las mujeres embarazadas están influidas por la mercadotecnia (de los medios de comunicación, las redes sociales y la interacción directa con otras personas), lo que se refleja en sus representaciones y sus prácticas cotidianas. Se ha creado la necesidad de tener un embarazo seguro y un parto saludable, tanto para la madre como para la criatura. Sin embargo, en las entidades de mayores rezagos, ciertos recursos tecnológicos de avanzada —como el ultrasonido de quinta dimensión— son inaccesibles para la mayoría de las mujeres que se atienden en los servicios públicos. No obstante, hay quienes hacen hasta lo imposible por cubrir su costo. A estas dificultades se suma, a veces, el costo de los posibles efectos secundarios del mal uso de la tecnología o la medicalización. Está, por ejemplo, el sobre uso de la oxitocina, medicamento que si bien sirve para acelerar el trabajo de parto, en dosis excesivas puede dar lugar a una emergencia obstétrica. Durante el embarazo, algunas mujeres deben trasladarse para asistir a las consultas prenatales o a hacerse estudios; si deciden atenderse en un hospital, sus acompañantes tienen que pagar sus comidas y el transporte, pues por lo general residen en otra comunidad. Todo eso tiene un costo económico y social. Otro ejemplo de gastos extra es cuando las mujeres deben permanecer en el hospital más de 20 días después del parto para cuidar a su criatura en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, y dejan a su familia al cuidado de la madre, la suegra o la hija mayor.

Las políticas públicas y la medicalización de la maternidad

Las políticas públicas aplicadas en los programas sociales y de salud, así como los avances tecnológicos, modifican las prácticas de la atención médica y, por consiguiente, las representaciones de las mujeres relativas a la atención de la salud materna. Considérese, por ejemplo, la semiología obstétrica: el uso del ultrasonido en la exploración física (para revisar la posición del feto en el útero de la mujer) ha desplazado las maniobras de

Leopold, es decir, el procedimiento de palpación, percusión y auscultación. Todo se limita al diagnóstico tecnológico.

El capítulo 1 aborda la medicalización en la atención de la salud materna, tema sumamente complejo dados los múltiples factores y actores que intervienen en este fenómeno. No basta con definir la medicalización, es necesario desentrañar la relación de poder entre el médico y el cuerpo femenino, revisar el discurso de la desmedicalización y analizar cómo entra en juego la autonomía de la mujer en cuanto usuaria/paciente frente a la medicalización en las diversas formas de atención médica.

En el capítulo 2 se busca responder a la pregunta ¿cómo analizar la autonomía de la mujer ante la medicalización de la maternidad? Se define el ejercicio de su autonomía desde su intencionalidad; se describe su experiencia y se revisa su vulnerabilidad ante la toma de decisiones.

Posteriormente, en el capítulo 3 se aborda la definición de las intervenciones que se practican en las tres etapas de la maternidad —y los actores que participan en ellas—, en los diferentes modelos de atención de la salud, a partir de la base de datos obtenida en el seguimiento etnográfico (de 6 a 12 meses) de diez mujeres embarazadas hasta el fin del puerperio. Puesto que la medicalización del embarazo se da en los diversos sectores de atención de la salud y en todos los estratos sociales, el estudio incluye una serie de experiencias y factores involucrados en estos procesos, como la infertilidad —que va en aumento por múltiples causas biosociales—, el uso de anticonceptivos o el deseo de un hijo a una edad avanzada —lo que ha llevado a adoptar prácticas de reproducción asistida como los tratamientos de inseminación artificial y el vientre subrogado. Se incluyen experiencias de mujeres que utilizan tratamientos de reproducción asistida y mujeres en condiciones de pobreza que no deseaban estar embarazadas.

El capítulo 4 trata de la inequidad en la atención de la maternidad en los Altos de Chiapas, y ofrece un recuento de la oferta pública y privada al respecto.

Los capítulos del 5 al 9 exponen las vivencias de las mujeres participantes en el estudio durante la maternidad. Se explora de qué manera se medicaliza el embarazo, el parto y el puerperio, y cómo las mujeres ejercen su autonomía en las diferentes situaciones que les toca vivir.

La “humanización” del parto y la atención “intercultural”

La maternidad no es una experiencia lineal porque cada etapa (embarazo, parto y puerperio) es diferente y compleja. En los capítulos dedicados a las historias de las mujeres participantes en el estudio, se explora el “parto humanizado” promovido en casas de partos privadas que introducen actores e insumos novedosos —como el acompañamiento de una doula, el parto en agua, la homeopatía, las flores de Bach, el curso profiláctico, la práctica de yoga— para atender el embarazo, el parto y el puerperio. Si bien el parto “humanizado” es atractivo para muchas mujeres, pocas pueden costearlo.

A partir de esta “humanización” y en defensa de los derechos de las diversas poblaciones hablantes de una lengua indígena, en los años noventa se comenzó a hablar en las instituciones públicas sobre la atención “intercultural” (Menéndez, 2016). La perspectiva intercultural tiene dos ejes: 1) el respeto a la medicina tradicional y, en general, a los usos y costumbres de los pueblos indígenas; y 2) un trato digno en la atención de las poblaciones más desprotegidas. Sin embargo, esta visión ha estereotipado algunos elementos de la atención intercultural. Por ejemplo, se ha considerado el parto “vertical” como indicador de la atención intercultural, dado que el parto es una experiencia única en cada mujer y para cada criatura. La prioridad de la mujer indígena no es parir de forma vertical, sino tener

libertad de elegir cómo hacerlo, de moverse, de decidir quién la acompañe. La mujer que va a parir (sin importar si es indígena, si habla o no una lengua indígena, si tiene más o menos escolaridad) reclama ser tomada en cuenta y recibir un mejor trato. Como se hace evidente en los relatos de las mujeres que participaron en este estudio, no basta una adecuación intercultural con cierto equipamiento y un servicio cada vez más controlado, que limita su autonomía.

La medicalización de la maternidad

La medicalización durante el embarazo se da en el control prenatal, que busca detectar riesgos para la salud de la madre o la criatura. La medicalización durante el parto busca evitar la muerte materna o del recién nacido. La asistencia de las mujeres al control prenatal ha dado lugar al incremento del parto institucional. En la actualidad, el 90 % de los partos en Chiapas son atendidos por personal médico (Dirección General de Epidemiología [DGE], 2018).

El parto

El parto es la etapa más medicalizada de la maternidad debido a la posibilidad de que surja alguna complicación que ponga en riesgo la salud o la vida misma de la mujer o la criatura. Por el tipo de servicio que la mujer (o su familia) elija o necesite, su atención en esta etapa puede resultar más o menos costosa. Es también la etapa en que la mujer ve más reducida su autonomía porque aumentan los factores de vulnerabilidad por el extrañamiento y el dolor. Por estar en una institución normada en extremo, la mujer ve minimizadas sus posibilidades de decidir sobre su atención.

El puerperio

En todos los relatos presentados se aborda el puerperio. Se trata de una etapa sumamente compleja en que el binomio madre-hijo se separa, la mujer pasa por drásticos cambios biológicos, emocionales y sociales: sus

órganos reproductivos se reacomodan, tiene sangrado durante varios días y sufre alteraciones hormonales. De ahí la importancia de profundizar en la complejidad de las diferentes formas de medicalización de esta etapa. La lactancia puede provocar dolor o incomodidad en los senos. Con la integración de un nuevo ser en su vida, la mujer debe encarar también los problemas sociales, culturales y económicos propios y de su entorno, así sea primigesta o multigesta. Pero la medicalización y, en ocasiones, la atención especializada se debe en gran parte a las depresiones que, a pesar de ser un problema muy frecuente, es poco identificado entre las mujeres de escasos recursos.

La morbilidad materna

Por otra parte, las tres primeras causas de muerte materna en Chiapas son la hemorragia obstétrica (22.5 %); la enfermedad hipertensiva, el edema y la proteinuria durante el embarazo, el parto y el puerperio (20 %); y las enfermedades del sistema respiratorio (15 %); que representan la suma del porcentaje (52.1 %) total de las defunciones (DGE, 2018). Cabe hacernos las siguientes preguntas: ¿dónde están muriendo las mujeres?, ¿en las instituciones de salud?, ¿cuál es la responsabilidad de las instituciones al respecto?, ¿cuál la de las mujeres? Responderlas rebasa el alcance de este trabajo, pero señalan la necesidad de indagar cómo perciben las mujeres la atención que reciben en las instituciones, y cómo se conforman sus representaciones a lo largo del embarazo, el parto y el puerperio.

Las Guías Clínicas y la NOM-007

En México la normativa para estandarizar la atención del embarazo, el parto y el puerperio se integra en las Guías Clínicas y la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA-2016) “Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido”, de observancia obligatoria para

el Sistema Nacional de Salud. Esta norma indica que el personal médico de los centros de salud debe dar seguimiento a la mujer puérpera a las 24 horas, a los tres días y a los ocho días del parto, con los mecanismos de monitoreo que dicho personal elija. Las estadísticas señalan que el mayor número de muertes maternas ocurren justamente en el puerperio inmediato. Y las muertes neonatales que ocurren en esa etapa no se reconocen porque cuando el parto es normal, el alta del hospital se da a más tardar a las 24 horas. Es preocupante, por otro lado, que a pesar del incremento de las cesáreas, las mujeres no sean monitoreadas en el puerperio.

La partería y las casas de parto

Las parteras profesionales y las casas de parto incluyen en sus paquetes de servicio la atención durante el puerperio (tres visitas después del parto y cierre a los 40 días) Las parteras tradicionales, por su parte, han dejado de dar seguimiento a las mujeres durante el puerperio; su atención termina con la entrega del certificado de nacimiento, a los ocho días del parto. La certificación ha traído muchos cambios en la atención porque obliga a las parteras a registrarse en los centros de salud, que son las instancias autorizadas para emitirlo. También es un medio de control de las diversas formas de atención del parto, por lo que puede considerarse como mecanismo de medicalización institucional.

El porqué de las prácticas y las representaciones de las mujeres

Puesto que las experiencias de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio pueden diferenciarse (por ejemplo, un embarazo de alto riesgo puede cursar con un puerperio sin complicaciones o viceversa), y no hay una línea de tiempo uniforme ni unívoca, cada capítulo identifica y analiza prácticas y representaciones de las diferentes formas de atención de la salud materna. Los relatos de las experiencias de mujeres, como el de Mari, revelan por qué tomaron tal o cual decisión en las

diversas etapas de su maternidad. Yendo más allá de las consecuencias de una complicación dada, podemos analizar el contexto, es decir, las múltiples causas que permiten entender las prácticas y representaciones de las mujeres en las distintas etapas de su maternidad.

El capítulo 10 presenta una reflexión sobre la complejidad de la medicalización de la maternidad considerando la medicalización versus la autonomía de la mujer en un contexto mercantilizado, tema que habrá que seguir analizando para contribuir a la mejora de la atención de la salud materna. También se discute la trascendencia de las intervenciones sanitarias en las prácticas y las representaciones de las mujeres y los diferentes actores involucrados en la atención materna.

Si bien la medicalización asume diferentes formas a lo largo del tiempo, matizadas por los modelos de atención a los que las mujeres acceden, y afecta su autonomía para la toma de decisiones, un hallazgo central de este trabajo es que la mujer puede ejercer su autonomía en diferentes medidas, más allá de la medicalización y su contexto. Así, tanto en una experiencia materna medicalizada como en una escasamente medicalizada, la mujer puede ejercer en gran medida su autonomía o hacerlo de manera limitada o nula.

CAPÍTULO 1

UNA APROXIMACIÓN A LA MEDICALIZACIÓN DE LA MATERNIDAD

Este capítulo presenta una reflexión sobre la medicalización de la maternidad. Con esta reflexión se busca facilitar la comprensión de las condiciones en que las mujeres viven el embarazo, el parto y el puerperio en el siglo XXI.

Desde la perspectiva de Michel Foucault (1989), en la evolución a lo largo de la historia, la medicina se apoya en el desarrollo científico, económico y político, al que refleja en un sistema normativo e institucionalizado que permea la vida cotidiana de los seres humanos y afecta su intencionalidad y su subjetividad.

Los estudios teórico-metodológicos de la medicalización identifican, describen y explican los procesos de la salud/enfermedad. En este capítulo se propone colaborar en la comprensión de las formas de medicalización en la atención a la maternidad en un contexto rural contemporáneo.

La medicalización

La Real Academia Española (2019) define a la medicina como «el conjunto de conocimientos y técnicas aplicados a la predicción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades humanas y, en su caso, a la rehabilitación de las secuelas que puedan producir». Por otro lado, Foucault (1989) no la considera una ciencia pura, sino un sistema de poder sobre el cuerpo, puesto que interviene en la vida del ser humano para el cuidado y el mantenimiento del cuerpo. De aquí que la medicalización vincule la medicina, la economía, el poder y la sociedad.

Desde esta perspectiva, siempre de acuerdo con Foucault (1989), la medicalización es un proceso en que la medicina expande su alcance a través de los siglos. Hasta el siglo XVI no se dio importancia a la trascendencia de la medicina, pero en el XVII las autoridades religiosas y civiles apelaron al testimonio de la calidad de la medicina para ganar adeptos frente a lo sobrenatural, y comenzó a entretorse la relación de la medicina con las instituciones. Aparece la autoridad médica (una autoridad social) y se interviene en el medio ambiente con el saneamiento de las aguas negras, lo que marca el comienzo de la medicina social —aunque Foucault señala que la medicina es social y no hay medicina no social. La percepción de la medicina también cambió con la conversión de los hospitales —que se consideraban un espacio donde las personas solo llegaban a morir— en aparatos de medicalización colectiva o espacios de sanación, y no de muerte.

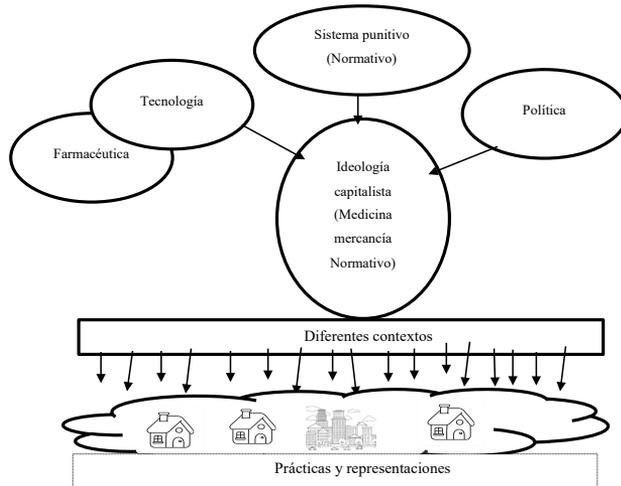
De acuerdo con este autor, el Plan Beveridge, emitido en el siglo XIX, indicaba que el estado tenía la obligación de hacerse cargo de la salud. Este decreto tuvo repercusiones internacionales, y la salud pasó a ser objeto de preocupación del estado como el derecho del hombre-ciudadano de mantener su cuerpo en buen estado. De este modo, los países se vieron obligados a garantizar la salud de su población y tuvo lugar la macroeconomía de la salud (Foucault, 1989). En el siglo XIX había en México un médico por cada 5 000 habitantes; 86 % de los médicos vivían en la Ciudad de México —donde las personas podían pagar sus servicios—. Una de las enfermedades graves que afrontó el país en ese entonces fue la influenza española, que mató a más personas que la propia Revolución.

En este escenario en que el estado se hace cargo de la salud, surgen los instrumentos de control social que marcan el comienzo de la *gubernamentalidad* a partir de un modelo arcaico: la pastoral cristiana como base diplomática de la milicia. Esto permitió la apertura de las

instituciones y los establecimientos regidos por políticas de control social. La *gubernamentalidad* se tradujo en políticas e instituciones para administrar y controlar la salud.

De acuerdo con Foucault (1975), la medicalización se basa en la observación de la manera en que el estado ejerce el poder sobre los cuerpos de los individuos. En el siguiente esquema se explica cómo esta relación se expande desde la ideología dominante para integrarse en la normativa, y logra sancionar mediante un *sistema punitivo*. Es decir, se muestra cómo por el simple hecho de etiquetar un fenómeno de la vida cotidiana como objeto de la medicina, este se desarrolla en la cultura y se introduce en el sistema normativo del consumo como una tecnología de poder. Podría hablarse de la naturalización sistemática de las prácticas institucionales que inciden en la vida de los individuos.

Esquema 1. Proceso de medicalización según las lecturas de Foucault (1989)



Fuente: Elaboración propia (2019)

Las prácticas medicalizadas y sus representaciones son resignificadas en los distintos contextos en que se ejercen, y naturalizadas en las instituciones. Como se muestra en el esquema anterior, la medicina no se expande por sí sola, sino que se convierte en mercancía y genera un sistema mercantil. Echeverría (2008) refiere que una mercancía «es lo que tiene un valor de uso y un valor de cambio: el valor de uso es su capacidad de satisfacer una necesidad humana, y el valor de cambio es el que tiene en el mercado y se mide en dinero». La medicalización implica la mercantilización de la salud: para solventar las necesidades sanitarias se generan servicios/mercancías que construyen en el mercado una economía de la salud. Por consiguiente, en el campo de la salud, la tecnología, los medicamentos, los servicios del sistema privado y demás se convierten en mercancías.

Quizá el elemento que cambia dramáticamente la práctica de la medicina y la entrega de servicios de salud sea la tecnología: el médico familiar ha ido desapareciendo ante la exigencia de los grandes capitales de innovar la atención empleando la tecnología de punta (Echeverría, 2008).

También desaparece la tradición de atender al enfermo de acuerdo con sus necesidades y adecuar los honorarios a su capacidad económica. Otros ejemplos de cómo el desarrollo tecnológico modifica la atención de la salud son los sistemas de información en línea o digital de los propios médicos, o los sitios que describen padecimientos y tratamientos —favoreciendo con ello la automedicación— e impiden medir lo que la gente está dispuesta a invertir en su salud.

Tanto los avances tecnológicos como la *gubernamentalidad* de la salud fomentan la medicalización de manera diferenciada según el contexto. Por ejemplo: el parto medicalizado no es el mismo en Chiapas que en Monterrey, pues en la práctica influye un sinnúmero de factores (económicos, culturales y geográficos, entre otros). Monterrey es un estado de infraestructura y servicios más desarrollados, y sus fronteras colindan con las de Estados

Unidos, lo que se refleja en sus preferencias relativas a las prácticas de atención de la salud materna. Chiapas alberga más poblaciones rurales indígenas dedicadas a la agricultura que Monterrey, cuyas preferencias al respecto siguen asociadas a las parteras tradicionales.

La medicina se expande a través de los sistemas ideológico, político y económico. La práctica médica puede verse como un mecanismo del sistema de poder, parte de la relación entre estos sistemas. Pero este es tema de los estudios de la economía de la salud y no de este trabajo. Sin embargo, es pertinente destacar que la economía dirige la medicalización más que las demandas sociales y de los derechos humanos, o las solas exigencias médicas.

Foucault (1989) menciona algunas paradojas al respecto. Por ejemplo, el consumo médico no tiene una relación directa con una buena salud. Así, las intervenciones masivas de la medicina no necesariamente se asocian a mejores indicadores de la salud, lo que revela una paradoja económica: al crecimiento del consumo tecnológico no corresponde un fenómeno positivo en los resultados de la atención de la salud. Por ejemplo, si bien el consumo de tecnología ha facilitado el diagnóstico y la prevención de los riesgos de la salud materna —a pesar de las intervenciones—, las mujeres siguen muriendo después del parto por causas como la demora en la atención.

Gérvás y Pérez-Fernández (2016) documentan cómo la medicalización penetra la práctica de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, cuando les dicen qué hacer y cómo hacerlo. La ecografía, por ejemplo, es un método diagnóstico empleado durante el embarazo para detectar problemas obstétricos, menos invasivo que la radiología. Pero su uso no-diagnóstico (para revelar el sexo o tener la imagen del bebé) es innecesario y quizá no recomendable.

Iván Illich (1974) plantea que las sociedades occidentales eran dependientes de los médicos porque desde su nacimiento los individuos asociaban todas las actividades relativas a su salud a la biomedicina y sus espacios. Illich propone «deslegitimar el modelo de enseñanza que convirtió “el derecho a aprender” en “obligación de la escuela” para generar un desinterés sistemático y alejar a las masas de un aprendizaje cualitativo/crítico/plural, e imponer en su lugar un aprendizaje especializado/práctico/acrítico». Dicho modelo de enseñanza convierte al individuo en dependiente de un sistema económico en torno a la educación, y también al sistema de salud donde todo tiene que ser apologizado, como el nacer, el crecer y el morir.

De acuerdo con ese autor, la práctica médica, reproductora de la medicalización, se introduce en la vida cotidiana de los individuos —para los fines de este libro, de las mujeres—, y les expropia el poder de curarse a sí mismos y de modelar su ambiente (Illich, 1974).

Ahora bien, en la expropiación del poder individual (así lo llama Iván Illich y lo retoman Gérvas y Pérez-Fernández) los médicos han expropiado también amplios campos de la vida; tienen el monopolio para determinar qué es la salud y qué la enfermedad, quién está enfermo y quién no, cómo y dónde ha de atenderse el que está enfermo, y qué intervenciones deben hacerse durante el parto y ante la muerte (Gérvas y Pérez-Fernández, 2015). Por otra parte, los usos y costumbres de los pueblos re-significan la práctica médica en su contexto.

De modo que la medicalización no consiste solo en la intervención de la medicina, sino en sus diversas representaciones en la vida cotidiana de los individuos, y de las mujeres en particular, durante el embarazo, el parto y el puerperio. Se trata del control de los cuerpos en un sistema que mercantiliza la atención de la maternidad, pero también las prácticas y representaciones de las mujeres según su estilo de vida; mujeres que pueden ejercer su

autonomía, o no, conforme a un modelo de enseñanza en que las instituciones hacen normas de las prácticas. De ahí la importancia de la perspectiva de Foucault sobre la medicalización en cuanto ejercicio del poder sobre los cuerpos, en un sistema que entrelaza política, economía y sociedad, si bien Foucault no destaca al sujeto (Lupton, 1997; Busfield, 2017).

Definición de la medicalización

En este trabajo se entiende por medicalización la vinculación —en contextos específicos— del modelo médico hegemónico con la economía, el poder y la sociedad, para atender el embarazo, el parto y el puerperio. Es decir, todas las formas de atención de la salud materna —sean alópatas, alternativos o tradicionales— que operan en un sistema médico-social-mercantil en que las mujeres ejercen su autonomía conforme a su contexto.

La medicalización y el poder médico

Para Foucault (1990) el poder es un conjunto que va desde de prácticas y racionalidades históricas que conforman lo que él denomina tecnologías de poder, es decir, los procedimientos con que las relaciones de poder se articulan en una sociedad determinada mediante la producción de regímenes específicos de “verdad”. Verdad que se impone a determinados grupos de individuos. El saber es la máscara del poder donde tiene cabida la estructura, y no el sujeto (Foucault, 2001). Siguiendo con Foucault, el poder no es individual porque está permeado por redes e instituciones de control y vigilancia, y por la construcción de relaciones de poder que se traducen en tecnologías del yo; es decir, en intervenciones sobre el cuerpo y la mente de los individuos afectados por tales prácticas.

Las tecnologías del poder se mantienen en el individuo gracias a las prácticas propias del contexto en que se desenvuelven. Por eso Foucault las define como la relación entre uno mismo y la estructura social, pero no solo en uno mismo, sino en el entorno (Foucault, 1990). Se puede identificar

las prácticas como acciones de poder porque se traducen en el ejercicio del poder sobre el cuerpo.

Las tecnologías normativizan las experiencias y legislan la imaginación, allí donde la actividad humana hace emerger el acontecimiento capaz de destituir un orden establecido; tiene por función fundamental, no el poder de intervenir sobre los cuerpos, sino aquel que permita un control supraterritorial, que exceda los límites rígidos de los espacios cerrados. Como claves para entender la sociedad contemporánea, que denominamos posmoderna, y en su fase económico-política, globalizada, las tecnologías de poder han de instalarse en la esfera de la subjetividad, de manera que cada uno se apropie de ellas voluntariamente; han de ser aquellas que orienten imperceptiblemente el deseo, que domestiquen la fuerza incontrolable del “ello” y dirijan los cuerpos desde la conciencia cotidiana (Papalini; 2007).

Otros actores como Frideson (1978) habla de cómo la decisión de los médicos determina lo normal y lo que no lo es, lo patológico y lo que no lo es. Pero también habla de cómo el individuo afronta con negociaciones el poder del saber médico. Por su parte, Parsons (1964), por su parte, enfoca el poder de los médicos como determinante para definir lo normal y lo anormal, es decir, lo que tiene que medicalizarse y lo que no.

Los médicos certifican el estado de salud, el tipo de enfermedad, y la presencia y la causa de la muerte. Recuérdese que en Occidente, atender al individuo al nacer y al morir fue por siglos tarea de los sacerdotes y los sacristanes. Pero a partir del XIX se regularizó la expedición del certificado de nacimiento, con el que los individuos deben registrarse ante el gobierno como en un censo, tal como ocurre en México. Sin embargo, la mayoría de los individuos conservan el juicio para determinar si sufren o tienen dolor,

y cómo está su salud. El individuo evalúa su salud según su percepción interna, y constata que la salud y la enfermedad no son categóricamente excluyentes (Gérvás y Pérez-Fernández, 2015).

La medicalización no solo tiene que ver con las patologías orgánicas —donde la medicina hace lo suyo—, sino que norma otras esferas del cuerpo y se convierte en un proceso antropológico que establece lo que es normal y lo que no lo es, lo que hace bien y lo que no hace bien, lo que es moralmente correcto y lo que no lo es (Díaz, 2014).

La práctica médica juzga, clasifica, ordena y define al otro como sano o enfermo, normal o anormal, bello o feo, al tiempo que prescribe qué hacer con el otro: vigilarlo, internarlo, intervenirlo. El saber médico y su práctica se establecen así como una estructura de poder sobre la apariencia, la salud, la enfermedad y la atención de los individuos, en cuanto pacientes pasivos, e implican mecanismos que coartan su autonomía, su libertad, su capacidad de decisión y su poder.

Un estudio cualitativo hospitalario muestra cómo las decisiones del personal médico relativas a las intervenciones inciden en la toma de decisiones de las pacientes, sobre la base de criterios exclusivamente médicos, es decir, científicos y neutrales, sin considerar otros aspectos relevantes para ellas (Erviti et al., 2007). Pero no son los individuos quienes ejercen el poder, sino la normativa y las redes de los sistemas. De ahí el concepto de *biopoder*, alrededor del cual se entretajan las técnicas del gobierno de las poblaciones.

El poder del médico no es, pues, individual, sino propio del sistema: los avances científicos, la aplicación de la tecnología y las políticas para la atención de la salud constituyen el poder médico. Por consiguiente, como lo expresa Foucault (1990), los sujetos no tienen injerencia si no son parte del sistema. De ahí que autores como Iván Illich (1975) plan-

teen que para la medicalización los individuos son solo cuerpo, mero objeto de intervención, exento de autonomía. Pero la medicalización va mucho más allá porque su ejercicio ocurre en un sistema económico y social determinado, donde el poder médico es transformable: se puede adquirir o negociar en función de los recursos y las condiciones de los individuos afectados.

La medicalización y el cuerpo femenino

Como lo señala Foucault, el ejercicio del poder es diverso. Para los fines de este estudio se considera el poder del sistema de salud sobre lo obstétrico, entendido como un poder disciplinario enmarcado en el ámbito de la capacidad reproductiva de la mujer, que se ejerce en un espacio-género específico: el cuerpo que se embaraza, pare y se transforma. Esta microfísica del poder dispone de tecnologías disciplinarias, tales como la vigilancia, la observación minuciosa, la documentación estadística que establece la normalidad, y las técnicas para la administración médico-jurídica del embarazo, el parto y el puerperio. El poder obstétrico trasciende en la *gubernamentalidad* y los sistemas punitivos mediante los mecanismos de poder, motores de la medicalización, que actúan sobre el cuerpo de la mujer.

Sociólogas y antropólogas como Katz Rothman y Anne Oakley (1989, citadas por Fox y Worts, 2018), plantean que el cuerpo de la mujer es visto como una máquina poco eficiente: la propia mujer, como trabajadora no calificada, y el médico, como gerente, de tal modo que las mujeres necesitan la intervención del saber médico para parir porque este evento se considera un peligro.

La *gubernamentalidad* de la salud materna norma el cuerpo de la mujer. El Estado debe vigilar la atención que se brinda a la mujer y al recién nacido, ya que la mortalidad en este rubro es indicadora del desarrollo de los países donde la muerte materna es penalizada, no solo por el Estado,

sino por la propia sociedad. Para Fox y Worts (2018), las mujeres tienen autonomía con respecto a su maternidad; no son solo cuerpos que se embarazan y paren, sino que toman decisiones sobre la medicalización conforme a su contexto.

La medicalización institucionalizada (*gubernamentalizada*)

Mucho se ha hablado de las instituciones con respecto a la medicalización, pero ¿qué son las instituciones? Son las estructuras que constituyen el tejido de la esfera social. Según MacIntyre (2001) define:

Las instituciones están típicamente y necesariamente comprometidas con los llamados bienes externos. Es decir, necesitan conseguir dinero y otros bienes materiales, y se ordenan jerárquicamente para distribuir no solo el dinero, sino el poder. No podría ser de otro modo, puesto que deben sostenerse a sí mismas y las prácticas a su cargo; son, de hecho, el medio para que esas prácticas perduren.

Las instituciones se encargan de la salud, la educación, la cultura, el medio ambiente, la seguridad y la justicia; es decir, se encargan de reproducir la vida de los individuos.

Las instituciones dedicadas a atender la salud ejercen su poder sobre los pacientes mediante acciones programadas que se desarrollan en áreas restringidas, bajo la misma autoridad. Interviene en ello el personal de salud (médicos, enfermeras o técnicos, entre otros) que opera conforme a una jerarquía particular.

Goffman (1963) describe la dinámica en las instituciones de salud como totalizadora, puesto que en ella los pacientes pierden su autonomía. Desde el momento en que un individuo ingresa a un hospital, por ejemplo, es despojado de su vestimenta y pasa a ser un número de expediente

clínico en el que solo el personal médico y de enfermería puede intervenir. Así, desde el momento en que una mujer ingresa a un establecimiento de salud materna, pierde su autonomía y queda bajo el control institucional: su cuerpo es controlado y normado.

Ilich (1975) plantea que la medicalización de la vida se manifiesta en la intrusión de la asistencia de la salud, dada nuestra dependencia, creada por el hábito de acudir a sus representantes. Entre las diversas consecuencias de este fenómeno está la *yatrogenia* o alteración negativa del estado del paciente producida por el médico. Diversos estudios (Ervit et al., 2004; Castro y Erviti., 2015, Valdez et al., 2018; Freyermut et al., 2017) han documentado las demoras en la atención de las urgencias obstétricas, así como negligencias médicas en la atención de la maternidad.

En un sistema ideológico, político y económico que trastoca todas las esferas sociales, la expansión de la medicina tiene por objeto ejercer su poder sobre el cuerpo de los individuos y beneficiar al capital. Las prácticas médicas con relación a dicho sistema se naturalizan en la cotidianidad. (El que las mujeres embarazadas estén afiliadas al programa Prospera las inserta obligatoriamente en la práctica médica, dada la obligación que les impone de asistir una vez al mes a consultas de control prenatal). Desde el ámbito de la política tenemos otra perspectiva de la medicalización: las intervenciones políticas mediante programas de asistencia o la departamentalización para gestionar los servicios han dado lugar a grandes cambios sociales, o a la *gubernamentalidad*, por usar el término de Foucault. En esta corriente de análisis, Menéndez (2008) y Díaz (2014) describen cómo se han instrumentado las políticas para la salud y cómo estas afectan las prácticas cotidianas de los individuos en América Latina y en México.

En su propuesta de un modelo médico hegemónico (MMH), Menéndez reconoce dos submodelos corporativos —uno público y otro privado— de al menos diez rasgos estructurales, entre los que destaca la buro-

cratización. Con el crecimiento de la organización, la división técnica del trabajo y el desarrollo de principios de organización y control, el modelo genera una notable autonomía que tiende a crear sus propias condiciones de racionalidad social (Menéndez 1978), tales como la expansión del sistema médico o el incremento de la burocratización. El estado y la sociedad generan, así, un sistema de salud normalizado —con aparatos de control social— en que los individuos tienen acceso a servicios de salud conforme a sus condiciones socioeconómicas, con lo que se amplían las brechas de desigualdad social.

La medicalización y la mercantilización

La medicalización institucionalizada se expande mediante monopolios como los de las farmacéuticas. Tales monopolios son motores de la medicalización y están desplazando a los profesionales de la medicina. Aunque la tecnología no determina la medicalización, el papel de los accionistas comerciales y los corporativos es fundamental para enmarcar la tecnología y determinar qué es normal y qué patológico. Los monopolios son agentes activos para decidir qué hacer con la salud de los individuos (Conrad, 2016). Para el interés de este trabajo, para saber cómo vivir la maternidad.

Conrad (2016) señala que «la medicalización tiene dos categorías: 1) la invención de los antibióticos y nuevos fármacos, y 2) la que se sirve de la “tecnociencia de la biomedicina” y se caracteriza por los regímenes farmacéuticos». En ella, la micro economía y la ciencia de la salud se entrelazan para intervenir el cuerpo, apoyándose en la informática. Aquí la representación del poder médico tampoco es individual o institucional; consiste en un sistema electrónico que guía al individuo para determinar si el paciente tiene o no una patología, y cómo se debe intervenir.

Gracias al avance inusitado de la medicina, se han podido controlar epidemias infecciosas y parasitarias en el mundo moderno. Pero también

hemos sido víctimas de epidemias creadas por nosotros mismos, como el tabaquismo o la ingestión de medicamentos de venta por prescripción, que mal administrados pueden ser nocivos en extremo. En otras palabras, el ser humano ha sido cómplice o autor de su enfermedad (Götzsch, 2014). Puesto que el interés de la mafia de la mercantilización (léase las farmacéuticas) se limita a ganar, no considera los efectos sociales de la venta incontrolada de medicamentos. Götzsch (2014) considera que en «Francia se desconoce el número real de muertes causadas por fármacos —que suelen registrarse como muertes por causa natural o desconocida— porque es casi imposible determinar cómo ocurrieron. Por ejemplo, la arritmia cardíaca es una de las principales causas de muerte entre los pacientes que toman fármacos neurolépticos».

Con respecto a la maternidad, el embarazo, el parto y el puerperio se medicalizan y son intervenidos por las farmacéuticas. En Chiapas, por ejemplo, la mayoría de las parteras tradicionales utilizan la inyección de oxitocina —que hasta hace unos cinco años podían comprar libremente en cualquier farmacia—, a pesar de que debe aplicarse solo si la paciente lo necesita. Sin embargo, tanto las parteras como personal médico la utilizan indiscriminadamente para acelerar el parto.

En suma, los avances tecnológicos tienen doble filo. Si bien sirven al objetivo de la sanación, también sirven al de la mercantilización, aun poniendo en juego la vida de seres humanos y, por consiguiente, la reproducción humana.

La medicalización y el discurso de la desmedicalización

En los últimos tiempos han surgido tendencias y movimientos sociales en favor de la medicina alternativa y la desmedicalización. A estos movimientos podría asociarse al trato “humanizado” como alternativa frente a la medicalización. Se trata de movimientos en los que subyacen consideraciones de carácter económico y político, y que denotan la importancia del

derecho de los individuos a decidir sobre su cuerpo.

Con la desmedicalización se pretende reivindicar al individuo en el proceso de la salud-enfermedad. En los siguientes capítulos se aborda el tema del ejercicio que hace la mujer de su autonomía en las distintas etapas de la maternidad; es decir, la posibilidad de que la mujer ejerza su autonomía ante la medicalización. Retomamos el precepto según el cual la desmedicalización conlleva el respeto a los derechos humanos, el ejercicio de la autonomía y el buen trato en la atención. Y reflexionamos sobre uno de los principales problemas de la atención institucional: el maltrato de la paciente. Con ello buscamos vincular este trabajo a los estudios y las intervenciones que se oponen a la violencia obstétrica practicada en los servicios de atención de la maternidad.

Discusión

Este capítulo aborda la medicalización como un proceso que se naturaliza y se transforma a partir de sus propios mecanismos de expansión, asociados a la ideología dominante, la política y la economía.

La medicalización del embarazo, el parto y el puerperio no se refiere tan solo a la intervención de la medicina hegemónica en la maternidad y, de ahí, en la vida cotidiana de las mujeres y sus familias (Foucault, 1989). Se refiere también a la expansión y la trasmutación del saber médico hegemónico en todas las esferas de la vida de los individuos. Esto incluye los saberes alternativos y tradicionales para la atención materna.

Esquema 1. Formas de medicalización



Elaboración propia (2017).

Se abordan distintas formas de medicalización del embarazo, el parto y el puerperio, como se presenta en el esquema 1: las instrumentadas a raíz de políticas públicas y las de la medicina alternativa. Estas distintas formas de medicalización pueden determinar o no la autonomía de la mujer.

Todas las formas de medicalización forman parte de un sistema normativo-mercantil, pues esta conlleva un intercambio económico por la atención de los prestadores de servicios para el cuidado de la salud, y de la maternidad en particular, incluyendo a las parteras tradicionales (que atienden a mujeres indígenas y a las mujeres de las comunidades rurales), ya que para ejercer (y emitir certificados de nacimiento) deben estar autorizadas por la Secretaría de Salud. Por otra parte, la influencia de la medicalización ha comprendido en mayor o menor medida en su trabajo. La medicalización de la maternidad también tiene un costo para la mujer y su familia, aun cuando sea atendida en los programas de gobierno, por lo que debe abrirse camino en un mar de normativas en busca de acceso a una atención de menor costo.

Cuando la mujer busca una atención “más humana” o “respetuosa”, no medicalizada o alternativa, afronta gastos aún mayores, equivalentes a los de

una opción en un hospital privado con un especialista. De aquí que solo una minoría pueda costearlos. En conclusión, todas las formas de atención de la maternidad forman parte del mismo sistema mercantil, donde la atención desmedicalizada o alternativa puede ser incluso más costosa que la de la medicina alópata. Sin excepción, el ejercicio del poder de la medicina sobre el cuerpo de la mujer lleva implícita la variable económica.

CAPÍTULO 2

CÓMO ANALIZAR LA AUTONOMÍA DE LA MUJER ANTE LA MEDICALIZACIÓN DE LA MATERNIDAD

Dadas la biopolítica y la medicalización en el ámbito de la maternidad, cabe la pregunta por las posibilidades que tiene la mujer de ejercer su autonomía, y sobre la forma de abordar dicha autonomía para su análisis. El término *autonomía* proviene de los vocablos del latín *auto* «uno mismo», y *nomos* «norma». La autonomía es la capacidad de un individuo o una entidad de regirse por sus propias normas, de manera independiente, al tomar decisiones. En el ámbito sanitario, la autonomía supone el reconocimiento del derecho del individuo a participar en la toma de decisiones asistenciales que le competen (Delgado, 2012). En otras palabras, el principio de autonomía implica el derecho del paciente a la autodeterminación. Para los fines de este trabajo, se desarrolló el concepto de autonomía conforme a la concepción de la bioética, aplicado al ámbito sanitario, para abordar la toma de decisiones de la mujer en las distintas etapas de su maternidad (el embarazo, el parto y el puerperio).

En el ámbito de la bioética, se ha discutido recientemente sobre el cuerpo de la mujer en relación con la reproducción y la práctica médica (Benavides, 2017; Montes, 2017; Zambrano, 2007). En América Latina, los movimientos de las mujeres han puesto sobre la mesa del debate público el tema de la autonomía reproductiva (Urrea, 2014). Como antecedente, Simone de Beauvoir (1998) señala lo siguiente:

A finales del siglo pasado, la relación de subordinación de la población femenina como construcción cultural, con los estereotipos

masculino y femenino de la mujer que no nace como tal, sino que se hace, porque [...] ningún destino biológico, físico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; la civilización en su conjunto es la que elabora ese producto intermedio entre el macho y el castrado al que se califica como femenino.

Lo que desencadena discusiones sobre la vulneración de la autonomía de la mujer durante su maternidad ante la práctica médica.

La práctica médica es un elemento clave que afecta el ejercicio de la autonomía de la mujer durante la maternidad. Como se vio en el capítulo anterior, el poder del saber médico no solo se manifiesta en la atención de la maternidad, sino en el cuerpo de la mujer al ser intervenido. Lo que lleva a retomar ciertos planteamientos de la ética *kantiana*. No se trata de derechos sino de obligaciones. El ejercicio de los derechos individuales conlleva obligaciones relacionales. Para Kant (1985), la autonomía es trascendental porque permite ver al ser humano como autolegisador; es decir, con la capacidad de autogobernarse empíricamente. El ser humano es descrito como un ser autónomo capaz de tomar decisiones morales desde su libertad y su razón, y de hacerse responsable de sus actos ante su conciencia.

En la modernidad se define la autonomía del ser humano como la disposición de un despliegue de capacidades e iniciativas. Desde la perspectiva de la bioética, no somos autónomos *per se*, sino que queremos ser autónomos. No somos tanto capaces, como aptos para ser capaces. Antes de ser activos, somos pasivos. El reconocimiento de esta pasividad, de la contingencia, del poder, del sufrimiento, de la finitud de la vida individual, de la debilidad o la vulnerabilidad intrínseca al ser humano está en los cimientos de la antropología y la bioética (Domingo, 2004). En este orden de ideas, la autonomía está mediada por la vulnerabilidad del individuo según sea su posición en su contexto. De ahí la importancia de dicha posición,

tanto para la vulnerabilidad del individuo como para su intencionalidad.

Desde el punto de vista de Beauchamp y Childress (1994), las teorías de la autonomía diferencian entre el individuo autónomo (aptitud general para autogobernarse) y la elección autónoma. «La elección autónoma es la de los individuos que actúan: a) intencionadamente, b) con conocimiento, y c) sin el control de influencias externas sobre sus acciones». De acuerdo con estos autores, la intencionalidad no permite gradación; las acciones son intencionadas o no lo son. Pero el conocimiento y la ausencia de control sí admiten grados. Así, la mujer no goza de una autonomía absoluta, sino de grados de autonomía conforme a su experiencia, su conocimiento, su vulnerabilidad y la intencionalidad de los demás actores en un contexto dado. En la definición de la *vulnerabilidad de la mujer*, objeto de estudio de este trabajo, intervienen aspectos tales como la lengua (indígena o no), la escolaridad, la edad, la paridad, el estado civil, el estado de salud emocional y la morbilidad. Del grado de autonomía de la mujer depende su capacidad de tomar decisiones para la atención de su maternidad (el embarazo, el parto y el puerperio).

Los determinantes del grado de autonomía de la mujer durante la maternidad deben contrastarse con lo que señalan los organismos y las instituciones sobre la autonomía en la atención de la salud. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), por ejemplo, señala que el *consentimiento válidamente informado* del paciente es la más sólida expresión de su autonomía. Otras instituciones, como el Consejo Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Secretaría de Salud, retoman esta definición. El consentimiento válidamente informado se refiere a la autodeterminación del paciente para aceptar o rechazar métodos de diagnóstico, tratamientos y cuidados generales, excepto cuando su rechazo suponga riesgos para la salud pública.

Tanto las instituciones como los autores antes mencionados, aluden a la autonomía del sujeto ante un sistema de relaciones verticales y autoritarias. El individuo, en cuanto paciente, tiene derechos y obligaciones; si bien es vulnerable, puede tomar decisiones conforme a un determinado marco normativo. Aplicado a la mujer y a la maternidad, objeto de estudio de este trabajo, el término de autonomía parecería reducirse al consentimiento informado, el respeto a sus decisiones y el buen trato en la atención. Un acercamiento a la intencionalidad, la experiencia y la posición de vulnerabilidad de la mujer nos permitirá comprender el concepto de autonomía e identificar su gradación en este contexto, como se verá un poco más adelante.

La intencionalidad

La actuación sin maleficencia (no-maleficencia) se refiere a la obligación de no infringir daño con deliberación. Beauchamp y Childress (1994) «distinguen entre la obligación de no dañar al otro (no robar, lastimar o matar) y la obligación de ayudar al otro (ofrecer beneficios, proteger intereses o promover bienestar)». En ese sentido, el trato del personal de salud a la hora de prestar atención a una paciente, y su propósito, expresan una intencionalidad. La cuestión es cómo se da la relación médico-paciente en una estructura hegemónica donde predomina el poder del saber médico.

Según Erviti et al. (2007), en el ámbito de la salud reproductiva los esquemas de percepción y apreciación están condicionados por una lógica profesional en la que privan relaciones de poder desiguales y oposiciones binarias (por ejemplo, los expertos *versus* los legos). Y en donde el deber-ser-médico se construye desde la prevención del riesgo reproductivo, y no desde el respeto a los derechos reproductivos. Lo que inhibe el establecimiento de pautas de interacción menos desiguales en la relación del médico y la mujer. Por otro lado, la mujer no es considerada como sujeto con derechos y plena capacidad para decidir —de manera informada y libre— sobre

su cuerpo, en un contexto donde la responsabilidad del cuidado de la salud se transfiere al médico. Cuando la beneficencia no considera la opinión del paciente, se incurre en el paternalismo o el abuso de poder. De ahí la importancia del consentimiento informado.

De acuerdo con la Comisión Nacional de Bioética de la Secretaría de Salud (2017):

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que este conlleva y las posibles alternativas. [...] El consentimiento informado establece su autodeterminación para aceptar o rechazar métodos de diagnóstico, tratamiento y cuidados generales, excepto cuando de existir rechazo suponga riesgos de salud pública.

El consentimiento informado consta de dos partes:

- a. Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera [...].
- b. Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el

consentimiento para que se lleven a cabo los procedimientos.

El consentimiento informado se consolida en una carta de aceptación, en donde se señala que la paciente fue informada del tratamiento propuesto, con cabal respeto a su autonomía, sin considerar sus datos demográficos ni sus características sociales (edad, escolaridad, ingresos, lugar de residencia o si es hablante de lengua indígena). El consentimiento es también un instrumento de protección del personal de salud implicado.

Por su posible influencia en la toma de decisiones de la mujer durante la maternidad, la intencionalidad de los actores a su alrededor es determinante para el ejercicio de su autonomía. En este sentido, un trato digno puede favorecer la aceptabilidad de los servicios de salud. El trato digno implica brindar una atención que considere los derechos humanos (respeto, autonomía, información y privacidad) y que sea de calidad (oportuna y con infraestructura adecuada, redes de servicio y posibilidades de elegir las formas de atención).

Además de la intencionalidad del personal de salud, interviene también en el ejercicio de la autonomía de la mujer la intencionalidad de otros: la pareja, la familia y toda persona que esté involucrada en su salud. Finalmente, la intencionalidad de la propia mujer (sus expectativas, sus deseos) rige el ejercicio de su autonomía.

La experiencia

Otro factor determinante de la autonomía de la mujer durante la maternidad es el conocimiento debido a su experiencia. Hay que recordar que la medicalización se entreteje en la vida social; la mujer se expresa en un sistema de *gubernamentalidad*. El concepto de autonomía alude a su actuación al interior de un sistema que si bien tiene un costo, también tiene un sentido humanitario que permea su intencionalidad.

Se propone abordar ahora la autonomía de la mujer ante la medicalización de la salud materna. La autonomía de la mujer se ve vulnerada o fortalecida conforme a su experiencia, ya sea porque es madre o porque acompañó la maternidad de alguna mujer allegada.

De acuerdo con el enfoque sistémico de Foucault (1977) la historia se relaciona con la política de tal manera que el individuo no tiene grandes posibilidades de ejercer su autonomía. En su último volumen sobre historia de la sexualidad, Foucault plantea que la experiencia propia se forma en la posesión; no se trata de una fuerza sometida, sino de un poder listo para revelarse. Para los efectos de esta investigación, se puede considerar que la experiencia de la mujer (incluyendo sus recursos económicos) determina su capacidad de ejercer en mayor o menor grado su autonomía en la atención de la maternidad, en las diferentes formas de medicalización y espacios de atención.

La experiencia alude al flujo de comunicación interpersonal del individuo; por consiguiente, es intersubjetiva e implica prácticas y negociaciones con el otro, con quien está conectado. En la experiencia individual no interviene solo lo subjetivo, sino también lo colectivo: el individuo nace en el flujo de la experiencia palpable.

Dentro de un mundo de símbolos, significados e interacciones sociales, nuestros sentidos forman un patrón de sensibilidad, nuestros movimientos encuentran resistencia y direcciones; nuestra subjetividad emerge, toma forma y refleja nuestro contexto. La experiencia se caracteriza por una orientación abrumadora de practicidad. (Kleinman, 1998).

Posición de vulnerabilidad

La autonomía del individuo no puede analizarse al margen de su vulnerabilidad social, entendida como una configuración particular, negativa, re-

sultante de la intersección de dos conjuntos: 1) uno definido a nivel macro, relativo a la estructura de oportunidades, y 2) otro definido a nivel micro (CEPAL, 2001). Así, hablamos de la vulnerabilidad de un individuo cuando se encuentra en una situación de riesgo que pudiera desencadenar su exclusión social (Araujo, 2015). Tal situación de riesgo puede originarse en el entorno personal, familiar, profesional, socioeconómico o político. En otras palabras, la vulnerabilidad es la susceptibilidad —física, económica, social o política— de un individuo ante un fenómeno desestabilizador de origen natural o sistémico.

Diversos autores emplean el término *vulnerabilidad* para referirse al riesgo o a las condiciones de desventaja a que está expuesto un individuo o un grupo de individuos. Por ejemplo, se califica de vulnerables a los niños y las niñas, a las personas de edad avanzada a las mujeres embarazadas o a las mujeres en general, sin que se precise el riesgo o las condiciones de desventaja a que están expuestos.

El riesgo se asocia a una decisión, a una acción que debe ejecutarse, cuyos resultados son inciertos: pueden ser buenos, malos o incluso desastrosos, por lo que elegir una posible acción significa asumir la responsabilidad de una eventual adversidad o contingencia derivada de dicha acción (Cardona, 2001).

Por otra parte, la vulnerabilidad de un individuo puede estar determinada por su propia decisión; el individuo puede exponerse por sí solo a un riesgo. Por ello, al referirnos a la vulnerabilidad de la mujer durante su maternidad, estamos apostando por considerarla en su contexto, incluyendo sus circunstancias sociales (por ejemplo, la escolaridad, la paridad, el estado civil o el empleo), algunas de las cuales se asocian a sus condiciones de pobreza.

La sola pobreza describe determinados atributos de las personas y las familias pero no da cuenta de su origen. La posición de vulnerabilidad, por su parte, alude al carácter de las estructuras y las instituciones económico-sociales, y a sus efectos en las comunidades, las familias y las personas en las distintas dimensiones de la vida social. De acuerdo con el PNUD-CEPAL (1999), los recursos de las familias no siempre se transforman en activos movilizables, lo que ocurre solamente cuando estas logran aprovechar las oportunidades de elevar el bienestar, o mantenerlo aun en situaciones amenazantes (Pizarro, 2001).

Hay otros factores, además del económico (como el ideológico o el político), que pueden poner a los individuos en una posición de vulnerabilidad. Por ejemplo, la mujer puede verse vulnerada por el simple hecho de ser mujer. Se ha documentado que en ciertos contextos es el marido o la suegra, y no la propia mujer embarazada, quien decide cómo se ha de atender el parto. Esto es evidente en el estudio *Redes Sociales* de las cabeceras municipales de Sabanilla, San Juan Chamula y Chilón, en el estado de Chiapas, donde la decisión de parir —o no— en los servicios públicos de salud es colectiva. Las personas que más influyen en tal decisión son la pareja y los suegros, si es que la mujer y su pareja viven con ellos. Y la influencia de las parteras tradicionales es más frecuente que la de otros actores no-familiares. El estudio revela también que cuanto más joven es la mujer, menos influencia tiene en las decisiones relativas a su embarazo (Morales et al., 2012).

La vulnerabilidad de un individuo puede provenir de sus sentimientos, su estado físico, su círculo social, su economía, e ideología, etcétera, como resultado, ya sea de sus decisiones o de su contexto. Cuando la maternidad de la mujer se medicaliza, puede hablarse de grados de vulnerabilidad según ejerza su autonomía. Su posición de vulnerabilidad permite entender cómo vive el embarazo, el parto y el puerperio.

Discusión

La autonomía de la mujer durante su maternidad está determinada tanto por su conocimiento empírico (es decir, el de su propia experiencia), como por el conocimiento científico que haya adquirido a lo largo de su experiencia. Su posición de vulnerabilidad (determinada por sus condiciones de salud física y emocional, su entorno social, su economía y su ideología) también determina su autonomía. Otro factor que interviene en la autonomía de la mujer durante la maternidad es su intencionalidad y la de los demás actores involucrados en la atención de la maternidad. En ningún modelo de atención la autonomía de la mujer podría ser absoluta porque depende de los determinantes ya descritos, que se presentan en el siguiente esquema.

Esquema 3. Determinantes del grado de autonomía



Elaboración propia (2017).

Este capítulo intenta explicar que las mujeres no tienen una autonomía absoluta durante las distintas etapas de su maternidad (el embarazo, el parto y el puerperio) porque esta no depende tanto de sus decisiones como de su posición de vulnerabilidad, de su intencionalidad y de su experiencia.

Un sinnúmero de estudios han documentado la violencia que sufren las mujeres por no respetarse sus derechos sexuales y reproductivos (Ervit et al., 2004; Castro y Erviti., 2015; Valdez et al., 2018; Freyermut et

al., 2017), con la consecuente pérdida de autonomía. El planteamiento de diferentes grados de autonomía en la mujer permite ver con otra lente sus condiciones ante la medicalización internalizada en la práctica médica.

La naturalización de la medicalización en los diferentes modelos de atención de la salud materna afectan la autonomía de la mujer —quien de suyo ocupa una posición de vulnerabilidad— en la atención de su maternidad, problematizando su experiencia y su intencionalidad.



CAPÍTULO 3

INTRODUCCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS INTERVENCIONES EN LA MATERNIDAD

Este capítulo presenta una introducción a la definición de las intervenciones que se practican en las tres etapas de la maternidad —y los actores que participan en ellas—, en los diferentes modelos de atención de la salud.

Cada modelo de atención de la maternidad tiene sus propias intervenciones y prácticas. Las del modelo alópata, por ejemplo, van desde la prescripción de medicamentos hasta las cirugías realizadas por un profesional de la salud (médico, ginecólogo, neonatólogo o pediatra). La medicina tradicional dispone de un sinnúmero de conocimientos ancestrales y recientes que las parteras tradicionales aplican en la atención del embarazo, el parto y el puerperio. El modelo alternativo, por su parte, se sirve de recursos tanto de la medicina alópata como de la tradicional para brindar a cada mujer la atención más adecuada. Entre las parteras tradicionales, técnicas y profesionales se practica desde la prescripción de infusiones hasta de medicamentos de venta restringida.

El embarazo

El embarazo comienza una vez que el embrión se implanta en el útero, unos cinco o seis días después de la fecundación (Menéndez et al., 2012) y da lugar a múltiples cambios en el cuerpo de la mujer, que afectan sus relaciones sociales.

La medicalización durante esta etapa (por ejemplo, el uso de los multivitamínicos y el ultrasonido) no responde solo a las estadísticas de la morbilidad materna y del feto, sino también a factores del entorno (la

familia, la cultura, la posición de vulnerabilidad o el mercado farmacéutico) que generan necesidades durante los nueve meses de la gestación. Durante la gestación se prescriben multivitamínicos, con lo que las farmacéuticas tienen garantizado este mercado. El ultrasonido es un sistema de monitoreo para revisar la posición del feto en el útero; se utiliza como herramienta diagnóstica y para la seguridad y la satisfacción de la mujer. En el sector público el monitoreo es gratuito, pero la mayoría de las veces este servicio está saturado o no está disponible, por lo que la mujer debe recurrir al sector privado. Las farmacéuticas han abaratado el estudio diagnóstico, con lo que la brecha en el acceso a este servicio ha disminuido, si bien, la calidad tecnológica y la resolución de estos estudios son muy variables.

También está medicalizada la fertilización o reproducción asistida, cuya demanda ha incrementado en los últimos años debido a diversos factores como, por ejemplo, la alimentación (por “comer bien” se prescindir de las proteínas), o problemas de la salud reproductiva (ovarios poliquísticos, miomas y otros) (Álvarez et al., 2011).

A continuación revisamos someramente los antecedentes históricos y políticos de la medicalización del embarazo, y describimos algunas de las intervenciones de la medicina moderna y de la tradicional a las que se recurre durante el embarazo.

Antecedentes

La medicalización de la maternidad en México se registra alrededor de 1930, con las nuevas disposiciones del sector de la salud para atender a la población rural, en respuesta a la alta mortalidad neonatal y la falta de sanidad en el campo.

Con la figura de las enfermeras visitadoras (mujeres con educación en obstetricia encargadas de visitar los hogares y monitorear a las mujeres

embarazadas) el Estado se propuso prevenir los abortos y las complicaciones durante el parto para evitar la muerte neonatal (Vieira, 2003; Agostoni 2004; Villasís y Garduño., 2014).

En 1943 se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA), y el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). El Estado se dio a la tarea de construir infraestructura para la atención de la salud (unidades médicas, centros de salud, hospitales, clínicas) y de profesionalizar a los prestadores de servicios en el ramo, con lo que la atención se transformó. Y se emitieron normas de operación para las unidades de atención de la salud, que tomaron en cuenta a las personas vulnerables, incluyendo a las mujeres embarazadas, dada la elevada tasa de mortalidad materna y neonatal de la época (Torres y Lastra, 2008).

En 1998 se creó el *Programa Progresá* (1998), que posteriormente cambió de nombre a *Oportunidades* (2002), y después a *Prospera* (2012-2018). Este programa debía controlar a sus afiliados, por lo que se citaba a la mujer embarazada a consultas mensuales y se la dotaba de suplementos. En 2008 se crea el programa *Embarazo Saludable*, por el que la mujer embarazada podía afiliarse de manera inmediata al *Seguro Popular* (2001) (Flamand y Moreno, 2015). Tanto *Prospera* como el *Seguro Popular* fueron programas asistencialistas que promovieron la atención gratuita de las mujeres.

La intervención de los médicos

El control prenatal

De acuerdo con la NOM-007 debe hacerse un control prenatal cada cuatro semanas en los dos primeros trimestres de la gestación, con mayor frecuencia en el tercer trimestre, hasta cumplirse 36 semanas, y de ahí al término de la gestación, cada siete días. La frecuencia aumenta a partir de la

semana 28 porque es cuando pueden detectarse patologías del feto viable, tales como retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro y malformaciones congénitas, entre otras.

La NOM 007 y la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA norman la atención las mujeres que decidan llevar el control prenatal en una institución de salud pública. Las siguientes son algunas de sus indicaciones:

Vacunación

Influenza: la mujer embarazada es susceptible de infectarse por la gripe, según se desprende de los datos de la morbilidad y la mortalidad en las pasadas epidemias y temporadas de gripe. Por lo que se recomienda que se le aplique la vacuna de la influenza en los centros de salud o donde lleve su control prenatal.

Tétanos, difteria, tosferina (pertussis) (Tdap, Td): se recomienda su aplicación preventiva, de preferencia durante la primera mitad del tercer trimestre.

Exámenes clínicos

A la mujer cuyo embarazo es de bajo riesgo, se le solicitan los siguientes exámenes de laboratorio: grupo sanguíneo y factor Rh, urocultivo, VDRL, HIV, hemoglobina y hematocrito, que los centros de salud hacen gratuitamente.

Prueba de Papanicolaou

En su primer control prenatal se le hace a la mujer la prueba de Papanicolaou, que no está contraindicada en ninguna etapa del embarazo. Sirve para detectar el Virus del Papiloma Humano (VPH) y, dado el caso, dar tratamiento. Los condilomas están asociados a la morbilidad durante el embarazo, por lo que, de haberlos, este se considera de alto riesgo y debe atenderse en una unidad médica.

Ultrasonido

Las imágenes por ultrasonido constituyen un examen diagnóstico no invasivo; se capturan en tiempo real, y pueden mostrar la estructura y el movimiento de los órganos internos y el flujo de los vasos sanguíneos. Cuando se hace durante el embarazo, se pueden revisar la evolución y las condiciones del feto. En el sector público el monitoreo es gratuito, pero este servicio suele saturarse, por lo que la mujer debe recurrir al sector privado.

Intervenciones alternativas

El control prenatal de las parteras técnicas o profesionales en las casas de parto es la opción alternativa frente a la medicina alópata. Puede incluir tratamientos complementarios naturales como las flores de Bach, la homeopatía o el yoga prenatal. Este tipo de atención suele ser privada e implica el pago de honorarios.

Intervenciones tradicionales

Las intervenciones tradicionales se refieren, como su nombre lo indica, al control prenatal de las parteras tradicionales. Entre otras acciones, soban el vientre de la mujer para acomodar a la criatura, y le prescriben infusiones a la mujer. El costo de estos servicios suele ser cinco o seis veces menor que el de los servicios de una partera técnica o profesional. El servicio de ambos tipos de parteras es desmedicalizado o humanizado.

El parto

El parto constituye la etapa de mayor riesgo de la maternidad porque suele ser impredecible. Aunque se haya llegado con bien a la fecha probable o a la fecha de la cesárea programada, las complicaciones están latentes, por lo que dos vidas están en riesgo. Pero no solo los factores biológicos son de-

terminantes en la evolución del parto, lo son también los factores sociales, económicos y culturales.

El parto se define como la expulsión del feto de 22 semanas o más (Guía de Referencia Rápida, 2008) desde el interior de la cavidad uterina al exterior, seguido por la placenta. De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, podemos clasificar el parto por la edad gestacional (semanas de gestación, SDG): inmaduro, de la SDG 20 a la 27; pre término, de la SDG 28 a la 37; término, de la SDG 38 a la 42; y pos término a partir de la SDG 42. La duración del trabajo de parto es muy variable: el promedio en la mujer nulípara es de 12 a 20 horas, mientras que en la mujer múltipara puede ser de 6 a 12 horas (Cunningham et al. 2001).

Antecedentes

El parto es un acontecimiento biológico al que la medicalización ha venido modificando a lo largo de los siglos.

En la segunda mitad del siglo XVII y el siglo XVIII, comienza a considerarse que el parto necesita la intervención del saber médico para evitar las muertes maternas y neonatales, pero también para identificar las causas del dolor, y hacerlo más llevadero para las mujeres (Rodríguez, 2018).

En México, la intervención de la medicina en la atención del parto data del siglo XIX. En septiembre de 1877 se practica en Monterrey, Nuevo León, la primera cesárea en una mujer viva: mujer con producto muerto sometido previamente a una craneotomía; la madre se restableció y caminó a los 25 días (Villanueva, 2004). Este tipo de intervención se hizo más y más frecuente para salvar la vida de la mujer y el recién nacido, pues había altos índices de mortalidad materna y neonatal en todas las entidades del país. Con esto incrementó el uso de antibióticos y analgésicos en la atención materna. El uso de analgésicos se trasladó a la atención del parto vaginal para disminuir el dolor o para hacer las episiotomías.

A finales del siglo xx la asistencia del parto se tecnifica, lo que se traduce en una mayor intervención médica: aumenta la práctica de cesáreas y la prescripción de analgésicos, y surgen técnicas terapéuticas e intervenciones para calmar el dolor. Ya no se trata solo de salvar vidas, sino de tomar el control del parto e integrarlo en un sistema mercantil. Gran parte de las cesáreas que se practican no buscan salvar vidas, sino evitar el dolor del parto (por elección del médico o de la mujer). Así, el dolor del parto se vuelve opcional, aunque evitarlo tiene un costo que la mayoría de las mujeres no pueden pagar, en particular en el contexto chiapaneco.

Con la instauración del derecho a la protección a la salud, y la introducción de nuevas terapias en el mercado, el sistema de salud se obliga a brindar atención a todas las mujeres que lo necesiten. Cuando se crea el *Seguro Popular*, las mujeres afiliadas pueden exigir atención gratuita, con lo que aumenta la atención del parto institucional. Ante una negligencia médica o una demora en la atención, o cuando la mujer se expone a parir en la entrada o en los pasillos de un hospital, puede demandar su derecho a ser atendida oportunamente, a no ser violentada y a no poner en riesgo su vida.

En México, la NOM-007 señala que el parto debe atenderse sin medicalizarlo, en particular cuando la mujer es primigesta. La medicalización del parto es normada por instrumentos oficiales nacionales e internacionales: El médico debe seguir, al respecto, las recomendaciones de la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA y de la OMS. Sin embargo, la aplicación de las normas difiere en cada contexto, pues depende de los recursos humanos y materiales disponibles.

La intervención médica

En Chiapas la *analgesia epidural* se usa en los hospitales privados en que se promueve y mercantiliza el parto sin dolor. En las unidades públicas de salud, la epidural se usa en la práctica de cesáreas y excepcionalmente en el parto. La anestesia local (una forma de adormecer un área específica del cuerpo para que un procedimiento médico se pueda hacer sin causar dolor), como la raquídea o intratecal, la epidural o la lidocaína, que pueden emplearse de forma tópica o inyectarse para infiltrar la región perineal antes de hacer una episiotomía o para reparar laceraciones perineales. (Zafra, 2008). La epidural puede tener efectos adversos, tales como la *hipotensión* materna asociada con el bloqueo, fiebre intraparto, náuseas o vómitos, escalofríos y retención de orina. En Europa se aplica a 60 % de las mujeres en los establecimientos de salud, y la mujer tiene el derecho de optar por su uso (Zafra et al., 2008).

La oxitocina, las prostaglandinas y el misoprostol, por su parte, son las drogas más usadas para inducir el parto. La oxitocina es la más aceptada desde la década de 1950 (Borre, Rodriguez, Mendivil, Angarit, 2000). Las prostaglandinas, utilizadas como agentes maduradores del cérvix, son oxitócicos potentes capaces de inducir el parto. El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina (Borré, et al., 2000 y GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA, 2018). Se utilizan en los servicios hospitalarios públicos y privados.

Si bien los protocolos de vigilancia —como la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA— rigen las intervenciones médicas, en la práctica el parto se ha sobremedicalizado, no solo por el personal de salud autorizado sino, ocasionalmente, por algunas parteras, como se mencionó anteriormente.

Intervención desmedicalizada/tradicional

Terapias alternativas

Cuando describimos el parto humanizado, comentamos la aplicación de terapias que ayudan a la mujer a sobrellevar el parto. Estas terapias se sirven de técnicas ancestrales y modernas. Las aplican en la atención del parto parteras profesionales, técnicas y tradicionales, y las doulas. A continuación se presentan algunas de las terapias que se identificaron en el trabajo de campo.

Hidroterapia

La hidroterapia consiste en la inmersión de la parturienta en agua caliente para fomentar la relajación, reducir la ansiedad, disminuir la percepción del dolor, mejorar la capacidad de afrontamiento e incrementar la eficiencia de las contracciones uterinas. Esta terapia se ofrece en las casas de parto privadas.

La primera bañera para partos se utilizó a finales de la década de los setenta en la maternidad del Hospital de Pithiviers, en Francia (Mazoni, 2009). Aunque hay evidencias de que algunas parteras tradicionales utilizan el baño de hierbas para relajar el cuerpo de las mujeres durante el trabajo de parto, introduciendo a la mujer en una tina rústica.

Termoterapia

La termoterapia consiste en la aplicación de compresas calientes en la región perineal durante la expulsión para disminuir el riesgo de trauma perineal. El calor atenúa el dolor y logra que los músculos se relajen. Las parteras aplican compresas calientes con hierbas medicinales o solo con agua pura caliente. También suelen calentarlas con la plancha. Actualmente, las farmacias ofrecen cojines que se calientan en el horno de microondas.

Masaje perineal

Las parteras tradicionales aplican aceites preparados con hierbas que ayudan a desinflamar y relajar la zona del periné, lo que reduce el traumatismo perineal durante el parto, y el dolor posterior. La mayoría de las mujeres prefieren parir sin desgarros perineales, cortes ni suturas, para evitar el malestar posterior y repercusiones en el funcionamiento sexual (Abril-González, et al., 2009). El masaje de la región lumbar se considera eficaz para reducir el dolor durante la dilatación, pero durante la expulsión podría dar lugar a un mayor desgarre o una infección.

Pelota de parto

En las casas maternas privadas las parteras profesionales o las doulas utilizan esta terapia de origen suizo. Se utilizan grandes pelotas de goma para relajar los músculos y lograr una mayor movilidad de la pelvis.

Acupuntura

La acupuntura es una técnica china milenaria que aplican parteras que han recibido capacitación profesional. Consiste en la inserción de agujas en puntos estratégicos para bloquear la transmisión de estímulos dolorosos y la producción de endorfinas. Su indicación más frecuente es para aliviar el dolor lumbar durante el trabajo de parto (Sanz, 2012).

Reflexología

Para la reflexología, la planta del pie y la palma de la mano representan mapas del organismo. La presión de puntos determinados sobre esos mapas alivia el dolor y mejora la experiencia emotiva de la mujer en el trabajo de parto (Caballo, 2007).

Aromaterapia

La aromaterapia se sirve de aceites de esencias extraídas de las plantas que se aplican sobre la piel, en el baño o en un difusor. Su aroma

estimula la producción de sustancias sedantes y relajantes propias del organismo (Villegas, 2009).

Musicoterapia

La música se emplea con fines terapéuticos para reducir la ansiedad materna y la tensión neonatal durante el embarazo y el parto. Esta terapia alivia el dolor de las contracciones (Cortés, 2015).

Ejercicios de respiración

Los ejercicios respiratorios propician una mejor oxigenación, lo que ayuda a sobrellevar el dolor durante el parto (Villegas, 2009).

Las flores de Bach

Las flores —o esencias naturales— de Bach se utilizan para tratar obsesiones y emociones tales como el miedo, la desesperación, la tensión o la depresión. Las parteras y las doulas las utilizan para infundir calma en la mujer durante el trabajo de parto.

Otros recursos terapéuticos no medicalizados

La Norma Oficial NOM-007 recomienda que la mujer tenga libertad de movimiento en el trabajo de parto.

El movimiento es una fuente de contraestimulación: el útero se contrae de manera más eficaz, se liberan endorfinas, el flujo sanguíneo al feto a través de la placenta es mayor, el trabajo de parto se acorta, el dolor se reduce y la mujer se siente más libre (Villegas, 2009).

Los cursos grupales de preparación para el parto, como el psicoprofiláctico, emplean técnicas de respiración y relajación para controlar el dolor. No solo preparan a la mujer para un parto natural, sino que promueven el aprendizaje integral de la pareja para hacer de la maternidad una vivencia gratificante. Los imparten organizaciones privadas, por lo que solo tienen

acceso quienes pueden solventar el gasto. En internet también hay tutoriales sobre la preparación para el parto.

El costo de estas intervenciones alternativas para sobrellevar el dolor del parto son recursos de un sistema mercantil (es decir, son mercancías) a los que tienen acceso sectores delimitados de la población. En el estado de Chiapas se ofrecen solo en las casas de parto y los hospitales privados que promueven el parto “humanizado”. En la Casa Materna de San Cristóbal de Las Casas, la atención del parto por las parteras tiene un costo, pues ellas no reciben un sueldo.

En resumen, la mercantilización del parto no solo alude al uso de medicamentos y recursos técnicos, sino a todos los procedimientos empleados en el cuidado de la mujer y la criatura. Es decir que no solo la biomedicina es parte de este mercado, sino también las prácticas alternativas.

El puerperio

El puerperio es el periodo (de alrededor de cuarenta días) que transcurre desde el parto hasta que la mujer recupera las características —hormonales y del aparato reproductor, entre otras— que tenía antes de embarazarse. Esta recuperación implica una serie de cambios que pueden ser molestos o preocupantes: en ocasiones surgen complicaciones que no son exclusivas de un modelo de atención. Alrededor del 15 % de las mujeres que paren manifiestan alguna complicación que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan (OMS, 2003). El puerperio tiene tres fases:

1. Inmediato: primeras 24 horas después del parto.
2. Mediato: de las 24 horas a los siete días del parto.
3. Tardío: de los siete a los 42 días del parto.

En esta etapa de la maternidad las complicaciones que afronta la mujer tampoco son solo fisiológicas, sino también contextuales. Las primeras dependen en gran parte del seguimiento y los cuidados que reciban ella y la criatura (lactancia, vacunas y tamiz). Las segundas se asocian a las condiciones económicas y a la violencia familiar.

La NOM-007 y la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y EL PUERPERIO incluyen recomendaciones para el cuidado de la criatura sana en el parto y el puerperio inmediato. Estas recomendaciones buscan evitar intervenciones excesivas y priorizar la detección oportuna de complicaciones o situaciones de riesgo. El binomio madre-criatura se separa y ambos reciben intervenciones en todos los modelos de atención. También en esta etapa, el ejercicio de la autonomía de la mujer depende de su posición de vulnerabilidad, de la intencionalidad de quienes la rodean y de su experiencia con relación a su maternidad.

La depresión postparto y la lactancia

Los problemas más comunes durante el puerperio son la depresión y los asociados a la lactancia materna.

La depresión postparto

Algunas mujeres pueden sentir cierto desamparo, tristeza y apatía después del parto. Navas (2013) menciona que desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el puerperio. Este vínculo entró oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica cuando la depresión postparto se definió como episodios depresivos que comienzan hasta cuatro semanas después del parto en el DSM-IV (Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, cuarta edición).

La depresión posparto es un trastorno de gran prevalencia (Navas, 2013) que provoca alteraciones físicas, cognitivas, emocionales y de la conducta. Este trastorno podría atribuirse a cambios tales como la caída dramática en los niveles de hormonas (estrógeno y progesterona) y de otras hormonas producidas por la glándula tiroides, y puede agravarse por problemas del entorno familiar y la falta de apoyo; es decir, en un contexto de vulnerabilidad. Kanotra et al. (2007) analizaron los retos que afronta la mujer entre el segundo y el noveno meses después del parto. De su población de estudio, 33 % sintió la necesidad de apoyo social y 25 % mostró inquietud sobre la lactancia materna (Kanotra et al., 2007).

A continuación se presentan los tratamientos alópatas y alternativos de la depresión posparto. La tabla no incluye los tratamientos de la medicina tradicional.

Cuadro 1. Tratamiento de la depresión posparto.

Modelo de atención		Tratamientos
Alternativa	Homeopatía	Educación
	Flores de Bach	Apoyar
	Yoga	Tranquilizar
	Reiki	
	Constelaciones familiares	

Alópata	Intervención de especialistas (psicólogos y psiquiatras).	Reducir los estresantes psicosociales Psicoterapia individual o de grupo Fármacos (antidepresivos/antipsicóticos) Terapia electroconvulsiva Hospitalización
---------	---	---

Fuente: Elaboración propia sobre la base del trabajo de campo y lecturas sobre el tema (Navas, 2013, Kanotra et al., 2007).

A pesar de su prevalencia, la depresión posparto no siempre se diagnostica ni la mujer la identifica. En esta etapa afronta nuevas responsabilidades y asume diversos papeles, por lo que no atribuye su estado de ánimo a la depresión, sobre todo en contextos de pobreza, donde abundan los factores que podrían afectarla.

Lactancia materna exclusiva

Según la OMS (2018), la lactancia materna es buena para la criatura, para la mamá y para la comunidad; es un acto natural y también un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones (Sáenz-Lozada y Camacho-Lindo, 2007; Urquizo, 2014) demuestran que la madre necesita un apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna. En 1992, la OMS y el Unicef lanzaron la iniciativa “Hospitales amigos de los niños” para que las instituciones promovieran la lactancia materna exclusiva durante seis meses como la alimentación óptima para los lactantes.

Las prácticas en los hospitales dependen, en realidad, del compromiso del prestador de salud en turno. El personal de salud podría, por ejemplo, fomentar el contacto piel con piel de la madre y la criatura entre los 50 y los 110 minutos posteriores al parto, lo que incrementa ocho veces la probabilidad de que la criatura tome espontáneamente la leche materna (NOM-007, 2016). De acuerdo con la OPS (2018) «la lactancia materna en la primera hora de vida reduce en casi 20 % el riesgo de morir el primer mes».

Las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición de 2006 y 2012 indican una disminución de 22 a 14.4 % en la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad, a pesar de que diversos estudios (Aguilar, et al., 2015; Niño et al., 2012; Kershenobich, 2017) demuestran que esta conlleva un ahorro considerable. Aun cuando la mediana de la duración de la lactancia (alrededor de 10 meses) de los últimos años es constante, más del 40 % de los niños amamantados consume fórmula infantil. Estas cifras no incluyen a los niños que no toman leche materna (González de Cosío y Hernández, 2016).

Hay madres que deciden no lactar o que no tienen suficiente leche materna y recurren a las fórmulas. También hay las que se obsesionan por lactar, y si no pueden hacerlo recurren a tratamientos alópatas, alternativos o tradicionales para producir leche. La mercadotecnia ofrece diversas herramientas para facilitar la lactancia, tales como el extractor eléctrico de leche, el cojín de lactancia, cremas para cuidar el pezón, discos absorbentes, pezoneras de silicón, blusas adecuadas y bolsas para congelar la leche. Para la mujer de bajos recursos adquirir la fórmula implica limitar los gastos en otros productos esenciales para la familia.

Los problemas que se suscitan con la lactancia dependen del contexto de la mujer y de su autonomía. Se trata de un tema complejo porque si bien la leche materna es un alimento idóneo, lactar puede ser un factor de depresión o de complicaciones puerperales (Olza et al., 2017; De Sá Vieira et al., 2018;

González et al., 2017) que determinan diversos grados de medicalización. De modo que si bien la lactancia materna debe promoverse, a la par se debe informar y capacitar a las madres gestantes para ampliar el campo de su autonomía en la toma de decisiones.

¿Quién le da seguimiento y cuidados a la mujer durante el puerperio?

En el puerperio inmediato hospitalario son los médicos y las enfermeras quienes se hacen cargo de la madre: monitorean su presión arterial, su temperatura y su sangrado. En el puerperio inmediato domiciliario es la partera o algún familiar quien brinda cuidados a la madre, aunque no se suele revisar los signos vitales, la fiebre o el sangrado, a menos que la mujer manifieste algún malestar.

Tampoco la relación de la madre y la criatura es la misma en los diferentes tipos de atención durante el puerperio. Mientras que los hospitales tienen protocolos, en el domicilio la mujer puede decidir qué hacer o qué no hacer para ella y su criatura. Durante el puerperio mediato y el tardío, la mujer y la familia se hacen cargo de los cuidados. Es sobre todo en este periodo cuando llega a presentarse la depresión postparto.

La intervención médica

Una vez que la mujer es dada de alta, la intervención médica responde a las complicaciones, como la infección puerperal, en que la temperatura es igual o superior a 38° C durante al menos dos días, entre el 2.º y 10.º día después del parto (Besares et al., 2009). Las infecciones necesitan un diagnóstico oportuno y seguro, y un tratamiento con antibióticos y, ocasionalmente, quirúrgico. Cuando la mujer dada de alta presenta síntomas iniciales de infección puerperal, suele acudir al servicio de urgencias.

Las mayores tasas de morbilidad durante el puerperio en Chiapas corresponden a la infección por episiotomía, las enfermedades hipertensivas, la mastitis, el estreñimiento y la depresión postparto. En 2018 hubo en el estado 52 defunciones de mujeres en esta etapa. De estas, las principales

complicaciones fueron: hemorragias, sepsis puerperal y enfermedades hipertensivas (DGI, 2018).

Las intervenciones alternativas

Un artículo brasileño publicado en 2010 introduce la noción de “humanización” del puerperio. *Humanizar* significa brindar a la mujer la asistencia necesaria; esto implica una práctica ética y solidaria por parte de los prestadores de los servicios de salud, e incluye un ambiente asistencial acogedor y rutinas que no aislen a la mujer ni la responsabilicen por completo del cuidado de su criatura (Santos et al., 2014).

En la sociedad de consumo, los medios de comunicación difunden una imagen idealizada de la madre: mujeres estilizadas rodeadas de amor y confort. El contraste con la realidad puede provocar desilusión, originar depresión y afectar la escala de valores. Cuando la experiencia de la mujer es traumática, aun cuando haya optado por una atención más “humanizada”, se puede producir una depresión postparto (Videla, 1990).

Las intervenciones tradicionales

La partera tradicional solía dar masajes y fajar a la mujer con vendas durante el puerperio. Los tiempos han cambiado y actualmente las parteras dan seguimiento solo hasta que se le haya caído el ombligo al recién nacido.

Discusión

Este capítulo muestra el predominio del modelo alópata en la atención del embarazo. La mujer debe acudir entre 4 y 8 citas de control prenatal, y someterse a estudios químicos y ecografía para garantizar su bienestar y el de la criatura. Pero los controles prenatales no son exclusivos del modelo alópata, pues también las parteras (tradicionales, técnicas y profesionales) llevan controles periódicos.

La mujer tiene diferentes opciones para la atención del parto. La medicina alternativa dispone de un sinnúmero de cursos y terapias para preparar a la mujer para el “humanizado”.

Por último, en el posparto, la mujer debe cuidar y alimentar a la criatura. Sufre cambios en su organismo y en su ánimo, y debe afrontar los problemas que ya tenía en su vida cotidiana. Algunas mujeres sufren de depresión y llegan a necesitar atención psicológica o psiquiátrica.

CAPÍTULO 4

LA EXPERIENCIA MATERNA DE CINCO MUJERES DE LOS ALTOS DE CHIAPAS

Apuntes sobre la atención materna en los Altos de Chiapas

Iniciativas de salud materna

En algunas regiones del sureste de México, la medicalización de la maternidad comenzó a imponerse a finales del siglo XX. Como se comentó en la introducción de este libro, en Chiapas esta se hizo evidente tras el Levantamiento Zapatista de 1994, cuando se asignó mayor presupuesto a los programas y la infraestructura para la atención materna, y se crearon programas sociales que estrecharon la relación entre la población y el Estado.

En 1996 se autoriza la creación del Instituto de Salud de Chiapas, propuesta por el Ejecutivo del Estado (Periódico Oficial del Estado, 2000), y en 2004 llega el Seguro Popular para la denominada población abierta. Además se refuerzan programas que ya tenían tiempo operando como Prospera (Progresá, 1988; Oportunidades, 1994; Prospera, 2012), Arranque Parejo en la Vida (2002), Vida Mejor (2003) y Embarazo Saludable (2009). Por otro lado, el Comité Promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas, fundado en 1998, impulsa iniciativas ante las autoridades estatales para disminuir la mortalidad materna. En 2015 se aplica en Chiapas la Iniciativa Mesoamérica que ejecuta el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y financian la *Bill & Melinda Gates Foundation*, el Instituto Carlos Slim de la Salud y el Gobierno de España, para reducir la brecha de la salud materno infantil en la población más pobre de Chiapas y Mesoamérica.

Diversas organizaciones nacionales e internacionales, que acudieron al estado, promovieron diferentes prácticas de atención de la salud materna (casas de parto y sanatorios privados, y también organizaciones médicas humanitarias como el Comité Internacional de la Cruz Roja, Médicos del Mundo y Médicos sin Fronteras). Se crearon organizaciones locales para vigilar y defender los derechos de las mujeres con respecto a la atención materna, y en 2010 se fundó el Observatorio de Mortalidad Materna. Este apoyo propició la instrumentación acelerada de las intervenciones, y transformó las prácticas y las representaciones de la atención de la salud en San Cristóbal de Las Casas.

Incidencia de la pobreza o de ser indígena sobre la mortalidad materna

De acuerdo con la encuesta intercensal de 2015, Oaxaca es el estado del país que alberga el mayor número de indígenas: 1 734 658, cifra similar a la de Chiapas. La pobreza reduce la probabilidad de sobrevivir durante la maternidad. La razón de mortalidad materna (RMM) revela las profundas desigualdades que sufren los municipios con mayor número de habitantes que viven en condiciones de pobreza extrema o de mujeres hablantes de lengua indígena.

Municipios viven en pobreza ex- trema	RMM	Municipios son ha- blantes de lengua indígena	RMM
40 %	98	más de 40 %	94
20 %	35	menos de 40 %	44

Fuente: Freyermuth *et al* (2014).

Se constata así que en México las mujeres indígenas tienen el doble de probabilidades de morir por causas maternas que las mujeres que viven en municipios no indígenas (Freyermuth *et al.*, 2014). El acceso a la atención institucional del parto en Chiapas es de los más restringidos del país. Más del 90 % de los partos son atendidos por parteras (DGIS, 2017).

La relación entre la población mestiza y la población indígena en Chiapas ha sido históricamente conflictiva. Los programas impulsados en el siglo xxi para atender la salud materna han atraído de manera coaccionada a esta población a las instituciones de salud y a los hospitales enclavados en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas. El anexo presenta la ubicación de las unidades médicas del municipio de San Cristóbal, por su Clave Única de Establecimientos de Salud (clues, 2014).

La experiencia materna de cinco mujeres de los Altos de Chiapas

Para ubicar y seleccionar a las mujeres cuya experiencia se presenta en los siguientes cinco capítulos, acudí a diferentes prestadores de atención materna, desde parteras tradicionales hasta ginecólogos incorporados a los sectores público y privado de la salud. En un primer contacto con cada uno de ellos me serví del método de bola de nieve, de este modo identifiqué a veinte mujeres. Después de explicarles en qué consistía el estudio —y el seguimiento que implicaba durante el embarazo, el parto y el puerperio—, diez de ellas aceptaron participar en él. Mi principal fuente de contacto fueron las parteras, con cuya ayuda logré la aceptación de seis de estas diez mujeres.

A las mujeres embarazadas que aceptaron participar les expliqué en qué consistía el estudio y su propósito, y les comuniqué que podrían dejar de participar en cualquier momento si así lo decidieran. Firmaron una carta de consentimiento en la que se precisa la confidencialidad de la información.

A lo largo del estudio establecí una relación de empatía (*rappport*) con las mujeres que aceptaron participar en el estudio, que no consistió solo en entrevistas pregunta-respuesta, sino que implicó un aprendizaje de ambas partes. Los temas que exploré fueron: sus preocupaciones, la atención que recibieron, el apoyo familiar, sus enfermedades y su afiliación a algún programa de salud.

Los siguientes cinco capítulos presentan la experiencia de cinco de estas mujeres a partir de un estudio etnográfico exhaustivo y continuo que duró dos años. En el relato de la experiencia de estas mujeres en las distintas etapas de su maternidad: el embarazo, el parto y el puerperio, se identifica la medicalización y el ejercicio de su autonomía.



CAPÍTULO 5

LLUVIA: VIVIR CON EL PROGRAMA PROSPERA (2016)

Lluvia, originaria de Huixtán, radica en una comunidad aledaña a San Cristóbal de Las Casas. Habla tzeltal y español, tiene 32 años, no tiene ningún grado de escolaridad, vive en unión libre y se dedica al hogar. Ya había tenido dos embarazos. Lluvia estaba afiliada al programa Prospera, y una integrante de la Casa de la Partera de su localidad se puso en contacto con ella. Su embarazo es deseado y planeado con su actual esposo. Le empecé a dar seguimiento en el séptimo mes de embarazo y lo suspendí a los 40 días del parto. Le apliqué siete entrevistas (más de 25 horas de grabación), y dediqué 50 horas a la observación en su domicilio, lugar de atención del embarazo, el parto y el puerperio.

Lluvia pertenece a una familia de escasos recursos. Su padre es campesino y su madre, ama de casa. Tiene siete hermanos, de los cuales solo los dos últimos pudieron ir a la escuela, gracias a la beca del programa Oportunidades. Su mamá contó con ese apoyo hasta 2017, aunque sus hermanos solo terminaron la preparatoria. Por la pobreza en que vivían, decidió casarse a los 16 años con una persona diez años mayor que ella, con quien vivió tres años en Ixtapa, de donde huyó a causa de la violencia familiar.

Desde 2008 vive en una comunidad aledaña a San Cristóbal de Las Casas, donde la mayoría de los lugareños trabajan como guías de turistas en el centro ecoturístico de Rancho Nuevo. Tiene una casa muy pequeña, sin terminar, que consiste en una cocina y un cuarto de block y lámina. Cuenta con una cama matrimonial y otra individual, una mesa pequeña y un televisor. Ahí duermen sus dos hijos, de 8 y 4 años, su segundo esposo y ella. La

cocina es un cuarto chico donde apenas entra el fogón en el que cocinan. Aunque tiene una estufa y un cilindro de gas, no lo utilizan porque no les alcanza para comprar el combustible. Comen en un patio cubierto por una lona plástica. Allí tienen una mesa chica y cuatro sillas.

Desde que huyó de la casa de su pareja anterior por maltrato, once años antes de la fecha de la entrevista, Lluvia no se ha podido divorciar; prefiere seguir casada a volver a ver a su marido, con quien no tuvo hijos. Mientras describía la ilusión que había tenido por vivir con él y hacer una familia, yo observaba su expresión de tristeza. Su experiencia fue, finalmente, muy desagradable. Tras huir de esa relación pensó que no iba a encontrar otra pareja porque era una mujer casada.

Me casé cuando tenía 16 años, no tenía experiencia, fue con una persona de 26 años, me fui con él, pero como es uno tan joven que no sabe [...]. Al principio fue bueno, pero después me comenzó a golpear y a encerrar. Pasé tres años hasta que me escapé.

Entrevista con Lluvia, con quien entré en contacto gracias a una partera. Todas las citas de este apartado (5.1) son de Lluvia, excepto cuando se indique otra cosa. Cuando habla de José, su actual pareja, le cambia el semblante. Es originario de la comunidad de Rancho Nuevo, municipio de San Cristóbal de Las Casas. Terminó la secundaria, no tiene un trabajo formal y hace trabajos eventuales en el centro ecoturístico.

Pasado un tiempo encontré al que es ahora mi esposo, que es cuatro años menor. A pesar de que es el menor de sus seis hermanos tiene una mentalidad muy madura. No le importó que fuera casada y que sea más grande que él, aunque su familia siempre ha visto mal nuestra diferencia de edad. Vivimos en esta casita al lado de mis suegros, apenas la estamos construyendo [...]. Tengo el apoyo

de mi esposo. No fuma, pues es un hombre tranquilo, las fiestas no le gustan. Gracias a Dios, es un hombre de hogar. También él sufrió mucho de niño. No tiene trabajo fijo, pues ahí vemos cómo salimos [...]. Aunque la semana pasada, en la desesperación de no tener dinero, un día vinieron sus hermanos y su papá y comenzaron a tomar. Fue la primera vez que lo hizo. Me enojé mucho porque yo en cama y él con esas cosas. Mis hijos se espantaron porque no lo habían visto así, nosotros dormimos en este cuartito los cuatro, ya que mis hijos son chiquitos. Mi niña tiene 4 años y mi Angelito 8 [...].

En su relato se percibe preocupación por la familia de su esposo porque se sentía señalada por ser casada y ser mayor que José. A pesar de haber pasado por una etapa difícil, Lluvia logró construir una relación con una pareja que la comprendió, aunque no se podía casar ni era aceptada por la familia política.

Cada vez que llegaba a entrevistarla, veía a Lluvia preparar comida para vender y tener más ingresos, a pesar de que estaba afiliada al programa Prospera. Su esposo solía estar limpiando el potrero; sus caballos eran su fuente de trabajo. José no ayudaba a Lluvia con los quehaceres de la casa, aunque tenía una actitud comprensiva al respecto. Lluvia mencionaba que él le decía: «Flaquita, si no te sientes bien no hagas nada, déjalo así, ni modo, ya que se acerque tu parto vamos a pedirle a mi hermanita que te venga ayudar».

A veces hago empanadas y mi esposo va a venderlas a la carretera, pero en cama no puedo trabajar. Mi marido me dijo que él no quería que me atendiera con una partera, que no quería que me arriesgara, porque con mi primer hijito fui a dar al hospital, no pude tenerlo en mi casa. Así que ni modo, tenemos que pagar para ir hasta San Cristóbal.

Un nuevo embarazo, nuevas complicaciones. La paradoja del cuidado de Prospera

Los dos embarazos de Lluvia fueron de alto riesgo y eso la llevó a permanecer mucho tiempo en cama. A pesar de ello, desde su segundo embarazo —ya afiliada a Prospera— acude a las consultas familiares y de control prenatal, y asiste a pláticas de apoyo a la comunidad. Su inclusión en el programa le ha dado seguridad para llevar el control prenatal, pero también le ha generado incomodidades, discordia y enojos, tanto porque debe acudir a las citas, como por los deberes que implica y el tiempo que invierte en actividades que no tienen que ver con el embarazo (levantar basura, reuniones administrativas).

Con este es mi tercer bebé que tengo, pero antes de saber que estaba embarazada ya tenía sospecha, pues de que podía estar embarazada. Me dijo mi esposo en la boda de mi hermanita, que fue en Teopisca: «Compra tu vitamina, y ya lo que Dios diga». Ya pasamos a traer la vitamina y la empecé a tomar. Se llama Materna (se trata de multivitamínico para el embarazo), son cápsulas rosadas, ya que es una nueva presentación, en la farmacia.

Ante la sospecha de estar embarazada por tercera vez, empezó a utilizar un multivitamínico sugerido por el farmacéuta. De mutuo acuerdo, José y ella decidieron que se automedicara sin haber confirmado el embarazo. El embarazo dio lugar al uso de multivitamínicos, sin temor a los posibles efectos adversos. Se piensa que son benéficos para la criatura.

La partera tradicional como una opción en la atención

Después de tres meses, cuando resultó mi embarazo, ve que tenemos Prospera, me exigían que fuera a mi control prenatal, que le dicen ahí y ya me fui [...]. Al principio, que dan plática de nutrición, que plática de trabajo social. Entonces tenía que viajar cada

ocho días y ya un día viernes viajé, pero las “nisanes”, pues hay unos que manejan con calma, pero hay otros que manejan muy feo. Ya el día sábado me levanté con sangrado y le dije a mi esposo. Al momento me dio desconfianza ir al hospital, porque unos días antes conocimos a una señora y me dijo que ahí estaba su cuñada, que era primeriza, pero que solo le pusieron aparatos para esperar a ver a qué hora [...], solo la tuvieron internada tres días y luego ya le hicieron el legrado. Solo esperaron, como quien dice, que muriera el bebé. Le digo a mi esposo: «Si nos vamos ahí, ¿qué tal que solo me tienen acostada y no me van a hacer nada?»

Tengo una abuelita viejita, que es partera. Ella no mira, pero sí sabe, pues ya tiene experiencia de años de partera». La fue a traer mi esposo, pagó viaje especial. Yo llorando, pues, de tristeza que podía perder mi criatura. Ya me dice: «No te preocupes, hijita, tu criatura está bien, todavía está vivo». En sus formas de trabajar me puso clara de huevo y no sé qué otras cosas y luego de eso estuve en reposo.

Lluvia decidió ser atendida por una partera porque temía que en el hospital no la ayudaran y le hicieran un legrado. Hay que señalar que la influyó una persona ajena a su familia, y que su decisión fue motivada por el miedo de perder a su criatura. Sus antecedentes no eran alentadores, pues había tenido dos embarazos de alto riesgo. Esto explica su desconfianza de la atención hospitalaria ante una emergencia obstétrica. Aunque al parecer Lluvia tuvo algo poco relevante, había la posibilidad de que se complicara y su vida estuviera en riesgo.

La percepción de José de la atención de una partera estaba mediada por su experiencia en el primer parto de Lluvia (con partera y en su casa), que se complicó y hubo que trasladarla de urgencia al hospital. Desde entonces,

José no ve a la partera como una buena opción para la atención de Lluvia.

Requisitos del programa Prospera

La normativa del programa Prospera compromete a las mujeres a acudir a consultas, sin considerar los riesgos a los que se exponen en el traslado. A pesar de las exigencias del programa y de la oposición de su esposo, Lluvia decidió buscar la atención de una partera. Aunque en otras entrevistas mencionó que esa fue la única vez que recurrió a la partera, porque su esposo ya sabía que su parto sería en el hospital.

Tenía que ir a la clínica porque desde el principio llevé mi control. Como mi suegra tenía Oportunidades y yo vivía con ella, le exigieron que ya fuera a mi control. Con mi primer hijo no tenía Prospera. Mis familiares me decían que estaba muy débil, muy flaca, que fuera a las pláticas. ¿Pero qué puedo hacer, si así soy?, no engordo mucho [...]. Con mis dos hijitos no me han dado vitaminas del Prospera, solo ácido fólico y fumarato ferroso. Pero me hizo mal. No iba al baño, o sea que me dio estreñimiento. Cuando me tocó cita le dije a la doctora. Me dijo que lo tenía que tomar junto con los alimentos porque tienen diferentes reacciones, algunas se estriñen o les da gastritis.

Lluvia consumía medicamentos que compraba por su cuenta y los que le proporcionaba el Centro de Salud, y acudía a las consultas familiares y de control prenatal. La representación de las mujeres sobre el consumo de vitaminas es que engordan y hacen que no se vean débiles, que las deben tomar para verse sanas. Lluvia me señaló que su complexión no era la de una persona gorda: «¿Cómo les hago entender que, aunque coma, vaya a las pláticas o tome multivitamínicos, no voy a engordar?». Esto le generaba un conflicto porque no podía cambiar su cuerpo por más suplementos que tomara.

Lluvia me dijo que las citas familiares de Prospera son preventivas, y no para solventar sus necesidades ante un padecimiento. Recordó haber salido enojada de una consulta porque no le dieron lo que necesitaba, y tuvo que ir a la farmacia Similares (para que le dieran algo para la garganta y para ver por la salud de sus hijos). A las consultas asistía a petición de su suegra, que la vigilaba para que cumpliera con los requisitos del programa Prospera. La imagen de su suegra estaba de por medio, porque ella, en cuanto vocal, era quien la había afiliado. La suegra solía decirle: «Lluvia, te van a poner falta y luego no te van a pagar, y me van a estar diciendo que mi nuera no llega».

La opinión sobre su complexión afecta a Lluvia porque teme no poder llevar a término el embarazo o perder a su bebé. Además, duda entre lo que le dice la gente (el saber popular) y lo que dicen los médicos de Prospera (saber médico). Su temor es tal que en los ultrasonidos pide que no le digan el sexo del bebé: «Que Dios diga, yo solo quiero que nazca bien». Notaba en ella una cierta desesperación por tener que cuidarse para mantener el embarazo; dejó de comer sal, y no podía hacer el quehacer de su casa, entre otras cosas.

Un día antes me llaman, eran como las 10, 11 de la noche. Me habló el maestro de la escuela, que fuera a recoger lo de los desayunos. Le dije que no iba a poder cargar y me dijo que era urgente mi firma, aunque soy ya suplente, como ya son las últimas despensas, necesitaban mi firma. Me dijo mi esposo: «vamos, yo lo cargo y ya tú firmas». Y creo que me hizo daño el movimiento del carro porque comencé otra vez con dolores y tuve que quedarme en cama a esperar, por lo menos tres semanas, dice el doctor, para que nazca bien mi bebé.

El embarazo

Mis tres embarazos han sido de mucho cuidado, me pongo mal. Fui a consulta porque estuve en cama y me dijo claramente el doctor que ya no esté viajando mucho, porque el movimiento me puede hacer daño. Pero tengo que cumplir, porque tengo que ir a juntas de Prospera, y también participamos levantando basura y tenemos que ir, porque si no, nos ponen falta. Ahí mando a mi Angelito, ¿qué más puedo hacer? O si no, le pido a mi suegra que avise, pero le dicen que lleve mi papel que me dieron en la clínica. Así me la llevo en mis embarazos, paso tiempo en cama y después regreso a mis actividades hasta que nazca mi criatura.

Es evidente que es el diseño de las políticas públicas, no que el embarazo pueda ser de alto riesgo, pues no propone una estrategia adecuada para tal caso. El que una mujer en esas condiciones tenga que viajar más de media hora para ser atendida implica ponerla en riesgo a ella y al neonato.

Ha sido difícil porque mis dos hijos los he tenido en el hospital. Una porque me pongo muy malita y la otra es porque tengo que llevar un papel para mi Prospera, para justificar mis faltas tengo que llevar comprobante. Aunque vamos más seguido a la farmacia Similar, porque ahí están más económicos el medicamento y la consulta, y nos atienden más rápido. Vamos a la clínica tal vez para que nos den medicamento, pero tenemos que ir desde las cinco de la mañana para hacer turno y luego de aquí a que nos atiendan. Ya ve, a veces atienden y otras, que no hay quién atienda o no hay medicamento, no hay doctor.

Por eso le digo a mi esposo que no sé si esperamos a que nos den el pase para ir a hacer el ultrasonido o ya hacerlo en estos días para que así ya sepamos que está bien, porque a veces ya se mueve muy bruscamente. Entonces, puede estar atravesado o pueden ser dos, porque a cual más me dicen «que si creciste demasiado porque para el tiempo que tienes ya está muy grande tu panza».

Lluvia sabe que debe hacerse tres ultrasonidos durante el embarazo, y comenta que como ya está en la recta final, no sabe qué hacer porque la cita en la clínica para el ultrasonido es después de la fecha probable de parto. Piensa que quizá sería mejor hacerse el ultrasonido de manera privada, aunque no tienen el dinero suficiente. Si bien acuden a un servicio muy económico, tienen que pagar también los pasajes para trasladarse a San Cristóbal.

En el mercado, enfrente de una tienda de telas, hay un lugar donde hacen ultrasonidos por 400 pesos. Y ya me dijeron que no me preocupara porque estaba pequeño, pues todavía tenía mucha amplitud para moverse, pero ya ahorita que ya está más grande pues a veces sí da pena.

En uno de sus relatos, Lluvia contó cómo eran sus consultas prenatales en la clínica: entraba sola con la doctora porque a José no le permitían pasar. Le decían: «¿Quién es la paciente?», por lo que ella pensaba: «así ni cómo que mi marido diga que no tenemos dinero para el ultrasonido». La cara de Lluvia mostraba angustia por no disponer de los recursos para los estudios o el traslado para asistir a las consultas.

A partir de los siete meses y medio de embarazo —cuando comencé a darle seguimiento a su caso— pude visitar a Lluvia en cuatro ocasiones y documentar que el embarazo conllevaba una gran presión para la pareja, además de la que les generaba la afiliación al programa Prospera por tener que cumplir con citas y actividades diversas. Como se dijo antes, el programa no considera en sus lineamientos las condiciones de la mujer con un embarazo de alto riesgo. Lluvia tenía la amenaza de un parto prematuro y debió pasar largos periodos en cama para poder llevar a término su embarazo. Los mecanismos de control del programa Prospera han institucionalizado el control prenatal: las mujeres embarazadas deben acudir todos los meses a consulta en el centro de salud que les corresponda, independientemente del gasto que esto represente o de los riesgos que pueda implicar.

Para Lluvia, las redes de parentesco son una fuente importante de recursos para poder cumplir con las exigencias del programa. Su familia extensa está inmersa en un marco de prácticas del programa ya naturalizadas, y sabe cómo cumplir las exigencias para tener acceso a los recursos económicos. Su suegra la afilió al programa, y es quien la vigila. Lluvia me relató, tensando un poco su voz, que su suegra estaba al pendiente de cada una de sus visitas para asegurarse de que cumpliera, por lo que se sentía acorralada. Trataba de no mostrar enojo, pero admitía sentirse presionada. También me hizo saber que su esposo era permisivo ante los requisitos del Prospera, a pesar de que ella manifestara su descontento y tuviera problemas para cumplirlos.

Aunque en el sexenio 2013-2018 el programa Prospera cambio de nombre, lo siguieron llamando indistintamente Oportunidades o Prospera porque las reglas de operación no cambiaron. La dependencia económica y social desdibuja, al parecer, los cambios sexenales de los componentes del programa.

La decisión de Lluvia estuvo determinada por la necesidad del apoyo de Prospera (es decir, por sus condiciones económicas), pero ante la amenaza de aborto consideró necesaria la intervención de la partera. Su

autonomía durante el embarazo se vio limitada por su posición de vulnerabilidad biológica —dado el alto riesgo— y económica —por tener que cumplir con los requisitos del programa Prospera.

El parto

Para que su embarazo pudiera llegar a término, Lluvia tuvo que guardar reposo. El trabajo de parto se adelantó tres semanas a la fecha probable. Ella me relató que un buen día se sintió mal y le dolió el vientre. Lo estaba sobrellevando, pero tras un conflicto con su esposo (él llegó ebrio, ella se enojó y los hijos se asustaron por la pelea) se le agravó el dolor, por lo que su suegra la llevó —en transporte público— a la sala de urgencias del Hospital de la Mujer en San Cristóbal de Las Casas. Ahí la revisaron, la acostaron en una camilla y les pidieron que compraran unos “maduradores” para mejorar las condiciones del bebé, pues le faltaban tres semanas para completar el periodo de gestación. Regresó a su casa por la noche con la indicación de guardar reposo, y le pidió a su hermana que fuera a cuidarla.

Lluvia estuvo una semana en reposo absoluto, y molesta con José, quien se encargó de asistirla mientras su hermana preparaba la comida, lavaba la ropa y los trastes y arreglaba a sus hijos para mandarlos a la escuela. El 5 de agosto de 2016 Lluvia tuvo dolores más fuertes y su esposo la llevó al Hospital de la Mujer en San Cristóbal de Las Casas, sin preguntarle si estaba de acuerdo. Según me relató, José se había preparado para cuando “se pusiera mal” y le había puesto gasolina a la camioneta de su familia. En el hospital la revisaron y le dijeron que le faltaba poco para parir. Le pidieron a su esposo que se saliera de la sala, la acostaron en una camilla y le administraron suero.

La espera

Cuando llegué a la sala del hospital, pasadas las nueve de la noche, me encontré con José, su mamá y los padres de Lluvia esperando noticias.

Estaban preocupados porque habían llegado a las dos de la tarde y aún no sabían nada.

Acompañé a la madre y a la suegra de Lluvia a cenar y me relataron el problema de Lluvia y José. Las dos hablaron de sus propias relaciones con sus esposos, quienes eran, según ellas, muy machistas y no las dejaban trabajar. La suegra mencionó que su marido siempre la acompañaba a cobrar el Prospera. Dijo estar preocupada porque debía cobrar al día siguiente, por lo que no iba a poder estar con Lluvia.

Cuando regresamos al hospital, José tenía noticias. Le habían avisado que Lluvia estaba bien y que el niño aún no había nacido. A las ocho de la mañana del día siguiente la familia empezó a preocuparse. Después de mucho preguntar, por fin alguien nos respondió: «Nació a las 7 de la mañana, fue niño, están bien los dos y cuando pasen a pasillo les avisamos». La felicidad de José por saber que había tenido un hijo fue inmediata. Los padres de Lluvia se tranquilizaron al saber que su hija estaba bien.

Lluvia pasó a pasillo a las 4 de la tarde. Me contó que mientras esperaba a que la pasaran a la sala de expulsión, la enfermera le puso un medicamento para que tuviera más contracciones porque los dolores se le habían detenido. No recordaba que le hubieran explicado más que eso ni que le hubieran pedido su consentimiento para aplicarle el medicamento. Ya que nació el niño, el médico que la atendió le dijo que tenía que limpiar la cavidad uterina para que no se quedara nada de la placenta, y la tuvieron que rasgar. Después de unas horas le hicieron la OTB (o Salpingoclasia) que había solicitado. Estaba adolorida pero feliz porque había sido niño. Nuestra plática fue interrumpida porque entró la psicóloga del hospital y tuve que retirarme del pasillo de púerperas. Su madre se quedó esa noche en el hospital para cuidarla, y su esposo se fue a descansar para ir por ellos al día siguiente día, cuando la dieran de alta.

¿Pero cómo fue el parto?

Lluvia había acudido a las consultas de control prenatal a la clínica de campo, pero decidió atenderse en el Hospital de la Mujer porque ahí habían nacido sus dos hijos mayores. Así narra su experiencia:

[...] Ahí me tuvieron en la camilla un rato, ya después me reventaron la fuente para que me viniera los dolores más fuertes; después me pusieron en observación para ver qué tiempo llevaba de dilatación, miraron que ya tenía yo los dolores y me pasaron a la sala de parto ya nomás para que saliera el bebé [...]. Pesó 3,350 kilos y midió 52 cm [...]. Me rasgaron [...], solo los doctores lo abren, no me preguntaron, que porque no puede uno, dicen; creo tres puntitos me dejaron [...]. Naciendo me lo pusieron en la camilla [...], el domingo nació y me sacaron el lunes [...]. No me dejaron fajar. Ya viniendo aquí sí, en el hospital no dejan nada [...]. Saliendo me lo dieron para que le diera de mamar al niño. [...] De comer el primer día me dieron caldo de pollo.

El relato del parto revela que por haber optado por el hospital, Lluvia no cuestionó nada de lo que hicieron los médicos. Sí manifestó preocupación por sus hijos, porque estaban solos en la comunidad donde vivían, y también porque sus acompañantes estaban gastando en comida y transporte. Lluvia no ejerció su autonomía durante el parto, optó por esa institución y fue incondicional. Al igual que ella, la familia ya había acordado que pariera en un hospital.

Lluvia pidió que le hicieran la OTB porque no había disfrutado sus tres experiencias como lo hubiera deseado, por haber tenido que pasar mucho tiempo en cama o por las complicaciones del parto. Por la OTB que le practicaron tuvo que quedarse dos días más en el hospital.

Llama la atención el interés de los familiares por cumplir los requisitos del programa Prospera, a pesar de sus preocupaciones durante el parto. Gracias a los ingresos recibidos, pudieron cubrir los gastos derivados del evento obstétrico. La importancia de estos ingresos para solventar los eventos obstétricos fue vital.

Sobre la duración de la estancia hospitalaria, la NOM-007 señala que el monitoreo de la atención del puerperio inmediato debe darse las 24 horas siguientes al parto. A Lluvia le dijeron que no la darían de alta porque le habían hecho la OTB.

El puerperio

En el puerperio inmediato, Lluvia tuvo problemas con la lactancia. Consideraba que su parto había sido tan complicado como los anteriores. A pesar de la molestia de la herida de la OTB, se sentía bien por haber tomado la decisión. Su principal preocupación era el cuidado del recién nacido y de sus hijos mayores. Dejó su salud personal en un segundo plano. La siguiente narrativa da cuenta de sus preocupaciones:

No dormía, está molesto, no se dormía por el frío, y dice mi esposo: «Creo que el niño no se llena», y ya le compró su bote de leche. Le doy una vez antes de dormir y una vez al amanecer. Solo come y se duerme [...]. Sí, primero como que no se llenaba y aunque estaba mame y mame, como que lo acababa, y ya para amanecer ya no quería leche porque andaba molesto. Y como que dos o tres días sin ensuciar pasaba [...]. Ya ahorita con su leche, ya como que le ayuda a ensuciar [...], aunque se le inflama mucho la pancita.

La decisión de usar fórmula

La decisión de darle leche de fórmula al niño fue de José. Al ver que no dormía, concluyeron que el niño no se llenaba y lloraba de hambre. Se

resolvió una situación, pero apareció el malestar del estómago del niño. Le dieron la misma fórmula que habían tomado sus hermanos, que era la más convencional y barata del mercado. «Mi esposo se fue a trabajar, con estos bloqueos da miedo [...]. Sí, es que para la leche, el pañal, la comida, ya no alcanza». Cada vez que veía a Lluvia durante el embarazo, su esposo estaba en la casa. Durante el puerperio ya no fue así. Ella me decía que estaba trabajando porque no alcanzaban a cubrir los gastos de la leche y los pañales. En esos días su apoyo principal fueron su hermana menor y sus padres, quienes la cuidaron una semana.

Mis papás la primera semana se quedaron a apoyarme, pero como tiene su tiendita y si hay clases aprovecha un poco su venta, por eso me traen mis cositas como mi avena [...]. Al rato tomo mi avena, estoy tomando para que me vuelva más leche [...]; por mi bebé, me regañan, porque no puede mamar [...] y también me regañaron cuando fui a hacerle el tamiz. Que tome agua y necesitaba que lo asoleara un tantito porque está muy amarillo. [...] Fui a hacer eso del tamiz porque no lo hicieron cuando nació, porque me dijeron que no escuchaba en ninguno de los dos oídos. Me dieron cita para este 25 de agosto [...], el niño no se dejaba hacer el tamiz porque se distraía con la voz de la doctora y la enfermera, que estaban hablando. Todo salió bien en su tamiz, creo que la suciedad salió por lo mismo que lo bañamos, parece que sí, ya escucha [...].

Ayer fui a pláticas de Prospera, y ya me dijeron que vaya a cita hasta la clínica para que me den otros días más, para que no vaya a las pláticas todavía [...], pero me dijeron que puedo esperar hasta que salga a los 40 días.

Me dijeron que vaya a pedir cita [...], sí, pero depende cuándo me den la cita porque no rápido lo dan, o sea, la del día. Me pueden dar dentro de un mes o quince días, depende que día esté libre [...], porque en el Prospera ni cuando estuve embarazada. Solo me han dado papilla para mi Angelito [...]. Pero la promotora de salud es doña Fátima. Nos dividieron el grupo de las que ya no tienen menores de 5 años, ya es en otra fecha que tienen plática. Por ejemplo, ayer me tocó y dentro de 15 días le toca a mi suegra.

A pesar de que Lluvia estaba en el puerperio, siguió asistiendo a las reuniones del Prospera. Algunas afiliadas le comentaron que podía ir a una cita médica para que le permitieran no asistir a las pláticas. Tendría que llevar un justificante del médico donde aclarara que aún estaba en cuarentena y debía guardar reposo.

Las morbilidades del recién nacido y la familia

La representación social de los padecimientos del niño se centra en la alimentación de la madre. En las narrativas se reconoce que en el puerperio se privilegia la salud de la criatura sin considerar los intereses de la madre. La autonomía respecto de las decisiones en torno a la alimentación del niño y de la madre se ve restringida por las consideraciones de las personas que creen tener más experiencia.

Tengo precaución [...]. Voy con probaditas. El otro día mi suegra cosechó acelga y lo probé, lo hice así, entomatadito [...]. Él sufrió porque estuvo llore y llore, me dice mi suegra que mejor espere yo a los 40 días para que así ya vaya sanando. El pobrecito se moría del dolor de estómago [...]. Como mi cuñada le hizo un papeli-to lo picó y con bicarbonato y le puso en su pancita, con eso ya durmió. Ya era como las 11 o 12 y no dormía, con eso se calmó.

En los cuidados durante el puerperio no solo participan los médicos o las parteras, sino toda la familia (o las mujeres de la familia), y consideran todo tipo de intervenciones, incluyendo los remedios caseros tradicionales para el cuidado de la criatura.

El doctor me dijo que puedo comer lo que sea, que más frijolito y lenteja, y mi suegra dice: «No, el frijol al bebé le hace daño» [...]. Como le digo a mi suegra, a mí no me hizo nada, pero el bebé estaba que se moría, y yo también tenía como una bola en el estómago que me costó mucho quitármela. Me tuve que fajar hasta aquí arriba de mi estómago para que fuera bajando ese aire que me quedó adentro porque ya estaba toda así desinflamada, todo donde estaba fajada, pero menos en la boca de mi estómago. Se me hizo una bola, y al bañarme, al desvendarme, me dolía, me molestaba. Donde me tenía que desvendar para bañarme, me molestaba hasta para agacharme. Haz de cuenta como que estaba pesado ahí, y ya me dice mi mamá: «No, véndate entera para que así se vaya». [...] También mi mamá venía para curar el ombligo de mi bebé, porque no quería cerrar, y ya fue a consultarlo con un doctor que está allá en San Andrés. Me mandó Isodine y gasas. Eso le estuve poniendo para que secura.

La narrativa muestra cómo en el hogar son las mujeres de la familia quienes brindan los cuidados a la mujer recién parida, y tienen la experiencia para atender sus padecimientos. Llama la atención la poca información que le dieron a Lluvia en el hospital sobre los cambios de su cuerpo, tales como la involución del útero y su manejo adecuado. Parecería que para la familia no es un signo de desarrollo normal del puerperio, sino una anomalía que hay que resolver con el vendaje, conforme a la medicina tradicional.

Mi herida los primeros días me molestaba mucho para caminar porque un lado quedó como con aire, y al caminar o así, al acostarme, me dolía bastante. Ya gracias a Dios puedo andar, aunque el sangrado todavía no se me quita [...]. Ya va a hacer los 40 días. Ya le pregunté a mi cuñada, como ella también hasta tres meses le tardó el sangrado.

A pesar de que tenía las molestias de la herida de la OTB y la episiotomía, lo que más le importaba a Lluvia durante el puerperio mediato era la salud de su niño y sus condiciones económicas.

Los cuidados de Lluvia en esta etapa fueron medicalizados porque seguía con antibióticos por la cirugía. En su puerperio tardío solo su hijo recibió tratamientos para la nariz y el estómago cuando le empezaron a dar leche de fórmula. Pero los dos recibieron tratamientos o remedios de la medicina tradicional. Por las condiciones de su hijo, Lluvia recurrió a la atención médica y aceptó darle medicamentos. Ejerció una autonomía limitada, porque sus acciones estuvieron determinadas por su familia, los responsables de la afiliación a Prospera, y giraron principalmente en torno a los padecimientos de su hijo.

CAPÍTULO 6

CIELO: TODO POR EMBARAZARME

Cielo, de 37 años de edad, es originaria de San Cristóbal de Las Casas. tiene estudios de posgrado en Derecho y trabaja como defensora de las mujeres en una organización civil. El seguimiento de Cielo comenzó al sexto mes de embarazo y terminó a los 50 días del parto. Le hice siete entrevistas en las que reuní más de 30 horas de grabación y 40 horas de observación en su domicilio y en el lugar donde recibió la atención del embarazo.

Desde la primera plática, Cielo me manifestó los problemas que tuvo para quedar embarazada. A lo largo de su relato se observa cómo fue tomando decisiones por el deseo de embarazarse y cómo su contexto influyó para que lo lograra.

Al principio sí era muy abundante mi menstruación. Entonces yo me negaba a tomar medicamentos, pues decía: «es parte del organismo, no tengo por qué estar medicándolo». Lo que sí tomaba eran hierbas; un tecito de manzanilla, un tecito de hinojo para la inflamación, no sé, cositas así y ya con eso me la pasaba. No le di mucha importancia al principio, de decir «bueno, ¿esto en qué me puede perjudicar?». Ya después del primer año de estar en matrimonio me empezó a entrar esa duda del porqué no quedaba embarazada. Ya fue que buscamos, en el 2013, a una ginecóloga y le comenté de mi problema.

Entrevista con Cielo. Todas las citas de este apartado (5.2) son de Cielo, excepto cuando se indique otra cosa. Cielo creía que no tendría problemas

para quedar embarazada; se sentía sana, conocía su cuerpo y consideraba que no necesitaba ser medicada o acudir a un especialista. Tampoco veía su edad como una barrera, a pesar de que el promedio de la primera fecundidad o el rango ideal para embarazarse no rebasa los 35 años, y pasada esta edad, el embarazo se considera de alto riesgo o geriátrico.

La travesía por quedar embarazada

Desde que se casó, a los 33 años, quiso un hijo. No lograba quedar embarazada y no sabía a quién recurrir. Nunca había visitado a un ginecólogo con ese fin. Lo comentó con su esposo y a él le pareció bien que fuera a ver a la ginecóloga. Decidió someterse a estudios, lo que no fue fácil para ella porque no quería tomar medicamentos ni tampoco exponer su cuerpo a un especialista, en especial del sexo masculino. Al relatar cómo le hicieron el estudio, su expresión fue de total desagrado:

A partir del 2015, haz de cuenta que empecé a tomar medicamentos para que disque me regulara y también me hicieron unos estudios, pero en rayos X: la histerosalpingografía, que es muy dolorosa porque tienen que abrirte prácticamente las piernas y te meten un aparatito en tu parte de la vagina. Es incómodo porque, pues no está así como para que me estén viendo, y luego es doctor, da pena, aunque el doctor fue muy amable y todo. Pero sí en el momento en el que te aplican o hacen un ruido, sientes como que te dan un piquete, sientes horrible, y ya terminando el estudio te queda mucho dolor en la parte de tus trompas. Sientes un dolorcito que no te puedes mover durante por lo menos esa tarde. (Este estudio debe hacerse bajo anestesia general).

Juan siempre me acompañaba y opinaba. A veces decía: «pues esto no me parece». Él estudió enfermería y tiene un poquito de

conocimientos, entonces cuestionaba a la doctora: «¿Por qué ese tratamiento?», «¿por qué no checan las fechas?». Esas preguntas molestaban mucho a la doctora, por eso ya no fuimos con ella. Con esta doctora gasté como ocho o diez mil pesos probablemente, porque estamos hablando del estudio este, de los análisis, me dio medicamentos hormonales, pastillas, que ir al laboratorio porque me pedía que antes de los días que me bajara o que estaba yo ovulando, hacer estudios hormonales. Y aparte me tenía que hacer el ultrasonido, que era así como batallar, porque tienes que ir a hacer el ultrasonido tales días. Me desesperaba un poquito por los tiempos porque, pues a veces estás trabajando y no puedes estar con que “permítame ahorita regreso, voy a hacerme tal estudio porque cayó tal día”. O tenías que viajar o algo y cómo lo checas.

La primera ginecóloga fue muy cerrada. O sea, «si no funciona esto prácticamente tienes que hacerte ya mejor in vitro, pero ese [...] es carísimo y si no tienes dinero, pues no sé cómo le vas a hacer. Que a la mayoría de las parejas no les queda de otra que hacerse un in vitro...». Fue así, muy de que “ya saltarse todo esto y mejor ya vete a esto”. Entonces fue así como que no nos gustó mucho.

Cielo mencionó que le sorprendió que una ginecóloga privada pudiera ser tan cerrada con otra mujer sabiendo de su deseo de ser madre; que se mostrara indiferente y sin ninguna empatía, y le propusiera solamente medicalizarla. Pero ella seguía queriendo ser madre, aunque el trato de la ginecóloga no hubiera sido nada alentador y los tratamientos hormonales no estuvieran funcionando.

Cambié de ginecóloga y de medicamentos. Me dio una serie de medicamentos, porque me dio Metformina. También me mandó bajar

de peso, que era algo complicado. La Metformina me dijo que lo utilizan mucho para los diabéticos, pero que en mi caso lo íbamos a manejar para nivelar mi condición de peso o algo así, no recuerdo muy bien; tenía que ver con mi glucosa o que no subiera mis niveles. Eran pequeñas dosis. Entonces me empezó a decir: «tómame la mitad de la tableta». Ya después de un lapso me lo subió a una tableta, pero no sentí nada que me ocasionara un malestar o algo. Ella tiene sus aparatos, entonces ya con ella me checaba todo: las citas, los ultrasonidos. Me empezó a dar Omifin. Estuve prácticamente parte del 2014. Me detectó, creo que una infección, que se trató, y ya de ahí empezamos a prepararme para la estimulación. Entonces me dio otro, Progestal, y me dio Valdecasas (ácido fólico, presentación patente). Cuando empezamos con los días previos para la fertilización ella me dio inyecciones. Me dio Bravelle. También me dio, al final, después de tomar el Bravelle (que son unas inyecciones caras, para variar, están como en 450 o 500 pesos). Me puse creo que como diez la primera vez. Ya después, la segunda vez que se intentó, me aumentó la dosis porque se intentó dos veces, y no se dio, porque inclusive me puso, al final de las diez inyecciones, medio Choragon. El Choragon sirve como para que se abra la membrana y permita el paso de espermatozoides. Entonces, en dos ocasiones intentaron para ver si funcionaba y era programada la cuestión sexual para ver si funcionaba, pero pues no, ni una ni otra funcionaron. Todavía me acompañaba mi esposo con ella, pero dejamos de ir. Como no funcionó con la segunda, él se desanimó, perdió ya todo el interés.

Se hizo varios estudios, probó diversos métodos de fertilización y ninguno funcionó. El único resultado era la decepción. Cielo es una persona alta y robusta. En cada consulta, la ginecóloga le decía que tenía que bajar de peso, y ella se preguntaba cómo podría hacerlo si le estaban dando

hormonas. «*Y tampoco voy a dejar de comer!*». La ingesta de medicamentos (de patente) era intensa y costosa.

La ginecóloga nos dijo: «Hay que intentar una vez más, hay que checar, hay que ver otro estudio, tal vez hay algo que aún no hemos checado, por eso no ha funcionado». Me dijo: «Creo que tengo que aumentarte también las dosis de las inyecciones, para ver si con eso logramos estimular. Aparte de que necesito que bajes un poquito más de peso». Porque decía que tenía mucho que ver con el hecho de que el organismo funcionaba más rápido y el medicamento funcionaba si tenías el peso más bajo.

Pues al principio no le di mucha importancia, dije: «¿pues qué tiene que ver mi peso?». Pues yo me siento bien, siento que sí subí un poco de peso por tanta cuestión hormonal que me habían dado desde la primera vez, porque sí subí bastante de peso, (no puedo creer que esté tan cachetona). Entonces, sí fue así como que me afectó de tanto que me estuvieron repitiendo, pero pues tampoco fue así, una exigencia. Me sentía incómoda cada vez que llegaba a consulta y me decía: «no bajaste ni un kilo». Y yo: «¡Ay!, es que me cuesta mucho trabajo». Y sí intentaba modificar los alimentos, lo que consumía, sobre todo los mariscos.

El sobrepeso de Cielo por el consumo de hormonas y la depresión por no quedar embarazada fueron algunas de las causas a las que las ginecólogas atribuyeron que los tratamientos no funcionaran. Cielo no veía que su cuerpo estuviera obeso, pero las dos ginecólogas que la atendieron fueron muy insistentes al respecto, lo que la hizo sentirse mal: «No has bajado nada, esto no va a funcionar, tienes sobrepeso». Es decir que la culpaban de que los tratamientos no funcionaran.

Se hizo un segundo intento No funcionó, y ahí mi esposo dijo: «¡pues ya!...». Él se decepcionó mucho de que no funcionaba. Entonces fue así más negativo, decía: «Ya no, estamos gastando mucho». Al principio sí me apoyaba, pero estábamos gastando de más y no había resultados. Y pues sí, pensamos incluso en la separación porque cada quien tenía formas de pensar diferentes. Yo estaba más en el punto de decir: «Pues no, no me quedo conforme con este resultado, realmente creo que no, no me estoy rindiendo. O sea, siento que por ahí no va, algo está faltando, yo sé que sí se puede, algo no han checado bien». Entonces le dije: «Yo lo voy a seguir intentando».

La ginecóloga me pidió un estudio, que me repitiera los rayos X de la histerosalpingografía, pero pues yo dije que ya no, ese estudio no. Aparte que a mi esposo tampoco no le gustó la idea de que se volviera a repetir. Tuvimos una discusión por eso, pero yo le dije: «¿Sabes qué?, yo tampoco estoy de acuerdo en volvérmelo a hacer porque aparte de que es doloroso, no encontraron nada. Pues se supone que era para saber si estaban bloqueadas las vías y supuestamente todo había salido bien. Y entonces, ¿cómo es que me van a repetir otra vez?». Entonces nos dimos como un receso, sobre todo físico, económico y emocional, mientras se tranquilizaban las cosas. También analizaba qué hacer porque, pues yo también me sentía un poco desgastada de tomar medicamentos y de estar escuchando resultados negativos.

Se consideró hacerle estudios a mi esposo. La primera doctora no dijo nada y la segunda doctora sí consideró hacer un estudio general, para ver cómo estaba. Obviamente, como es hombre, ya te imaginarás: «¿Pero cómo? Si yo estoy bien, tengo dos hijos, o sea, ¿cómo voy a ser yo el del problema?». Entonces, en la primera sí se negó él. Por eso también suspendimos un poco, porque le dije: «Es que tú solo me dejas todo a mí, desde ¿cuándo están?, ¿qué te

han dicho? También necesitan hacerte unos estudios y tú dices no». Entonces yo sí me enojé, y ya fue que en el 2014 sí suspendimos, casi creo que a finales de año, con la doctora. Pasaron como unos tres meses o cuatro en que yo también le dije a él que lo pensara, porque si me iba apoyar, yo también necesitaba que él se hiciera los estudios porque no es posible que yo solo me los estuviera haciendo. «No, yo estoy bien». Inclusive porque, digo, bueno, sabe algo de enfermería, y me acechaba porque tenía yo un gato. Entonces, en mi casa siempre ha habido animalitos, aparte de él, entonces, me decía: «No, lo que pasa es que por tu gato de seguro tienes... ¡ay!, una enfermedad que les da a los gatos cuando comen ratón [toxoplasmosis], y no sé qué. Eso también provoca problemas para poderse embarazar». Él sacaba sus propios diagnósticos médicos.

El rechazo de Juan a hacerse estudios muestra la representación del machismo y del poder ante la procreación. Ante la imposibilidad de lograr el embarazo, para Juan el problema era de Cielo; ella debía asumir la responsabilidad y someterse a los estudios. La actitud de Juan llegaba a ser inconsciente: «ya soy padre, no tengo interés de serlo nuevamente»; a diferencia de Cielo, que nunca había tenido un hijo ni tampoco un aborto. Aunque Juan veía con más simpatía a la última ginecóloga, seguía renuente a hacerse estudios.

Mis papás son más tradicionalistas. «No sé por qué le pasa esto a mi hija» —le decían—. Mi mamá me dijo: «Yo también al principio tuve problemas para embarazarme, pero fui con una partera porque se daban los embarazos, pero abortaba». Y de hecho, sí me llevaron con dos parteras, creo, o tres, durante esos lapsos.

Al ver lo que le pasaba a Cielo en su relación, su familia decidió mantenerse al margen. Estaban en desacuerdo con la falta de apoyo de Juan y con que ella pagara el tratamiento, porque además vivían en su casa. Hizo nuevos intentos que tampoco funcionaron, lo que la deprimió más, pero siguió buscando opciones para quedar embarazada.

Cuando hablaba de Juan, mostraba cierta tristeza y decepción. Hablar de los reclamos de su familia era un conflicto (que era un bueno para nada, que lo corriera de la casa porque todo lo pagaba ella y que él no aportaba). Juan era chofer de transporte público y apoyaba económicamente a sus hijos, razón por la que a veces no le alcanzaba el dinero. Pero lo que más perturbaba a Cielo era la presión de su familia y el desinterés de Juan en apoyarla para ser madre.

La búsqueda de fertilización con parteras

Mi mamá decía: «No, pues, de seguro es frialdad, tienes que ir a que te chequen». Entonces mi hermana me dijo: «Conozco a una partera que es muy buena». Y ya me checaron, como ocho días, creo, que me estuvieron llevando, porque supuestamente mi cadera estaba muy abierta. Sí me dolió las primeras veces que me dio el masaje. Sí me dolieron todos los huesitos de la parte de la espalda, pero decían que con eso podía funcionar. Después me dijeron que no, que estaba muy fría mi matriz y que necesitaba darle una calentadita.

Varias veces asistió sola o con una amiga al médico o con la partera. Su esposo ya se había desesperado. Decepcionada por no contar con su pareja y cansada de oír los reclamos de su familia, recurrió a sus amistades para buscar otras opciones, como la medicina tradicional, que ya le habían recomendado, pero ella había decidido no considerar.

[Fui con una partera] la que me recomendó mi hermana, y de ahí creo que al año volví a intentar con otra partera, que me recomendó una amiga, doña Francisca [...]. Ella me dijo: «Es que está muy fría tu matriz, tengo que darte unas calentadas, pero con yerbas, pero son baños, te los tengo que dar en tu casa, pero no vas a salir después que te haga los baños [...]». En eso mi esposo sí me apoyó, no me dijo que no, aunque no estaba muy seguro si funcionaba o no. Igual [...] me hicieron las calentaditas y supuestamente me dijo: «Pues como en unos dos o tres meses quedas embarazada». [...] Pasaron esos tres meses y nada.

La búsqueda de atención con parteras tradicionales no funcionó. Juan aceptó el tratamiento con una partera y permitió que fuera a su casa a curarla. Cielo dijo: «Llegó a mi casa a curarme y bañarme y todo, y mi marido ni cuenta se dio, aunque sí sabía que iba a llegar». Cuando recurrió a la partera, Juan no estuvo presente en ningún momento.

Para las parteras tradicionales, las enfermedades de Cielo tenían que ver con la frialdad de su cuerpo, en particular, de su aparato reproductor. De acuerdo con la antropología médica, el sistema caliente/frío remite a elementos disímiles que van desde la localización física de los síntomas de la enfermedad (dolor, inflamación), hasta supersticiones diversas (un aire, el mal de ojo). Todas las causas y los síntomas de las enfermedades se clasifican como “fríos” —que se combaten con plantas “calientes”— o calientes —que se curan con frío. Las parteras, herederas de este conocimiento, les prescriben a las mujeres tratamientos conforme a dicha clasificación. Volviendo a Cielo, le atribuyó su infertilidad a la frialdad de su cuerpo.

La decisión de bajar de peso para poder quedar embarazada

Yo dije: «Me voy a dar un lapso de unos meses para pensar», pero como vi que él no, pasaban los meses y él ausente. Entonces tomé la decisión de buscar a alguien [...], me recomendaron a un ginecólogo,

que fue el doctor López. Él fue ya en el 2015. Con él sabía que mi esposo no iba a estar muy de acuerdo, porque no quería que me atendiera un ginecólogo. Porque dice que él miraba muchas cosas, que a veces los mismos doctores hablaban de las pacientes, de su vagina, de que si se miraba grande, si querían ir a ver vaginas. O sea, según eso, porque tenía ese criterio de que los doctores te ven más con morbo, no como un trabajo profesional, y porque él lo había escuchado y sabía cómo eran los internistas y los médicos. Entonces, tenía ese criterio. Pero a pesar de su criterio, a mí me vale un reverendo cacahuete. Siempre le decía: «Pues, ultimadamente es mi cuerpo y yo decido». Me comentaron del doctor López, que era muy bueno, que con él ya les había funcionado, que él ya te hacía no solamente el, este, estudio monobásico y, en base a eso, ya te decía si te daba un tratamiento. También, igual por coito programado, o si no ya él te hacía el in vitro que te inyecta. Entonces, bueno, dije: «Puede que haya más opciones».

No le dije que iba ir a consulta porque sabía que iba ser una cuestión de discusión (en varias ocasiones intenté hablar con él y me dijo que no). Entonces dije: «Ultimadamente lo voy a pagar yo y yo escojo con cuál», así decidí ir con él. Me hizo [...] una colposcopia, salí con una infección. Entonces fue lo primero que me dijo: «Tenemos que tratarte una infección que hay para poder iniciarte un tratamiento de fertilidad, porque primero tiene que estar bien tu matriz y tus ovarios». Ahí yo creo que ya estaba yo bastante ansiosa de decir: «Ya quiero que me inicie el tratamiento, no quiero seguir con esto de que siempre hay una cosa, cuando se diera algo positivo». Entonces le comenté a mi esposo de mis estudios, y pues sí ocasionó una discusión. Nos peleamos y de hecho nos separamos por eso. Yo decidí darme el tratamiento médico que me dijo para tratar la infección y todo.

A él le costó muchísimo aceptar que fuera con un ginecólogo, yo insistí. Pasaron como uno o dos meses y, con trabajo, lo aceptó. Le puse condiciones de lo que tenía que hacer, como unos estudios que ordenó, tomar medicamentos en pareja para la infección. Con la doctora nunca hubo el resultado favorable, él nunca quiso y no se lo tomaba, entonces esta vez fui más incisiva y aceptó.

Cielo mantuvo la decisión de atenderse con un ginecólogo, y su esposo no tuvo más que aceptar su decisión y el tratamiento. Sin embargo, tuvieron que pasar meses para que Juan decidiera hacerse los estudios y para que aceptara que todo fuera programado, como lo señalaba el médico. Para él era imposible aceptarlo, y para Cielo era una batalla constante. «Si lo pudiera hacer sola ni te molesto», le decía. La permanente negociación con su esposo la desgastaba y la desanimaba.

En este escenario, Cielo ejerció su autonomía en diversos grados porque aunque era ella quien pagaba los tratamientos para quedar embarazada, dependía de Juan para saber cuál era el problema por el que no podía quedar embarazada y así finalmente pudiera procrear.

Me recetaron Jeslutin, me recetaron Trexen óvulos, Sporasec, y a él también le recetaron antibiótico y me aseguré de que los tomara. Ya después de ahí me exigió bajar de peso para poder iniciar el tratamiento. Creo que fue un poquito más duro conmigo, pero creo que a veces deben de ser así. Tuve que ir con un especialista, con un bariatra, para que bajara yo de peso, porque sí me dijo que era importante bajar de peso. Con el dolor de mi corazón me fui. Él también me indicó medicamentos para bajar más rápido de peso el primer mes y lo complementé con ejercicio, me metí al gimnasio y también cambié mi alimentación; cambié todo. O sea, estaba yo con la decisión de que tengo que echarle ganas también. Mi esposo decía:

«¿Cómo quieres que funcionen las inyecciones que te han puesto si el líquido se sale porque tu cuerpo es muy gordito?». Y yo dije: «Bueno, pues sí tengo que bajar de peso». Además, porque para el doctor fue casi como una condición: «Bajas de peso e iniciamos el tratamiento; no bajas y no iniciamos hasta que vea resultados».

En este fragmento, Cielo deja ver el panorama de su relación marital, el control del cuerpo femenino, y la exigencia personal de la pareja y el médico (sistema de salud, científico) por embarazarse. «Me aseguré de que las tomara», «creo que fue un poquito más duro conmigo», «cambié todo», «tu cuerpo es muy gordito», «bajas de peso e iniciamos el tratamiento». Son frases que Cielo tomó con mucha seriedad, a pesar que no quería cambiar su estilo de vida y veía bien su cuerpo. Lo tuvo que hacer, lo decidió así porque creyó que esa era la razón por la que no podía quedar embarazada.

No me acuerdo... como uno, dos, tres o cuatro meses creo. Sí me llevó algo, sí estuve yendo todos los días al gimnasio, pero fue un poco difícil porque ya llevaba un buen tiempo sin hacer ejercicio. Entonces, volverme a incorporar a hacer ejercicio. Al principio sí me costó, pero también me ayudó a desestresarme, después de toda la carga emocional que tenía. Carga, porque era un poco batallar con las emociones de mi pareja, de que no estaba muy de acuerdo. En parte, pues también mis papás que no estaban convencidos de por qué no podía quedar embarazada, o el pensar que tal vez me había hecho alguna otra cosa en mi juventud, si había tenido tal vez algún aborto o algo así. Y pues fue algo que me ocasionó alguna molestia, porque nunca en mi vida había hecho esas cosas.

Aquí se manifiestan los prejuicios y sentimientos de culpa de Cielo por no poder quedar embarazada. Le provocaban tristeza y enojo porque las

representaciones de las causas caían todas sobre su cuerpo. Sin embargo, sí menciona que hacer ejercicio la cambió para bien porque era algo que hacía por ella misma: «solita iba al gimnasio» y preparaba su comida para seguir la dieta del bariatra. Juan no apoyó el cambio de alimentación ni el estilo de vida de su pareja para bajar de peso (a él debía prepararle una comida diferente). Cielo menciona que su esposo le decía constantemente «La que tiene que bajar de peso eres tú, yo sí puedo comer». Esto la disgustaba a ella y a su familia. El comportamiento machista de Juan limitaba la autonomía de Cielo, a pesar de todos sus esfuerzos y los gastos que afrontaba para quedar embarazada.

Cielo sintió un alivio cuando se descartó que su esposo tuviera un problema de infertilidad. De haber sido así, su familia se habría opuesto aún más a él, pues querían que ella lo dejara definitivamente. «A mi esposo le mandaron a hacer unos estudios para ver cómo estaban sus espermias y, pues, gracias a Dios salieron bien, a su nivel, y pues para él era muy vergonzoso». Juan se hizo estos estudios dos años después de que Cielo estuviera en tratamiento para quedar embarazada.

Mi esposo tiene una forma de pensar diferente, no sé si por lo que ha visto. Aparte, porque también no es fácil ver el hecho de que a tu esposa la estén viendo otros hombres o no sé. Porque inclusive yo todavía le dije: «Habla con tus amigos, porque no puedo creer que no quieres que me atienda un médico “hombre”; por una necesidad de salud, no te puedes poner en ese plan [...]». Y él me decía: «Es que a mí me cuesta mucho trabajo, te quiero demasiado y me cuesta mucho trabajo saber que alguien más te va a ver, pues no es solo en mí, es algo que no lo puedo controlar».

Mi familia se molestaba porque no lograban entender su comportamiento, pero, pues, bueno, me decían: «Hombres tenían que ser». Tuve un poco de miedo cuando fuimos la primera vez que me acompañó a la consulta con el doctor, iba con la corazonada de que se portaría bien o se portaría mal y me va a hacer pasar una vergüenza... me cae que ya ahora sí, ya no hay tolerancia, porque también el doctor es muy “simpático”, “guapo”, puede sentirse cohibido el doctor, aunque sí le comenté un poquito del comportamiento de mi pareja. Porque las primeras consultas las que me acompañaron fueron mi hermana o amigas, fueron las que estuvieron ahí echándome porras, «no lo dejes, ve». Eran como mi consuelo, me sentía más acompañada, porque también de mi familia no me sentía al cien, porque sabía que ahí había como que más cuestiones, entonces prefería no involucrarlos».

Cielo señala que su esposo no participaba en su lucha por estar en desacuerdo con que ella visitara a un ginecólogo, de modo que solo contaba con sus amistades y, en segundo término, con su familia. Lograr que Juan acudiera con ella a una cita con el ginecólogo implicó todo un proceso. Cielo me contó cómo lograba ver al especialista sin que su esposo se diera cuenta: le decía que tenía trabajo o que una amiga le había recetado tal o cual cosa y le había caído bien. Toda una colección de engaños para que él no se molestara. De ahí su nerviosismo la primera vez que la acompañó a una consulta. Temía que pudiera reaccionar mal ante lo que el ginecólogo dijera. Sucedió lo contrario, Juan fue cordial, aunque casi no habló en la consulta.

El doctor me dijo: «Pues bueno, creo que ya bajaste lo suficiente y ya podemos iniciar». Entonces ya fue que me empezó a dar Gonadotropin, que son inyecciones. También me recetó Ácido

fólico y la continuidad de la Metmorfina. Dos veces intentó también con el Charogon. Y me hacía la revisión de mis trompas para saber si mis óvulos habían crecido todo. El doctor siempre está acompañado de su asistente, entonces pensé que mi esposo se iba a comportar diferente y el doctor le decía: «Pase para que vea a su esposa y la acompañe». Eso fue durante el 2015.

Intento de inseminación artificial

Para Cielo, bajar de peso y cambiar de ginecóloga a ginecólogo significó reactivar el procedimiento de la inseminación artificial. Esto implicó otra dificultad para ella, porque debía convencer a su esposo para que la acompañara a Tuxtla a hacerse los estudios y para que se sometiera al procedimiento de extracción de semen. Todo fue muy complicado porque su esposo se negaba a participar: «cómo el hombrecito iba a ir a poner su semen en quien sabe qué!», relató Cielo. Juan seguía aferrado a su postura, alegando que no tenía por qué probar su hombría en un laboratorio.

[Fuimos] tres o cuatro veces, [...]. La primera fue como que intentamos de manera normal y no funcionó. La segunda me dijo: «¿Sabes qué?, lo vamos a intentar *in vitro* para ver si así funciona». Mi esposo se puso más nervioso porque tenía que dejar sus espermias en el laboratorio y sí, un día antes se puso en su plan de que no quería ir, y luego, para variar, esos días había bloqueos en la carretera. ¡Ay, no! Entonces era el estrés de batallar entre que tenía que llegar a Tuxtla, trasladarme, que él estaba en su actitud de berrinche y, para colmo, los bloqueos [...]. El procedimiento tampoco es muy bonito porque tienes que tomar agua y estar en ayunas [...]. Mi esposo fue al laboratorio y no llegaba lo de los espermias, y yo ya me ponía nerviosa y él también. Después pasamos al consultorio. Obviamente, te ponen otra vez con las piernas para arriba, y

de ahí a él le piden la muestra, y me dicen: «te tienes que aguantar un buen rato, 20 minutos». [No es cómodo] porque tienes ganas de hacer pipí, estás entre haciendo contracción, entre que quieres hacer pipí y no te puedes mover, sabes que está bajando todo, ¡que sé yo! Y me aguanté lo que más pude. De ahí, de regreso a San Cristóbal, tienes que quedarte un poco más de tiempo en tu cama, y a ver qué sale. No hubo lo que se esperaba, y pues sí, fue así otro bajón de la autoestima. Ya venía yo tratando de nivelar las emociones porque a pesar de todo, siento que he sido fuerte, aparte de no doblegarme, a pesar de los comentarios. Inclusive a mi esposo le decía: «Tu actitud hace que yo tenga más fuerza, cada vez que tú me das una negativa siento que es como me sale lo contrario».

Cabe señalar el desconocimiento de Cielo de los procedimientos a los que se estaba sometiendo, porque no era *in vitro*, sino inseminación artificial. En el primero unen el óvulo con el espermatozoide en un laboratorio para obtener embriones que, ya fecundados, se transfieren al útero para que evolucionen hasta conseguir un embarazo. En el segundo, se hace una estimulación ovárica y, salvo que haya alguna patología que altere la ovulación regular, se sigue el ciclo natural. Se hace una ecografía para determinar los días en que la fecundación es más probable, y el día de la inseminación el médico coloca una cánula (un tubo corto de goma u otro material que se aplica a diversos aparatos médicos y de laboratorio, como el que se emplea para extraer o introducir líquidos en el útero), con lo que las probabilidades de embarazo son mayores que si se depositara en la vagina. El semen puede ser de la pareja o de un donante anónimo.

Cuando empezamos con lo del tratamiento y todos los problemas, bueno, él me contó que su hermana le había dicho que para qué me iba a estar apoyando en todo esto, y yo sí me sentí molesta. Con ellos [la relación estaba] al principio bien, y después no tan bien, cuando nos empezamos a separar, porque hubo como unas tres veces que nos separamos por la misma situación. [...] Inclusive hubo un tiempo en que nos separamos y él se fue a su casa, pero luego regresó. Yo me sentí indignada y no fui a su casa. Sabía que su familia se iba molestar, sobre todo que fue un mes de diciembre, y así me aventé casi ocho meses, creo, hasta que él buscó la manera de que llegáramos a hablarnos.

Sí, las veces que nos separamos [...] él sí me buscó, y hasta llorando me decía: «Es que tú eres muy dura, no demuestras tus sentimientos. Te vale, no te importa lo que yo siento, todo lo que yo sufro... Solo piensas en ti, es tu objetivo. No me buscas, ves que me voy y no te importa». Y le dije: «No es que no me importe, pero tampoco me gusta ese tipo de berrinches, de actitudes, y más cuando sabes para mí lo que es importante, pero no voy aceptar que me hables así, a pesar de cómo te comportas y también lo que ocasionas en mi casa, porque pues también que mis papás se enojan», haciéndole ver que yo también estoy buscando tener un bebé porque lo deseo, porque lo quiero y que me gustaría que fuera con él, pero pues ya, le dije: «Si en las últimas tú no quieres, tampoco te voy a obligar, ya tomaré otra decisión».

El tratamiento de inseminación artificial no funcionó. Aunque guardó reposo, Cielo tuvo sangrado dos semanas después. Estuvo muy tensa porque su esposo había tenido que viajar y pasar por un proceso que no era de su agrado. El contexto sociopolítico del momento tampoco favorecía la calma: los trabajadores de la educación tenían bloqueadas las entradas de

la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, y eso incrementaba la tensión porque la pareja tenía que ir a Tuxtla y volver el mismo día. Lo relatado hasta aquí hace evidente el desgaste de Cielo en la lucha por embarazarse. No contar con el apoyo emocional que necesitaba en esos momentos la llevó a separarse de su pareja por segunda ocasión.

Ya con el doctor sí me entró mucha depresión. Dije: «Si no funcionó *in vitro*, ¿ahora qué sigue?». Porque es más gasto y mis ahorros ya casi se habían acabado [...]. No recuerdo si fueron doce o quince mil aproximadamente, aparte de todos los medicamentos. Sí, como unos veinte, fácil. Entonces dije: «No, no funcionó, pero ya ni dinero tengo para intentar una segunda». [Y así busqué] mis paños de lágrimas con mis amigas que sabían de la situación, y ellas [trataron] de echarme ánimos, pero pues me sentía diciéndole a Dios que ahora sí ya me iba a empezar a rendir porque no veía resultados y no va a funcionar.

Entre los intentos y el desgaste económico y emocional por no haber obtenido resultados con los medicamentos, la inseminación artificial o los remedios de las parteras tradicionales, Cielo decidió suspender durante un tiempo la lucha por quedar embarazada.

El síndrome adberencial y la imposibilidad de embarazarse

Surgió una nueva esperanza en el 2016. Una amiga de mi hermana me dijo: «¿Ya te hiciste tal estudio?, ¿la histerosalpingografía?», y le dije que sí. Y me dijo: «Yo me lo hice y me funcionó, solo que hay un pequeño detalle [...] tienes que ir a Tapachula o a Villahermosa, porque los únicos doctores que te puedo asegurar que te lo pueden hacer bien y te pueden decir sí o no, son ellos. Porque si tú te lo haces en Tuxtla te va a salir negativo». Y

me dio los datos del doctor Iturbe porque me quedaba más cerca ir a Tapachula. [...] Pensé que si le volvía a decir a mi esposo, él iba a decir: «¿Otro doctor?, o sea, ¿no te bastó con el doctor López?, ¿ahora otro doctor?». Aunque no lo pague él, pero es otro doctor. Entonces yo dije: «¡Ay, Dios!, ¿y ahora qué hago? No, pues ya no quiero discutir con él, total, solamente es un estudio».

Puede notarse que desde la cita anterior, Cielo estaba cansada de los reclamos de su esposo y de los resultados negativos, pero quería seguirlo intentándolo. Decidió hacerse el estudio sin el consentimiento de Juan porque, según me dijo, él no pagaba los gastos ni era su cuerpo. Siguió ejerciendo su autonomía gracias a su capacidad de pago, pero tenía la limitante de no poder decírselo a su esposo.

Lo platicué con mi hermana y mi hermano. No quise involucrar a mis papás para no preocuparlos. Le comenté a mi hermana y me dijo: «Pues ve, si quieres te llevamos a Tapachula. ¿Pero, como qué le voy a decir [a mi esposo]? Pero como en mi trabajo a veces me piden viajes, que tengo que salir a hacer diligencias o cosas así, pues le dije que tenía que ir a Tapachula a una diligencia. Pero, para variar, el estudio lo tenía que hacer en mis días de menstruación. [...] Pues hice la llamada telefónica y me dijeron: «No, pues cuando te baje me avisas y yo te checo el espacio [...]». Le dije a mi hermana: «Pues vamos, ¿qué más puedo perder ya con todo lo que he venido invirtiendo?»

Cielo continuaba en su búsqueda y no quería que su pareja le reclamara por invertir más dinero o porque visitara a un ginecólogo. Estaba cansada de afrontar esa decisión. Su poder adquisitivo y su red familiar le permitieron tener autonomía para decidir hacerse el estudio sin el consentimiento

de su esposo.

Solo el estudio me salió en \$4,500, creo, más o menos. Igual te meten un aparatito en la vagina y te ven a través como de la pantallita del video cómo se encuentran los orificios de las trompas y todo el caminito prácticamente. Me empezaron a revisar y pues parecían unas telarañas. De hecho, hasta tengo los videos. Eran, así, unas telarañas así todas encarnadas, que, de hecho, me dijo que era Síndrome adherencial. En todo el canal cervical, adherencias duras y que se recomendaba liberación de adherencia bajo anestesia. Porque, de hecho, lo intentó en ese momento porque se supone que cuando estás menstruando está más flojito [...], rompió una telita pero, ¡por Dios!, duele pero hasta el alma. Me dijo: «¿Sabes qué?, no te lo puedo hacer así porque tienes muchas adherencias duras y te me puedes desmayar. Acá no te lo puedo hacer así. Prácticamente te tengo que hacer una pequeña cirugía, pero no te lo voy a hacer hoy, se tiene que programar dentro de un mes más o menos». Y salía en quince mil o algo así, y yo dije: «¡Madre santa!, ¡una cirugía! ¿Ahora cómo le voy a hacer? ¡Dios santo!». Y el doctor me dijo: «Tu problema es solamente porque están bloqueadas las vías, porque yo, cuando te reviso, te reviso si están bloqueadas. Aparte de que te destapo la zona, tengo que llegar hasta donde están tus trompas y ahí veo si no tienes algún otro problema. Porque hay muchas, veo si no solamente está bloqueada esta zona, sino otra parte de tu aparato reproductor».

Después de pasar por el procedimiento —que fue muy doloroso, según me relató— tenía otro reto: regresar a casa sin mostrar que algo había pasado. Cielo estaba viviendo reprimida porque no podía decirle a Juan la verdad sobre su nueva decisión. A pesar de ejercer su autonomía, estaba atemorizada porque no le había comunicado la decisión a su esposo.

[El doctor] me dijo: «El hecho de que te lo desbloquee no quiere decir que con eso vas a quedar embarazada. Hay muchas probabilidades porque casi el 100 % de las personas que han venido con este problema, a los dos meses quedas embarazada. Si no quedas a los dos meses, entonces mejor ve y tienes tus cien mil, y haces tu *in vitro*. No le busques más, es el consejo que te puedo dar».

Cielo se hizo el estudio sin imaginar lo que esto iba a representar. Le harían una intervención para limpiar las adherencias de las trompas y tendría que regresar otro día. Para hacerse la intervención no contaría con la compañía de sus hermanos. Tuvo que pedirle apoyo a su jefa, quien la acompañó a Tapachula con el pretexto de alguna diligencia de trabajo. Así, Cielo fue abriéndose camino para seguir con su tratamiento y no tener problemas con su esposo.

Fue así como: «Voy a ir otra vez a Tapachula, pero me voy con mi jefa, tenemos allá una reunión, nos vamos a quedar [le dijo a Juan]». Ella firmó el consentimiento. Solo recuerdo que me pusieron la batita y que mi corazón sentía que se me salía, horrible. Vi que me llevaron a la camilla y me pasaron como en una mesa. Me sentía como animalito y, cuando vine a ver, estaba en un quirófano y una enfermera me acomodó las piernas. En el quirófano había un anestesiólogo. Entró el doctor [y me dijo]: «Tú tranquila, ni lo vas a sentir». Y se sentó y yo ahí, con las piernas abiertas.

Cielo me comentó que el médico le propuso ponerle unos “fierros” para que no reaparecieran las adherencias, algo que ella no tenía contemplado, y que no aceptó porque no tenía una excusa para comunicárselo a Juan. Las

expresiones que ponía cuando recordaba su experiencia en el quirófano fueron de mucha tristeza porque se había sentido muy sola.

«¿Quieres que te ponga unos fierritos para que no se cierre la parte desbloqueada?». ¡Ay, no! ¡Todavía me quiere poner unos fierros! Si yo así me siento que qué le voy a decir a aquel, todavía decirle que me puse unos fierros... ¡Ay, no!, ¿cómo! Le dije: «no me pongan nada». Cuando desperté ya estaba en la cama. No recuerdo ni qué dije, pero mi jefa dice que estaba yo medio delirando y que me dijeron que había que esperar a que viniera el doctor. Después me llevaron en una servilleta blanca como que todo lo que supuestamente me habían quitado y eran así como trocitos de sangre roja que se miraban así, unas cositas [...]

Entró el doctor como a las dos horas o tres y ya me preguntó cómo me sentía, si tenía algún dolor o algo, y me dio unas recetas de lo que tenía yo que tomar. Azitromicina y Trexen óvulos que tenía que ponerme durante ocho días. Ese día me dio antibiótico y me dijo que sí podía viajar al siguiente día, que ese día sí me recomendaba descansar, que llegara al hotel, que descansara y ya después podía hacer mi vida normal. No era algo que necesitaba cuidado. Me dice: «Lo único que por lo menos ocho días, nada de relaciones». Y dije: «¿Ahora cómo voy a justificar eso?, lo más difícil». Aparte, no alzar cosas pesadas, nada de ir a balneario, nada de eso, por lo menos en estos periodos de ocho días o quince días máximo.

En el relato se percibe temor, la incertidumbre sobre si el estudio funcionaría, y la preocupación por evitar que su esposo se diera cuenta de lo que se había hecho. Su angustia se debía a que, según dijo, si él se enteraba le iba a ir mal, él se iba a enojar mucho. Así que buscó mil pretextos para que

no la tocara. A veces él entendía y a veces terminaban peleando y se iba a dormir fuera de la casa. «Durante toda esa semana quería tener intimidad y pues, yo no. Fue así como: ¡ay, me duele la cabeza!; ¡ay, me duele aquí!; ¡ay, es que me está bajando! [...] Hice mi drama para poder oponerme lo más que se pudiera y ya no me dijo nada».

Las complicaciones por las que tuvo que pasar para que Juan no se diera cuenta de nada eran un problema diario, aunque poco después todo parecía haber vuelto a la normalidad. No era así: comenzó a tener bochornos, dolor de cabeza y mucho calor en las noches. Se sentía mal. Mientras tanto su esposo le reclamaba que siempre se quejara de alguna molestia.

Llega el embarazo

Fue entre mayo y junio, yo creo. De hecho, el doctor me dio fechas de los días que tenía yo que intentar para embarazarme [...]. Pasó julio, agosto, pero ya en septiembre me tenía que bajar como, según yo, entre el 24 y 27 de agosto, y pues no [...]. Me empecé a sentir como cuando te baja, que te empiezan a doler los pezones, pues en mi caso me dan náuseas, me duele la cintura, no quiero ni que me toquen. Mis síntomas eran como el triple de esa sensación. Estaba yo muy sensible. Le dije [a mi marido]: «Es que me duele mucho, me duelen mucho mis pezones, no los aguanto, no aguanto ni siquiera el brasier». Y él me dice: «¿Pero, por qué? Si te ha bajado en muchas ocasiones». «Sí, pero no sé, me duele mucho. Aparte yo creo que sí me va a bajar, me está doliendo un poco la espalda y ya tengo una sensación, puede que sí me baje en estos días». Y él todavía muy sarcásticamente me dijo como el día 30: «¿Y no será que estas embarazada?». Y yo todavía le dije: «Solamente que sea por obra del Espíritu Santo, pero no, no creo».

Por el desconocimiento de los síntomas y el comentario de su pareja, Cielo pensó que el tratamiento no había funcionado. Pero tenía los síntomas de embarazo.

«¿Cuántas veces ya hemos checado? ¿Por qué no te haces mejor una prueba de embarazo?». Le dije: «¡Ay, no!, o sea, ya he pasado como por dos, tres pruebas de embarazo que me he hecho y han salido negativas [...]». Me habló otra vez la amiga de mi hermana, me estuvo monitoreando todo el tiempo, desde que salí de la cirugía [...]. Le digo: «Pues estoy más o menos, no me ha bajado, pero siento este síntoma». «¡Estás embarazada!, sí estás, yo sé que sí estás. Hazte de una vez los estudios». Ni modo, me fui a la vuelta de mi casa, me la hicieron y me dijeron que regresara en 40 minutos. Regresé, me la entregan y veo que dice «positivo», y yo no podía creer que dijera positivo. Decía positivo y no lo terminaba yo de asimilar porque era la primera vez que decía positivo de varios que me había yo hecho y habían salido negativo.

El procedimiento para quedar embarazada había sido muy desgastante, y en este punto sus síntomas la confundían. Aun cuando su amiga le decía que ya estaba embarazada, a ella le costaba creerlo.

Llegué a mi casa y le dije a mi mamá: «Dicen que estoy embarazada, ¡aquí dice que sí!». Y mi mamá como que no sabía ni qué; igual mi hermana. A mí me entró así, como que la angustia, porque pensaba: «¿Por qué me duele la cintura?, ¿será que me va a bajar?». Y entré como en pánico. Ese día mi mamá me decía: «No vayas a barrer, no vayas a trapear, no vayas a alzar nada pesado, ahí lo voy a hacer yo, que me ayude tu hermana».

Su familia, que sabía lo que le había costado embarazarse, se solidarizó con ella y la apoyó para que no hiciera ningún esfuerzo. A pesar de tener los resultados del laboratorio, no podía creerlo. Por otro lado, temía decírselo a su esposo. El inesperado «positivo» pasó de ser un motivo de alegría a serlo de temor.

La duda de la paternidad

Le dije: «¿Sabes qué?, me hice una prueba y salió así y no lo termino de creer». Pero en vez de que me dijera: «¡qué padre!», no. Fue así como que: «¿Te puedo preguntar algo?, ¿te hiciste el *in vitro* y no me dijiste la verdad?». Y yo casi lo quería cachetear: «¿Estás loco? ¿Cómo me voy a hacer el *in vitro* si ni dinero tengo? O sea, ¡date cuenta!». Esos meses estaba así, con la incertidumbre de cómo había quedado embarazada [...]. Y sí, me hizo todo este historial de decirme esto y esto, y las fechas, y no lo hicimos en tal día, o sea, bueno, me buscó mil peros».

Juan no podía creer que su esposa estuviera embarazada ni compartía su felicidad. Estaba intrigado, lo que a Cielo le causaba más conflictos porque no le podía decir que se había hecho el tratamiento. Persistía en ambos cierto desconocimiento de los tratamientos porque la fecundación había sido de forma natural.

Busqué ir con un ginecólogo [...] pues era mi preocupación que tenía el dolor de cintura. Era un viernes, creo, y desde ese día ya ni salí de mi casa. Me acosté y ya no quise ni moverme. Entré un poco de nervios. Una amiga me dijo: «Ve con mi doctor», porque la doctora Mérida no tenía citas. Fui y me dijo: «Sí, estás embarazada, es una cosita, un granito, todo se ve normal». Y le dije: «¿Entonces por qué me duele mi espalda, mi cintura?».

«Es normal, porque se están abriendo tus huesitos y pues es normal que te duela, de todas maneras evita alzar cosas pesadas».

Pidió una consulta con un ginecólogo para asegurarse de que estaba embarazada, pero después volvió con su ginecóloga para evitar problemas con su esposo. Los gastos seguían corriendo por su cuenta porque no tenía seguridad social. Como su esposo seguía con la duda de su paternidad, la acompañaban su hermana o su mamá. Más adelante, por esa misma sospecha, decidió ser él quien la acompañara.

Saqué consulta. Tenía yo apenas como dos semanas, creo, de que había ido con el doctor. Fue como a las dos semanas que me dieron cita con ella. Me revisó, me hizo el ultrasonido vaginal y me dijo: «Sí, sí estás embarazada. ¡Qué padre!, ¡felicidades!». Él me acompañó porque estaba todavía así como en *shocké*, que no terminaba de creer que sí estaba. Le comenté de los malestares. Le dije que ya me habían recetado medicamentos porque, pues, andaba preocupada, y me dice: «Todo va bien, las paredes se ven igual, sigue con el Regénesis, no lo vamos a cambiar, y con el ácido fólico. Nos vemos dentro de un mes».

Juan seguía dudando de su paternidad. Insistía en saber qué había hecho Cielo para embarazarse. La perseguía todos los días con la misma pregunta. Toda esta situación causaba muchos conflictos entre ellos y ponía a Cielo frente a un dilema.

Mi esposo estaba con su incertidumbre de que no le cuadraban las fechas. [Le decía:] «si quieres ve a hablar con el doctor López, ya sabes dónde queda su consultorio y pregúntale si he llegado, si es tanta tu incertidumbre». Y ya fue que empezó con que no y que no. Yo también me enojé y le

dije: «Pues sí, ultimadamente pues sí, fui a esto y esto, y no te dije porque sabía que ibas a reaccionar así, así que haz como quieras». Se encabronó, no me habló durante una semana, creo, y estaba bien enojado porque me había ido: que no le dije y que no era de él.

La mamá de Cielo participó en las consultas prenatales porque Juan no quiso acompañarla. Aun cuando Cielo le confesó que se había hecho los estudios, él siguió con su indiferencia hasta el grado de irse de su casa y dejarla sola con los malestares del embarazo. El desinterés de Juan la entristecía. Estaba tan decepcionada por sus dudas, que aseguró que no lo buscaría de nuevo.

Pasó un mes sin que nos habláramos y yo pensé que ya sería definitivo. No creía que regresáramos. Yo no le hablé. Dije: «si antes no lo he hecho, pues menos ahora, él lo sabe». Después me hablé para ir por unas cosas que quería y yo dije: «pues no tengo tiempo, así como tuviste tiempo para ir a pasear y estás muy ocupado, pues yo también estoy muy ocupada con mi embarazo». En noviembre o en diciembre, más o menos, nos empezamos a ver para platicar, pero todavía nos aventamos como tres peleas o cuatro.

Los conflictos siguieron por varios meses porque Juan no aceptaba el embarazo y desconfiaba de lo que Cielo había hecho para lograrlo. Pero finalmente regresó a su casa.

Desde que salí embarazada, o sea, desde el primer mes, no regresamos a esa parte sexual. Del primero al segundo mes sí estaba en mi parte de: «no, no, porque me duele». Y de hecho, sí me

dolía, me dolían los senos y me preocupaba que le fuéramos a dar un golpe. Él decía: «Estás exagerando, no es para tanto. O sea, al contrario. Es más, léelo, dice ahí que puedes tener relaciones». «Sí, le digo, pero, pues, ahorita no me siento bien». Y esa fue una de sus molestias, por mi actitud negativa y ya después, como al segundo o tercer mes, me costaba acomodarme.

Este caso de reproducción asistida muestra cómo de contar con las posibilidades económicas y el deseo de quedar embarazada, la mujer puede ejercer su autonomía al respecto, a pesar de la falta de apoyo o incluso de la oposición del esposo. Revela también los prejuicios del esposo sobre el control del cuerpo de la mujer, a raíz de una mala experiencia en los servicios de salud, su falta de información sobre el tema y su desinterés en ser padre nuevamente, a diferencia de Cielo, para quien embarazarse era prioritario.

Cielo solventó la búsqueda de atención especializada y tradicional, y el costo del tratamiento, pues no contaba con ningún tipo de seguridad social ni con el apoyo de su esposo. Por otro lado, tuvo que sobrellevar los cambios en su organismo durante el embarazo (padeció vómitos los nueve meses de gestación), y alimentarse fue un conflicto constante. Cambió su alimentación para combatir el sobrepeso porque le dijeron que debía hacerlo para poder embarazarse, aunque al final supo que ese no era el problema. Tuvo que someterse a un tratamiento quirúrgico para lograr el embarazo. Lo que pone en evidencia la relatividad del saber médico: vio a muchos médicos y solo uno supo lo que tenía hacer.

El nacimiento

La experiencia de Cielo es un ejemplo de la medicalización del parto. Ella quería que fuera parto normal, pero terminó en cesárea.

Ese día había, para colmo, muchas cirugías y tuve que esperar. Había una señora que estaba haciendo fila; ella, para variar, fue con la partera, creo, no sé qué cosa le hizo al bebé y los doctores dijeron «que le habían jugado el estómago y que lo iban a inducir». Con eso pasé como a las 12, iba a ser la tercera, pero como llegó una de urgencia de placenta previa, pasaron a la señora antes que yo, y yo pues ahí esperando, viendo cómo pasaban al quirófano [...]. Me prepararon y ya me pusieron la inyección acá [muestra con la mano su espalda]. Llegó el doctor, estaba yo con un poco de nervios. Al ratito, ya que terminó, me dieron a la bebé. Llegó una médica. La fueron a arreglar, después me la llevaron para enseñármela y la volvieron a llevar, le fueron a dar de comer.

En una breve entrevista con Cielo en la clínica de campo donde le hicieron la cesárea, mencionó que había acordado con Juan tener el parto con la ginecóloga en una unidad privada, y que ella esperaría los dolores de parto. Sin embargo, comenzó a preocuparse cuando pensó que, según sus cuentas, el periodo de gestación ya se había completado. La ginecóloga no podía atenderlos, así que acudió a otro ginecólogo, quien le recomendó una cesárea. Su esposo le ofreció conseguir un espacio en la clínica de campo. Fue a consulta al día siguiente y abrieron el expediente. Cielo no estaba conforme porque su marido no quiso pagar para que se atendiera en una clínica particular.

Las relaciones familiares y el parto

Fui a visitar a Cielo en la clínica al día siguiente del parto. Estaban ahí las dos familias, aunque cada una por su lado. Ella se sintió decepcionada porque hubiera querido parir en una institución privada, y que fuera un parto, y no cesárea. La consoló pensar que haber parido en el hospital público le permitiría disponer del dinero del parto para comprar pañales y cubrir otras necesidades de la niña.

La familia de Cielo estaba feliz porque la niña «había nacido blanquita y con ojos claros, toda parecida a su familia, y nada al papá». Estos comentarios enojaban a Juan porque no se llevaba bien con ellos. Por otro lado, en la familia de Juan se percibía mucha hostilidad con relación al nacimiento de la niña. Cielo me comentó que su esposo y su suegra no decían nada de la niña, y ella quiso revisarla para ver si encontraba algún rasgo que pudiera asociar con su hijo, porque dudaban de la paternidad por la forma en que había quedado embarazada. Compartir ese espacio fue muy incómodo para ambas familias.

Durante la estancia de tres días en el hospital, Juan cuidó a Cielo, y su mamá a la niña. Cielo se sentía mareada. Había tardado más de lo previsto para despertar de la anestesia. Tanto el embarazo de Cielo como la cesárea fueron medicalizados. Si bien, en el embarazo ella pudo ejercer una mayor autonomía, en el parto tuvo muy poca o nula autonomía por la posición de vulnerabilidad en que se encontraba. También dependía de la institución para que la atendieran, así como de su familia y de su esposo.

El puerperio

El sangrado casi ya no, apenas hoy un poquito [...], solo (y aquí acentuó esta palabra) con la leche que no tengo. Tuve que tomar unas pastillitas de meca y atolito, pero casi no; o se llenan o no salen mucho y aquella se desespera. No le quiero dar de bote porque después no va a querer agarrar el pecho [...]. El sábado va a hacer ocho días. Ahorita está enojada porque le di el pecho a la fuerza, y aparte saca mucho reflujo. He estado tomando atolitos. Desde que he estado tomando esto y el atolito, como que siento que sí me ha escurrido un poquito, pero te digo que sí le he estado dando masajitos, solo que ella se desespera [...]. Ya se le cayó el ombligo, era mi preocupación, pero ya cayó el ombligo [...].

Cielo estaba muy tensa por la presión de su familia, en especial de su papá, porque la niña no se llenaba con la leche materna. Le sugirieron comprar leche, pero Cielo había decidido no darle leche de fórmula por temor a que entonces ya no recibiera el pecho. Su familia entraba a verla solo si Juan no estaba con ella porque los conflictos entre ellos continuaban.

Consecuencias del embarazo

Ya se acabaron los ascos. Falta la inflamación de mis pies, pero ya bajó bastante, pero apenas me dieron antibiótico. Pero me sentí más pesada la semana pasada porque me costaba pararme y levantarme, y ahorita en la mañana me dice mi esposo: «Acuéstate». ¿Pero luego cómo me paro?, nada más de pensar que me tengo que parar y me duele, ya no me dan ganas de acostarme [...].

En su relato insistía en su cansancio y en el poco apoyo que recibía por el conflicto entre su pareja y familia; en la incomodidad que le provocaba la herida de la cesárea y en los problemas que aún presentaba como secuelas del embarazo. Su autonomía se veía limitada por sus condiciones biológicas y por las relaciones conflictivas de quienes la rodeaban.

Duele, ¡qué horror!, entre la herida y las *bubis*, no, hombre. Ya la semana pasada si ya solo me faltaba llorar, muy, muy mal, porque se me inflamó un poquito y pararme, y ver que llora la chiquilla y que me duele y que succiona y no sale [...]. Sí, pero es que sí tiene [se refiere a uno de sus pechos], inclusive esta es la única que se me ha escurrido más. Empieza a llorar y me desespero: «¿Le doy mamila? ¡Ay, Dios!». Al rato ya no quiere agarrar pecho, me castiga, así me lo hizo unos días y ya estaba desesperada porque no me lo quiere agarrar y se pone a llorar. Dice mi mamá: «Deja que lllore, ahí cuando

ella quiera. Ella con su llorido y yo con el pecho, [dice la mamá] ahí se van a acostumbrar». Pero ya las tolero un poquito más, la semana pasada no las toleraba, me dolían horrible, se me pusieron bien duras.

En la segunda entrevista durante el puerperio, ya en la casa de Cielo, mientras ella amamantaba y conversaba conmigo, Juan veía televisión en la misma habitación. Cuando él se salió, su esposa aprovechó para comentarme un nuevo malestar:

Para colmo, ayer le chocaron la combi a Juan. Ya no fue a trabajar. Ahorita están viendo los papeles. Ayer se fue todo el día al ministerio público. Pero para que los liberen del corralón están buscando no sé si un documento que les tienen que liberar. Por eso ya no se fue a trabajar, y está aquí pero solo viendo televisión, no me ayuda en nada, puede ver que la niña no se calma y no hace nada.

A pesar de que Juan estaba en la casa, Cielo no contaba con su apoyo. Me dijo que le daba pecho a la niña con frecuencia para evitar que llorara porque no se llenaba, pero las dos terminaban desesperadas. La niña sacaba todo lo que comía con el reflujo y ella ya no sabía qué hacer. Así que buscó alternativas. La llevó al pediatra, quien le recomendó una leche de fórmula especial antireflujo. También consultó a la partera, quien le dijo que la niña era alérgica a su leche. Así que Cielo decidió darle fórmula.

La tensión de Cielo aumentaba porque las cosas no eran como ella las había imaginado: no previó que tendría que cuidarse por la cesárea y que no tendría el apoyo económico y emocional de su esposo. Cielo pensaba que seguía enojado porque ella no le había dicho del tratamiento para embarazarse. Pero si repasamos el embarazo, el parto y el puerperio, vemos que su esposo siempre tuvo con Cielo una actitud a veces desinteresada, y a veces conflictiva por la relación con su familia.

Anoche se me bajó la presión. Es que mi mamá también me estuvo dando atolito ya sin azúcar. Le digo: «No exageres, [...] me voy a acostumbrar a la chiquitilla». Pero ya quitando los malestares de la cesárea, ya serán tolerables otros dolorcitos. La semana pasada sí estaba todavía adolorida, sí me costaba muchísimo pararme, no quería. El lunes se levantó cada dos horas y luego aquel estaba bien cansado. Hasta me dio pena molestarlo. Luego como también retuve mucho líquido, como no me quitaron la sonda el domingo y el doctor había dicho en la mañana que sí y la doctora dijo que no, entonces tampoco me fluyó mucho el hacer pipí y más si estaba yo acostada, entonces, sí.

A Cielo también le pesaba la mala relación con los familiares de su esposo, quienes la acosaron desde que supieron del embarazo por la duda de la paternidad. Se mostraban indiferentes y solo le hablaban de lo que veían mal. Ni ellos ni su esposo le ofrecían ningún apoyo, y sus decisiones la contrariaban. Consideraban que la niña estaba muy delgada y por eso le daban leche de fórmula cada vez que despertaba. La niña aumento mucho de peso en tres semanas, lo que agravó su problema de reflujo.

Mi suegra el sábado, casi, casi me dijo que estaba muy flaquita y desnutrida, y yo: «¿Cómo? ¿Qué?» Y le comenté a mi esposo: «Desnutrida y flaquita, pero la bebé apenas está creciendo». Y yo así: «¿como que ya para qué pelea con tu mamá?», y ya él se fue a su casa, y le empieza a decir que lo saqué, que esto y lo otro [...]. El primer sábado, de hecho, hoy, porque, pues ya ves que estaba todavía con mis dolores, hasta lloré porque me sentí desbordada, un poco porque pues él se fue a trabajar. Mi mamá, pues sí me ha ayudado.

Otro problema que su suegra y su mamá identificaron fue la ictericia en su nieta. Para los niveles altos de ictericia se recomienda asolear a la criatura

para ayudarle a volver a su color. Pero Cielo pensaba que estaban exagerando. Ella quería que la ayudaran, pero no que le hicieran críticas ni que le dieran consejos.

Entonces, el sábado iban a hacer tacos de cochinito por el día de las madres y quería que yo fuera, y le digo: «Apenas ocho días, ¿cómo crees que voy a estar en la calle con la beba?» [...], entonces, pues ya no voy a ir. Pero luego viene mi mamá, me dijo: «La niña hay que sacarla que está muy amarillita». Se fue al extremo, estaba aquí mi mamá y ya los dos se ponen a discutir, mi madre y Juan. Solo me les quedé viendo a los dos. Dije: «No les voy a decir nada ahorita». Yo con mis dolores y estos peleando, y ya le dije: «Entiendo que tu familia son enfermeras, yo respeto su forma de pensar, pero que también respeten su forma de pensar de mi mamá. Y ultimadamente, ni tú ni mi mamá van a decirme qué hacer, ultimadamente es mi hija, yo soy la que decido, así que bájale dos rayitas. Enójate si quieres, le digo, no lo digas enfrente de mi mamá. Si quieres decirme algo, dime cuando no esté ella». Ya mi mamá pues igual me dice: «Sí no, pues te la voy a quitar». Le digo: «Ay, mamá, por favor, no inventes, o sea, estás viendo que estoy con mis dolores y te pones a discutir con él, si sabes que no va a cambiar de pensar, entonces para qué te pones a discutir con él; tal vez tú tienes tu forma de ser, dile que sí, llévale la corriente, total, no le estamos haciendo caso, él no está todo el día, entonces de qué te preocupa».

Como se puede apreciar, el conflicto entre su familia y su esposo era constante. Cielo tenía que lidiar con las dos partes porque todos eran actores importantes en su vida, aunque el apoyo de su esposo fuera nulo y el de su familia limitado a los ratos en que él no estaba en la casa.

El trato de la enfermera en la consulta

Llegue en la tarde del lunes a consulta y me regaña la enfermera: «¿Por qué no vino en la mañana?». Y le digo: «Por-

que no estaba mi marido». Ella me dice: «¿Cómo es posible que todo lo quieren hacer con él?». Le dije: «Pues, discúlpeme, pero sí porque él también tiene que hacerse responsable y saber que estoy viniendo a una consulta y, además, si me ve fodonga no es que esté fodonga, es que me duelen los senos y no aguanto otra blusa, tengo los pies hinchados, no me entran otros zapatos, si no espéreme usted otras semanas».

La presión que ya tenía y la forma en que la enfermera se refirió a Cielo la hundieron más en la depresión. No era solo que no pudiera dormir porque su hija despertaba llorando de hambre o por el problema de reflujo; eran también las molestias a causa de la cesárea, la inflamación de los pies, los pezones lastimados, los conflictos familiares, el poco apoyo que recibía y las hormonas que se le estaban reacomodando. Por supuesto que la enfermera no podía saber nada de esto; de otro modo quizá habría comprendido su actitud y habría sido más amable. El problema es que el personal de salud no está capacitado para brindar atención durante el puerperio y no se les da seguimiento a las consultas.

Cielo no dudó en aplicarle las vacunas a su hija, e iba al Centro de Salud por las que le tocaban de acuerdo con su edad. Tampoco su esposo ni su familia dudaron al respecto. Las dudas apuntaban a la apariencia de la niña y a los cuidados de Cielo.

Estoy tomando té de hinojo, entonces siento que sí me ha ayudado. De hecho, a mi mamá le decía que la primera semana debimos de haber corrido a Juan a dormir en otro lado, porque si está aquí no me ayuda a levantarme. Y tampoco he querido, así por ejemplo, en ese plan, oye siéntate aquí, porque pues él también se veía cansado. Pero pues yo también estaba bien dolida y yo ahí pasando el *viacrucis* de estarme levantando. Sí me costó mucho, pero bueno [...]. Lo que pasa es que mi mamá tiene azúcar, entonces sí está un poquito su salud también de por medio. Entonces, como que a mí también me cuesta un poco exigirle más porque también sé que por cuestiones de salud tampoco está al cien [...].

Persistía la necesidad de pedir ayuda para su cuidado y para los quehaceres de la casa, como darle de comer a su esposo:

La primera semana, mi mamá le estuvo mandando comida. En algunas ocasiones le preparaba como para dos días [...]. Empecé con malestar, así como que con dolor de acá, me dolía todo acá, como migraña. Me dolía mucho, entonces apagué la luz, la tele... mi mamá pensando que estaba dormida. Me acosté un rato y me puse a tomar agua y me puse a llorar. Estaba muy estresada, creo que sí. Él viene y dice: «No, pues, dile a tu mamá que te apoye en la mañana». Le digo: “Pues es que a veces puede y a veces no”. Y me dice: «Si no, pues dime para que yo la lleve con mi mamá». Le digo: «Imagínate, le digo a mi mamá que se van a llevar a la niña, ¡ay, Dios!, no me la voy a acabar». Y aparte le dije: «la verdad no quiero que venga tu mamá ni quiero que se la lleve porque solo se la pasa criticando y no me gusta eso». «Ah, bueno, entonces, chíngate». Ya no le dije nada más, yo buscando un consuelo en él... Se me fue pasando el malestar. Ya estaba durmiendo la bebé, ya me acosté, me logré dormir y ya al otro día estuve a punto de mandarle mensaje diciéndole: «Oye, qué mala onda, yo buscando un consuelo en ti».

Pasaban los días y Cielo seguía manifestando los problemas con su esposo, cada vez más intolerante y desesperada porque no la ayudaba, y al pedirselo pensaba que no lo hacía bien. Cielo estaba deprimida y en una posición vulnerable porque los problemas se acumulaban y ella no les encontraba solución. Cielo no podía disfrutar, así, su puerperio.

El otro día le dije: «Te la dejo un ratito», y me fui a bañar. Se le estaba ahogando, entonces, pues ahí va. Sí le cuesta un poco el reconocer, porque incluso me dijo: «Creo que las mujeres tienen esa paciencia porque yo, como hombre, no tengo paciencia para estas cosas todo el día, o sea, me costaría muchísimo, no creo que sea el único». Pues sí, le digo. Entonces a él sí le cuesta un poco, pero ahí va acostumbrándose a los dos, y yo a tenerle paciencia a los dos [...]. Él fue quien compró la leche. Esta vez, me extrañó, compró dos

latas. Como he estado comprando chiquitas, ya se me había acabado. Entonces le dije: «Sabes qué, no tengo leche», y como ha visto que casi no me sale, entonces yo creí que se iba a poner en su plan y me dice: «No, pues si no te sale tampoco estés batallando, si no te sale suficiente pues ya ni modo, le tendremos que comprar leche».

A Cielo no le gustaba que su familia política la visitara porque se sentía juzgada y descalificada por su forma de cuidar a la niña. Pensaba que lo hacían por molestarla y para no apoyarla. La ayuda de su propia familia, por otro lado, estaba condicionada a la ausencia de su esposo, porque no querían verlo. El hecho de que se sorprendiera cuando Juan se disponía a apoyarla con los gastos de la niña —porque no tuvo ningún apoyo durante el embarazo y el parto— nos dice de la poca confianza que tenía en él.

Cielo estaba incómoda y cansada, y recibía muy poco apoyo de su pareja. Su familia política empezó a criticar su apariencia, por lo que se compró una faja para no verse “tan flácida”. «Para colmo, mi mamá y mi hermana no saben fajar bien, me pusieron una faja, pero me dejaron toda mal. Esta se me hizo más cómoda [me mostró la faja que usaría] [...], solo que esta la aguanto hasta la noche, como es completa. Entonces al rato que venga él le voy a decir que me ayude a ponerme esta para que pueda dormir». El fajarse era para reducir el abdomen, según le decía su mamá. Cielo aceptaba algunas creencias familiares sobre los cuidados del recién nacido: tener el cabello mojado es peligroso; si estás con la menstruación no hay que ver a la niña; el sereno le hace mal a la niña.

En una plática me comentó que al día siguiente de haber cumplido la cuarentena, corrió a su marido de la casa por la acumulación de conflictos entre ellos. Él regresó al mes, y hasta la fecha siguen juntos. Durante el puerperio su autonomía estuvo determinada por una posición vulnerable por enfrentar diversos problemas. Sin embargo, sus conocimientos sobre los derechos de las mujeres le permitían ser consciente de su compleja situación: su circuito social de apoyo era conflictivo por una u otra razón.



CAPÍTULO 7

BRISA: POR UN EMBARAZO DESMEDICALIZADO

Brisa, originaria de San Cristóbal de Las Casas, tiene 30 años de edad y vive en unión libre. Aunque tiene estudios de posgrado, está desempleada. Entré en contacto con ella en un evento de parteras. El seguimiento comenzó en el sexto mes de embarazo y terminó a los 50 días del parto. Se aplicaron diez entrevistas con más de 50 horas de grabación y con 60 horas de observación en su domicilio y en el lugar de atención de su embarazo.

Los padres de Brisa están separados, y ella es la mayor de dos hijas. Por decisión de ambos padres fue su padre quien la crió, aunque visitaba a su madre de vez en cuando. A los 15 años se mudó con su abuela materna y a los 18 se fue a vivir sola. Comenzó a trabajar, aunque tenía el apoyo de su padre, hasta que terminó la maestría y decidió vivir en pareja con Jaime, con quien llevaba más de diez años de relación. Brisa me contó cómo vivió su experiencia materna.

Soy originaria de San Cristóbal de Las Casas. Decidí vivir en pareja después de varios años de novios y de terminar la maestría. Desafortunadamente, hace un año sufrí un aborto espontáneo: de repente me vino un sangrado, le avisé a mi pareja y llamé a la ginecóloga que ya nos estaba esperando en el sanatorio. Ya no se pudo hacer nada y me hicieron un legrado. Fue muy difícil superarlo porque lo deseaba mucho, por eso después no nos cuidamos, porque quería volver a quedar embarazada.

Entrevista con Brisa. Todas las citas de este apartado (5.4) son de Brisa, excepto cuando se indique otra cosa. A un año de esa experiencia, que les costó superar, Brisa y Jaime decidieron buscar de nuevo el embarazo. Brisa recurrió a la medicación para quedar embarazada por segunda vez. En la búsqueda de una atención “humanizada”, acudió a la medicina tradicional y alternativa.

Al ver que no podía embarazarme, decidimos pedir ayuda profesional y fuimos a ver un especialista en biología humana en Tuxtla Gutiérrez. Cada consulta nos costaba \$1,300 pesos, aparte de todos los tratamientos (pastillas, inyecciones e histerosalpingografía) que me aplicaron. Pasaron nueve meses de intentar sin ver resultados. Decidimos ya no seguir con el tratamiento y al mes tuve un retraso, no quise ilusionarme, así que decidimos esperar antes de hacer cualquier cosa. Pero el 14 de febrero de 2016 me hice la prueba de embarazo, que resultó positiva; estábamos muy contentos.

Le llamamos al médico y nos dijo que hiciéramos una prueba de sangre, la cual resultó positiva de nuevo. Después viajamos para ver al médico y nos confirmó el embarazo. Pero nos dijo: “Es embarazo, vamos a tener precaución”. Con ese médico cada 15 días íbamos a consultas. Comencé a tomar ácido fólico, vitaminas y los primeros tres meses me pidió que estuviera en reposo para prevenir una amenaza de aborto. Fueron difíciles porque mi esposo trabaja a cinco horas de Tuxtla y teníamos que viajar cada 15 días a consulta para ver al médico, lo cual generaba movimiento y gastos. Pero decidimos seguir con el especialista porque nos daba mucha confianza. Cada vez que me sentía mal, siempre le llamaba al doctor para que me dijera qué hacer.

El embarazo

El costo de las consultas y los traslados a la ciudad de Tuxtla Gutiérrez los llevó a regresar a la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, en donde, además, estarían más cerca de la familia de Brisa y podrían tener otras opciones, como una atención más humanizada y menos costosa.

Pasaron seis meses y se nos acabó la alcancía para seguir pagando al especialista. La última consulta fue cuando tenía cuatro meses y medio. A partir de esa fecha solo contaba con las vitaminas y medicamentos que me recetó el especialista. Entonces fue cuando decidimos regresar a vivir a San Cristóbal porque mi familia estaba en esta ciudad, para apoyarme, para no estar sola y gastar menos. Para la búsqueda del ginecólogo en San Cristóbal, le pedí a una prima que parió hace dos meses que me aconsejara un ginecólogo; me dijo que fuera al Sanatorio Bonilla, que ahí lo podía encontrar, que cobraba \$500 la consulta. Fui a verlo, pero también acudí con otra ginecóloga para tener otra opinión, el costo era el mismo, pero también le pregunté cuánto me salía el parto y me dijo que \$18,000, en el hospital de las Madres. Esto consideraba hospitalización, pediatra y anestesiólogo, por cualquier cosa que llegara a pasar. Pero como quería que mi parto fuera más humanizado, busqué más opciones.

La intervención de la partera tradicional y la observación

Brisa y yo llegamos a la casa de la partera Juana, muy conocida entre las parteras de San Cristóbal de Las Casas. Cuando comenzó a revisarla, se presentó y le dijo que era una partera indígena con más de 30 años de servicio y que había llevado algunos cursos en el hospital. Brisa estaba muy nerviosa porque nunca había visitado a una partera. La partera le preguntó cuántos meses tenía de embarazo y si quería que le llevara el control — para anotarla en su cuaderno de registros. Brisa le dijo que sí. Después de

revisar a Brisa le dijo que el bebé estaba bien acomodado, y escuchó el latido de su corazón con un pinard.

Juana le hizo algunas preguntas: que si se había vacunado contra el tétanos, que si se había hecho la prueba del VIH, que si tenía un ultrasonido para ver cómo estaba el bebé. Brisa respondió que no se había vacunado pero sí se había hecho prueba del VIH, y que el ultrasonido lo llevaría en la siguiente cita. Al salir me comentó que le había gustado la atención de doña Juana. En esta etapa, Brisa estaba buscando dónde parir de manera más natural. Me comentó que había revisado las casas de parto de la ciudad, pero le habían parecido muy caras (el parto costaba \$15,000). Quería buscar otras opciones donde se sintiera más segura y gastara menos.

Morbilidad en el embarazo y la intervención

Durante el embarazo Brisa tuvo una infección y debió recurrir a un especialista que le recomendaron.

De siete meses acudí a un ginecólogo que me recomendaron que fuera a ver: una especialista de papiloma en Tuxtla Gutiérrez, porque tenía una infección y para descartar cualquier cosa, [me dijeron] que fuera a ver al especialista, porque hace cuatro años me realizaron una intervención, ya que salí con una displasia nivel uno. Me pusieron láser y con eso la lesión quedó bien, pero últimamente había tenido problemas con las infecciones, y creo que por eso me mandaron con la especialista. Solo me dijo que tenía inflamación, pero que cuidará mi alimentación.

La especialista me preguntó si sabía cómo iba a parir. Le contesté que estaba buscando algo más natural, y me comentó que su esposo es ginecólogo y practica parto humanizado, que debería hacer una con-

sulta con él. Ese mismo día realicé la consulta, me ofreció un paquete (ginecólogo, pediatra, anestesiólogo, hospitalización y doula) y que por el parto cobraba \$22,000. Me recetó algunas medicinas, aspirinas y que cuidara mi alimentación. Pues con mi pareja lo vimos bastante caro, aparte que era en Tuxtla y no tenemos familia ahí. Queríamos juntar unos \$25,000 para el parto, pero aún estábamos viendo, porque quería mi parto en casa, entonces no sabía si buscar a una partera.

Intervención de la partera técnica

Brisa siguió buscando opciones para parir en casa, por lo que la apoyé para que hiciera una cita con Gloria, una partera técnica que fue a verla a su casa. Ya tenía ocho meses de embarazo. Le enseñó los estudios que se había hecho y lo que tenía sobre la infección. Una vez que Gloria la revisó, le indicó que suspendiera el uso de la pomada que le habían prescrito y que dejara de tomar las vitaminas, que le servirían después, cuando tuviera al bebé, porque en ese momento no le eran útiles puesto que se estaba alimentando bien. Eso era lo importante. Gloria le indicó que suspendiera también la aspirina, Está indicada para población con factores de riesgo de preeclampsia: aspirina en dosis bajas (100 mg/día, por la noche a partir de las 12 semanas de embarazo y hasta el final de la gestación). Lo que genera una reducción de 14 % en la incidencia de preeclampsia y de 21 % en la tasa de mortalidad perinatal. (Pacheco, 2006) y le comentó que no entendía por qué se la había recetado el ginecólogo.

Brisa le preguntó si le pondría vitamina K a su bebé, si tenía cloranfenicol y si podía emitir el certificado de nacimiento, a lo que Gloria contestó afirmativamente. También le explicó que ante cualquier complicación la trasladaría al Hospital de la Mujer. Le informó el costo del parto, que era de \$4,000. Brisa quedó de pensarlo y platicarlo con su compañero.

Una vez que Gloria se fue, le pregunté a Brisa qué impresión le había dado. Me dijo que la atención le había gustado y le había inspirado confianza. Respecto del pago comentó que estaba bien porque tendrían el dinero suficiente para cubrir los gastos cuando el bebé naciera. Pasados unos días la llamé para preguntarle qué habían decidido. Lo había platicado con su pareja y le había escrito a Gloria para decirle que sí, y que quería que yo la acompañara en las consultas y en el parto.

Cuando Gloria la volvió a examinar, le dio una lista de lo que necesitarían para el parto. Brisa comentó que se sentía un poco cansada, por lo que Gloria le preparó unas flores de Bach.

Cursos de preparación de parto

Brisa también se propuso acudir a clases de preparación del parto y de yoga prenatal. Las clases de control prenatal las pagaría su papá y las de yoga, Jaime. Para ella era muy importante aprender cómo se daban los cambios durante el embarazo y cómo podía ayudar a su bebé. Su papá la llevaba a todas sus clases porque Jaime trabajaba fuera de la ciudad.

Está mejor [las clases de preparación al parto en] Casa Colibrí, que son los sábados. Se hacen cosas interesantes para saber qué hacer en el momento de tener el parto, sea en una casa de parto o en el hospital, saber tus derechos, el apoyo de tu familia, el de tu pareja, que confíes en tu grupo, que no estás sola en el proceso de parir. Pero sí son caros, puedes pagar 60 la clase o 450 por 10 clases y tienes dos meses para terminar las diez clases, en el caso del yoga, y en el paquete de clase de control prenatal está en \$1,600.

Dos semanas después, Gloria volvió a casa de Brisa, la revisó como de costumbre, checó los signos vitales y la posición del bebé. Resolvió las dudas de Brisa sobre la preparación para el parto, pues la fecha ya

estaba próxima. Le preguntaron si Brisa podía viajar, a lo que Gloria contestó que sí, pero con precaución. Estaban interesados en los pañales ecológicos, que Gloria vendía, así que le compraron una docena. Brisa y su compañero comentaron que querían hacerlo todo lo más natural posible.

Para asegurar su segundo embarazo, Brisa recurrió a la atención medicalizada, pero una vez que se sintió segura buscó una atención “humanizada”, confiando en que sería menos costosa, pero no fue así. La atención “humanizada” es más costosa; el mejor trato está mercantilizado. Las consultas no le parecían muy caras, pero sí el parto. Al hacer un recuento de lo gastado en un trato más “humanizado”, se encontró con que el monto rebasaba lo que habían pensado invertir.

Brisa contaba con el apoyo de su pareja y tomaron juntos las decisiones. Ella solicitó servicios en varios modelos de atención, el privado, el de partería tradicional y el de partería profesional. Sus decisiones estuvieron influidas por el costo, y su intención, por los beneficios del parto “humanizado”, lo que finalmente los llevó hasta San Cristóbal de Las Casas, donde las posibilidades de los diferentes tipos de atención están a la mano. Brisa tenía cierta experiencia con la atención obstétrica, que obtuvo durante su primer embarazo. El elemento que había limitado entonces su decisión en cuanto al tipo de atención que quería recibir había sido su presupuesto. Para este segundo embarazo, “Brisa” contaba con apoyo familiar y de su pareja y tenía claro qué tipo de parto quería.

El parto

Brisa viajó a Tuxtla y en algún momento del trayecto percibió que su bebé no se movía. Al día siguiente, de regreso a San Cristóbal de Las Casas, se hizo un ultrasonido y mandó llamar a Gloria.

Falso dolor de parto

Una mañana, Brisa y Jaime llamaron a Gloria porque Brisa había comenzado con los dolores. Gloria llegó al medio día, la revisó y le dijo: «Falta. Tienes dos de dilatación, tranquila. Puedes hacer lo que quieras, me llamas cuando los dolores sean más fuertes, pero voy a estar cerca». Por la tarde-noche Gloria regresó a revisar a Brisa, le tomó los signos vitales y le hizo el tacto. Tenía apenas cuatro de dilatación. Gloria se quedaría a dormir en San Cristóbal de Las Casas y estaría al pendiente de cualquier cosa. Regresó por la mañana a revisarle los signos vitales. Le dijo: «Te ves bien, vamos a seguir esperando». Regresó ese mismo día en la tarde-noche, la revisó y concluyó: «¿Sabes?, tu parto va para largo, aún tienes como seis de dilatación, vamos a esperar». En este punto Brisa ya no aguantaba los dolores, pero Gloria insistía en que había que esperar. En su desesperación, Brisa pidió estar sola, con su pareja, mientras llegaba la hora del parto.

Al día siguiente en la mañana, Gloria le volvió a revisar los signos vitales. Ahora el dictamen fue diferente: faltaba poquito y Brisa debía avisarle de cualquier cambio. Como a las tres de la tarde la llamaron para anunciarle que «ya había salido el tapón». Alrededor de las cuatro los dolores se detuvieron. Gloria me pidió que le preparara a Brisa una infusión de manzanilla con canela y le diera un vaso cada hora. Mientras tanto ella iría por sus cosas para quedarse toda la noche esperando a que naciera el bebé.

El parto en el domicilio

Tras cinco horas de calma, Brisa empezó a sentir dolores más fuertes. Como a las 11 de la noche ya no aguantaba los dolores, que eran cada vez más intensos; no quería nada ni a nadie. No gritaba, pero su cara revelaba su desesperación. En algún momento, cuando estuvimos solos Jaime, ella y yo, Brisa dijo estar considerando ir al hospital, a lo que contesté: «Es tu decisión, si quieres, te llevamos». Después vino otra contracción y nos

dijo: «No, pero no quiero a nadie, yo aviso».

Alrededor de las tres de la mañana se rompió la fuente y los dolores aumentaron. Se le pusieron compresas calientes en la cintura y sobre el vientre para aliviar el dolor. Se hidrató con suero (de farmacéutica) y tomó medicamentos homeopáticos. Gloria la ayudaba con la respiración. Estábamos con ella, la partera, Jaime y yo. La partera tenía listo el equipo de parto, canalización, oxígeno, tijera, perilla y todo lo necesario para atender a su paciente. Brisa caminaba de un lado a otro, se bajaba de la cama, se subía a la cama, se sentaba en la silla de parto..., no se acomodaba. A las 3:50 de la mañana los dolores se hicieron más fuertes y Gloria dijo que quería ir al baño. Entonces la partera se preparó para recibir al bebé. Brisa se puso de rodillas a los pies de la cama y comenzó a salir la cabeza. Brisa pujó y expulsó al niño. Como no lloraba, la partera le sopló y lo frotó hasta que comenzó a llorar. Lo secó, lo envolvió en sabanas y se lo entregó a su mamá, colocándolo en su pecho para que lo amamantara. Brisa y Jaime lloraron de felicidad. Se tomaron varias fotografías. Pero la placenta no había salido, por lo que Gloria le pidió a Brisa que se acostara en la cama para ayudar a la placenta a salir. Los intentos fracasaron, la placenta no salió y Brisa tuvo que ser trasladada al hospital.

El puerperio

Brisa parió en casa, pero tuvo retención de placenta, por lo que fue trasladada al Hospital de la Mujer. El único familiar presente era su esposo porque ella había decidido no avisarles a sus padres hasta que su hijo naciera. Yo la acompañé en todo el proceso de la complicación. Antes de que fuera trasladada, Gloria le aplicó oxitocina y probó masajes y técnicas para expulsar la placenta. Brisa no fue canalizada sino hasta que llegó la ambulancia —40 minutos después del parto.

La experiencia del posparto inmediato

Los dos camilleros que llegaron en la ambulancia tenían que subir a un segundo piso para llevarse a Brisa, que pesaba alrededor de 90 kilos. Los camilleros no la pudieron bajar, así que Jaime la tomó en brazos, la bajó y la recostó en la camilla. Gloria decidió quedarse con el niño y no acompañar a su paciente, porque consideró que no era necesario. Además, como ella estaba lactando podía cuidar al niño hasta que Brisa regresara del hospital. Gloria les explicó a los hombres de la Cruz Roja en qué estado llevaban a la paciente, aunque Brisa estaba consciente. La trasladaron al Hospital de la Mujer. Al respecto, Brisa comentó:

Primero me regañaron porque me había atendido con partera. Después lo que hicieron fue meterme la mano, jalaron la placenta de manera muy violenta, ¡fue lo peor de la vida! [...], sin anestesia, ¡nada! Después me hicieron un ultrasonido y me dijeron: «¿Sabe qué, señora?, le quedan tres pedacitos como del tamaño de un frijolito. Entonces, pues ahorita no hay disponible quirófano para que se le haga un legrado». Había que esperar al siguiente turno.

Debido al mal trato del personal de salud, Brisa decidió retirarse del hospital de manera voluntaria. Se sentía violentada y no quería esperar a que le hicieran el legrado. Decidió que se lo haría con un médico particular. Entretanto, el padre de Brisa ya había llegado a su casa para preguntar por su hija. Gloria le explicó lo ocurrido y llamó a Jaime por teléfono. Tras conocer los hechos, Gloria le sugirió que Brisa se diera de alta voluntaria, le comentó que no era necesario hacerle un legrado porque le podían practicar una Aspiración Manual Intrauterina (AMEU). Y llamó a una médica para ver si ella podía hacerle la AMEU.

El padre de Brisa fue al hospital para gestionar la salida de su hija, lo que le tomó de las siete de la mañana a las dos de la tarde. Brisa regresó a su casa con pañal porque seguía sangrando. Se veía muy pálida y débil. Al día siguiente le hicieron la AMEU en una casa de parto con la médica-partera que Gloria le recomendó. Cuando regresaron a su casa, la visité y me contó que “los restos” no eran del tamaño de un frijolito, y que se tenía que hacer un ultrasonido para saber cómo había quedado. En ese momento lo único que quería era descansar. Por la mañana despertó igual. Nos volvimos a ver en el consultorio donde se iba a hacer el ultrasonido. Entré con ella. El médico le dijo que todavía tenía restos de placenta y le preguntó sobre su sangrado, a lo que ella refirió que mojaba tres pañales al día. El médico le recomendó entonces que se hiciera urgentemente un estudio de hemoglobina porque estaba perdiendo mucha sangre. Brisa no quería volver al hospital y por eso tomó su otra opción: la médica-partera que le había hecho la AMEU. Ella le dijo que podía atenderla al día siguiente por la tarde. Fuimos su esposo, ella y yo a que se hiciera el estudio. El resultado: 6 de hemoglobina, lo que significaba que necesitaba sangre con urgencia. Pero Brisa seguía renuente a regresar al hospital. Se fueron a su casa, llamaron a varios ginecólogos conocidos pero ninguno la quiso atender. Al otro día visitaron a un ginecólogo que les recomendé, amigo mío. Ahí le dijeron a Brisa que tenían que transfundirle dos unidades de sangre para estabilizarla y practicarle el legrado, pues de no hacerlo, estaría en riesgo de perder la vida.

Su esposo la acompañó a internarse en un hospital privado en San Cristóbal de Las Casas, en donde le hicieron el legrado y estuvo tres días hospitalizada. Regresó a su casa muy débil por la sangre que perdió. Estuvo sangrando alrededor de quince días. Cada semana le hacían exámenes de hemoglobina.

Al niño lo cuidaban el papá de Brisa y su mujer, quienes le dieron leche de fórmula por cinco días mientras Brisa estuvo en el hospital. Cuando ella regresó a su casa decidió irse a vivir con su mamá porque se sentía muy débil y tenía que atender a su hijo, a quien le quitó la leche de fórmula para darle leche materna. El plan de Brisa de solo lactar a su hijo y usar pañales ecológicos tuvo que ser desechado por la complicación.

Cuando estuve en el hospital con ella y su esposo, me dijeron que estaban decepcionados porque esperaban más de la partera, porque no los había acompañado al hospital. Y la persona que les recomendó no le dio un servicio profesional; antes de practicar la AMEU debió solicitar un ultrasonido, estudios, indagar cómo seguía ante la complicación, o al menos preguntarle sobre el sangrado. Toda esta mala praxis había puesto en riesgo su vida.

Queda claro que Brisa no pudo ejercer su autonomía durante su puerperio como lo hubiera querido, por la posición de vulnerabilidad en que la puso la complicación y sus consecuencias. Todo lo que planeó para tener un posparto lo más natural posible se accidentó de una manera u otra: la complicación que presentó pudo haberle costado la vida; no pudo lactar a su hijo hasta después de una semana del parto; no pudo utilizar los pañales ecológicos, etcétera. Y todo el puerperio estuvo medicalizado.

CAPÍTULO 8

LUNA: NO PENSÉ EMBARAZARME

Luna tiene 18 años, nació en San Cristóbal de Las Casas, no terminó la preparatoria y es soltera. Perteneció a una familia de migrantes de la región del Soconusco, Chiapas, con más de veinte años en San Cristóbal de Las Casas. Vive con sus padres; su papá es comerciante y su mamá, ama de casa. Sus dos hermanos están casados.

Una partera tradicional me puso en contacto con ella. El seguimiento comenzó en el noveno mes de embarazo y terminó a los 40 días del parto. Se aplicaron cuatro entrevistas con más de 25 horas de grabación, y 50 horas de observación en su domicilio y en el lugar de atención del embarazo.

Luna sostuvo una relación de cuatro años con Manuel, su novio. Me comentó que evitaba con preservativos cualquier posibilidad de embarazo, pero al final de su relación no se cuidaron y quedó embarazada.

[...] Yo bailo ballet y practico artes marciales, y estaba a punto de conseguir una beca en Monterrey para ballet [...] y, de repente, el retraso. Entonces, dije: «Bueno, tengo que hacer rápido la prueba porque no es posible que esté haciendo tanto ejercicio, y pues qué tal que estoy embarazada» [...]. Fui a la farmacia, me hice la prueba y salió positiva. Estaba que no me la creía [...]. Seguí con mis actividades. A los cinco días hice otra [prueba de embarazo] y también salió positiva. Fue cuando dejé de entrenar [...]. En el momento que me enteré ya no estaba con mi novio que tenía entonces. No sabía ni cómo decirle a mis papás, no sabía qué hacer, no tenía el apoyo de nadie. Cuando ya tenía seis

semanas de embarazo [...] decidí decirles que estaba embarazada y mi mamá me dijo que me iba apoyar en todo, que no me iba dejar sola. Pero no me atrevía a decirle a mi papá aún [...]. Hablé con una amiga de mi mamá, que es psicóloga, y me dijo que lo mejor era decirle porque si no todo el estrés iba pasar a la bebé y no iba ser un embarazo sano. Ya con miedo fui y le dije a mi papá que estaba embarazada y él me preguntó cuál era la situación. Le conté todo y entonces, también me dijo que me iba apoyar. Ambos me estuvieron apoyando durante todo el embarazo. Fue un embarazo muy tranquilo y me cuidaron mucho.

Entrevista con Luna. Todas las citas de este apartado (5.3) son de Luna, excepto cuando se indique otra cosa. En las cinco entrevistas que le hice a Luna, su mamá estuvo presente al empezar la conversación. Luna la veía al contestar cada pregunta, y cuando su mamá se retiraba me hablaba de sus problemas. Porque si bien sus papás se hicieron cargo del embarazo y de los gastos de la ginecóloga, ella tenía que cumplir sus peticiones y ayudar en el negocio familiar, de venta de quesos en el mercado de la localidad. Sus padres no querían que tuviera relación con su exnovio, quien ya había dicho que no se haría responsable. Además, su familia paterna la había criticado por haberse embarazado puesto que estaba estudiando.

Luna tuvo mucha presión emocional durante los primeros meses del embarazo, por lo que estuvo en terapia con una psicóloga durante todo el embarazo. Sus amistades y familiares la cuestionaron: que por qué lo había hecho, que ya estaba a punto de terminar la preparatoria y entrar a la universidad, que iba a los cursos que ella quería, que estaba en el ballet con la intención de ser una profesional, que cómo había podido cometer ese error.

[...] La reacción del papá de la bebé... estaba más impresionado que yo. No tenía su apoyo, no quería que siguiera con el embarazo. Le dije que yo sí quería seguir con el embarazo y que si no me quería apoyar que era su decisión. Él tiene la misma edad que yo, 18 [...]. Desde ahí no conté con su apoyo [...]. Desde que tenía nueve semanas, mi mamá me llevó con su ginecóloga... Me sentí muy mal, me sentí muy triste porque el papá de mi hijo no me quería apoyar. Pero lo que más recuerdo de las consultas que tuve con la doctora Sofía fue cuando me dejó escuchar el corazón del bebé, fue cuando le dije a mi mamá que sí iba a tener a mi bebé, que ya lo había escuchado. Me dio vitaminas, ácido fólico y nada más, creo. Me dio unas pastillas que se llaman Regénesis [...]. Iba con la doctora cada cinco semanas, mi mamá me acompañaba. Dejé el *ballet* y las artes marciales porque era ejercicio algo pesado. Entonces empecé a hacer lo que podía aquí en la casa, estiramientos y todo eso para no atrasarme. Pero ya nada más aquí, porque ellos se estaban preparando para festivales, entonces ya era como muy pesado para hacerlo yo también. La escuela la acabo de terminar.

Luna decidió continuar con el embarazo cuando oyó el latido del corazón de su niña en el ultrasonido. Comentó que en algún momento había pensado en abortar, pero no se había atrevido a ir a ningún lado ni a comprar lo que le recomendaron para hacerlo ella misma. Con tanta preocupación por los problemas con sus papás y la falta de apoyo de Manuel, tener la asesoría de la psicóloga fue de mucha ayuda, tanto durante el embarazo como después.

Con relación a mi alimentación: no comía ni Sabritas ni dulces, nada de eso. Solo era agua, jugos, frutas, pescado dos veces a la semana, pollo y carne. No comía nada de chucherías [...]. Mis hermanos me

dijeron que no pasaba nada, que contaba con su apoyo, que todo tenía solución, porque al principio sí se quedaron como sorprendidos porque ya me iba a la universidad y después ya me quedé [...]. Hasta hace poco seguía pensando que iba entrar ahora en agosto en la universidad. Decidí tomar un semestre para poder estar con ella los primeros meses y darle de comer y verla crecer, aunque sea los seis meses, y ya después entrar a la universidad [...]. Mi mamá me va a ayudar a cuidar a la niña el tiempo que esté en la escuela.

Al principio del embarazo Luna se sintió deprimida y presionada por su entorno familiar y por lo que iba a ser de su futuro. Pero conforme sus papás fueron aceptando la situación, se relajó. Durante el embarazo trabajó en el negocio familiar y en la casa.

Los padres de Luna decidieron que la atención del parto fuera con una ginecóloga en un sanatorio privado y ellos cubrirían los gastos. Su alimentación era estricta porque mantenía el propósito de concursar por una beca para estudiar ballet, puesto que contaba con su mamá para ayudarla a cuidar al bebé. Su madre la acompañaba a todos lados. El padre de la niña nunca la acompañó a las consultas con la ginecóloga.

El conflicto principal en el embarazo de Luna era que ni ella ni su familia lo vieran como un obstáculo para seguir estudiando. El hostigamiento social que recibió por estar embarazada y sin pareja —la veían como madre soltera— limitaba su autonomía.

Considero que mi embarazo estuvo tranquilo. Bueno, después que mi papá se enteró, si hubo sus detallitos, porque la familia pensaría ¿cómo iba a salir embarazada?, pero al final no hicimos caso. Con evitar visitar a nadie o que nos visitaran, con eso se remedió

El parto

El parto de Luna fue rápido, llegaron al sanatorio a las 10 y a las 12 nació la niña. Luna me comentó que la presencia del papá de la niña fue incómoda porque su padre no lo veía con buenos ojos por no haberla apoyado durante el embarazo ni con los gastos del parto.

Al principio pensé que nada más me dolía la cadera porque ya me había estado doliendo así y no pasaba nada, pero empecé desde la mañana con el dolorcito. Me dormí para que se me quitara, pero ya en la tarde, cuando regresó mi mamá, me seguía doliendo. Entonces me metí a bañar y me seguía doliendo. Y ya fue que le dije a mi mamá [y ella me dijo] «esto ya no es normal». Le dije: «No creo que nazca la niña hoy, pero de todos modos dile a la doctora si nos puede atender hoy». Le hablamos a la doctora y no estaba aquí, estaba en Tuxtla, y nos dijo que en una hora regresaba. Cuando fuimos nos dijo que tenía muy poquita dilatación, pero yo tengo problemas con la anestesia, entonces nos mandó al hospital [...]. Me dijo que tenía que ir de una vez al hospital para que me estuvieran empezando a administrar medicamentos por si acaso fuera cesárea la bebé, porque tenían que suministrarme los medicamentos antes [...]. En el hospitalito de las madres [...] tardaron un chorro y ya estaba con bastante dolor. Llegando me canalizaron y me empezaron a pasar medicamentos y ya me quedé en la habitación [...]. El trabajo de parto me tardó cuatro horas. Como la última media hora yo ya no quería saber nada de parto natural porque ya me dolía muchísimo, pero en sí ya después, en el momento en que nació la bebé, ya no me dolió. Solo fue la última media hora que ya no aguantaba para nada el dolor [...]. [Estaba] emocionada porque ya quería ver a la bebé. Yo pensaba que se iba atrasar el parto porque todos me decían: «Vas a empezar a

sentir dolor desde antes». Y no me dolía nada, sí me daba como cólicos, pero en sí de todo lo que me decían no sentía nada, hasta ese día. Yo no esperaba que naciera la bebé, pensé que iba nacer una semana después. Nació a las 12, entró en la hora de parto mi mamá. Después que nació la bebé, ya que estaban todos [...], llegó el papá de la bebé, la vio y fue el cambiazo porque después de que no estuvo pendiente, se quedó con nosotras. Se quedó a cuidarla porque yo no podía pararme. Entonces él la estuvo cuidando porque no pudo dormir nada la primera noche. También mi mamá se quedó con nosotros. Pero sí, él se quedó cuidando a la niña; desde ese momento ha estado al pendiente, pero todo me lo da mi papá.

Luna no sabía qué hacer con la presencia del papá de su hija en el hospital. Fue ella quien le avisó que nacería pronto, pero no pensó que su presencia supondría una incomodidad para sus padres. Al final, desde que salió de la sala de expulsión Manuel no las dejó solas. Luna se sentía comprometida con las dos partes y no podía rechazar a Manuel, por lo que tuvo que hablar con sus padres para que permitieran que estuviera ahí.

El puerperio

Luna parió en una institución privada. Pensó que sería cesárea porque la ginecóloga así se lo había comentado, si bien todo se definiría en el momento del parto. Por esa posibilidad, sus padres ya habían contemplado el gasto. En el parto hubo algunos conflictos interpersonales porque Manuel decidió reconocer su paternidad. Por otro lado, los padres de Luna querían participar activamente como figuras paternas de su nieta pero Luna no lo permitió. Con esa decisión comenzó una lucha entre padres y abuelos que marcó el puerperio de Luna, como lo vemos en sus testimonios.

Vino a verla su abuelita, pero la abrazó y se le quedó viendo muy espantada. Se quedaba viendo si no me iba [...], como casi no vienen, no la conoce ella, no la reconoce. Me dijo que ya va a empezar a venir más seguido para que la niña la vaya conociendo [...]. Igual vino ayer él también [Manuel], que se fue bien tarde, no la dejaba dormir [...]. La querían bautizar, pero mi papá dijo definitivamente que el bautizo no, y entonces solo la vamos a presentar. Todavía me dijeron: «¿Segura que no nos la vas a dar para que la bauticemos?». Les digo: «Si ni ustedes van a la iglesia y ya quieren bautizar a mi hija», y ya no me dijeron nada [...]. Él fue el que me dijo: «Voy a pensar si voy [a la presentación] porque, ¿qué tal que me dice algo mi mamá?». Ya fue que no lo tomé en cuenta. Le dije: «Bueno, entonces solo ven a la comida», porque ya es el 12, ya falta bien poquito. Y sí, me pongo a pensar ¿será que va a ir?, ¿será que no va a ir? Ya no voy a hacer nada, pero sí creo que también ese mismo día la vamos a registrar [...]. Sí le va a dar sus apellidos y todo [...]. Todos le quieren poner otro nombre, le quieren poner el nombre de su abuelita, creo. En eso están, porque su mamá no quiere que le pongan el nombre de su abuelita; [...] Yo le pensaba poner [...] Alexandra, pero nada más Alexandra [...]. Ellos le querían poner Valeria. Le digo: «Para Valeria mejor le pongamos Valentina». Le querían poner Elena, como su abuelita, y su mamá no. Y ahí se ponen a pelear ellos; ahí que peleen solitos [...].

La familia de Manuel es católica y la familia de Luna es adventista, lo que implica prácticas diferentes para presentar a los niños ante la comunidad. A pesar de que Luna había aceptado que se bautizara en la iglesia católica, decidió que solo la presentaría en su iglesia porque ahí iban sus padres, y no quería suscitar conflictos con ellos porque eran quienes las mantenían.

[...] el detalle es que cuando quiere comprar algo, cuando se le empieza a acabar algo, mi papá viene y trae las cajas y ya cuando él viene ya lo tiene. Entonces, ahorita me dijo: «Dile a tus papás que ya no compren nada, yo te voy a empezar a ayudar». Pero, pues sinceramente, ni siquiera les he dicho nada a mis papás porque [...] no le puede faltar nada a su nieta. No sé qué día se fue a comer a la plaza. Le digo: «¿Qué nos trajiste?, ¿pollo?». «No, es ropa para la niña». «¡Ah bueno, gracias! [...]». De hecho, yo no quería que le diera su apellido. Ya le había dicho a mi mamá, y mi mamá también había dicho que no [...]. Porque yo le dije a mi mamá que me daba miedo que cuando la niña estuviera grande me dijera: «¿Por qué no tengo el nombre de mi papá o el apellido de mi papá?». En cambio, si él me dijera que no, le diría: «Pues porque tu papá no quiso». Pero tu papá me está diciendo que sí, ¿cómo le voy a decir «porque yo no quise»? me sentiría muy mal [...]. Lo que yo le digo, porque a veces me dice: «Pero yo quiero que me la prestes para llevarla aquí, allá», «Pero no recibe el biberón y toma pecho cada que quiere, le digo, no te la puedo dar».

Luna sí quería que Manuel estuviera presente, pero sin que esto complicara su relación con sus padres o le diera el derecho de llevársela a su antojo. Este tipo de conflictos es muy común en las parejas que tienen hijos y deciden separarse. Les cuesta aceptar los derechos y las responsabilidades de la otra parte. En este caso, Manuel iba a presentar a la niña, por lo que demandaba el derecho de verla y pasar tiempo con ella, lo que disgustaba a los padres de Luna. Los reclamos de sus padres y la indecisión con respecto a permitir que Manuel la registrara con su apellido tenían a Luna agobiada e indecisa.

¿Quién es la mamá?

Luna tenía un conflicto con su mamá porque quería estar más tiempo con la

niña. Luna no quería que su hija “se malacostumbrara”, como había pasado con su hermano, a quien había criado una prima, y no su mamá biológica. Luna no quería repetir esa historia. Estaba también el conflicto de sus padres con Manuel. Cuando él le llevaba pañales o alguna otra cosa que la niña ya tuviera, decían que no necesitaban sus aportaciones. Llegaron a decir que era mejor que la niña no se registrara a su nombre porque después iba a querer llevársela. Pero Luna decidió permitir que la niña tuviera el apellido de Manuel.

Sí, porque ya no la suelta [su abuela materna]. Le dije que por qué le enseñaba que ella era su mamá. Le dije: «No, mami, no le enseñes así eso porque cuando sea grande va a aprender que tú eres su mamá y ya no me va a hacer caso». Y ya le dejaron de hablar así [...]. Le digo a mi mamá [...]: «Mejor le enseñemos que yo soy su mamá». Y ya, así está, nada más, y por eso están «tu mamá esto, tu mamá lo otro» ahora todo me echan la culpa a mí [...]. Por eso ahorita trato como de tenerla yo. Pero sí se la doy a mi mamá, porque a veces me dice: «Dámela un ratito. Si no la tengo siento que ella piensa que ya no la quiero». Una vez la bañé yo y mi mamá se sintió mal.

Durante la cuarentena, la niña pasó algunas noches sin dormir, llorando mucho, y Luna no entendía por qué. Algunos conocidos le dijeron que era ojo, pero su mamá no creía en eso, así que no hizo nada para que la curaran de ojo. Accedió a ponerle una pulsera de ámbar para protegerla cuando saliera a la calle porque una amiga de su mamá se la regaló. Su mamá, por su parte, tenía otras creencias. Por ejemplo, que debía cuidarse para que no se le fuera la leche o que debía cubrirse para no enfriarse. Luna no aceptaba lo que le daba su mamá, lo que generaba conflictos entre ellas.

Me dicen: «¿No será que le hicieron ojo?», porque estaba bien tranquilita [...]. Sí, últimamente, como ya está más grandecita y todos es-

taban esperando a que creciera un poquito, entonces todos vienen. Una amiga de mi mamá que sí cree muchísimo en estas cosas me dijo que le pusiéramos la pulserita, pero nada más le ponía la pulsera cuando veíamos a la amiga de mi mamá o si salíamos. Le digo a mi mamá: «¿Cómo es posible que el viernes que salimos le puse la pulsera y no le pasó nada, y ahora que vinieron a verla un chorro de gente se pone toda inquieta? Le voy a poner la pulsera por cualquier cosa. Ahí que quede mejor, más vale prevenir». Y luego, yo tengo la costumbre de ponerle las calcetitas al revés porque me da miedo que se enreden los hilos en su dedito y ayer una amiga me dijo: «Si no quieres que le hagan ojo ponle las calcetas al revés [...] y si quieres que se le quite el ojo, en la noche le quitas toda la ropita que se puso en el día y la azotas en el rincón y se le va quitar el ojo». Yo me mataba de la risa con lo que me decía, «¿Cómo que la azotas?». «Sí, agarras la ropa y la avientas en el rincón y se le va a quitar el ojo, al otro día no va a tener nada [...]». Ella cree muchísimo en esas cosas porque ayer estaba de short y una blusita y me dice: «¿Cómo vas a tener la espalda destapada? Porque se te va a ir la leche», me dice. Y yo: «Pero si hace un chorro de calor». «Pero no debes de estar así [...]».

En el puerperio, Luna vivió un drama con la familia de Manuel y con sus propios padres. Quería ejercer su autonomía, pero se veía limitada por los conflictos entre ellos y por su dependencia económica. Solo pudo ejercer su autonomía frente a su mamá, quien quería hacerse cargo de los cuidados de la niña. Luna manifestó que la responsabilidad era suya y que su hija a la única a la que llamaría mamá era a ella, y su madre sería la abuela. Es común que cuando la madre del recién nacido es una adolescente que depende de sus padres, sean ellos quienes se hagan responsables de los nietos y los críen como sus hijos. Pero Luna determinó el papel de cada uno desde un principio, asumiendo la responsabilidad de la niña y permitiendo que su mamá la apoyara.

Las creencias familiares influyeron en la toma de decisiones de Luna, quien aceptó ciertas prácticas para que su hija estuviera bien, aunque no entendiera las costumbres. La influencia de su mamá estuvo muy presente en cuanto a lo que se debía hacer. Permitió que la mamá de Manuel visitara a la niña, pero no que participara en sus cuidados. De aquí que la familia de él insistiera en que la niña fuera presentada por las dos familias, pues así tendría derechos sobre ella y podría estar más cerca. Luna tuvo varios conflictos durante el puerperio: la indecisión de presentar a su hija con el apellido de Manuel, el conflicto con su madre por que asumiera el papel de segunda cuidadora, como abuela. Estos conflictos la mantenían en una posición de vulnerabilidad porque dependía económicamente de sus padres.



CAPÍTULO 9

MAR: MI EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Mar es originaria de una comunidad del municipio El Bosque, en el estado de Chiapas. Tiene 36 años de edad, no terminó la licenciatura, está desempleada y es soltera. El seguimiento comenzó en el sexto mes de embarazo y terminó a los 50 días del parto. Se aplicaron siete entrevistas con más de 22 horas de grabación y con 50 horas de observación tanto en su domicilio como en el lugar de atención del embarazo, el parto y el puerperio.

La madre de Mar falleció cuando ella nació, y su padre cuando ella tenía cinco años, por una mordedura de serpiente. Tenía aprecio por esos primeros años de su infancia en que su padre la cuidó, pero luego de su fallecimiento todo cambió. Sus tíos la regalaron a una pareja de maestros en la misma comunidad, que la recibió más como crianza que como hija. En las mañanas iba a la escuela, y en las tardes ayudaba en los quehaceres de la casa para pagar su comida y sus estudios. Cuando le pregunté por su familia adoptiva, Mar me relató con mucha tristeza cómo se había sentido discriminada y humillada con ellos. Su caso ilustra cómo las condiciones de vulnerabilidad inciden en el ejercicio de la autonomía en la experiencia del embarazo.

Migré por mí, por mí misma, porque crecí con una familia que no era mi familia y era un ambiente muy hostil. Ya no aguantaba, ya no aguantaba más y, pues decidí salirme de allí y venirme acá [San Cristóbal de Las Casas]. No conocía a nadie y al llegar acá sí traía referencias de dónde podía ir, fui a donde me dijeron que yo fuera, que ahí me podían apoyar y ya llegué

ahí, en ese lugar. Después de que estuve acá en San Cristóbal un tiempo, también en Guatemala, como cuatro años después regresé para acá. Estuve otro tiempo, me fui también por otro periodo de tres meses a México y ya de ahí me vine para acá. Entrevista con Mar. Todas las citas de este apartado (5.5) son de Mar, excepto cuando se indique otra cosa. Una congregación de dominicos pasó por la comunidad, y entre esas personas hubo una que le dijo que la buscara si quería irse a San Cristóbal de Las Casas. Pasaron varios años antes de que Mar recurriera a esa persona. Meses antes de cumplir 15 años se escapó de la casa donde vivía y llegó a la congregación, donde se quedó hasta cumplir 22 años. Allí terminó la secundaria y la preparatoria en el sistema abierto. Salió de la congregación porque tuvo problemas con las monjas. Consiguió trabajo y empezó a estudiar la carrera de Contaduría. Aunque no se pudo titular, consiguió trabajo como auxiliar de contaduría, lo que le permitió juntar algunos ahorros para mantenerse durante su maternidad.

Yo no había pensado en embarazarme o tener pareja. Así rápido, no. Yo empecé con mi primer pareja a los 30 años, pero pues no tardamos mucho, fueron como ocho meses. No funcionó como yo quería y cada quien por su lado. Después conocí a este otro hombre, ya hace tres años, pues ahorita ya empiezo a pensar que ya no voy a estar sola así, pero sí voy a seguir trabajando.

La sorpresa del embarazo

Me considero una mujer indígena de 35 años, que me enteré de mi embarazo ahora a principios de enero de 2016. Fue el 7 de enero que me hice la prueba de sangre. No había sentido síntomas.

Me había quedado sin trabajo. Estaba en Palenque, trabajaba en el DIF municipal, pero por cambios administrativos y todo eso de políticas, nos removieron a todos. En octubre empecé a trabajar en un restaurante. Entraba de siete de la mañana y salía a las siete de la tarde. Ya en diciembre, sí, más o menos, me empecé a sentir mal, pero yo creí que era cansancio, no se me ocurrió que podría ser embarazo. Solo cansancio. Y como también tengo problemas de la espalda, entonces si me dolía un poco. Decía tal vez sea por eso. A finales de diciembre empecé a hacer cuentas y dije: «Pues no me ha bajado mi periodo, pero voy a esperar», porque también ya me había pasado antes. Soy irregular.

La primera vez que platiqué con Mar se veía muy interesada en que alguien la escuchara, pero cuando le pregunté cómo se había enterado de su embarazo su rostro se entristeció, le cambió la voz y recogió el cuerpo, mientras me relataba con vergüenza cómo había quedado embarazada.

En enero... hice la prueba [de embarazo] y salió positivo. Pero dije yo: «¿Sí será cierto?». Y me vine acá con la doctora. Ya ella me hizo el ultrasonido, porque también tenía problemas de quistes. De repente también aparecían, de repente no, y así. Cuando vimos el ultrasonido apareció que sí era embarazo, y ahí me enteré de que era embarazo [...]. En ese momento no lo estaba esperando, había estado planeando tener un hijo antes, pero como había empezado a tener problemas con mi pareja ya no lo estaba planeando. Yo dije: «Ya ni modo», ya no teníamos una buena relación. De hecho, fue la última vez que estuvimos juntos cuando quedé embarazada.

Mar había pensado que por tener ovarios con quistes no iba a poder embarazarse, de modo que no temía quedar embarazada. Por eso recurrió a

varios métodos para comprobar que lo estaba. A pesar de sus condiciones económicas, decidió ir a consulta con una ginecóloga del sector privado.

Un embarazo sin redes de apoyo

Mar no tenía familia y su único apoyo era una amiga que vivía en San Cristóbal de Las Casas, con la que hablaba por teléfono. En cuanto a Javier, el padre de la criatura, esto fue lo que me dijo: «Cuando yo quedé embarazada no nos vimos; en enero tampoco. De hecho, cuando yo me enteré del embarazo, le hablé y le dije: “Mira, estoy embarazada” y supuestamente me dijo que me iba apoyar. Conociéndolo, yo sé que no».

El abandono de Javier

Como a los dos días le avisé. De hecho, no hablé con él directamente, sino que le mandé un mensaje a su hermana porque él pierde el teléfono. Es chofer de transporte público. Me habló hasta el siguiente día. Me dijo: «¿Que hablaste a la casa?». «Sí, te hablé para decirte que estoy embarazada y que llevo tanto tiempo de embarazo». «¿Y qué quieres que haga?», me dijo. «Como tú quieras, yo no te estoy obligando, no te estoy diciendo qué tienes que hacer. Eres un adulto, hazlo, pero que realmente nazca de ti, porque después no quiero que digas que fue porque yo te obligué a hacerlo». Me dijo: «Yo también estoy muy contento con la noticia y voy a llegar en unos días».

Al enterarse, Javier dijo que estaba contento, pero no volvió a presentarse. Aunque eso decepcionó mucho a Mar, su plan no cambió: tenía que buscar la forma de sobrevivir. Estuvo en Palenque más de tres meses, pero al ver que no contaba con el apoyo de Javier decidió regresarse a San Cristóbal de Las Casas, donde sí tendría el de su amiga. Además, con el problema de la espalda y el embarazo se le dificultaba trabajar para sostenerse.

Para mí la vida ha sido muy diferente, nunca he pensado que un hijo sea un motivo para estar con alguien que no funciona y que a la larga me va a afectar a mí y va a afectar también al niño. Ya he pasado por momentos así, no quiero que mi hijo pase por lo mismo que yo pasé... Yo decía: «Pues cualquier trabajo, aunque no sea de lo que es mi profesión, pero algo que me deje más o menos y que no sea tan cansado o estresante». Sobre todo, también para tener un tiempo para mí, pero resultó que no, todos los trabajos que me encontré eran muy agotadores porque eran de 12 horas. Algunos eran de empezar a las siete de la mañana, salir hasta las ocho de la noche, con media hora de comida. Y no puedo estar en ese ritmo, porque sí estuve viendo varios, pero sí los horarios estaban muy pesados; en algunos, pues sí dan un tiempo de comida, otros me decían que no.

Embarazo de alto riesgo y falta de empleo

Ya sentía mucho cansancio por el trabajo en la cocina. Tampoco me conviene porque también me mandaron hacer otros estudios prenatales y resultó que tenía algo de anemia [...]. No me conviene estar trabajando porque gano muy poco y apenas y me alcanza. Y aparte con este otro problema se me puede complicar más, apenas y me daba tiempo de comer. A veces solo hacía yo una comida al día, porque llegando teníamos que avanzar en todo lo que pudiéramos, porque si no nos agarraba el tiempo, a veces sí venía yo a desayunar, a veces a la una... Realmente estaba yo ahí, este, trabajando también porque estaba esperando a que me volvieran a reubicar en la presidencia.

Las cosas se le complicaban cada vez más: tuvo una amenaza de aborto. Le dijeron que debía guardar reposo y comer mejor porque, de lo contrario, podía perder al bebé. Se afilió al Seguro Popular para llevar sus

controles. Pero el problema era que no tenía a nadie, solo estaba ella para mantenerse y cubrir sus necesidades.

Me dijo la doctora que necesitaba reposo, que no podía hacer nada y no sé qué tanto. «Bueno, yo dije, estar así de que me estén mandando reposo cada cuanto tiempo, pues no voy a poder trabajar». En Palenque las cosas son muy caras, la renta y con lo que ganaba ahí en el restaurante, apenas y salía para pagarla y, pues para algo, algunos gastos para la comida o algo. Dije: «No, no voy a poder estar así». Seguí intentando en la presidencia, pero no había ninguna respuesta favorable y ya mejor dije: «Bueno, me voy a San Cristóbal, es un poco más económico y a estar con los medicamentos, pagando renta o la comida y todo».

Se instaló con su amiga, quien rentaba un cuarto en una vecindad de San Cristóbal de Las Casas. Pero seguía sin trabajo. Tuvo problemas para recibir la atención del Seguro Popular porque estaba dada de alta en otro municipio. Tardó un mes en resolver el asunto. Mientras tanto, se sentía mal y recurrió a una ginecóloga particular, a quien le narró su historia. El diagnóstico de la doctora fue que tenía anemia y una infección vaginal. No le cobró la consulta y le ofreció atenderla cuando lo necesitara.

Quise actualizar mi Seguro Popular, pero aquí me dijeron que aquí no se podía actualizar porque estaba yo en Palenque [...]. No me daba tiempo de ir a checarlo para actualizar. Entonces, no podía hacer los trámites para actualizar el Seguro Popular; y venía aquí con la doctora, vine un sábado y me atendió.

Pues ahorita nomás me tienen con un multivitamínico, y para la infección me dieron otra vez antibióticos, pero tam-

bién me mandaron hacer otros estudios que no cubre el Seguro Popular. El que no me va a cubrir es el de urocultivo, que para saber qué bacteria es la que está resistiéndose a los antibióticos. Que por eso no se me quita la infección que tengo.

A Mar cada vez se le complicaba más sobrellevar el embarazo porque si bien tenía el Seguro Popular, este no contaba con todos los servicios y los estudios que se tenía que hacer. Esta situación la llevó a elegir entre pedir un préstamo o seguir gastando los ahorros que tenía para el parto.

Mar “se sabía sola” y por ello buscó ponerse en contacto con alguna red de apoyo local que la asistiera en el parto. En el Centro de Salud le informaron que el Hogar Comunitario brindaba apoyo a mujeres embarazadas en situación de violencia y de calle. Acudió al lugar y le dieron los requisitos: acudir a los talleres que promovían (sobre manualidades y sobre la defensa de los derechos de las mujeres) y a las pláticas de preparación para el parto que impartían las parteras. Todo era gratuito; a cambio solo tenía que colaborar en las tareas de limpieza de la casa. El lugar también disponía de un espacio para la atención del parto.

Sí, de hecho, ya estoy pensando que después de que nazca el bebé sí necesito otro trabajo donde ya me paguen un poquito más. También estoy pensando dónde voy a dejar a mi bebé porque no lo voy a poder estar llevando al trabajo y tampoco tengo quién me lo cuide, estoy pensando a ver en qué guardería.

Porque también estuve preguntando dónde apoyaran a mujeres embarazadas, que no tienen a nadie que lo cuide, porque, dije: «Yo voy a estar sola no en el momento del parto, no sé si va a ser normal o va a ser por cesárea, pero voy a necesitar a alguien que me vaya a cuidar. [...] ¿Quién me va a apoyar en ese momento?». Ya fue que

empecé a preguntar y ya por ahí apareció alguien que me dice: «No, pues, fíjate que mi hermana estuvo en tal lugar, ¿por qué no vas y preguntas?». Ya fue que llegué y pregunté y me dijeron que sí. Entonces, comencé a ir al hogar comunitario, donde te dan talleres de preparación del parto, parteras que atienden, ya que el apoyo consiste en que tu asistas a sus talleres y ellas te dan estancia una semana antes y después de tu parto, pero tiene que ser atendido por ellas.

Solo falta ver también cómo va el proceso de mi embarazo, porque los médicos me han dicho que no puede ser normal, por los problemas que tengo de columna y se me hizo complicado cuando me mandaron reposo porque no puedo. Que no me levantara, o sea que me levantara nada más para lo indispensable. No podía ni lavar ni estar haciendo limpieza ni nada. Le digo a la doctora: «¿Y quién me va a hacer de comer? ¿Quién va a hacer mis cosas?». «Bueno, me dice, si no hay nadie pues hazte de comer, pero tranquilamente, lo más despacio que puedas, por tu limpieza no te preocupes, no mires, haz de cuenta que no existe».

En este punto ya contaba con el Seguro Popular y con la ayuda de la ginecóloga, quien le hacía los ultrasonidos y llevaba el control prenatal de manera gratuita. Mar había padecido violencia, soledad y abandono desde los cinco años. Sin embargo, a pesar de todos estos factores de vulnerabilidad, decidió continuar con su embarazo, pensando en evitar que su hijo viviera una situación similar a la suya. Cabe mencionar que ella pensaba que cuando cumpliera 36 años tenía que embarazarse para no quedarse sola.

No tenía alternativa. Su embarazo fue medicalizado de principio a fin porque a pesar de los tratamientos mantuvo la anemia y la infección. En el Hogar Comunitario era requisito que intentara tener un parto natural.

De no ser posible, las mismas parteras la trasladarían al hospital. Esto la tenía muy preocupada porque pensaba que su parto tendría que ser por cesárea, y no natural atendido por parteras. Pero sus decisiones estaban limitadas por su condición económica y las escasas redes de apoyo con que contaba. Sus intenciones apuntaban a no estar sola en el momento del parto y a que su criatura naciera en el hogar, a sabiendas que su embarazo era de alto riesgo. Su autonomía estaba determinada por su posición de vulnerabilidad.

El parto

Mar intentó parir en el Hogar Comunitario con la atención de las parteras, pero el parto se complicó y hubo que trasladarla al Hospital de la Mujer.

Como a las 11:30, creo, me empezaron los dolores, pero no fuerte, del mismo sábado, y me empezó a bajar un pequeño sangradito, y un poquito así como cólico menstrual. Así pasé toda la noche con cólico [...]. El domingo como que sí fue avanzando, porque empecé a sentir más dolor. En la tarde, después de las doce o una, se fue calmando otra vez, se calmó y ya dormí bien en la noche. Mari, la partera, estaba esperando, y ya el lunes en la mañana como que quiso avanzar igual. Como a las seis y media o siete de la tarde se aceleraron las contracciones, pero ya tenía tan, tan fuerte [el dolor]. Me revisaron y se dieron cuenta de que el niño empezó a bajar su frecuencia cardíaca. Cuando faltaban veinte para las doce de la noche me llevaron al hospital. [...] No fue tardado porque es aquí nomás, en el Hospital de la Mujer. Me atendieron rápido pero cuando entré, el doctor me empezó a regañar, que por qué dejé que se esperaran tanto, que por qué me había ido con una partera [...]. Luego me pusieron suero llegando, pero pues, primero me pusieron dos bolsitas de suero de esas chiquitas. Se acabó una y me pusieron otra. Luego vi que me pusieron otra más grande. Ya de repente le digo a

la enfermera: «Ya no aguanto, este niño ya va a salir». Dice el doctor: «Pero si acaba de llegar», y me hacen el tacto otra vez, porque me hicieron el tacto cuando entré [...]. Ya me metieron a la sala de parto, pero mi bebé no lloró, se asfixió, se empezó a poner como moradito [...]. Lo reanimaron y lo trasladaron a la incubadora porque tuvo problemas para respirar porque el meconio se le fue a los pulmones [...]. A mí también no me fue bien porque dicen que me rasgué un montón. Aparte, me tuvieron que meter la mano para sacarme la placenta y me tuvieron que dar un montón de antibióticos.

En las entrevistas que tuve con Mar durante el embarazo, ella mencionó más de una vez que no sabía cómo le iría en el parto porque los médicos le habían dicho que tendría que ser por cesárea, aunque nunca la refirieron al hospital. Cuando llegó la fecha de ingreso al Hogar Comunitario para ser atendida por una partera, ella tenía presente esa advertencia, pero las parteras le dijeron que podría parir de forma natural sin problema. Mar no desconfiaba de las parteras, pero por las complicaciones que tuvo durante el embarazo, no quería arriesgarse. Su desamparo fue lo que determinó que decidiera, finalmente, atenderse en el Hogar.

Le pregunté qué pensaba de las parteras que la atendieron y por qué se complicó el parto y tuvieron que llevarla al hospital: «Sí se esperaron mucho para trasladarme al hospital, porque decían que sí lo iba a poder tener, pero como el bebé nació bien grande, 3.5 kg, y yo bien chiquita, mi cuerpo no iba a poder. Pero bueno, ya pasó. El problema es que mi bebé está en la incubadora y dicen que no saben, que esta delicado, que yo espere».

Destaca en el relato que por el desamparo (no tener redes confiables) y la falta de recursos económicos, no pudo ejercer su autonomía para decidir dónde y cómo quería parir, lo que puso en riesgo su vida y la del niño. A pesar de su intención, tuvo que sujetarse al criterio del Hogar para recibir su apoyo.

El puerperio

Las condiciones de desamparo descritas líneas arriba determinaron el parto de Mar y los primeros días de su hijo.

Dicen que me rasgué. Aparte que de por sí rasgan ellos. Dicen que aparte me rasgué yo. El bebé primero que no respiraba, ahorita respira pero muy acelerado. Pero dicen: «No te lo puedes llevar todavía porque necesitamos ver cómo reacciona [...]». Solo le están dando suero. Dicen que se puede ahogar. Ni pecho le puedo dar porque como respira muy rápido, se puede ahogar cuando esté comiendo. Desde que nació, no ha comido [...]. Mi panza tampoco ha bajado [...]. Cuando nació, todavía sentía que se movía [...]. Tuve más sangrado, yo creo que por eso me dio más anemia de lo que tenía de por sí. Ahorita ya se me calmó bastante [...]. Mi bebé va a empezar a bajar (de peso) porque no está comiendo y a saber cuánto tiempo va a estar. Le pregunté al pediatra cuánto tiempo: «Pues no sabemos, dice, hasta que note mejoría. [...] Está enorme, sí, lo pasé a ver, y yo: «¡Santo padre! ¿Cómo entraría en mi panza?». Con razón ya ves cómo se hacía, porque ya no entraba, pobrecito [...]. En el hospital me pusieron un montón de medicamento. No sé qué tanto, me pusieron a cada rato [...]. Antes no sentía tanto frío, yo creo que con el embarazo no me daba tanto frío [...].

Mar me comentó que durante su estancia en el hospital estuvo sola, sin ayuda y sin quien pudiera estar al pendiente de su hijo. Tuvo que atenerse a que los médicos la informaran. Al día siguiente del alta del hospital, una voluntaria del Hogar Comunitario la llevó al lugar donde se quedaría mientras se recuperaba.

Al principio el doctor me decía: «No te vayas a levantar, no vayas a caminar porque te vas a desmayar [...]». Pero solo esperé como dos o tres horas. Me levanté rápido, pero sí sentí feo a la hora que empecé a caminar. Me dio vuelta todo y como había una señora ahí, yo quería ir al baño, entonces como estaba también ahí de visita con su paciente, y yo no tenía a nadie, ya me dice: «¿Quiere ir a algún lado?». «Sí, le digo, quiero ir al baño». «¡Ah!, bueno, me dice, la acompaño». Y ya ella me acompañó al baño. [...] De hecho, voy a estar yendo todos los días al hospital. Son tres horarios, a las 12, a las 6 y las 11, pero en la noche ya no voy a ir. Si voy, sería solo las dos horas. [...] Quién sabe, porque si no me siento muy bien para ir a las dos horas, tal vez solo voy una vez. [...] Me dijo también el pediatra: «Si se quiere tomar mañana el día para descansar, no venga, porque usted también no tiene que estar saliendo, se está recuperando. Ya viene pasado mañana». Pero voy a ir mañana porque tengo que ver también su certificado, a ver si ya quedó para que le saque su Seguro Popular, para que también ya esté afiliado.

La entrevisté a las 24 horas del parto, mientras descansaba en el Hogar. Esperaba ver a su hijo al día siguiente. Él se había quedado en la incubadora porque había aspirado meconio al nacer, lo que complicó su respiración. La única que podía estar pendiente del niño era ella, porque no se permitía la entrada a terceras personas. Ella tenía que estar ahí, sin importar su cansancio y su dolor.

[...] no puede entrar nadie más que no sea familia directo y a nadie más le van a dar información tampoco. Tiene que ser el papá o la mamá [...], porque llegó Luisa [voluntaria del Hogar Comunitario], también quería entrar; yo entré primero, en lo que ella se vino para acá para venir por mi ropa y volver a regresar. Yo entré

a ver al bebé, después ella quiso entrar. Yo estaba adentro, y me llega a decir el doctor que hay una muchacha que se llama Carla y que dice que la conoce. Y me dice: «Mire, nosotros no damos información a nadie más. Si usted autoriza que le demos información a ella, ya no le daríamos información a usted, ya sería ella la responsable de ver al bebé». «No, le dije, yo voy a estar viniendo».

[...] Me dicen que sí se recupera. La recuperación es muy lenta, no le voy a dar esperanzas que se va a recuperar rápido [...]. Pues se ve bien, se ve grandote, pero sí, su respiración se ve así muy rápido [...], pero el doctor dice que también sus intestinos y su estómago, todo. [...] Más que enojada, decepcionada, creo que conmigo misma, porque la ginecóloga me dijo: «Mira, para mí mejor que te programaran la cesárea, porque lo veo un poco complicado que puedas tenerlo normal, [...] por el tamaño». [...] Antes del sábado fue que me dijo, un mes antes, me dijo, te deberían de programar una cesárea. Le digo: «Pero voy al centro de salud y ahí no me han dicho nada, estoy esperando que me den las opciones y nada. Y en la Clínica de Campo, el doctor me va a atender hasta finales de agosto, que no está y que está llena su agenda y como pues, también por falta de recursos».

Mar seguía mortificada porque su parto se había complicado y no sabía si su hijo sobreviviría. Se preguntaba por qué no había ido al hospital a tener el parto, puesto que la ginecóloga que le daba consultas gratuitas le había sugerido la cesárea. Mar no pudo ejercer su autonomía ni en el parto y ni durante el puerperio, cuando lo único que podía hacer era cuidar a su hijo en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital.

[...] como ahí, pues te ponen bata, gorrito, para que puedas ingresar [...]. Me dice el doctor: «haga favor de no venir en la noche, usted

necesita descansar también». Hay varias mamás que están cuidando a sus hijos. En la mañana llegan más. Ahorita vinieron menos, vi más papás [...]. Vine al medio día, que no lo pude ver porque lo habían llevado a curación y a aplicarle sus medicamentos. [...] Solo lo tiene con pañalito, [...] tiene lo del suero, tiene lo del oxígeno [...].

Visité algunas veces a Mar en el hospital. Me contaba cómo se sentía y noticias sobre el diagnóstico de su hijo. Al principio no le daban esperanzas, pero poco a poco fue mejorando. El niño pasó 22 días en la incubadora. Pronto se terminaron los pañales que había comprado, así que decidió comenzar a trabajar haciendo talabartes en el Hogar. Por la situación especial de Mar, dejaron que se quedara una semana más en el Hogar, pero esa iba a ser la única extensión de su estancia. Después tendría que retirarse aunque su hijo siguiera en el hospital. Mar tenía que acudir todos los días a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del hospital porque tres veces al día informaban del estado de los bebés internados. Las primeras dos semanas se presentaba solo para recibir información de su hijo, pero después debía entrar a alimentarlo cada tres horas, lo que le provocó un gran desgaste físico, económico y emocional.

Creo que la otra semana salgo ya del hogar [...]. Apenas hoy fui por su certificado de mi bebé. Luego bajé, dije: «de una vez le saco su afiliación de Seguro Popular», ahí en el momento [...]. Cuando llegó esta niña, una de las voluntarias ahí del hogar, la mandaron para que me fuera a traer, casi me desmayo a la hora que salimos. Fuimos a la oficina de estadística para sacar su acta de registro, le digo: «¡Agárrame porque me caigo!». Me dice: «no me asustes».

La situación de Mar era muy complicada en al menos tres aspectos: primero, apenas tenía dinero para trasladarse al hospital; segundo, su estado de

salud era desfavorable porque no había guardado reposo después del parto; y tercero, las condiciones en las que viviría con su hijo en cuanto saliera del hospital, en un cuarto muy húmedo y pequeño, no eran ideales para ninguno de los dos: la complicación respiratoria del niño seguiría siendo un problema serio. A pesar de todo, Mar se mantenía y preservaba la ayuda de la ONG, porque la del padre de su hijo nunca apareció.

[...] Cuando recién me vine de Palenque para acá estaba trabajando, no tuve tiempo de venir a buscar cuarto y mi comadre ni siquiera conoce por acá porque ella no se mueve de aquel rumbo. Aunque no me imaginé, pues que iba a llegar este momento, pero bueno. [...] Me dicen: «¿Por qué no aceptaste ese trabajo?». [...] «Si no tuviera bebé sí lo aceptaría, le digo. Tengo bebé, tengo que ver dónde dejarlo cuando yo trabaje y con quién. No lo voy a dejar con cualquier persona, tengo que ver con quién, y en la guardería ahorita pues no lo aceptan».

Cuando el niño salió del hospital, Mar tuvo que tomar una nueva decisión: cambiarse de cuarto para que su hijo estuviera mejor porque se enfermaba mucho de la garganta.

Él empezó a vomitar antes de que viniéramos para acá. Ya ves que se me enfermó de la garganta. Yo no sabía que estaba enfermo de la garganta, solo porque estaba vomitando. Dos días estuvo así y ya lo llevé allá con la doctora. Ya lo empezó a checar, si no era su pancita, si no era su leche. «Ha de ser la leche, me dice, es que a veces empiezan bien y después en unos meses se vuelven intolerante a la lactosa, hay una leche de soya que es lo que deben de tomar, [...] si es eso, te doy el nombre de la leche y eso le das». Pero no, ya le empezó a checar todo y era su garganta.

Me dice: «Es su garganta, está bien inflamada, por eso anda vomitando, porque a la hora que pasa la leche, le pasa raspando. La leche de fórmula es más espesa y entonces sí le molesta más [...]».

Durante el cambio de cuarto, su casera le prestó una cuna. En el bazar de la casa hogar consiguió ropa para el niño, pero aún tenía que trabajar en la talabartería para comprar la leche de fórmula y pañales, y para comer.

Mar no podía ejercer su autonomía dadas sus condiciones de pobreza. Aunque hubiera querido tomar otras decisiones para su cuidado y el de su hijo, todo estaba determinado por las precarias condiciones de salud de ambos, por sus escasos recursos y sus limitadas posibilidades de recibir ayuda.

CAPÍTULO 10

REFLEXIONES SOBRE LA COMPLEJIDAD DE LA MEDICALIZACIÓN EN LA SALUD MATERNA

Lo expuesto a lo largo de este trabajo de investigación revela las prácticas y representaciones de las mujeres en las distintas etapas de su maternidad: el embarazo, el parto y el puerperio, con relación a los diversos actores involucrados: instituciones públicas, servicios privados, organizaciones civiles y personas clave (el esposo, los padres, la suegra, las amistades, los médicos y las parteras). Esto se logró gracias a un exhaustivo trabajo de campo para dar seguimiento a diez mujeres embarazadas hasta el puerperio, y el estudio etnográfico de los espacios de atención. Sin embargo, quedan temas en el tintero sobre los que habrá que profundizar, dada la amplitud del estudio etnográfico. A continuación, se exponen las conclusiones más significativas.

En este capítulo se busca responder a las preguntas: ¿Cuáles son las prácticas y las representaciones de la medicalización del embarazo, el parto y el puerperio en Chiapas?, y ¿qué implicaciones tienen estas representaciones en el ejercicio de la autonomía de las mujeres? Para ello, se identificaron diversas formas de medicalización de la atención y sus efectos en el ejercicio de la autonomía de la mujer durante la maternidad, considerando el contexto de cada evento obstétrico.

La medicalización del embarazo, el parto y el puerperio se entiende como un proceso propio de todos los modelos de atención de la salud materna. Este proceso está estrechamente vinculado con la mercantilización en un sistema de prácticas y representaciones diferenciables según el contexto. Nos servimos de la perspectiva de Foucault,

por lo que consideramos la medicalización instituida en un sistema de prácticas económicas, políticas e ideológicas. De modo que hablar de medicalización no solo alude a la forma en que la medicina incide en el cuerpo, sino a lo que implica en el sistema “médico”: una política pública, un medicamento, una intervención quirúrgica, un valor mercantilizado, o bien, diversas representaciones en cada contexto.

Hablamos de medicalización *gubernamentalizada*, es decir, asociada a algún programa de salud de gobierno, cuando la atención del embarazo, el parto y el puerperio se institucionaliza como requisito para el acceso gratuito a los servicios. Una de las hipótesis de este trabajo era que entre los grupos sociales con más rezagos, las mujeres adscritas a los programas de desarrollo social estarían más afectados por las formas de medicalización vinculadas a la *gubernamentalidad*.

La medicalización desde la *gubernamentalidad*

Los programas de asistencia pública —como Prospera y el Seguro Popular— propician la institucionalización del embarazo y el parto, al exigir que los controles prenatales se hagan en los centros de salud, y el parto sin costo, en las instituciones de salud pública. Al incrementar de este modo el número de usuarias, se provoca la saturación de los servicios. Por otra parte, las mujeres y las familias que se comprometen a cumplir los requisitos de los programas, restringen su autonomía. Es decir, que por cumplir dichos requisitos, dejan de lado sus preferencias para el cuidado de su maternidad (dónde y con quién desean atenderse).

La medicalización desde la desmedicalización

Asociamos el término desmedicalización al discurso de la “humanización” en la atención de la salud. Como se mostró en los capítulos anteriores, en esta modalidad se estrechan los vínculos con la mercantilización; parecería que a mayor desmedicalización (“humanización”) de la atención, mayor mercantilización (costo). Para tener acceso a las terapias alternativas

(como el yoga prenatal, los cursos de preparación para el parto, el acompañamiento de una doula o la revisión con una partera) las mujeres deben tener los recursos suficientes. La atención con una partera tradicional también está mercantilizada, porque el control del embarazo y la atención del parto, sea en el domicilio o en una casa de parto, tiene un costo.

Las mujeres de escasos recursos, lo quieran o no, deben atenderse en los hospitales públicos, donde el parto está institucionalizado. Este tipo de atención también da lugar a gastos de bolsillo (de alimentación y transporte) y gastos no mercantilizados (el tiempo del cuidado de las mujeres en un establecimiento de salud). Esto fundamenta una segunda hipótesis del estudio: entre las mujeres con los recursos económicos suficientes para pagar por los servicios de salud, se presentan formas de medicalización combinadas; y entre los sectores con mayor escolaridad y capacidad de pago hay una mayor presencia de discursos y prácticas de desmedicalización, como el parto “humanizado”.

Las prácticas medicalizadas se pueden observar en todos los modelos de atención de la salud, incluyendo los tradicionales y los alternativos, porque los recursos alópatas y tecnológicos implican un costo. Por ejemplo, las parteras tradicionales utilizan el *baumanómetro* para tomar la presión arterial o el *doppler fetal* para escuchar el corazón del feto. En la atención alternativa o “humanizada”, se usa la *epidural* para evitar el dolor, o se incluye el acompañamiento de un especialista (un ginecólogo o un pediatra). Las Casas de Parto piden a las mujeres que tengan un acompañamiento de un especialista en caso de una emergencia obstétrica. Asimismo, el discurso “humanizado” no es exclusivo de las casas de parto; también lo ofrecen los sanatorios privados, en donde se puede optar por el “parto humanizado” sin dolor, usando la epidural. Este trabajo muestra que la medicalización no es exclusiva del modelo alópata, sino que permea los modelos alternativo y tradicional. La diferencia básica entre las estrategias de atención está en el trato y la seguridad de la paciente.

La atención alópata de la salud, tanto pública como privada, se rige por la NOM-007, a diferencia de la atención tradicional o alternativa, que está menos normada. Por otro lado, en todos los servicios de atención de la salud hay una cierta flexibilidad en lo que a los derechos y obligaciones del personal y las pacientes se refiere. Las lagunas se hacen evidentes cuando la atención tiene consecuencias (como las complicaciones maternas o neonatales) que implican el riesgo de que la mujer y la criatura pierdan la vida. Garantizar la vinculación efectiva de los distintos modelos de atención reduciría los índices de muerte en este rubro.

En las casas de parto y las casas maternas, atendidas por parteras tradicionales o profesionales, la atención no es desmedicalizada, sino mixta, pues todas ellas se sirven de los avances científicos médicos. El trato “humanizado” e intercultural que promueven no excluye la medicalización, que depende de las complicaciones de la maternidad, y de la persona que la atiende, sea un médico o una partera.

Aunque la mujer esté informada de los cuidados que debe tener durante la maternidad, no siempre los cumple. Por ejemplo: los controles prenatales son una buena estrategia para detectar las posibles complicaciones, pero a algunas mujeres les parecen innecesarios, onerosos o con un alto costo social —como cuando un embarazo no quiere darse a conocer.

Los prestadores de atención de la maternidad se disputan a la clientela conforme a las diversas formas de mercantilización, que se dirigen a todas las clases sociales. Tras la disputa por los servicios de atención subyace el “riesgo sigiloso” de alguna complicación.

En este sentido, la medicalización de la maternidad también está determinada por el contexto de la mujer y sus condiciones económicas, si bien ha permeado a la sociedad entera. Parece haber dos posiciones extremas al respecto: 1) el abuso de la medicación, que puede llegar a provocar una iatrogenesis y comprometer la salud de la mujer y la criatura, y 2) la de la total desmedicalización, cuando la mujer considera que la maternidad es un fenómeno natural que no tiene por qué medicarse de ninguna manera.

En este libro se considera que la medicalización va mucho más allá de la sola patologización de la maternidad, pues incluye todas las intervenciones que incrementan el “costo” de la prestación de los servicios, es decir, que convierten los servicios en mercancías. En los capítulos anteriores se exponen costosas experiencias “desmedicalizadas” que incluyen el uso de tecnología, e implican avanzados conocimientos para mejorar las condiciones de la maternidad, desde el embarazo hasta el puerperio. El trato “humanizado” y el respeto a la autonomía de las mujeres (es decir, el respeto a sus decisiones, sus creencias y su sentir, tomando en cuenta su contexto y los posibles riesgos) son componentes importantes de la atención desmedicalizada.

La atención *gubernamentalizada* se sirve de la “carta de consentimiento informado”, que se rige por la CONAMED y la CNDH, organismos encargados de vigilar y proteger tanto al médico como a la paciente. Pero en la práctica no siempre se informa a la mujer (como consta en los casos expuestos en este trabajo) de los tratamientos, los procedimientos y las intervenciones a las que es sometida en las instituciones. Con esto, la autonomía de la mujer es ilusoria, pues esta no tiene que ver con proteger al sistema médico con una “carta de consentimiento informado”.

Dado ese panorama, es clave analizar la autonomía de la mujer con relación a la medicalización, para conocer cómo se toman las decisiones

en la atención materna, no solo por parte de la mujer, sino de los diferentes actores que participan en ella. En esta obra, la autonomía de la mujer durante la maternidad se define de una manera integral, a partir de su intencionalidad y la de los actores que la rodean —quienes pueden llegar a ser mucho más influyentes al respecto que ella misma—, y su posición de vulnerabilidad social y biológica.

Como se vio en las narrativas presentadas en los capítulos anteriores, la maternidad no es totalmente medicalizada ni las decisiones de las mujeres totalmente autónomas, sino graduales. Cada mujer tiene vivencias diferentes durante su maternidad, y sus prácticas y representaciones de la propia maternidad van cambiando, porque es mucho lo que afecta la experiencia de la madre. Por ejemplo, durante el embarazo, la mujer puede tener un sinnúmero de complicaciones de salud, sociales y económicas, que si bien no siempre afectan el parto o el puerperio, muchas de las veces marcan la atención de su maternidad y conllevan consecuencias que van desde lo fácilmente tratable, hasta lo que pone en riesgo su vida. Por otro lado, en los diversos modelos de atención aparece nueva tecnología que incrementa los costos, lo que repercute en la toma de decisiones. De ahí que en la realización de este trabajo hayamos elegido servirnos de la observación longitudinal de todas las etapas de la maternidad. Al analizar la medicalización y el ejercicio que hace la mujer de su autonomía durante la maternidad, vemos que no hay homogeneidad porque las etapas de la maternidad (el embarazo, el parto y el puerperio) son totalmente diferentes. A continuación, se presentan algunas reflexiones sobre la relación de la medicalización y el ejercicio que hace la mujer de su autonomía en las tres etapas de la maternidad.

El embarazo

El embarazo es la etapa de la maternidad en que la mujer puede ejercer una mayor autonomía, así esté latente el riesgo de una complicación.

Tiene el control de su vida cotidiana y puede elegir qué tanto medicalizar su embarazo, si bien, sus opciones están determinadas por su contexto.

Consulta de control prenatal

Se llama control prenatal a la estrategia de seguimiento de la salud de la mujer y su criatura para prevenir cualquier posible complicación, o detectarla y atenderla oportunamente. Muchas veces la mujer aceptaba este seguimiento por ser condición de una afiliación o un programa que le brinda beneficios, como el Seguro Popular o el programa Prospera, tal como ocurrió con Lluvia y con Mar.

Las terapias alternativas

Las terapias como la acupuntura, la reflexoterapia, la aromaterapia y la homeopatía suelen ser costosas. Muchas mujeres no pueden optar por ellas y otras ni siquiera saben que existen, por lo que no las tienen entre sus opciones. Si bien es cierto que hoy en día la información está al alcance de una gran parte de la población gracias al internet y a las redes sociales, muchas mujeres no disponen de estos recursos.

El ultrasonido obstétrico

El ultrasonido es una técnica no invasiva que permite ver imágenes del feto, por lo que se ha vuelto un recurso indispensable en todas las formas de atención, en gran parte debido a la mercadotecnia. Para la mujer “ver” que su bebé esté bien y oír los latidos de su corazón es muy satisfactorio. Muchas veces las mujeres no tienen recursos económicos suficientes para hacerse este estudio. Aunque hay opciones de distintos precios, también la calidad difiere.

Las parteras

Las parteras siguen siendo la mejor opción de muchas mujeres, sobre todo en el medio rural y entre las que buscan una atención “humanizada” o

natural (no medicalizada). Actualmente las parteras suelen servirse de algunos recursos propios de la medicina alópata (instrumentos y medicamentos), y se coordinan con instituciones públicas o privadas para derivar las emergencias. Las cinco mujeres cuyos relatos presentamos en este libro consultaron al menos a una partera durante el embarazo, prueba de que su demanda es vigente.

Las enfermedades

Cinco de las diez mujeres investigadas en este estudio relataron haber tenido al menos una patología (una infección vaginal, alguna alergia, una amenaza de aborto) durante el embarazo, por lo que fueron medicalizadas.

No solo su vulnerabilidad clínica influye en el ejercicio de la mujer de su autonomía. Para algunas, el acceso a un especialista en el sector privado es casi imposible, por lo que deben acudir al sector público o a alguna ONG, es decir, que su autonomía es limitada.

El parto

La mayoría de los partos son medicalizados porque casi todos están permeados por la mercantilización. La atención del parto tiene un costo. Durante el parto la mujer está vulnerable clínica y socialmente, y es difícil que ejerza su autonomía —así sea múltipara— porque está pasando por un trance doloroso que puede derivar en una complicación.

Durante el parto la mujer puede sentirse sola; puede sentirse acorralada por no poder tomar decisiones porque los actores que la rodean le impiden ser la protagonista del evento, o porque es objetivada como la “paciente” que tiene que pujar para no morir o a la que se tiene que intervenir. Por otra parte, cuando la mujer pare, no se ausenta de la vida, no se hace un paréntesis en cuanto a sus conflictos y sus problemas. Sus preocupaciones están presentes en el parto.

El parto humanizado

En las zonas urbanas de Chiapas, el que una mujer sea atendida por una partera (que puede ser tradicional, técnica o profesional) o en una casa de parto es sinónimo de parto “humanizado”, y no todas las mujeres lo pueden pagar.

El costo de la atención del parto

Todas las alternativas de parto humanizado tienen un costo. Aun el parto atendido en una unidad pública conlleva gastos. El parto “humanizado” es actualmente el más mercantilizado y, por ende, el más costoso. El parto de Brisa y el de Luna fueron los más costosos entre las diez mujeres que participaron en este estudio. (Como explicamos en la introducción, solo vertimos en este trabajo los relatos de cinco de ellas). Aunque el parto de Luna, en un hospital privado, le costó 30 % menos de lo que le habría costado el parto humanizado en una casa de parto.

La atención del parto por una partera, sea técnica o tradicional, sigue siendo mal juzgada por algunos médicos. En los relatos de este estudio se menciona un par de veces que la mujer fue “regañada” por el personal médico cuando supo que había sido atendida por una partera. La partera de Mar, por otra parte, la acompañó al hospital e intentó en vano explicarles a los médicos la condición de su paciente. Lo que está claro es que una buena comunicación entre la partera y el médico puede salvar vidas.

El apoyo de algunas ONG a la maternidad

El apoyo de las ONG suele depender del cumplimiento de determinados requisitos, lo que puede limitar la autonomía de las mujeres que se encuentran en una posición de vulnerabilidad. El relato de Mar ilustra esta limitación: ella sabía que su parto tendría que ser por cesárea, pero para recibir apoyo durante el embarazo ingresó a una red de apoyo donde la partera le aseguró con insistencia que su parto podía ser natural. No fue así: el parto

se complicó y Mar tuvo que ser trasladada de urgencia al hospital. A esta organización le faltó flexibilidad para responder a las necesidades de su beneficiaria hasta el grado de exponer su vida.

El puerperio

El puerperio es la etapa más compleja de la maternidad porque a los problemas preexistentes (de pareja, familiares, económicos, de salud) se suman los cambios en el cuerpo y en el ánimo de la mujer, y los cuidados de la criatura. Los cambios biológicos de la mujer suelen quedar en segundo término, a menos que se presente una complicación que la ponga en riesgo. En Chiapas, la mayor incidencia de muertes maternas se da en el puerperio, pues el periodo de estancia y monitoreo en las unidades de atención del parto es muy breve, y solo en caso de complicaciones llega a extenderse a 48 horas. Las principales causas de defunción durante el parto y el puerperio son la enfermedad hipertensiva (18.7 %) y las hemorragias obstétricas (18 %) (DGE, 2018).

Los cuidados de la mujer en el puerperio

Mucho se ha discutido sobre cómo se debe entender a la mujer en el puerperio. Desde un enfoque sistémico, la propia mujer ejerce su poder conforme a sus creencias. Por ejemplo, Brisa buscó una atención desmedicalizada, pero quedó en una posición de total vulnerabilidad debido a una complicación en el puerperio inmediato.

Los cuidados de la criatura

Para la mujer los cuidados de la criatura son cruciales porque de ellos depende en gran parte su salud. Estos cuidados se asocian a nociones tradicionales de lo que la madre debe saber, como qué alimentos evitar para no enfermar al recién nacido con la leche materna. Aunque la OMS reconoce que nada de lo que la mamá coma afecta al recién nacido (excepto drogas, medicamentos y alcohol).

Si bien la leche materna es el alimento óptimo para el recién nacido, la representación de «ser buena madre es lactar» puede convertirse en un factor emocional desgastante. Alrededor del 5 % de las mujeres tienen problemas para producir leche (Urquiza, 2014). Si se suman los problemas socioeconómicos, el porcentaje de mujeres que no pueden lactar va mucho más allá. En el imaginario de la mujer se trata de una práctica natural, lo que es cierto, pero puede ser dolorosa, y si no se dispone de información para resolver los posibles problemas, puede convertirse primero en una molestia y más adelante en un problema grave.

Lluvia y Cielo tuvieron dificultades para amamantar a sus criaturas. A Cielo, en particular, su esposo, sus padres y el pediatra le dijeron que su leche le hacía daño a la niña. Después de pasar por una mastitis decidió suspender la lactancia, con lo que tuvo que levantarse cada tres horas a preparar las mamilas, porque no contaba con el apoyo de su pareja. La autonomía de Cielo para insistir en lactar a su hija se vio limitada por las opiniones de quienes la rodeaban, por la mastitis, por los conflictos familiares y por la depresión posparto.

Así como la tensión de la mujer durante el trabajo de parto puede ocasionar la suspensión de las contracciones, también puede afectar la producción de leche. Si la mujer está muy consternada, agobiada o adolorida, puede perder su capacidad de lactar a su criatura. Esto llega a sucederle a mujeres que no tienen acceso a asesoría o información adecuada sobre el tema. De aquí la conveniencia de que en las consultas prenatales y del puerperio se brinde a las mujeres dicha información, se les dé asesoría al respecto y opciones para que puedan tener una mayor tolerancia al empezar a lactar a sus criaturas.

El apoyo de la pareja

En esta etapa de la maternidad la mujer es la cuidadora “natural” del recién nacido. Pero debe ocuparse, además, de su propio cuidado, del de los hijos

mayores —de haberlos— y retomar las tareas de la casa, muchas de las veces sin la ayuda de la pareja. Así ocurrió con Cielo, cuyo marido trabajaba y, por consiguiente, podía dormir toda la noche. Tal situación agota y desmotiva a la mujer, quien no puede sino sentirse sola e incluso deprimirse.

El seguimiento

La atención institucional del puerperio se limita a las primeras 24 horas, tanto cuando el parto fue vaginal como cuando fue por cesárea. En los hospitales (públicos y privados) las mujeres reciben el alta médica al día siguiente del evento obstétrico. El seguimiento institucional persiste solo de haber una complicación que se haya prolongado 12 horas o más. Por otra parte, el personal de salud no le explica a la mujer el tipo de tratamiento que recibió ni los cuidados que debe tener de ahí en adelante. La NOM-007 tampoco es explícita sobre el puerperio (como sí lo es en cuanto al control prenatal), ni el personal de salud dispone de un protocolo para concientizar a la mujer sobre lo que va a sucederle en esta última etapa de la maternidad. Se trata de una etapa de grandes cambios biológicos, emocionales, familiares y sociales. La comprensión del personal de salud al respecto podría conllevar una importante reducción de complicaciones cuyas consecuencias pueden ser graves.

Consejería de planificación

En las unidades de salud pública, el principal tema por tratar en el puerperio inmediato es la planificación. Se imparten pláticas y se ofrecen métodos anticonceptivos. Pero ese es el momento en el que a la mujer menos le interesa volver a empezar el ciclo, máxime si el embarazo o el parto fueron complicados. La consejería se debería dar durante el embarazo y el puerperio mediato, cuando la mujer puede atenderla mejor, ser asertiva y ejercer su autonomía.

Depresión

En Chiapas no se han hecho estudios de la depresión puerperal. La depresión de la mujer en condiciones de pobreza no suele reconocerse como un trastorno mental propio de esta etapa de la maternidad, lo que es grave porque puede dejar de cuidarse ella misma y a su criatura.

El puerperio es la etapa de la maternidad menos medicalizada y más compleja porque en ella las mujeres sufren alteraciones biológicas, psicológicas y sociales que limitan el ejercicio de su autonomía conforme a su contexto. Podemos concluir que la medicalización no limita necesariamente —ni por sí sola— la autonomía de la mujer, porque intervienen también la intencionalidad, la experiencia y la posición de vulnerabilidad de la mujer.

La medicalización es una de las prácticas que el sistema institucionaliza, naturaliza y resignifica. Actualmente, la oferta de la atención de la maternidad en los Altos de Chiapas incluye medicina alópata, tradicional y alternativa, y la brindan centros, clínicas y hospitales públicos y privados; de casas maternas y casas de parto, y de parteras tradicionales, profesionales y técnicas.

Todos los modelos de atención están medicalizados en mayor o menor medida. De ahí que en esta obra se analizara la medicalización de la maternidad en los diversos modelos de atención, pues las mujeres combinan servicios, tecnología, materiales y tratamientos con los que es posible identificar experiencias desde totalmente medicalizadas hasta con solo un elemento de medicalización. Como una contraparte de la medicalización, se analiza también el grado de autonomía que ejerce la mujer en su maternidad, que puede ser desde muy reducido hasta total. Esto depende de las condiciones en que vivan cada etapa de su maternidad.

REFERENCIAS

Aguilar, M. J., Sánchez, A. M., Madrid, N. M., Villar, N., Expósito, M. y Hermoso, E. (2015). Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente; revisión sistemática. *Nutr. Hosp.* vol.31 (2). 2 febrero de 2018. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000200010

Agostoni, C. (2004). Preparation and handing of powered infant formula: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, (39), 320-2.

Álvarez, M., Hinojosa Á., M. del C., Álvarez, S. S., López Barroso, R., González Rodríguez, G., Carbonell, I. y Pérez González, R. (2011). Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Rev. Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(3), 420-433. 2 de febrero de 2018. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300010&lng=es&tlng=es.

Araujo, R. (2015). Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? Vulnerability and health risk: two concomitant concepts? *Rev. Novedades en Población*, 11(21), 89-96. 12 de agosto de 2019. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000100007&lng=es&tlng=es

Beauchamp, T. y Childress, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. 4.^a ed. Oxford University Press.

Benavides, A. (2017). Bioética en sexualidad y reproducción humana. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 565-572. 10 de octubre de 2018. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pi

[d=S2304-51322017000400008&lng=es&tlng=es.](https://doi.org/10.1111/1467-9566.12538)

Bezares B., O. Sanz, I. Jiménez (2009) Patología puerperal. An. Sist. Sanit. Navar. 2009, Vol. 32, Suplemento 1. Pp. 169-175. 15 de noviembre del 2018 <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia7.pdf>

Borré Arrieta, Orlando, Rodríguez Yances, Benjamín, Mendivil Ciodaro, César, Angarita Peñaranda, William y Borré Aguilera, José. (2000). Inducción del trabajo de parto con Misoprostol vs. Oxitocina. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol, 51(1), 8-11. 2 de febrero de 2018. <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/707>

Busfield, J. (2017). The concept of medicalisation reassessed. *Sociology of Health & Illness*, 2017. 1-16, ISSN 0141-9889, DOI: 10.1111/1467-9566.12538

Caballo, V. (2007). Manual de evaluación y entrenamientos de las habilidades sociales, Ed. Siglo XXI.

Cardona, O.D. (2001). La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. Una crítica y una revisión necesaria para la gestión, Artículo y ponencia presentados en International Work-Conference on Vulnerability in Disaster Theory and Practice, junio, Disaster Studies of Wageningen University and Research Centre, Wageningen, Holanda.

Castro, R. y Erviti J. (2015). Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-Universidad Nacional Autónoma de México. 6 de junio de 2018. <https://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/Sociolog%C3%ADa%20de%20la%20pr%C3%A1ctica%20m%C3%A9dica.pdf> (3-3-2017)

CEPAL (2001). Informe de la Reunión de Expertos: Seminario Inter-

nacional sobre las Diferentes Expresiones de la Vulnerabilidad Social en América Latina y el Caribe, División de Población de la CEPAL/Celade.

Conrad, P. (2016). Los motores de la medicalización. En Murguía A y Ordírika T., *La Medicina en Expansión: acercamiento de la medicalización en México*, (pp. 13-32).

UNAM.

Cortes, M. (2015). Efectos de la musicoterapia durante el embarazo y el parto. *Metas Enfermería* octubre, 18(8), 56-61.

Cunningham F.G., Gant N.F., Leveno K.J., Gilstrap L.C., Hauth J.C., Wenstrom K.D. (2001) *Distocia: Trabajo de parto anormal*. En Williams. *Tratado de obstetricia*. (pp. 367-89). Médica Panamericana.

De Beauvoir, S. (1998). *El segundo sexo*. Cátedra, Universitat de València. 1.º de diciembre de 2015. <https://cursoshistoriavdemexico.files.wordpress.com/2018/09/beauvoir-simone-de-el-segundo-sexo.pdf>

Delgado, J. (2012). Nuevas perspectivas bioéticas: Autonomía relacional. *Rev. de Enfermería*. 6(1), 36-43. Abril de 2012. <file:///C:/Users/Magda/Downloads/8-33-1-PB.pdf> 3-11-2017

DGE. (2018). Información relevante muertes maternas. Agosto de 2017. https://omm.org.mx/wpcontent/uploads/2020/06/BOLETINES_23_2019_COMPLETO.pdf

DGE. (2017). Nacimientos. Febrero 2017. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html

De Sá Vieira, E., Torquato, N., Soares, D., Moraes di Lucca, M. y Aparecida, S. (2018). Autoeficacia para el amamantamiento y depresión post-parto: estudio de cohorte. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol.26. 6 de septiembre. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2110.3035>

Díaz, L. I. y Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de derecho (Valparaíso)*. (51), 123-143. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>

Díaz Marsá, M. (2014). Modificaciones. *Ontología crítica y antropología política en el pensamiento de Foucault*, (p. 45). Escolar y Mayo.

Domingo Moratalla, T. (2004). Lectura del ser humano. Autonomía y vulnerabilidad. *Themata. Revista Filosófica*. (33), 423-428.

Echeverría, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*. 24(3), 211. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2008.v24n3/210-216/#ModalArticles>

Encuesta Nacional de Nutrición (2012). Resultados Encuesta Nacional de Nutrición. Instituto de Salud Pública. 6 de junio de 2016. <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Erviti, J., Sosa-Sánchez, I. y Castro, R. (2007). Respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva. *Salud Pública de México*. (49), 161-165.

Erviti J, Castro R y Collado A. (2004). Strategies used by low-income Mexican women to deal with miscarriage and “spontaneous” abortion. *Qualitative Health Research*. 14 (8), 1058-1076. (ISSN 1049-7323). <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732304267693>

Flamand, L., y Moreno-Jaimes, C. (2015). La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. *Avances y rezagos en el diseño y la implementación del Seguro Popular (2006-2012)*, Foro internacional. 55(1), 217-261. 29 de agosto de 2019. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-013X2015000100217&lng=es&tlng=es.

Foucault, M. (2001). El sujeto y el poder. Epílogo a la Segunda Edición de Más allá del estructuralismo y la hermenéutica, (p. 84). Nueva Visión.

_____ (1990). Tecnologías del yo, (p. 52). Editorial Paidós.

_____ (1989). La vida de los hombres infames. Ensayos sobre la desviación y dominación, (pp. 21; 85; 88; 89; 108; 96). La Piqueta.

_____ (1977). La voluntad de saber. Historia de la sexualidad I. Siglo XXI.

_____ (1975). Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión, (p. 26). Editorial Siglo XXI.

Fox, B. y Worts, D. (2018). Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth. *Gender and Society*, Vol. 13(3), 326-346. 3 de diciembre de 2018. <https://www.jstor.org/stable/190258>

Freidson, E. (1978). La profesión médica: un estudio del conocimiento médico, (p. 50). Península, ISBN: 8429713611.

Freyermuth, G (2014) La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas: un análisis desde la interculturalidad. *Liminar: estudios sociales y humanísticos*, ISSN 1665-8027, ISSN-e 2007-8900, Vol. 12, N°. 2 (julio-diciembre de 2014), 2014, págs. 30-45

Freyermuth, G., Ochoa, M. P. y Muños, J.A. (2017). El Subsistema de Información sobre Nacimientos. Estudio de caso en una región indígena de Chiapas, México. *Estudios demográficos y urbanos*, 32(3), 45-486. <https://dx.doi.org/10.24201/edu.v32i3.1627>

Gérvas, J. y Pérez-Fernández, M. (2016). El encarnizamiento medico con las mujeres. 1.ª ed. (pp. 196; 21). Los libros lince por Thau, S. L.

_____ (2015). La expropiación de la salud. 1.^a ed. Los libros lince por Thau, S. L.

Goffman, E. (1963). Estigma. La identidad deteriorada. (p. 50). Amorrortu.

González T. y Hernández S. (2016). Lactancia materna en México. Editado, impreso y publicado con autorización de la Academia Nacional de Medicina de México, por Insistemas SA de C.V.

González G., Moraes M., Sosa C., Umpierrez E., Duarte M., Cale J., Ghione A. (2017). Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: estudio de cohorte. *Rev Chil Pediatr*, 2017,88(3), 360-366.

Gøtzsch, Peter C. (2014). Medicamentos que matan y crimen organizado. Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud. 7.^a ed., Libros del Lince.

Illich I. (1974). La sociedad desescolarizada, (pp. 50; 35; 45). Barral Ed.

_____ (1975). Némesis Médica. La expropiación de la salud, (p. 36). Editores Barral.

Hewitt, C. (1977). Ensayo sobre la satisfacción de necesidades básicas del pueblo mexicano entre 1940 y 1970. Cuadernos del CES 21.

Martínez, P. D. (1944). Cómo hacer llegar la higiene y la asistencia médica al niño indígena. *América Indígena*, vol. IV(3), 191-200.

Kanotra, S., D'Angelo, D., Phares, T. M., Morrow, B., Barfield, W. D. y Lansky, A. (2007). Challenges faced by new mothers in the early postpartum period: An analysis of comment data from the 2000 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS). *Survey. Matern Child Health J.* 11, 549- 558.

Kant, E. (1985-2004). Tratado de Pedagogía. Revista Educación Hoy (159). 2 de agosto de 2017. <http://www.carlosmaldonado.org/articulos/KANT.pdf>

Kleinman, A. (1998). Experience and Its Moral Modes: Culture, Human Conditions, and Disorder. The Tanner Lectures on Human Values, (pp. 13-16). Abril. <https://tannerlectures.utah.edu/documents/a-to-z/k/Kleinman99.pdf>

Kershenobich, D. (2017). Lactancia materna en México. Salud Pública Mex, may-jun, vol. 59(3). <https://doi.org/10.21149/8800>

Lupton, D. (1997). Foucault and the medicalisation critique. En Petersen A. y Bunton R. Foucault, health and medicine, (pp. 94-110). London: Routledge.

MacIntyre, A. (2001). Tras la Virtud, A. Valcárcel, trad, (p. 338). Barcelona: Crítica. <https://circulosemiotico.files.wordpress.com/2012/10/tras-la-virtud-macintyre.pdf>

Martínez, P. D. (1944). Cómo hacer llegar la higiene y la asistencia médica al niño indígena. América Indígena, vol. IV(3), 191-200.

Mazoni Simone Roque S., González, D. y Vanda, M. (2009). Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. Arq Ciênc Saúde 2009 jan-mar, 16(1), 40-4.

Menéndez, E. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. Ciênc. saúde colet, 21 (1). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>

_____ (2008) Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. Región y sociedad, 20(spe2), 5-50. 27 de agosto de 2018. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252008000400002&lng=es&tlng=es

_____ (1990). Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Cuaderno núm. 179, Ed. de la Casa Chata.

_____ (1978). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Franco Basaglia et al. (eds.), *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*, (pp. 11-53; 12). Nueva Imagen.

Menéndez, G.E., Navas, I., Hidalgo, Y. y Espert, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333-342. 15 de abril de 2019.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006 cienc &lng=es&tlng=es.

Montes, G. E. (2017). Bioética y Técnicas de Reproducción Asistida. *Rev.adm.financ segur.soc*, 2004, vol.12(1), 71-78, ISSN 1409-1259. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592004000100008

Morales, N., Fernández, D. y Eroza E. (2012) Análisis de Redes Sociales para Comprender la Atención Materna en Chiapas_BID.

Navas, W. (2013). Depresión postparto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 2013, LXX (608), 639-647.

Niño M., Gioconda, E. y Atalah E.(2012) Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatr* 83 (2), 161-169.

NOM 007 Ssa 2-1993 (1993). Atención de la mujer durante el embarazo, el parto y puerperio, del recién nacido, criterios y procedimientos para la prestación de servicio. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

NOM 007 Ssa 2-2016 (2016). Atención de la mujer durante el embarazo, el parto y puerperio, del recién nacido, criterios y procedimientos para la prestación de servicio. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codi-

[go=5432289&fecha=07/04/2016](#)

Olza , I., Ruiz-Berdún, D., Villarnea , S. (2017). La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. Dilemata (Mamar: mythos y lógos sobre lactancia humana). (25), 217-225.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). Lactancia materna Boletín, Ginebra-Suiza: OMS. 15 de junio de 2018. <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

_____ (2016). Violencia contra la mujer, Ginebra-Suiza: OMS. 15 de junio de 2016. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

_____ (2003). Manejo de complicaciones. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_RHR_00.7_spa.pdf?ua=1

Papalini, V. (2007). La domesticación de los cuerpos. Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento 4(1), 39-53. 15 de junio de 2017. https://www.researchgate.net/publication/26571197_La_domesticacion_de_los_cuerpos.

Parsons, T. (1964). Evolutionary Universals in Society. American Sociological Review, 29(3), 95, 339-357. 19 de octubre de 2016. <http://www.jstor.org/stable/2091479>

Pizarro, R. (2001). La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos núm. 6 Santiago, CEPAL.

Real Academia Española, (2021). Medicina. Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE), Diccionario de la Lengua Española (23.^a ed).

Rodríguez. E. (2018) Efectividad de métodos no farmacológicos en

alivio dolor parto. Universidad de Enfermería.

Santos, A. P., De S., Costa da Silva, M. L., De Souza, N. L., Miranda, G. y Feitosa, D. (2014). Diagnósticos de enfermería de recién nacidos con sepsis en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 255-261. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3101.2410>

Sanz, V. J. (2012). *La acupuntura ¡vaya timo!* Colección ¡vaya timo! Ed. Laetoli.

SSA-Clues (2014). http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html

Torres, E. y Lastra, J. (2008). Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud. *Revista de Administración Pública*. Vol. 42(4), 719-734.

Urquizo, R. (2014). Lactancia materna exclusiva ¿siempre? *Rev.Perú. Ginecol.Obstet*, abril, vol. 60(2).

Urrea, F. C. (2014). Respeto a la autonomía de mujeres gestantes en salud: diálogo bioética-género. *Rev. Colombiana de Bioética*, nov.vol.9, 193-236. 18 de junio de 2018. <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189232734005.pdf>

Valdez, R., Rojas , A., Villanueva , L.A., Lomelin , P., Ortega, A. C., Del Río , A. y Arenas , L. (2018). Estrategia para la promoción del buen trato en la atención obstétrica en México. *Revista CONAMED*, ISSN-e 1405-6704, vol. 23(4):190-197. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6983497>

Videla, M. (1990). *Maternidad: Mito y realidad*. Nueva Visión.

Vieira G. (2003). La iniciativa de humanización de cuidados neonatales. *Revista Chilena de Pediatría*, 74(2), 197-205. <https://dx.doi.org/>

org/10.4067/S0370-41062003000200009

Villanueva, L. A. (2004). Operación cesárea: una perspectiva integral. *Rev Fac Med UNAM*, 2004. (47), 246-250.

Villasís, M. Á. y Garduño, J. (2014). Hacia la mejora de la calidad de la atención en recién nacidos. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 71(2), 65-67. 29 de agosto de 2019. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000200001&lng=es&tlng=es.

Villegas, N. (2009). Terapias integrativas en la salud perinatal. *Horiz Enferm*. 20(2), 35-43.

Zafra, J. C. y Calvache, J. A. (2008). Analgesia epidural para el trabajo de parto. *Iatreia* 21(4), 355-363. 2 de febrero de 2018. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932008000400001&lng=en&tlng=es

Zambrano, C. V. (2007). Cuerpos, tecnologías y bioética y culturas. Dilemas culturales. *Rev Colombiana de Bioética*, ene-jun, vol. 2(1), 53-92. <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189217294004.pdf>

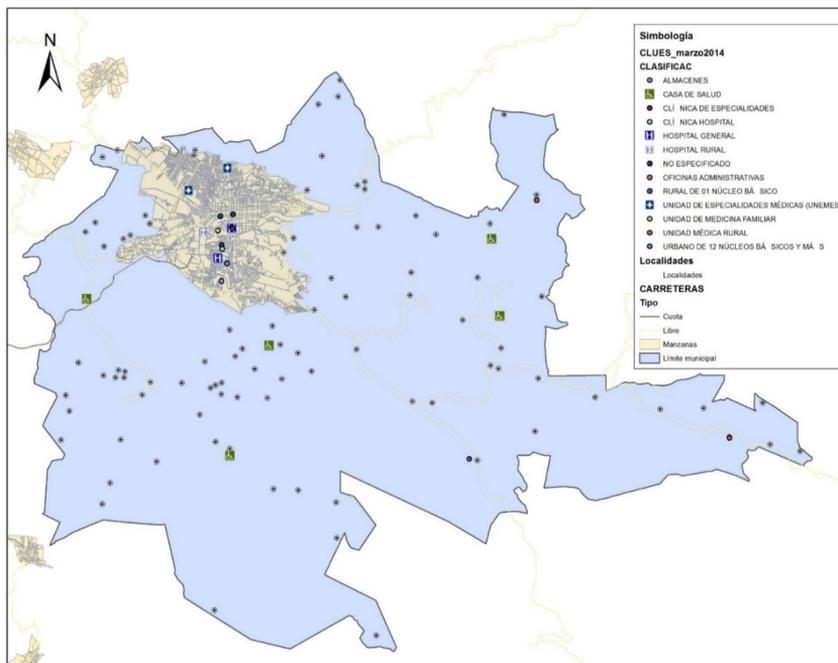
*La medicalización y la maternidad
en los Altos de Chiapas*

	Hospital público	Hospital privado	Casa Materna pública	Casa parto privada
Fundamento de conocimiento	Biomédico	Biomédico	Tradicional-biomédico	Alternativo-biomédico
Idioma	Con personal bilingüe	sin personal bilingüe	sin personal bilingüe	sin personal bilingüe
Población que atiende				
Tipo de usuaria	rural-urbano	rural-urbano	rural-urbano	urbano
Clase	baja	media	media	media
Trato				
Alimentación	gratuita	costo	ellos la llevan y preparan	ellos la llevan y preparan
Información	Limitada	Con explicación	Con explicación	Con explicación
Trato respetuoso	depende del personal	sí	sí	sí
Atención pronta	depende del personal	sí	sí	sí
Confidencialidad		sí	no	no
Capacidad de elección	no	sí	sí	sí
Acompañamiento	no	sí	sí	sí
Discurso desmedicalizador	no	sí	sí	sí
Personal				
Ginecólogos	6	1	0	0
Pediatras	6	1	0	0
Anestesiólogos	3	0	0	0
Ultrasonografía	2	1	1	0
Médicos	6	2	1	1
Enfermeras	10	4	1	0
Trabajadoras sociales	3	1	0	0
Parteras profesionales	0	0	0	1
Parteras tradicionales	0	0	13	0
Doula	0	0	0	1
Instalaciones				
Adecuaciones interculturales	no	no	sí	sí
Alojamiento	Albergue	no	sí	sí
Medicamentación				
Oxitocina	sí	sí	Si	Solo en urgencias
Epidural	cesárea	sí	no	no
Vitamina K para recién nacido	sí	sí	sí	sí
Cloranfenicol	sí	sí	sí	sí
Ultrasonido	sí	sí	sí	no
Episiotomía en primigesta	sí	no se observó	no	no
Costo de consulta prenatal	pago de transporte	500	100	300
Costo del parto (2017)	pago de transporte	más de 16 mil	2500	más de 14 mil pesos

Anexos

Ubicación y características de las unidades médicas del municipio de San Cristóbal de Las Casas

Mapa de unidades médicas de San Cristóbal de Las Casas



Elaboración propia con base a SSA-Clues 2014.

Los servicios de primer nivel se caracterizan por proporcionar consulta externa (prevención y control de enfermedades), es decir, que en este espacio las mujeres pueden recibir consultas prenatales con médicos generales y atención en complicaciones tempranas (por ejemplo,

infecciones de vías urinarias), del recién nacido y de los primeros días de puerperio. Pueden existir servicios de laboratorio y ultrasonido. Entre ellos se encuentran:

- Públicos. Centro de Salud de los Pinos y Centro de Salud de la Zona Norte. Aquí se ubicaba el área de medicina tradicional del Hospital de las Culturas que funcionó hasta 2010 y cuenta con personal médico y de enfermería.
- Privados. Farmacias Similares, del Ahorro, del Sur y Guadalajara. Las mujeres pueden recibir atención prenatal con un médico general y acceder a la tecnología de ultrasonido con bajo costo. También encontramos aproximadamente 30 consultorios de ginecólogos (as) que dan servicio.

En los establecimientos de segundo nivel se proporciona manejo de embarazo con patologías, monitorean la labor del parto usando partograma (Un partograma es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto, que puede indicar cuando un parto ya se prolongó y requiere de otras intervenciones), atención del parto y puerperio inmediato (24 horas), manejo de emergencia obstétrica (hemorragia posparto y desgarres), procedimientos manuales (extracción de placenta, reparo de episiotomía), anestesia, cesáreas, banco de sangre y manejo de complicaciones del recién nacido (asfisia, prematuridad, sepsis). Tienen Unidad de Cuidados Neonatales (UCIN). De este tipo se encuentran:

- Públicos: Hospital de la Mujer (SSa) y Clínica de Campo (IMSS). Por otro lado, se encuentran los establecimientos de atención para la población trabajadora de la Federación y el Estado de Chiapas e ISSTECH.

- Privados: Sanatorio Ornelas, Hospital de Caridad, Hospital Colonial, Sanatorio Dr. Bonilla, Especialidades la Isla, Hospital y Centro Médico San Cristóbal de Las Casas (HOSCEM) que dan atención prenatal y atención del parto.

Las casas de partos dan atención de control prenatal, atención del parto y puerperio con una partera técnica, y cuentan con los certificados de nacimiento, manejo de medicina tradicional, alternativa y alópata.

- Privados: Luna Maya, Nacer Natural y Casa Colibrí.

Hay también asociaciones civiles que apoyan a mujeres en la atención del embarazo, parto y puerperio, tales como:

- Hogar Comunitario Yach'il Antzetic, A. C., que brinda atención del embarazo y parto con una partera técnica, y estancia de una semana antes de su parto y una semana después; específicamente para mujeres indígenas en situación de violencia.

5.4 Espacios de atención de la salud materna

En el siguiente cuadro se presentan las características de los espacios donde se realizó la etnografía, lo que permite dar un panorama general de cada uno, desde su forma de atención y los servicios que ofrecen. Además, refleja la importancia de haber hecho trabajo etnográfico en los cuatro espacios que se describen.

SIGLAS

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

CEPAL: La Comisión Económica para América Latina

CONAMED: La Comisión Nacional de Arbitraje Médico

CNDH: Consejo Nacional de Derechos Humanos

DEG: DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

DSM-IV: MANUAL Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales,
cuarta edición

IMSS: Instituto Mexicano de Seguridad Social

INI: Instituto Nacional del Pueblos Indígenas

MMH: Modelo Médico Hegemónico

NOM: Norma Oficial Mexicana

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OTB: oclusión tubaria bilateral

Oportunidades: Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
(PROGRESA-PROSPERA)

PENUD: El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

RH: factor Rhesus

RRM: Razón de Mortalidad

Ss: Secretaría de Salud

SDG: Semanas de Gestación

SP: Seguro Popular

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

VPH: virus del papiloma humano

VDRL: Enfermedades venéreas

GLOSARIO

Términos

Maternidad: En este libro abarca el proceso de maternidad desde la fertilización humana (Métodos de fertilización) hasta posparto tardío (45 días después del parto).

Parteras tradicionales o empíricas: Las parteras tradicionales pueden iniciarse como tales no solo por la experiencia, sino por acontecimientos de origen ancestral o mítico, como los sueños donde reciben el don para ejercer la partería. En cuanto a las parteras empíricas, muchas de ellas se iniciaron como tales por la necesidad de atender sus propios partos y los de familiares o mujeres de la misma comunidad. Es decir, para denominar el tipo de partera se toma en cuenta la iniciación en el oficio, y no solo el lugar de pertenencia o los cursos recibidos.

Sistema punitivo: Sistema de vigilar y castigar de acuerdo con normas del estado.

Consentimiento *válidamente informado*: Un formato en el que el médico y el paciente, enfermo o usuario, tienen la disposición recíproca para hacer ejecutable el derecho de una persona a decidir aceptar o no un procedimiento médico.

Ética kantiana: Es una teoría ética deontológica formulada por el filósofo Immanuel Kant.

Hipotensión: Presión arterial baja.

Plantas medicinales

Ruda: Por sus propiedades, la ruda es una hierba abortiva.

La terapia de las flores de Bach: Es una terapia natural basada en esencias florales. Fueron descubiertas por Edward Bach entre los años 1926 y 1934. Las esencias florales presentan unos efectos más que positivos en la salud de las personas. Además el hecho de tomar estas esencias bien combinadas te permite tratar patologías y vencer el miedo que nunca pensaste que podías vencer.

Medicamentos

Analgesia epidural: Es el medicamento más eficaz para el alivio del dolor del parto. Aunque la OMS indica que el uso de la analgesia epidural hace el parto más largo y aumenta el riesgo de tener que hacer cesárea, y la posibilidad de muerte materna (que es cuatro veces mayor) (OMS, 2003).

Histerosalpingografía: Se utiliza principalmente para examinar a las mujeres que tienen dificultad para quedar embarazadas ya que permite al radiólogo evaluar la forma y estructura del útero, la abertura de las trompas de Falopio y cualquier fibrosis dentro de la cavidad uterina peritoneal (abdominal).

El hidrocloreuro de metformina: Ayuda a recuperar la sensibilidad a la insulina. Al empezar a tomarla es más fácil comer sano porque disminuye el apetito y evita que los alimentos con azúcar engorden tanto. Debido a la importancia del desayuno para adelgazar, es preferible tomarlo en la mañana.

Omifin.: Tratamiento de la infertilidad por anovulación o por disovulación, normoprolactinémicas de origen funcional: Infertilidad por anovulación. Infertilidad por disovulación; Insuficiencia luteínica y fase

lútea corta: Síndrome de ovario poliquístico. Un comprimido contiene 50 mg de Clomifeno citrato.

Progesterona: La progesterona es la hormona del embarazo y se produce principalmente en los ovarios. Prepara al útero para la implantación de un óvulo fecundado y a los senos para la producción de leche. Además, hace que la matriz sea un lugar amigable para el feto y evita que la madre lo rechace, pues el organismo lo percibe como un “cuerpo extraño”.

Bravelle: Medicamento hormonal. Su genérico es la hormona folículoestimulante (FSH). Lo hay en presentación inyectable y en cápsulas.

Choragon: Medicamento que actúa sobre la maduración del folículo, la formación y el mantenimiento del cuerpo lúteo en el ovario, sobre la espermatogénesis y el desarrollo del tejido intersticial en el testículo.

Clindamicina más Ketoconazol: Está indicado para infecciones bacterianas originadas por *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus spp.*, y otras bacterias anaerobias como *Bacteroides fragilis*. También para vaginitis mixtas (candidiásica y bacteriana) y candidiasis vaginal. Tiene indicaciones terapéuticas como preventivo de ruptura prematura de membranas en mujeres embarazadas con vaginosis. Las presentaciones de 6 D y 3 D tienen la misma eficacia clínica y bacteriológica.

Itraconazol más Secnidazol: Se usa en el tratamiento oral de infecciones vaginales de etiología diversa. Vulvovaginitis causada por *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis* y en la vaginosis bacteriana por *Gardnerella vaginalis*, bacterias anaerobias y *Mobiluncus spp.*

Gonadotropina coriónica humana sintética: Inyecciones intramusculares para ovulación.

Azitromicina oral: Infección por germen sensible: sinusitis bacteriana aguda y otitis media bacteriana aguda (diagnosticadas adecuadamente);

faringitis, amigdalitis; exacerbación aguda de bronquitis crónica (diagnosticada adecuadamente).

Regénesis: Multivitamínico para la maternidad.

Ictericia: Se refiere al color amarillento de la piel que ocurre cuando hay un exceso de bilirrubina en la sangre. La bilirrubina es el producto resultante de la descomposición normal de los glóbulos rojos. Normalmente, la bilirrubina pasa por el hígado, que la libera a los intestinos en forma de bilis (un líquido que ayuda en la digestión). En los recién nacidos aparece entre el segundo y el cuarto día y desaparece cuando tienen entre una o dos semanas de vida.

Las adherencias pélvicas: Son “bandas” que se forman en el interior del abdomen o en la pelvis. Están conformadas por colágeno y pueden pegar diferentes estructuras, o partes de ellas, dentro de la pelvis. Por ejemplo, se pueden formar adherencias entre el colon y el útero, o entre el colon y los ovarios o las trompas de Falopio. Esto genera alteraciones que pueden ir desde dolor hasta obstrucción del colon o de las trompas, en cuyo caso acentuaría la infertilidad por no permitir el paso del óvulo al útero.

Cirugía laparoscópica: Para separar las adherencias. Esto a menudo permite el movimiento normal del órgano y reduce los síntomas causados por las adherencias. Sin embargo, con cada cirugía aumenta el riesgo de que se presenten más adherencias.

Pinard: El estetoscopio de *Pinard* es una herramienta usada para auscultar los latidos cardíacos del feto.

LA MEDICALIZACIÓN Y LA MATERNIDAD
EN LOS ALTOS DE CHIAPAS
Este libro se terminó de editar en el mes de
Junio del 2021 siendo
Rector el Dr. Carlos F. Natarén Nandayapa

Durante el estudio etnográfico “Experiencias maternas de mujeres embarazadas en los Altos de Chiapas” se observaron dos resultados principales respecto a la autonomía de las mujeres: 1) que no está determinada por las formas de medicalización y 2) que no es absoluta, sino gradual. Los escenarios de las experiencias maternas son complejos y no hay solo una ruta de atención ya que, por ejemplo, una mujer primigesta puede tener las mismas complicaciones biológicas que una mujer multigesta. Dada esta complejidad, considerar los diferentes elementos de vulnerabilidad e intencionalidad de los actores presentes en tales experiencias permite reconocer los diversos escenarios en que la mujer puede estar en riesgo, no solo por sus condiciones biológicas.

El objetivo de esta investigación es describir y analizar las representaciones de las mujeres de los Altos de Chiapas de las diversas formas de medicalización del embarazo, el parto y el puerperio, y las prácticas al respecto. Se trata de un estudio longitudinal que dio seguimiento a diez mujeres embarazadas durante más de un año, hasta al menos cuarenta días después del parto. Los ejes de análisis son la medicalización y la autonomía de la mujer durante la maternidad. El estudio retoma los aportes de Foucault sobre la naturalización de las prácticas de poder del saber médico para tener una visión sistemática del problema. Por ello, se introdujo el concepto de autonomía desde la biomedicina, lo que permitió explorar el peso de las decisiones de la mujer de acuerdo con su intencionalidad, y la de los actores que la rodean, quienes pueden llegar a influir en su maternidad más que ella misma. También se analiza la experiencia de todos estos actores con respecto a la maternidad, y cómo interviene la posición de vulnerabilidad social, biológica y psicológica de la mujer.

