



Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

**El proceso de atención a la salud durante el embarazo de mujeres
de 35 años o más: una mirada relacional**

Tesis para obtener el grado de
Doctor en Ciencias en Salud Colectiva

P R E S E N T A

Manuela Gutiérrez

Co- Dirección: Dra. Oliva López Arellano
Dra. Carolina Peláez González

CDMX, Agosto, 2022

*Para Diana Alonso,
mi mamá de corazón que extraño siempre.*

*Para mis abuelas Chola y Dora
mis tías Mabel, Susa y Delia
mis niñeras Neri, Rosa y Guille
mis maestras Patri, Berta y Kathy
Gloria G., Ana Lía Z., Zule T., Tere C.
Anabella W.
y todas las mujeres que me han
maternado a lo largo de la vida.*

*Para mi mamá y mi papá,
por todo el amor y por la vida.*

Índice

Agradecimientos.....	7
Introducción.....	9
Capítulo 1. Un acercamiento teórico al estudio de la maternidad después de los 35 años	
Introducción.....	21
1.1.Estado del arte... hacia la construcción del objeto de estudio.....	21
1.2.Estudios sobre maternidad con perspectiva de género.....	23
1.3.El análisis del embarazo desde la perspectiva de género.....	27
1.4.Estudios sobre discurso médico y maternidad después de los 35 años.....	28
1.5.Aportes de la socio-demografía que abona a la reflexión sobre la trayectoria y la fecundidad.....	32
1.6.Atención a la salud en el embarazo.	34
1.7.Miradas desde la Salud Colectiva.....	36
Conclusiones.....	38
1.8.Marco analítico para el estudio de la atención a la salud en el embarazo post-35.....	39
1.9.Trayectorias de atención a la salud desde una perspectiva de género y salud colectiva....	42
.....	
1.10.Cuerpo, riesgo y salud	51
1.11.Las emociones como una ventana para entender la maternidad post-35	59
Conclusiones	64
Capítulo 2. Diseño Metodológico	
Introducción.....	66
2.1.Desafíos metodológicos.....	67
2.2.Elección del objeto de estudio.....	69
2.3.Exploración de Campo	69
2.4.Estrategia metodológica: trayectorias de atención a la salud en el embarazo.....	70
2.5.Trabajo de campo	75
2.6.Muestra y perfil.....	79
2.7.Entrevistas.....	80
2.7.1.Como un Kentuki en la entrevista.....	84
2.8.Las emociones en el proceso de la investigación	85
2.9. Análisis de la información.....	87
2.9.1.Indagación digital	88
Capítulo 3. Un marco contextual social y literario para estudiar a la maternidad post-35	
Introducción	91
3.1.Dimensión sociodemográfica de la maternidad: un poco de historia	94
3.2.Expansión educativa	97
3.3.Mercado de trabajo.....	99
3.4.El Contexto de salud en la Ciudad de México	101

3.5.Leyes y derechos de protección a la maternidad y la salud.....	103
3.6.Literatura contemporánea sobre maternidad.....	106
3.6.1.Obras de ensayo sobre maternidad.....	108
3.6.2.Novelas y cuentos sobre maternidad.....	110

Capítulo 4. Trayectorias de atención a la salud en mujeres embarazadas post-35

Introducción	113
4.1 Ejes para la construcción de las trayectorias de atención.....	117
4.2. Los tipos de trayectorias de atención	120
4.2.1. Trayectoria Tipo A o tradicional.....	124
4.2.2. Trayectoria Tipo B o privada.....	137
4.2.3. Trayectoria Tipo C o estratégica.....	145
Conclusiones.....	156

Capítulo 5. Cuerpo, riesgo y salud durante el embarazo post-35

Introducción.....	159
5.1.Aspectos médicos sobre el riesgo en el embarazo	160
5.2.La edad y el riesgo en el embarazo después de los 35 años.....	162
5.3. Riesgo y salud: las dos caras de la moneda.....	163
5.4.Experiencias en torno al diagnóstico de riesgo. La percepción de las mujeres frente a la prescripción médica	167
5.5.Ultrasonido estructural: un momento crucial.....	172
5.6.¿Vas a parto o cesárea?	177
5.7. El cuerpo durante el embarazo post- 35.....	186
5.8.Cuidado durante el embarazo post- 35	195
Conclusiones.....	199

Capítulo 6. Experiencias de maternidad contemporánea:embarazadas post-35

Introducción.....	202
6.1.El caso de Sandra, una maternidad tradicional.....	204
6.2.El caso de Frida, una maternidad feminista.....	212
6.3.El caso de Omara, una maternidad no tradicional o `rebelde`	218
Conclusiones.....	223

Capítulo 7. Conclusiones..... 227

Bibliografía.....	234
-------------------	-----

Anexos de la tesis

Anexo I Guía de Entrevistas.....	254
Anexo II Datos Entrevistadas.....	256
Anexo III Literatura revisada.....	257

Listado de cuadros, esquemas e imágenes

Cuadro 1. Preguntas e hipótesis de investigación.....	20
Imagen 1. Mensaje difusión en Facebook: búsqueda de entrevistadas.....	76
Cuadro 2. Redes socio-digitales y recursos revisados.....	79
Imagen 2. Literatura revisada sobre maternidad	112
Cuadro 3. Tipos de trayectoria y dimensiones de análisis.....	123
Esquema 1. Trayectoria Tipo A o tradicional.....	126
Esquema 2. Trayectoria Tipo B o privada.....	138
Esquema 3. Trayectoria Tipo C o estratégica	146

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma Metropolitana -Unidad Xochimilco– y al Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva por permitirme estudiar e investigar en un espacio de libertad académica. Además, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) que me otorgó una beca para realizar mis estudios de doctorado.

Un agradecimiento especial a las más de 30 mujeres que amablemente accedieron a contarme sus historias de maternidad, incluso cuando esto implicaba hablar de momentos íntimos o dolorosos. Sin ellas esta tesis no existiría.

A Oliva López Arellano, por haberme acompañado en este camino de investigación de manera incondicional y siempre iluminando como un faro con su ejemplo de ética y entrega en la lucha por el derecho a la Salud Colectiva. Gracias por confiar en que podría lograrlo.

A Carolina Peláez González, que fue mi guía desde el comienzo y con infinita amorosidad me enseñó mucho más que hacer investigación. Su confianza en mis ideas fue un pilar fundamental para mí en este proceso de aprendizaje que nunca voy a olvidar. No me alcanzan las palabras para agradecer todo lo que aprendí con ella estos años. En un contexto de aislamiento y distancia social, ella siempre estuvo cerca. Nunca dejaré de sentirme afortunada por todos estos años a su lado. ¡Gracias Caro!

A mis lectores de tesis: Roberto Castro, Ana Paulina Gutiérrez y Edgar Jarillo, cuyos aportes me impulsaron a reflexionar sobre aspectos teóricos y metodológicos que colaboraron a enriquecer la investigación.

A mi papá, a mi mamá, y a mi hermano, por su apoyo incondicional, por impulsarme, acompañarme y respetar mis elecciones. Incluso cuando implican la migración, un proceso complejo que involucra extrañarse siempre.

A mis amigas y amigos. Las de toda la vida, que viven en mi Patagonia natal, lxs de la facu (UBA), lxs chilangxs de pura cepa y lxs de corazón, las “teatreras viajeras”, las amigas que viven lejos (Buenos Aires, Londres, Barcelona, Perú, Chile) pero están siempre cerca, lxs *Jamaicones* quienes me acompañaron con logias de mezcales, carne asada, pic nics pandémicos y abrazos apapachadores. Amigues que son familia. Todos y todas ellxs dibujan una red de amor que me sostiene y me brindan

un espacio de contención donde refugiarme ante cualquier embate, mostrándome como dice Bertolt Brecht que: **“esos son los imprescindibles”**.

A Ana Rita Castro y Santiago Rodríguez porque me conectaron desde el comienzo de la tesis con Carolina Peláez, mi heroína en este lío.

A Rocío Castillo, que me recibió con los brazos abiertos en su seminario de metodología cualitativa, donde aprendí herramientas claves para llevar adelante este estudio.

A María K. y Florencia R., mis psicólogas en distintos momentos de este recorrido, porque confiaron en mí y me acompañaron a cumplir el sueño de estudiar un Doctorado en mi amado México. Porque la salud mental es un Derecho Humano, y ojalá todxs tuvieran la fortuna de contar con profesionales así de amorosas y comprometidas.

A mis compañeras y compañeros del Doctorado con quienes compartimos el maravilloso camino de la formación académica -con sus bemoles incluidos-: Diana Álvarez, Cecilia Castro, Xipatl Contreras, Denis Cuevas, Ignacio Herrera, Abigahid Morales, Lilian Pacheco, María del Carmen Piña , Nancy Méndez, María del Carmen Suárez, Esperanza Uribe, Omar Pacheco. Especialmente a Stephany Sánchez y Guadalupe Mendoza, quienes estuvieron cerca escuchando mis alegrías y mis pesares todo este tiempo.

Por último, pero no por ello menos importante, a Tona que supo caminar a mi lado y acompañarme a descubrir la poética de la vida cotidiana. ¡Gracias totales! ♥

Introducción

El misterio y la curiosidad que despierta todavía la maternidad fueron los motores para impulsar este camino de investigación. Luego, esas inquietudes condujeron a rastrear qué es lo que opera por detrás de las trayectorias de atención a la salud en mujeres embarazadas después de los 35 años. Uno de los primeros elementos encontrados durante la construcción del objeto de estudio, ha sido que la edad se constituye en un factor de riesgo para las mujeres que planean quedar embarazadas.

Por ello, esta investigación busca contribuir al campo de la Salud Colectiva a través de un estudio empírico sobre la salud materna en Ciudad de México, y en particular acerca del proceso de atención a la salud materna durante el embarazo de mujeres post-35. A partir del análisis de trayectoria de atención a la salud de las mujeres, se busca comprender la manera en que se realiza el proceso de atención. Así como también las respuestas del sistema de salud para atender a estas mujeres que se constituyen –por el factor de la edad- en un grupo de riesgo según los parámetros vigentes dentro del campo médico.

Se busca comprender qué ocurre con las experiencias de atención a la salud de las mujeres de 35 años o más que deciden ser madres y su relación con el proceso de atención a la salud. Interesa profundizar el conocimiento sobre el modo en que este grupo de edad se vincula con el sistema de salud, las instituciones de salud y los diagnósticos que les indican por ser personas en riesgo para el campo clínico. Aunque el embarazo es un proceso fisiológico, y natural, el mismo se encuentra atravesado por cuestiones culturales y sociales, e inclusive sumamente medicalizado. Es en ese sentido, que buscamos conocer como lo transitan las mujeres de este grupo de edad.

Desde la demografía se han estudiado los cambios que indican un retraso en la llegada del primer hijo. A su vez, las investigaciones sociológicas analizan cada vez con mayor frecuencia las posibilidades que tienen las mujeres por su condición de género, de verse afectadas en distintos ámbitos de la vida cotidiana. Por ejemplo, se hace referencia a la triple jornada, al techo de cristal o a la desigualdad en los salarios entre hombres y mujeres, entre otras. Así como la expansión educativa que habilita

oportunidades para las mujeres. Sin embargo, todavía existen estereotipos de género que -en ocasiones- condicionan la vida de las mujeres.

El límite superior de la edad para el parto se ha modificado con el tiempo, y es preciso tener presente que en la década de los sesenta era de 30 años; luego se subió a 33 y en la actualidad se sitúa en 35 años. Todas estas modificaciones se han establecido por convenio y no responden a criterios estadísticos de más de dos desviaciones estándar (DE) o del percentil 90, criterios ambos que marcan el límite de la normalidad de la edad de las mujeres en el momento del parto.

A partir de concebir que la edad de riesgo es parte de una premisa producto de una construcción social, se analiza el discurso médico sobre el tema y se propone revisar desde una perspectiva crítica, en qué medida los estereotipos de género se cristalizan en los diagnósticos clínicos que reciben las mujeres en sus embarazos. Así como también si ese discurso influye -o no- en las decisiones de las mujeres sobre sus procesos de atención a la salud en el embarazo y el parto. Esto se debería en parte a que el discurso médico sobre el riesgo por la edad está permeado por prejuicios sociales y culturales.

Curiosamente, aparecen las dificultades que conlleva el estudio de prácticas que suceden desde el surgimiento de la vida social, es decir, prácticas rutinarias en las instituciones de salud, un evento propio de la vida privada y doméstica, cuya relevancia sociológica puede aparecer desacreditada frente a otros problemas sociales que implican rupturas abruptas del orden social o disputas álgidas en torno a los recursos de una sociedad. En este contexto, por desarrollarse en los terrenos de lo cotidiano, y, en buena medida, de lo femenino, la reflexión sobre la atención a la salud en el embarazo y en el parto puede no parecer un tema prioritario, incluso para los propios sujetos interrogados al respecto. Se trata de una actividad que, aunque se encuentre lejos de ser mecánica o irreflexiva, su asociación con un evento 'natural' o meramente fisiológico, exige un nivel de competencia tal que sus procesos suelen ser naturalizados hasta el punto en que es preciso insistir en lo que parecen obviedades; se torna necesario hacerlos 'emerger' para reflexionar sobre ellos en términos que trascienden las lógicas normativas e instrumentales a las que recurren tanto quienes investigan como las interlocutoras.

El interés de este estudio por los procesos de atención a la salud nace principalmente de la inquietud sociológica por comprender la complejidad y relevancia de los mismos en relación a este grupo de mujeres, que desde el sentido común, podría observarse como un proceso que ocurre sin mayores complicaciones. Partir de un trabajo elaborado en diálogo con la Salud Colectiva, implica situar la pregunta en el reconocimiento de una visión que aboga por la vida, por la creencia imperativa de los derechos a la salud como una cuestión central en la vida de las personas, y por la integralidad de la atención. Es posicionar centralmente la garantía de los derechos de las mujeres a una atención que otorgue salud, cuidado de la vida. Este es el pensamiento socio - sanitario que guía esta tesis de inicio a fin, y son las formulaciones que desde ahí se han desplegado, sobre las cuales se realiza el planteamiento del problema de estudio.

Además, la salud como elemento central para la vida de las personas es uno de los factores más importantes para la reproducción de la vida social. Este estudio parte de la atención a la salud a lo largo del embarazo de las mujeres como eje de este análisis, y se constituye en un hilo conductor que permite identificar cómo se produce el acoplamiento entre lo social-cultural, lo estructural y lo individual, en la salud de las mujeres. La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, el parto hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para una enorme cantidad de mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso muerte.

En este sentido, la mirada de género y el diálogo con esta perspectiva de análisis es un aspecto fundamental del trabajo, ya que permite desplegar una dimensión crítica de los procesos de atención a la salud y de la maternidad. A partir de desarrollar un abordaje relacional del fenómeno que tenga en cuenta los distintos actores y dimensiones que intervienen en el mismo. Así como también el peso del género ha aparecido como un hallazgo de este trabajo, ya que su importancia en el análisis de las trayectorias ha sido revelador, en tanto se torna un elemento que permite comprender la desigualdad de los procesos que transitan las mujeres.

Una de las premisas de las que se parte es considerar que las mujeres frente a esa norma que podría condicionarlas en su decisión, buscan salidas y respuestas a

esta situación. Desarrollan estrategias para adaptar el deseo a los cambios sociales que la sociedad impone y así poder concretarlos a pesar de las restricciones que se imponen al factor de la edad. Lo que muestra – a la vez- la pertinencia de la perspectiva de género en tanto es un tema que atañe principalmente a las mujeres por su condición reproductiva y permea los diagnósticos clínicos que se les indica y está anclado a relaciones de género, y a imaginarios y representaciones sobre la maternidad que inciden en el nivel institucional (Scott, 1996).

La propuesta de esta investigación se orienta a observar el embarazo y el parto como proceso y como resultado de un conjunto de fenómenos organizados, y no como escenas individuales y aisladas en un momento específico de la historia. Se considera que la comprensión de la dimensión cultural, es decir, las prácticas, las convenciones (legislaciones) y las interacciones entre individuos y las instituciones que constituyen su entorno, son claves para entender la constitución de un mundo de salud. Los individuos -en este caso las mujeres- no son receptores pasivos frente a situaciones que suceden a su alrededor, sino que sus efectos sobre sus vidas dependen de su participación y agencia en sus propios cursos de acción.

Los modos en que se aprende el conocimiento sobre el mundo, se transfiere y se hace circular los diversos saberes con los que se cuenta (lenguaje, habilidades, percepciones, valores, representaciones, normas, etc.) es uno de los mecanismos centrales para la reproducción de la vida social. Este estudio parte de considerar que las trayectorias de atención a la salud y formas de experimentar la relación con el sistema de salud a lo largo del embarazo y el parto constituye un hilo conductor que permite dar cuenta de cómo se produce el acoplamiento entre lo sociocultural y lo estructural en la atención a la salud de las mujeres. En este sentido, otra premisa de este análisis, la coexistencia de conocimientos tradicionales sobre la experiencia de la maternidad con aprendizajes y nuevos modos de transitarla tomados de diversos espacios (político-feminista, tecnología, redes sociales, ámbito literario y cultural) ha permitido a las mujeres adaptarse a las transformaciones que influyen en la forma en que viven su maternidad.

Es por ello que se eligió seguir las trayectorias de atención a la salud de las mujeres, es decir, el camino a lo largo de sus embarazos y sus partos, desde el

proceso de iniciación cuando se enteran que están embarazadas hasta el momento del parto. Revisar la atención a la salud en ese momento específico del curso de vida hace referencia a ciertos hitos con relación a la forma en que la mujer recorre las instituciones de salud para lograr un embarazo y un parto saludable. Unir estas dos palabras -atención y salud- tiene el propósito de vincular los elementos que dan sentido a la continuidad que requiere el proceso que aquí se revisa. El modo de aprehender tanto la dimensión cultural como la histórica-estructural se propone comenzar desde los individuos para tejer sobre su trayectoria aquellos ejes diversos que confluyen en momentos y contextos específicos.

Las preguntas elaboradas para orientar el camino de esta investigación son de diversa índole: las primeras, agrupadas en el inciso **a** buscan contribuir a la comprensión del vínculo entre discursos establecidos sobre la maternidad después de los 35 años y la experiencia de las mujeres que realizan ese itinerario; las segundas, en el inciso **b** intentan responder a aspectos y momentos específicos de las trayectorias que modelan las experiencias de las mujeres, y especialmente la relación que establecen con el sistema de salud y con otros actores que cruzan sus recorridos durante el embarazo y el parto. Por último, las terceras en el inciso **c** se refieren específicamente a casos puntuales que resultan útiles para exponer el significado de la maternidad después de los 35 años.

- a.** ¿Cómo es la relación entre el discurso médico sobre las mujeres embarazadas post-35 y la experiencia de estas últimas?
- b.** ¿Cómo es el proceso de atención a la salud de las mujeres embarazadas post-35 en la Ciudad de México?
- c.** ¿Cómo es la experiencia de la maternidad para las mujeres embarazadas post 35 en la Ciudad de México?

Estos cuestionamientos tienen el objetivo de desentrañar los procesos que han colaborado en el desarrollo del proceso de atención a la salud, a través del análisis de los modos en que se despliega la interacción de las mujeres con los distintos actores sociales como la familia, el trabajo, el equipo de salud, y del modo en que se

experimenta la maternidad en función de lo anterior. Tomando en cuenta el contexto en el cual suceden estas trayectorias y los factores que intervienen en la experiencia, como pueden ser aspectos políticos, sociales, económicos.

La selección de la maternidad después de los 35 años se debe a que presenta particularidades que hacen observable la relevancia y las interconexiones de procesos que dan forma a las trayectorias, tales como los vínculos con el sistema de salud, la relevancia de la tecnología (estudios médicos) en las experiencias, los significados en torno a los diagnósticos de riesgo, los conflictos con la vida profesional y con los discursos que circulan sobre el mandato de la maternidad. Al tratarse de un proceso personal e íntimo pero en vínculo cercano con lo social y colectivo, se torna visible y observable la manera en que intervienen e interactúan distintos factores y dimensiones insoslayables para este estudio: económicos, tecnológicos, políticos, legislativos y culturales.

Por estas razones, la presente investigación se ha dividido en seis capítulos y un apartado de conclusiones. En el primer capítulo se desarrolla un diálogo con la Salud Colectiva sobre la forma en que se ha abordado el estudio de los procesos de atención a la salud y se ha investigado la salud materna en donde los principales aportes han puesto el foco en las edad más jóvenes, en la morbilidad materna y en la violencia obstétrica. Esta perspectiva teórica abre el panorama para exponer la propuesta aquí construida para el análisis del proceso de atención a la salud de mujeres embarazadas después de los 35 años que, al mismo tiempo pretende abonar a una mirada más amplia del concepto de proceso de atención a la salud.

En el segundo capítulo se expone el diseño metodológico que tiene estrecha relación con el diseño teórico, lo que ha posibilitado lograr una investigación de tipo cualitativo, basada principalmente en la reconstrucción de trayectorias y diferenciación de las mismas en una tipología, desde la cual ha sido posible identificar la relación de ejes relevantes, y su intervención a nivel biográfico, así como las tensiones o contradicciones que se suscitan entre las mujeres. Asimismo, se despliega de manera detallada la estrategia metodológica utilizada. Puntualmente, se pone el énfasis en la perspectiva metodológica, los métodos y las técnicas de análisis que dependen en gran medida de los interrogantes de investigación.

Las narrativas y los recursos metodológicos utilizados a partir del giro que implicó la situación provocada por la pandemia de la Covid-19 se constituyeron en un aporte metodológico de este estudio. El hecho de haber realizado el trabajo de campo vía digital permitió ingresar no sólo a los modos de narrarse de las mujeres, sino también a sus hogares, a los espacios en los que habitan con sus hijos.

En la novela 'Kentukis, la autora Samantha Schweblin¹ inventa la herramienta -kentuki- para señalar males (y bienes) de la sociedad hipertecnologizada. El Kentuki es algo a medio camino entre un teléfono y un peluche, que alguien anónimo maneja a distancia desde una tableta que puede estar al otro lado del mundo. De este modo se inmiscuye y observa la vida de distintas personas en diferentes lugares. La autora se refiere a un mundo distópico -sin embargo- este artefacto sirve para ilustrar cómo durante la realización de las entrevistas sucedió algo similar, ya que a partir de encenderse la cámara comienzan a observarse las interacciones de la mujer con su hijo o su pareja. Lo que permitió conocer elementos analíticos más allá de las formas en que ellas enunciaban y relataban sus experiencias.

En el tercer capítulo "Un marco contextual -social y literario- para estudiar a la maternidad después de los 35 años" se puntualizan las transformaciones demográficas, socioeconómicas y culturales descritas con el propósito de situar los marcos de referencia y delimitar la forma en que contribuyen a crear las condiciones que guiarán el análisis empírico sobre las trayectorias de atención a la salud de mujeres que se embarazan después de los 35 años en la Ciudad de México y sus experiencias en torno a la maternidad. Por consiguiente, en este trabajo, el contexto no se contempla de manera aislada, como los antecedentes o las circunstancias estructurales e históricas en que se produce el fenómeno estudiado, sino como la convergencia de distintos factores y eventos que, con diverso peso en términos de poder, de fuerza o de relevancia influyen sobre la trayectoria de atención a la salud de las mujeres en el momento del curso de vida analizado.

Los siguientes capítulos responden las preguntas de investigación a partir del análisis de la información obtenida. Las trayectorias de atención a la salud expresan

¹Extraído de: https://elpais.com/cultura/2018/10/24/actualidad/1540396940_059247.html

un recorrido específico en el camino de las mujeres durante su embarazo y parto. Las mismas se tornan centrales aquí ya que permiten comprenderlas desde una perspectiva metodológica que contiene diferentes niveles analíticos, fundamentales para este trabajo.

Un elemento a destacar sobre lo que a continuación se despliega, es que el grupo social que se analiza no proviene de una clase social baja. La muestra diseñada en este estudio está compuesta por mujeres de clase media, la mayoría con altos niveles de escolaridad como posgrado. Lo que permite observar cómo el género es una categoría que estructura una experiencia cuasi de desigualdad, aún cuando no se trate de las capas más bajas de la estructura social. Esto se explica porque este grupo de mujeres, aún con un nivel educativo medio y medio-alto, con la posibilidad de atender su salud en el sistema privado, transitan por procesos de atención a la salud sumamente desiguales.

Otra cuestión de relevancia es conocer los motivos de estas mujeres para atender sus embarazos y partos en instituciones privadas de salud cuando tienen la posibilidad de atender esos procesos en instituciones públicas como el ISSSTE, el IMSS o la Secretaría de Salud. Aun con la opción de acceder al sistema público de salud, las mismas ponderan el sistema privado y deciden transitar su atención allí. Este es un punto a revisar en términos de lo que significa el derecho a la salud, y la transformación histórica que la salud ha tenido en términos de consumo o mercancía. Es decir, complejizar la mirada en torno a la decisión de atender la salud en el sistema privado es un punto insoslayable, sobre todo teniendo en cuenta la mirada de la Salud Colectiva sobre este tema.

Hipótesis metodológica sobre trayectorias de atención. (Capítulo 4)

Las trayectorias de atención a la salud expresan un recorrido específico en el camino de las mujeres durante su embarazo y parto. Las mismas se tornan centrales en tanto permiten comprenderlas desde una perspectiva metodológica que contiene diferentes niveles analíticos, fundamentales para este trabajo.

La observación dichas trayectorias tendrá relación con diferentes niveles interpretativos: institucional, que otorga singularidad a la organización y gestión;

trayectoria de las mujeres, que brinda cierta profundidad a los significados y percepciones; socio-cultural, que abarca tanto las concepciones y valores contemporáneos, como la coyuntura y procesos socio-políticos y económicos que atraviesan al proceso de atención médica.

Se esperaría que las trayectorias de este grupo específico correspondan a experiencias relativamente similares entre sí y que no impliquen para ellas mayores complicaciones por tratarse de casos de mujeres situadas en posiciones privilegiadas de la estructura social y, además, con características parecidas en tanto se trata de profesionistas, de la misma edad, la mayoría de ellas en pareja. Esta situación obedecería en parte al hecho de que las barreras sociales que las separan del resto de la población serían más difíciles de cruzar. Esta pauta se ajustaría a un contexto caracterizado por fuertes procesos de modernización, donde el acceso al sistema de salud, el nivel educativo y ocupacional de estas mujeres se constituyen en marcadores claves del logro socioeconómico y serían determinantes en el tipo de trayectoria que se trate. Las mujeres tienen por ley la garantía de acceder a una atención pública de calidad, pero eligen, aun en condiciones económicas adversas, atenderse en el sistema privado.

Hipótesis sobre cuerpo, riesgo, salud. (Capítulo 5)

A partir de concebir al cuerpo como eje articulador para comprender el vínculo entre riesgo y salud se busca complejizar la mirada en torno al riesgo en el embarazo y el parto observando los elementos que componen las experiencias de las mujeres, a saber: percepciones, significados.

A modo de hipótesis podría esperarse que exista cierta distancia o tensión en la comunicación en el proceso de atención a la salud en el cual -para la medicina clínica- el riesgo implica tener más de 35 años al momento del embarazo y el parto. En este sentido, mientras que para ellas el riesgo no sería un elemento que obstaculice la posibilidad del embarazo, para el equipo médico la postura sería distinta. De allí que las experiencias en torno al riesgo se centran en comprender el modo en que las

mujeres expresan sus percepciones respecto a la edad, así como las tensiones que aparecen en el diagnóstico en la relación médico/a paciente.

Al respecto, se plantea que: al observar el embarazo post-35 desde una mirada relacional es posible recuperar distintas perspectivas del mismo lo que permite revisar en qué medida los estereotipos de género se cristalizan -o no- en los diagnósticos clínicos; si el discurso médico tiene influencia en las decisiones de las mujeres, y vincular cómo estas premisas se relacionan con los protocolos de atención y la respuesta institucional al tema.

Hipótesis sobre las experiencias de maternidad después de los 35 años (Capítulo 6)

En las miradas en torno a la maternidad, juega un papel central el abordaje del tema vinculado a literatura contemporánea y a las redes socio-digitales que han surgido en los últimos años. Tanto en lo respectivo a las diversas lecturas sobre la maternidad como también en la apertura a perspectivas más críticas en torno a la experiencia, que habilitan a las mujeres nuevos modos de ejercerla, lo cual en ocasiones implica exponer públicamente situaciones que anteriormente quedaban relegadas a la esfera privada. Por ejemplo, publicar fotografías del parto, heridas de la intervención de la cesárea en redes sociales como Facebook o Instagram. O bien participar en espacios de escritura como círculos de lectura y escritura para cuestionar y compartir con otras las emociones y percepciones que despierta este nuevo rol en sus vidas.

Para comprender las definiciones y los significados que las mujeres de clase media y media-alta en la Ciudad de México le atribuyen a la maternidad post- 35 en el proceso de atención a la salud, se requiere un análisis empírico. En este tipo de escenario, podría pensarse como hipótesis de trabajo que los condicionamientos de género y clase social atraviesan y determinan tanto la decisión de las mujeres de demorar su maternidad como el proceso de atención a la salud, ejerciendo su derecho a la libre elección sobre su propio cuerpo. De este modo, la hipótesis plantea es: la forma que adquieren la clase y el género en cada uno de los casos, permean las experiencias de maternidad. Se sugiere que, a mejor posición en la estructura social,

menores serían los obstáculos o limitaciones que presentaría la experiencia. En este sentido, por ejemplo, la posibilidad de contar con los recursos económicos para garantizar un parto respetado, aseguraría una percepción positiva sobre su embarazo y parto.

Estas hipótesis constituyen un punto de partida necesario para guiar la interpretación de los resultados obtenidos en los capítulos empíricos de la tesis.

Para finalizar, se presentan las conclusiones en las que se responde a las preguntas de investigación con base en el diseño teórico y los resultados desplegados a lo largo de la tesis. El objetivo de las reflexiones finales busca mostrar generalizaciones analíticas que contribuyan a la comprensión del cambio social y la continuidad de ciertos procesos en el campo de la salud, en particular del proceso de atención a la salud de las mujeres que tienen sus embarazos y sus partos después de los 35 años en la Ciudad de México. Se desea brindar un acercamiento al fenómeno que muestre la complejidad social de estos eventos y la pertinencia de su análisis para los tiempos actuales.

Cuadro 1. Preguntas e hipótesis de investigación

Preguntas de investigación	Hipótesis
¿Cómo es la relación entre el discurso médico sobre las mujeres post-35 y la experiencia de estas últimas?	Las trayectorias de atención a la salud expresan el recorrido de las mujeres durante su embarazo y parto. En ese sentido muestran las convergencias y las divergencias entre discurso médico y la experiencia.
¿Cómo es el proceso de atención a la salud de las mujeres embarazadas post-35 en la Ciudad de México?	Se esperaría que exista cierta distancia o tensión en la comunicación acerca del proceso de atención en el cual -para la medicina clínica- implica un riesgo tener más de 35 años al momento del parto.
¿Cómo es la experiencia de la maternidad para las mujeres embarazadas post 35 en la Ciudad de México?	La forma que adquieren la clase y el género en los casos, permean las experiencias de maternidad. Se sugiere que, a mejor posición en la estructura social, menores serían los obstáculos o limitaciones que presentaría la experiencia.

Capítulo 1. Un acercamiento teórico al estudio de la maternidad después de los 35 años

Introducción

El objetivo de este capítulo tiene dos propósitos: el primero es desarrollar cómo se ha abordado el estudio de la atención a la salud del embarazo desde las ciencias sociales, sus límites y aportaciones; el segundo busca desplegar la propuesta teórica que se ha utilizado para el análisis y estudio de la atención a la salud del embarazo después de los 35 años, esto con la finalidad de aportar también al conjunto de conocimientos desde la Salud Colectiva.

1.1.Estado del arte: hacia la construcción del objeto de estudio

A continuación se expone el estado del arte que permitió estructurar el problema de investigación. Se exhibe así la pertinencia teórica y empírica del análisis de la atención a la salud de mujeres embarazadas post-35 desde una perspectiva de salud y de género, en diálogo con la corriente teórica de la Salud Colectiva. En las siguientes secciones se reseñan los resultados de investigaciones previas realizadas en torno a el tema. La perspectiva teórica y la reconstrucción del estado del arte constituyen una fuente de insumos indispensable para plantear las preguntas de investigación.

Es por ello que el estado del arte se erige en una reconstrucción crítica del campo de conocimiento que brindará huellas para la elaboración de un problema relevante, pertinente y factible desde una perspectiva teórica específica como es la trayectoria de atención a la salud en el embarazo de mujeres post-35. La búsqueda de antecedentes en relación con el estudio seguramente permitió transformar la pregunta inicial en tanto ha ido adquiriendo mayor profundidad.

Por lo tanto, vale enfatizar de manera sucinta acerca de cuál ha sido el camino hacia la construcción del problema de investigación. Porque cuando las ideas eran todavía someras y errantes, la búsqueda de literatura alrededor del tema de la salud materna arrojó que existen en México una enorme cantidad de estudios sobre temas evidentemente de notable centralidad para la salud pública y las políticas sociales.

Entre las principales temáticas se encuentran: el embarazo adolescente (Stern, 2008; Sola B., 2015; Llanes Díaz, 2010; Menkes, C. et al. 2002 ; Szasz, 1998), la muerte materna (Freyermuth y Contreras, 2014, Sesia, 2009 ; Chávez-Courtois M y cols, 2010) y los estudios sobre la violencia obstétrica (Castro y Erviti,2014 ; Sadler, 2004, Jerez, 2014). Estas líneas de investigación mostraron cuáles eran los temas estudiados y posibilitaron delinear un vacío a partir del cual edificar un problema de investigación. En efecto, no se encontraron demasiados antecedentes en México sobre la atención a la salud de mujeres después de los 35 años. Sin embargo, esta situación ha generado un desafío para la elaboración de este apartado.

A partir de allí, se establece la relación conceptual entre género y salud con la intención de exponer los antecedentes que existen sobre el tema de investigación respondiendo a la pregunta acerca de ¿Cuáles son las aportaciones que las investigaciones revisadas han brindado sobre la atención a la salud en mujeres embarazadas post-35 desde una perspectiva de género y de salud?

Para responder esta pregunta se exploraron aquellas investigaciones que han contribuido a la reflexión de la atención a la salud en el embarazo y el parto de mujeres post-35 teniendo en cuenta principalmente estos ejes: a) Investigaciones sobre maternidad con perspectiva de género porque se ha erigido en una mirada crítica respecto a ideas conservadoras de la maternidad, lo cual permite abrir el juego a nuevas miradas sobre el tema. b) El discurso médico y la maternidad después de los 35 años, dado que en el campo médico existe un posicionamiento en torno a la postergación de la maternidad, centrado principalmente en la idea del riesgo para la salud de la mujer y el bebé; c) Los aportes de la socio-demografía que abona a la reflexión sobre trayectoria y fecundidad; d) La atención a la salud en el embarazo y el parto, que brindan elementos para la reflexión del tema central de esta investigación.

Es evidente que los estudios cualitativos sobre salud materna y género tienen una historia destacada en México, las transformaciones sociales e históricas relativamente recientes en relación a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, a las tecnologías en fertilización y el retraso en la llegada del primer hijo, entre otras, contribuyen a que la atención a la salud materna se erija como un nuevo campo en indagación. Esta investigación busca contribuir al conocimiento sobre la experiencia

de la atención a la salud en el embarazo y el parto y su relación con el nivel institucional desde una perspectiva cualitativa y de género. Resulta clave en este análisis reconocer la centralidad de la dimensión subjetiva, de la mujer, la dimensión institucional, de la institución de salud y la dimensión estructural de las políticas de salud.

La revisión de la literatura científica permite no sólo contar con un estado actual del conocimiento sobre el tema, sino también obtener un boceto acerca de cuáles son las principales discusiones conceptuales (qué preguntas son relevantes y cuáles no; desde qué enfoques teóricos se emprenden dichas preguntas, qué dimensiones del tema destaca cada enfoque y por qué; qué debaten o acuerdan; cuáles son las limitaciones y los aportes de cada perspectiva analítica, etc.) y también metodológicas (qué abordajes metodológicos pueden resultar más convenientes en función de cada enfoque teórico; qué obstáculos enfrentaron los/as investigadores que analizaron el tema y, qué recomendaciones formulan los mismos para evitar tales inconvenientes, etc.) existentes en relación al campo de estudio del cual se parte.

1.2. Estudios sobre maternidad con perspectiva de género

La maternidad como objeto de estudio ha sido ampliamente abordada desde diversos campos de estudio: es un tema relevante por su complejidad y características. Ya sea por la presión social que se ejerce sobre las mujeres – en tanto mandato social-, o por las condiciones de posibilidad de las maternidades en la actualidad.

Principalmente a partir de la denominada segunda ola² del feminismo, la maternidad comenzó a entenderse como una construcción social, en contraposición a aquellas posiciones que la concebían simplemente como un fenómeno biológico y natural. Autoras como Beauvoir, Chodorow, Rich, o Badinter -por mencionar sólo algunas- llevaron a cabo estudios cuyo fin era desnaturalizar a la maternidad hegemónica denominada tradicional, analizando cómo estaba constituida. Questionaron al determinismo biológico y demostraron que el modelo de maternidad tradicional es una construcción social, cultural, simbólica e histórica.

² Como movimiento social, el feminismo puede entenderse como un proceso histórico constituido por las famosas “olas”: etapas o fases en las que, dentro de cada una, se desarrollaron ideas, estrategias y corrientes diferentes.

Durante la década de los ochenta, algunas feministas desarrollaron una ardua discusión sobre la manera de comprender la maternidad y las implicaciones políticas de su conceptualización (Snitow 1992). A partir del debate se delinearon distintas posiciones que van desde considerar la maternidad como una institución del patriarcado derivada de la función reproductiva de las mujeres (Sau 1991), hasta entenderla como la posibilidad de crear un mundo simbólico propio de la madre y distinto al del patriarcado (Irigaray 1985; Ruddick 1989; Muraro 1994).

No habría dudas respecto a que la maternidad es un fenómeno social (aunque también biológico) atravesado por múltiples condicionantes de género, de clase, etc. En efecto, afirmar que la misma es una construcción social implica romper con la idea que sostiene que todas las mujeres tenemos la función natural de ser madres, y que dicha función se encuentra en una especie de código biológico que se traduciría en capacidades, habilidades y saberes, producto de un instinto inscrito en la naturaleza femenina (Sánchez-Rivera, 2016:929).

En ese sentido, la maternidad se constituye en un evento central tanto en la vida de las mujeres como de sus familias porque suele modificar su vida cotidiana en relación a distintos ámbitos de su vida: simbólico, material, psíquico, laboral, y por lo tanto se erige como un giro de inflexión o *turning point* (Elder, 1991)³ en la trayectoria vital de la mujer. Es por ello que la reflexión va en torno a cómo los procesos de atención pueden fortalecer cuestiones vinculadas a la desigualdad de género, o de qué modo en dichos procesos se refuerzan formas de diferenciación que colocan a las mujeres como centro de la reproducción de las desigualdades. Esto contribuye a reforzar las concepciones sobre maternidad anclada a las diferencias sexo/género (Sy et al., 2016; Sy, 2017c).

Una de las teóricas que expone las condiciones de desigualdad de las mujeres, es Simone de Beauvoir. En su obra *El segundo sexo* (1987), desarrolla de manera contundente que “no se nace, sino que se deviene mujer”, mostrando que la opresión de la mujer no se debe a factores biológicos y psicológicos, sino que su eje está en una definición económica y “reproductiva”. La autora subraya que el sujeto mujer a lo

³ Se denomina *turning point* a aquellos eventos que provocan fuertes modificaciones que, a su vez, se traducen en virajes en la dirección del curso de vida” (Elder, 1991)

largo de la historia se construyó como el “segundo sexo” en tanto que la historia de la humanidad ha sido narrada por el hombre, por lo cual la mujer es definida en relación con él y no en sí misma, es decir, ella es la “otra” (Sánchez-Rivera, 2016:929). El trabajo de Beauvoir ha sido fundacional para comenzar a deconstruir la idea de maternidad como único destino, para romper con aquellas ideas que ubican a la maternidad como un lugar canónico, intocable. Con sus aportes se comienza a transformar la idea de una maternidad más conservadora, pura y exclusiva.

En tanto Rubin (1986), en una visión productiva y reproductiva de las diferencias sexuales y de género recurre a la categoría de sistema sexo-género y lo define como el “[...] conjunto de dispositivos por el cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (1986: 97).

De esta forma, la participación de las mujeres en la vida social en la mayoría de las sociedades occidentales se ha construido con base en su “capacidad reproductora”, confinándola al espacio doméstico, cuyas tareas no son reconocidas como trabajo remunerado, a pesar de que contribuye en la reproducción de la fuerza de trabajo. “Como en general son mujeres quienes realizan el trabajo doméstico, se ha observado que es a través de la reproducción de la fuerza de trabajo que las mujeres se articulan en el nexo de la plusvalía.” (Rubin, 1986: 100). El aporte de Rubin resulta central para reflexionar sobre cómo el trabajo de las mujeres es parte del engranaje de la sociedad capitalista. Este es un elemento a tener en cuenta en las trayectorias de las mujeres que se analizan en este estudio dado que se trata de mujeres que destinan gran parte de su tiempo al mercado de trabajo. Esto podría exponer una tensión con el modelo clásico de la maternidad confinada al espacio doméstico. En oposición a esta idea, las mujeres que fueron entrevistadas no suelen estar confinadas en el espacio doméstico sino más bien en la esfera pública, y además suelen reivindicarlo.

En el trabajo “Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad” (Sánchez Bringas) la autora analiza elementos estructurales y subjetivos que intervinieron en la formulación del problema de investigación en un estudio sobre prácticas reproductivas y experiencias maternas de mujeres de diferentes sectores

socioeconómicos de la ciudad de México. Uno de los principales aportes de este estudio ha sido que “la maternidad como proyecto de vida para las mujeres y su combinación con otros proyectos, es un hito importante para estudiar la agencia de las mujeres” (2009: 245). Esta idea de la combinación de la maternidad con otros proyectos igualmente fundamentales para las mujeres ha servido de faro al momento de pensar las preguntas de la guía de entrevista.

La maternidad es uno de los hechos de la reproducción sociocultural. Se sitúa en las relaciones sociales, es decir, en la sociedad y el Estado, o en cualquier forma de superestructura jurídico-política y en la cultura. La reproducción social incluye formas organizadas, sociales, de reproducción de la vida humana, de la especie, de los grupos sociales y de los sujetos particulares. Esta es una de las pistas que se persiguen en esta investigación, revisar la maternidad en un contexto específico, en este caso la Ciudad de México y la forma que adquiere en relación a la reproducción social. Así como también se busca establecer la relación conceptual entre maternidad y la salud, ya que es central para la vida de las personas; y por lo tanto, es uno de los factores claves para la reproducción de la vida social. Por ello este estudio parte de la atención a la salud del embarazo de las mujeres como el eje que estructura el análisis, y se constituye en un hilo conductor para identificar cómo se produce el acoplamiento entre lo social-cultural, lo estructural y lo individual, en la salud de las mujeres.

1.3.El análisis del embarazo desde la perspectiva de género

El estudio del embarazo desde una perspectiva de género en México, se ha concentrado especialmente en la adolescencia. Existe una cantidad considerable de estudios cualitativos y cuantitativos sobre el problema citado (Stern, 2008; Sola B., 2015; Llanes Díaz, 2010; Menkes, C. et al. 2002; Szasz, 1998). Los primeros investigan la fecundidad adolescente con las estadísticas vitales o bases de datos que cubren, ya sea la totalidad de la población del país, o muestras estadísticamente representativas de la población estudiada (Stern, 2008), mientras que los segundos conciernen a estudios sociológicos y antropológicos realizados por lo general con grupos de población reducidos. En los dos casos, las investigaciones incorporan una

descripción, o bien, un análisis sistemático, generalmente señalando las desigualdades económicas y de género.

Existe cierto consenso en cuanto a los resultados obtenidos de dichos estudios. Se refieren a una mayor incidencia de embarazos ocurridos durante la adolescencia en el contexto rural que en el urbano, que existe una relación inversa en relación al nivel de escolaridad (Menkes y Suárez, 2003; Zúñiga, 2000; Welti, 2000, 1992; González, 1998).

Asimismo, diversos autores han expresado la pertinencia de pensar las características socioculturales en los estudios sobre fecundidad adolescente, debido a que la construcción social de los conceptos familia y normas sociales, puede variar en diferentes sociedades (Mora y Oliveira 2009; Stern, 2007, 2004 y 2003; Menkes y Suárez, 2003; Welti, 2000; González, 2000).

Por último, cabe mencionar que existe otra mirada que identifica al embarazo ocurrido durante la adolescencia como un problema concerniente a la salud pública. Existe evidencia empírica sobre los efectos adversos que pueden presentarse en la salud de la madre y del hijo, principalmente durante las edades más tempranas de la adolescencia, como lo son una mayor morbilidad materna e infantil (Echarri, 2004; Atkin, 1998; Stern, 1997; Escobedo, 1995). En este sentido, podría pensarse que la atención a la salud en el embarazo post-35 se erige también como un tema a contemplar en materia de políticas de salud, ya que se trata de un grupo particular que requiere una atención específica.

Las investigaciones sobre embarazo en adolescentes muestran la pertinencia de los mismos, pero también brindan claridad sobre la centralidad de estudiar qué sucede con la demora de la maternidad y su relación con el sector salud, ya que los hallazgos sobre el tema contribuyen a delimitar este problema de investigación.

El aporte los estudios sobre el embarazo desde el género ha sido fundamental en este estudio en tanto ha permitido profundizar el análisis acerca de la relevancia del contexto cultural e histórico, en el cual se desarrollan los embarazos, ya que en este caso particular las condiciones del contexto en el cual las mujeres atienden sus embarazos y partos se convirtieron en un eje explicativo del problema. Así como

también la mirada de género sobresale como una perspectiva analítica sumamente relevante en relación al proceso de atención a la salud.

1.4. Estudios sobre discurso médico y maternidad después de los 35 años

Dentro de la literatura biomédica se tiende a enfatizar en el riesgo que implica para la salud de la mujer y del feto un embarazo después de los 35 años. Es por ello que se exponen a continuación algunos estudios que resultaron claves para pensar acerca de la atención a la salud del embarazo post-35. Asimismo, se realizó una revisión de artículos científicos que exponen resultados sobre las formas de nombrar la edad materna después de los 35 años.

En estas investigaciones -y en el campo médico en general- se hace referencia como primíparas añosas, maduras, geriátricas o de edad avanzada, a aquellas personas que presentan su primera gestación a los 35 años o más (FIGO 1958). Estas formas de nombrar, exponen prejuicios y estereotipos en torno a la edad de la mujer, lo cual también muestra que existirían tras esas etiquetas ciertas ideas normativas respecto a una “edad ideal” para el embarazo. Por este motivo, en este trabajo se opta por referirse a este grupo de edad como “post-35” para evitar caer en la reproducción de ciertos prejuicios asociados a la edad en la cual las mujeres se embarazan.

En este sentido, como resultado de investigaciones propias observamos cómo se modelan y refuerzan estereotipos de género en la adscripción de ciertos diagnósticos a las mujeres que se apartan de los valores establecidos para la época; no puede dejar de advertirse la institución de normas y valores sociales que se hallan estrechamente vinculados al saber médico, las “verdades” y los conceptos sobre la medicina poseen una fuerza normativa a la que difícilmente escapa cualquier decisión sobre el valor del comportamiento, las convicciones y el estilo de vida de las personas (Sy et al., 2016; Sy, 2017c). Retomando esta idea nos interesa explorar los procesos que atraviesan actualmente las mujeres de edad avanzada en los hospitales, como también revisar la vigencia de los mencionados estereotipos en la adscripción a ciertos diagnósticos.

En México, Romero y col. (1997;65:37) realizan una evaluación comparativa de 134 pacientes de edad avanzada, de ellas 63 primigestas con un grupo control de jóvenes, en 1997 y encuentran una elevada incidencia de cesáreas, sin morbilidad estadísticamente significativa y Lira y col. (1997;65: 375) realizaron un estudio comparativo de embarazos de 35 a 39 años y 40 años, en primigestas reportan cesáreas en un 90 % los resultados perinatales fueron satisfactorios a pesar del aumento de los factores de riesgo durante el embarazo.

El artículo “El concepto de primípara añosa” (Sancho et al, 2002) busca exponer que este concepto no se corresponde en la obstetricia actual con su significado real y debe ser sustituido por otro concepto estadístico independiente de la modificación de la edad del parto de la mujer (Sancho et al, 2002: 384). El texto señala que es en 1958 cuando la FIGO⁴ acepta el término y está enfocado en mostrar la baja utilidad del concepto en términos estadísticos, dado que sostiene que el mismo discrimina un porcentaje elevado de la población que justifica que muchos autores afirmen que no es un parto de alto riesgo. Es decir, que de todos modos refuerza el estereotipo sin cuestionar lo que significa, sino revisando solo su dimensión estadística. La relevancia de este texto situado en el campo de la obstetricia radica en comprender las maneras en que este grupo de edad es percibido desde el discurso médico.

En su mayoría, los estudios revisados se realizan sobre los grupos de edad con mayor riesgo clínico, en especial se enfocan en las adolescentes. Sin embargo, Juárez en su análisis de las razones de mortalidad materna por edad para el 2008, encontró que las mujeres de 35 años o más son las que presentaban los motivos más elevados; lo que sugiere que este grupo presenta un riesgo mayor que el promedio (2010:14). Entre mujeres de alta paridad tener aún más hijos también se reconoce como un factor de riesgo importante.

Es cada vez más frecuente observar gestaciones a mayor edad, lo que se ha asociado con resultados perinatales adversos. Estos últimos pueden corresponder a: bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, incremento de la mortalidad perinatal, preeclampsia-eclampsia, diabetes gestacional y alteraciones

⁴ Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

del líquido amniótico, entre otras. Tradicionalmente dentro del campo biomédico, el embarazo post-35 ha sido considerado como de alto riesgo y más aún si es el primero. Obregón Yáñez (2007) menciona que la nuliparidad a ≥ 36 años aumenta 3.3 veces el riesgo de complicaciones materno-fetales, tales como las anomalías congénitas, abortos, óbitos, diabetes, macrosomía, enfermedad hipertensiva del embarazo, menor calificación en la escala de Apgar y anomalías en la inserción placentaria. En este estudio la nuliparidad alcanzó un 42.47% (Baranda-Nájera:2014). Sin embargo, se encontraron estudios en los cuales gestantes mayores de 35 años no muestran mayor riesgo materno-perinatal que sus contrapartes más jóvenes (Tipiani Rodriguez 2006). En tanto, Baranda Nájera et al. (2014) en un artículo titulado “Edad materna avanzada [EMA] y morbilidad obstétrica” se propusieron evaluar el resultado obstétrico de pacientes embarazadas con EMA (≥ 35 años) en pacientes atendidas en el Hospital de la Mujer, de la Secretaría de Salud, en México, D.F. En el mismo concluyeron que la realización del control prenatal según las recomendaciones de la NOM-007-SSA2-1993 permite detectar oportunamente las complicaciones y contribuye a disminuir la elevada incidencia de muerte materna y perinatal. Los autores de este artículo sostienen que “es de suma importancia informar a la población de los riesgos que conlleva un embarazo a edad materna avanzada” (Baranda Nájera et al. 2014:113).

Balestena Sánchez et al (2015) en su artículo “Edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento” comienzan así:

El embarazo y el parto son considerados como fisiológicos y totalmente naturales, además son recibidos como un regalo al sexo femenino, sin embargo, en determinadas circunstancias y condiciones la gestante presenta mayores riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal [Balestena Sánchez et al. 2015:789]

El comienzo del texto es llamativo en su referencia al embarazo como ‘regalo femenino’ y también al considerar al embarazo y el parto como cuestiones puramente ‘naturales’. Sin embargo aquí lo que interesa destacar es cómo desde el título del estudio el énfasis está puesto en señalar a la edad como un elemento favorecedor de complicaciones obstétricas.

Por su parte, Santa María-Ortiz et al (2019) en su estudio “Desenlaces maternos y neonatales relacionados con edad materna avanzada” explican que la edad es un factor de riesgo y concluye:

Nuestros hallazgos muestran claramente un riesgo significativamente mayor de desenlaces maternos adversos con la edad materna avanzada, mientras que solo se pudo encontrar un riesgo ligeramente mayor de desenlaces neonatales adversos. Con base en este estudio parece lógico pensar que las estrategias de salud materna deberían centrarse más en los embarazos de mujeres de edad materna avanzada debido a que su frecuencia sigue aumentando año tras año. [Santa María-Ortiz et al 2019:89]

De ningún modo se busca en este trabajo rebatir las miradas médicas en cuanto al riesgo que implica un embarazo, sino que por el contrario la intención consiste en exponer las investigaciones que se realizan sobre el tema para luego analizar de qué manera esta información llega efectivamente a las mujeres.

En los artículos mencionados en párrafos anteriores (Baranda Nájera et al. 2014) se expone el incremento progresivo de cesáreas a partir de los 35 años, principalmente en las denominadas primíparas, lo cual es un dato de advertencia, pues podría deberse a operaciones no justificadas. Someter a una mujer a una cirugía no justificada para tener un hijo en lugar de seguir el curso de su embarazo hasta llegar a término natural se considera por la ONU una posible forma de violencia obstétrica, un tipo de violencia contra las mujeres⁵. En opinión de Rebeca Lorea, coordinadora de incidencia y política pública de la asociación civil Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), aunque no toda cesárea es violencia obstétrica, tener un alto porcentaje de estas operaciones sí es un indicador de qué tan adecuada es la atención a la salud reproductiva, y pone en duda que las mujeres de un país tengan toda la información y las opciones sobre las posibilidades de su parto.

El punto aquí es analizar la delgada línea entre el riesgo clínico que existe sobre la vida de las mujeres y sus bebés cuando deciden ser madres a partir de los 35 años y la organización de nuestras sociedades donde esta situación ha comenzado a ser un evento habitual y no al revés. Es fundamental conocer los riesgos que implica un embarazo a esa edad, así como los cuidados previos requeridos para el tránsito de un

⁵ Extraído de: <https://mujeres-covid-mexico.animalpolitico.com/aumento-cesareas-sin-opcion> revisado el 20-11-2021.

embarazo seguro. Sin embargo, la indicación del campo médico para este grupo de edad, muestra en diversos artículos el alto riesgo al que las mujeres se exponen cuando toman esta decisión. Los discursos se enfocan en responsabilizar a las mujeres a causa de su edad. Al menos son las únicas que aparecen expuestas cuando se hace referencia al tema.

1.5. Aportes de la socio-demografía que abona a la reflexión sobre la trayectoria y la fecundidad

A principios de los años setenta, los elevados niveles de la fecundidad y su efecto en el crecimiento demográfico, se volvieron un tema relevante en las agendas de los organismos gubernamentales, no gubernamentales y de cooperación internacional. Además, los avances científicos favorecieron al conocimiento de medios que permiten el control de la reproducción, en términos de la elección del número y espaciamiento de los hijos, lo que contribuyó a cambiar las políticas pro natalistas que seguían los gobiernos del país (Palma, 1994). Eventualmente, esto representaría diferentes oportunidades de vida especialmente para las mujeres en los contextos social y económico.

Actualmente, el patrón vigente de la fecundidad en latinoamericana para Nathan (2015) se caracteriza por la existencia de brechas reproductivas dentro de la población. Si bien existen indicios de un gradual aumento de la edad al primer hijo en algunos países, un fenómeno esperable en un contexto de crecientes estímulos para la postergación de la fecundidad, la permanencia de un componente significativo de fecundidad adolescente plantea como el escenario más probable el aumento de la heterogeneidad interna entre distintos sectores sociales (Nathan, 2015).

Sampedro (2002) señala que “la maternidad es sustituida por la fecundidad y equiparada a ella, aunque tal identidad sea falsa (Sarrible 1995) en el interés de la demografía” (Sampedro et al, 2002). Luego sostienen que “el retraso de la maternidad se convierte en el objeto de interés en la medida en que se puede suponer un peligro, esto es, una disminución de la fecundidad final de las generaciones. Esta idea se erige

como un argumento central de este trabajo, en tanto muestra que esta idea de peligro atraviesa la demora de la maternidad.

La postergación de la fecundidad se ha convertido en una característica dominante de los patrones reproductivos en las sociedades postindustriales (Bongaarts y Sobotka, 2012). Varios factores han sido identificados en la literatura sobre demografía como las principales fuerzas detrás de este fenómeno: la introducción de la píldora anticonceptiva y otros métodos anticonceptivos fiables, el aumento de la participación de las mujeres en el sistema educativo y el mercado de trabajo, la mayor inestabilidad de las uniones y el aumento de la cohabitación no matrimonial, la creciente importancia de los valores e ideales de autonomía individual, realización personal y equidad de género, tal como fueron identificados en la segunda transición demográfica, y el aumento de la incertidumbre económica que enfrentan los jóvenes en el proceso de inserción laboral y emancipación del hogar familiar (Beets, 2010; Billari, Liefbroer y Philipov, 2006; Ní Bhrolcháin y Beaujouan, 2012; Sobotka, 2004 y 2010; Surkyn y Lesthaeghe, 2004).

Los estudios sociodemográficos han señalado el retraso o cambio en la ocurrencia de eventos centrales del curso de vida de las personas, siendo uno central el retraso de la llegada del primer hijo. Lo que permite plantear como un tema importante a indagar la relación entre la demora de la maternidad -respecto a parámetros normativos- como un evento central en la vida de las mujeres y su interacción con los parámetros clínicos y biologicistas de la edad materna ideal, según el campo médico. Lo interesante es profundizar en la contradicción o la tensión que emerge entre lo social y lo biológico (médico). Es decir, frente a un discurso sobre la señalización del retraso “del reloj biológico”.

Un supuesto detrás de este trabajo, es que existe una tensión entre las expectativas y experiencias de las mujeres con embarazos post-35 y los actuales discursos médicos. Por ello, se propone analizar las trayectorias de mujeres que demoran su maternidad y su relación con la atención médica. No se trata de cuestionar los diagnósticos médico-clínicos, sino analizar qué sucede en esas trayectorias respecto a esta tensión.

Hernández Corrochano en su trabajo “La maternidad después de...Estudio etnográfico de la maternidad primípara «tardía» en España” (2016) retoma a Sampedro para argumentar que la maternidad en edad avanzada ya no debe estar «asociada a la quiebra de determinados modelos familiares, a la pérdida de ciertos valores morales o la disminución de la responsabilidad social [...], que les lleva a retrasar el momento de la maternidad hasta los límites de lo biológicamente aceptable» (Sampedro, Gómez y Montero, 2002: 12-13). Indudablemente esta cita es – por lo menos- fuerte en tanto expone los diversos motivos que llevan a establecer juicios de valor sobre las decisiones de las mujeres, lo cual también muestra que socialmente se tiende a responsabilizarlas por la pérdida de valores morales, que en dado caso dependen de factores que exceden a las propias mujeres.

Por otra parte, en su estudio “Efectos demográficos, clínicos y biológicos de la postergación de la maternidad” Fuentes et al (2021) exponen los efectos de la postergación de la maternidad en tres ámbitos: i) demográfico, ii) clínico y iii) biológico. (Fuentes et al 2021,154). Aunque no se puede asegurar que la postergación de la maternidad constituya un patrón que de manera progresiva se extenderá a la población en su conjunto, parece que el imperativo social de la maternidad temprana que prevaleció durante la mayor parte del siglo XX ha comenzado a experimentar transformaciones. Siendo el aplazamiento de la maternidad una tendencia emergente. Añaden también que “el género representa una variable clave para el análisis de las expectativas socioculturales y las oportunidades competitivas que configuran las actitudes, las decisiones y el comportamiento de la fecundidad” (Fuentes et al 2021,158). Este trabajo es útil para dar cuenta de la relevancia que pareciera tener la postergación de la maternidad en perspectiva de futuro, al mismo tiempo el estudio muestra la relevancia de las transformaciones económicas en estos cambios en los patrones de la fecundidad.

1.6.Atención a la salud en el embarazo.

El proceso de la atención a la salud materna es un elemento central de este análisis, dado que se considera una instancia clave en el proceso reproductivo de las

mujeres. Además de la pertinencia que tiene en materia de políticas de atención a salud por el vínculo que implica en la vida de las mujeres. Es por eso que interesa conocer las experiencias de las mujeres que atienden la salud de sus embarazos, así como también las prácticas de los y las profesionales de la salud responsables de recibir, atender e intervenir en los partos en las instituciones de salud. La bibliografía revisada sobre la atención a la salud en el embarazo presenta que varios de los textos que abordan salud materna hacen referencia a la violencia obstétrica. Castro y Erviti (2014) realizan un recuento de las investigaciones llevadas a cabo en México los últimos 25 años, allí señalan que “El campo médico presenta una paradoja crucial: por una parte, las instituciones públicas de salud son un espacio de ejercicio de la ciudadanía, mientras que el acceso a ellas constituye un derecho social; pero por otra parte, la participación de las mujeres en estos espacios de salud es problemática, pues en ellas funciona una estructura disciplinaria diseñada para ‘mejorar la eficiencia’ de la atención que se brinda, dentro de la cual la posición subordinada de las mujeres se naturaliza y, por ende, se mantiene invisibilizada” (Castro y Erviti 2014:40). Este análisis resulta fundamental para reflexionar sobre los componentes de la atención a la salud y acerca de la presencia de la violencia obstétrica en la atención obstétrica.

Por su parte la tesis de doctorado titulada “De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta” Yañez (2018) explica que las instituciones sanitarias públicas ofrecen servicios organizados en torno a lógicas y prioridades externas a las experiencias de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas. Este trabajo contribuye a la reflexión sobre la atención a la salud en ese momento puntual de la trayectoria reproductiva e identifica, el peso de la institución de salud en la atención al embarazo y el parto.

También es preciso destacar el trabajo de Lina Berrio (2013) y de Rosalynn Vega (2017), ya que cada una de ellas ha investigado desde distintos ángulos la atención a la salud materna. Mientras que Berrio aborda los procesos reproductivos en mujeres indígenas de la costa chica de Guerrero, y profundiza en las prácticas de atención que reciben, Vega realizó una etnografía multilocal acerca de la racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México. Si bien se trata de análisis diferentes, es interesante el aporte que traen ya

que ambos definen a la salud como un proceso y también retoman la perspectiva de género para la comprensión del fenómeno. Además ambas autoras recurrieron al método etnográfico para llevar a cabo sus investigaciones, lo cual les otorga una minuciosidad antropológica en sus aportes.

Incluso, han sido útil para reflexionar en torno a uno de los nudos conceptuales de este estudio: la atención a la salud obstétrica. Esta tensión radica en cuáles intereses, ideologías, visiones del mundo y roles (de género, clase, edad, familiares) se producen y se reproducen allí. Para estudiarlo, los trabajos que recuperamos se centran en el aspecto relacional de dicha intervención, que supone relaciones asimétricas de poder y vinculadas a lógicas sociales e institucionales que se consideran patriarcales. Es decir, tal como afirma Sadler (2004), las formas en que una sociedad organiza el comportamiento reproductivo de sus miembros reflejan sus valores y principios estructurales.

El punto clave que se busca establecer es que el estudio de estos temas vinculados al embarazo puede ser un medio valioso a través del cual analizar procesos sociales de salud más generales. El análisis de la atención a la salud materna, entonces, implica el estudio de un entramado de relaciones de poder que incluye –en este caso- a mujeres-madres y profesionales de salud. Además, dichas relaciones asimétricas implican relaciones de poder/subordinaciones características de la práctica médica y de las relaciones de género.

1.7. Miradas desde la Salud Colectiva

Un elemento central de este trabajo es dar cuenta de los estudios realizados sobre el embarazo desde la Salud Colectiva. Es por ello que se exponen los artículos encontrados que se han elaborado desde esta perspectiva teórica.

Ana Prado (2016) analiza las prácticas contemporáneas de atención al nacimiento en México. Realiza una reflexión sobre las principales características de la atención institucional en el modelo biomédico y expone la problemática que enfrenta: violencia hacia las mujeres y alto índice de cesáreas. Asimismo, subraya la relevancia de la partería como práctica alternativa y vigente en espacios rurales y urbanos para la

atención de las mujeres. Se posiciona la partería como una praxis con diferentes matices, desde el tradicional hasta el postmoderno, donde se resignifican los saberes y la autonomía de las mujeres, y se configura ésta como un espacio de disputa política ante el conocimiento dominante.

Por su parte, Miranda (2013) en su tesis de maestría realiza un trabajo sobre el riesgo y el embarazo la problemática del riesgo durante el embarazo a partir de la Salud Colectiva a través de los determinantes sociales de la salud. Su principal objetivo ha sido trascender la base biológica y medicalizada con la cual se define el embarazo de riesgo, así como dar voz a las mujeres que viven la experiencia de un embarazo en contextos de vulnerabilidad, retomando sus discursos para elaborar una lectura sociocultural de esta dimensión de la salud-enfermedad-atención.

Otro trabajo desde este campo de estudio vinculado a la salud materna es el de Bautista Jiménez cuyo título es "Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado", y se enfoca en analizar la muerte materna producto de años de políticas implementadas en detrimento de la vida de estas mujeres.

Cabe mencionar el aporte de Castrillo (2019) quien en su tesis de doctorado y orienta al estudio de las experiencias y representaciones sociales de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud obstétrica respecto a las intervenciones médicas sobre los procesos de embarazo y parto. Esta autora retoma los aportes de la Salud Colectiva para definir su objeto de estudio, y analiza el tema desde una perspectiva de género. Es por ello que su análisis ha resultado útil para la construcción de este problema de investigación. Además, Castrillo (2015) en su artículo "Parir en casa, parir en el hospital. Algunas dimensiones para el análisis de los lugares del parto" retoma a autores (Manzanal, 2011 y Fernández Mançano, 2005) que resultan fundamentales, ya que aportan marcos conceptuales para pensar los lugares del parto en su multiplicidad.

Si bien estos análisis presentan una línea en común vinculada a la mirada sobre la salud materna, es preciso señalar que no se han encontrado estudios sobre edad materna avanzada. Este es un motivo que deja ver la pertinencia de esta tesis, en tanto se constituye en un aporte al conocimiento del campo de la Salud Colectiva

incorporando –además- la perspectiva de género y la mirada procesual que brinda el análisis de trayectorias.

Conclusiones

Los enfoques teóricos y las investigaciones empíricas desarrolladas en las páginas anteriores permiten observar a grandes rasgos las maneras en que se han estudiado los procesos de atención a la salud materna desde distintas miradas, incorporando la dimensión socio-cultural y lo biográfico como un elemento central para su comprensión que, en interacción con otros factores de tipo estructural, influyen en la constitución y desarrollo de la experiencia del embarazo y el parto que aquí se analiza.

Hasta aquí se presentaron los principales puntos que delimitan el camino para analizar la trayectoria de atención a la salud de mujeres embarazadas a partir de los 35 años. Se seleccionan los ejes que permiten definir el objeto para explicar “la cocina” del camino de investigación y la manera en la cual se va construyendo paso a paso. Allí aparece la importancia de delimitar el objeto de estudio, al tiempo que aparece la necesidad de rastrear los estudios de quienes previamente reflexionaron sobre el tema. Aquí el énfasis está puesto en el punto de vista de las mujeres sobre la atención a la salud, en la mirada sobre el fenómeno que tiene el personal de salud y también en la dimensión institucional del tema. En ese sentido se realizó la selección de antecedentes.

Se señalaron aquí someramente algunas ideas que orientan el camino de investigación a partir del cual se va a analizar la atención a las mujeres durante el embarazo con la intención de reflexionar sobre los estereotipos de género y las complejidades del proceso de atención a la salud, y de la relación médico-paciente. Incorporando la mirada ineludible del derecho a la salud, los marcos legislativos que regulan el proceso, los distintos niveles de análisis que involucra, las tensiones y las interacciones sociales que constituyen este problema de estudio.

Es pertinente actualizar la reflexión sobre la atención médica al embarazo desde una perspectiva social y de género para complejizar el análisis y la comprensión del

fenómeno. Con el entendido de que se trata de un aporte al campo de estudio, se considera pertinente revisar y profundizar estos temas desde una mirada de género.

A lo largo de este apartado se expusieron distintos elementos que resultan fundamentales para comprender la pertinencia del análisis de las trayectorias de atención a la salud de mujeres embarazadas post-35 en la Ciudad de México. Son varias las aristas del tema: las formas de nombrarlo, la relevancia en términos de fecundidad, y la mirada social sobre este grupo de mujeres.

1.8. Modelo analítico para el estudio de la atención a la salud en el embarazo post-35

Las investigaciones mencionadas en párrafos anteriores sobre maternidad y atención a la salud han mostrado la relevancia que tiene la incorporación del dominio de lo cultural y la parte biográfica de los sujetos, es decir, la experiencia del individuo, como elementos centrales para la comprensión del proceso de atención a la salud. En esta investigación se considera que es necesario retomar dicha dimensión y vincularla con otro tipo de procesos que intervienen en el desarrollo de las trayectorias de atención a la salud. Se define a la trayectoria de atención como la secuencia de decisiones y estrategias instrumentadas para hacer frente a un episodio concreto, como es el proceso reproductivo y sus posibles complicaciones (Osorio-Carranza, 2001: 276)⁶.

La propuesta teórica permea todas las etapas del diseño de investigación: desde la formulación de las preguntas u objetivos específicos del estudio, la selección de la estrategia metodológica y el análisis e interpretación de los datos. Este proceso está presente, implícita o explícitamente en el campo científico en general, más aún en ciencias sociales ya que la realidad social es un abanico de múltiples realidades macro y micro sociales, las cuales a su vez involucran cuestiones objetivas y subjetivas. Frente a esta situación, la sociología debe complejizar el sentido común y de este modo construir el objeto de su investigación con base en la teoría. “La sociología no puede constituirse como ciencia efectivamente separada del sentido

⁶ En el apartado metodológico se profundiza sobre este concepto.

común sino bajo la condición de oponer a las pretensiones del sentido común sistemáticas de la sociología espontánea la resistencia organizada de una teoría del conocimiento de lo social” (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 2002:30).

El trabajo de investigación se encuentra atravesado por la teoría de principio a fin, de hecho es un diálogo permanente. Al inicio de una investigación, la teoría adquiere un papel decisivo en lo respectivo a la construcción del problema de investigación ya que permite poner en relación aquellos aspectos de la realidad que se busca estudiar, definiendo el nivel macro / micro social del problema. Es así que la teoría no es un compartimiento fijo que se incluye en una sección denominada “marco teórico”, sino que “la teoría permea todas las etapas del diseño: desde la construcción del marco teórico y la formulación de los objetivos y de las preguntas, hasta la implementación de la estrategia metodológica para la producción de los datos y su posterior análisis” (Sautu, Boniolo, Dalle y Elbert, 2005:39). En otras palabras, los investigadores sociales interrogan la realidad a partir de la teoría planteando preguntas específicas que se desprenden de los antecedentes de investigación en una área temática específica: el estado del arte.

El objetivo de este capítulo es discutir la importancia teórica del análisis del proceso de atención a la salud de mujeres embarazadas post- 35 años desde una perspectiva de género y de salud. En las siguientes secciones se despliegan los ejes teóricos que enmarcan el estudio de las trayectorias de atención a la salud, desde una mirada sociológica.

El interés de esta investigación por el estudio de los procesos de atención a la salud nace principalmente de la inquietud sociológica por comprender la complejidad y relevancia de los mismos en relación a este grupo de mujeres. Porque desde el sentido común, el embarazo y el parto podría observarse como procesos que ocurren ‘naturalmente’ sin mayores complicaciones. Precisamente para poder brindar complejidad al análisis se despliega la propuesta teórica, ya que constituye una fuente de insumos indispensable para plantear los interrogantes de investigación. En consecuencia, en la última sección del capítulo se presentan las preguntas de

investigación que sirven de guía hacia los resultados de la investigación a medida que se cumplan los objetivos propuestos.

El estudio de la atención a la salud del embarazo desde una perspectiva relacional demanda observar, no solo aquello que acontece en el nivel de la experiencia individual, sino los elementos culturales, institucionales, normas, protocolos que permiten la constitución del entramado en el cual suceden dicho proceso y las trayectorias de atención. En esta investigación, hablar de procesos y trayectorias requiere trazar un camino analítico que permita aprehender los distintos tipos de relaciones que conforman, sustentan y modelan el proceso de atención que experimentan las mujeres. Se considera que esto es posible a partir del acercamiento a las experiencias de las mujeres en sus itinerarios de atención; a la identificación de la percepción del riesgo como un factor de tensión y su relación con el cuerpo y a las narrativas en torno a la maternidad post-35, ya que las significaciones y emociones en relación a la misma contribuyen a definir el proceso de atención a la salud. Desde dónde están pensando, sintiendo, experimentando la maternidad tendrá cierta influencia en el modo de experimentar la atención.

Para ello, se propone un modelo analítico basado en tres ejes: el primero es el de las trayectorias de atención desde una perspectiva de género y salud, a partir de la conceptualización del proceso de atención a la salud, el discurso médico y los determinantes sociales. Se postula que el análisis de la forma en que se configura la atención a la salud, es fundamental para el estudio de trayectorias de salud. En particular, se inicia con el enfoque de género, un acercamiento al objeto de estudio que permite tener otra perspectiva de análisis, en tanto posibilita comprender la dimensión sociocultural y política que condiciona la salud de acuerdo a las formas de organización de la sociedad. Un segundo eje se propone vincular las perspectivas teóricas sobre el cuerpo, el riesgo y la salud para comprender cómo se ensamblan los distintos factores que moldean los procesos de atención, tanto en relación a su estabilidad como a los momentos críticos. Por último, el tercer eje consiste en la inclusión de la maternidad como una categoría que se transforma socio-históricamente y el estudio de las emociones como aspectos analíticos trascendentales para

comprender cabalmente el proceso del embarazo en relación a la salud.

1.9. Trayectorias de atención a la salud desde una perspectiva de género y Salud Colectiva

Con el propósito de aprehender las trayectorias, se recurre a la perspectiva teórica de la Salud Colectiva, y desde allí, a los determinantes sociales de la salud y al proceso de atención a la salud, y cuidado. El diálogo con este campo de estudio permite situar una mirada crítica de la salud que más adelante se complementa con otras categorías que permiten complejizar el análisis. Así como también el género es un concepto transversal a todo el estudio.

Castro (2011, 2016) realiza un recorrido por los estudios de sociología de la salud desde el enfoque de los determinantes sociales centrándose en el modelo de los “determinantes estructurales” para pasar a un modelo que “problematiza la aparente estabilidad de las categorías médicas” (Castro, 2016:75). Se retoma aquí el planteo de Castro con el propósito de abonar a la reflexividad del campo y con la intención de abonar a la sociología de la Salud Colectiva:

“Pero para hacer sociología de la Salud Colectiva desde la Salud Colectiva hay que enfrentar un formidable obstáculo epistemológico: el habitus de sus integrantes que los predispone a criticar a los poderes establecidos y, con ello, la pensión a dejar de observarse y criticarse a sí mismos” (2016, 81)

La Salud Colectiva allana la comprensión de lo que sucede en relación al embarazo después de los 35 desde un enfoque de derechos y de los determinantes sociales de la salud. No se trata de observar el problema desde el paradigma médico sino de comprender cómo dialogan la dimensión institucional, médica, social y cultural con las trayectorias de atención de las mujeres. En tanto dicha corriente de pensamiento considera que los eventos identificados con la salud-enfermedad están relacionados con procesos biológicos, sociales y simbólicos. El mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar cambios sociales. (Laurell, 1994, 234.256)

Si bien la concepción de una determinación social de la salud no es nueva, estos enfoques pierden preeminencia durante el ascenso de la medicina de corte biologicista a fines del siglo XIX y su consolidación en la primera mitad del siglo XX (Rose, 1985; Spinelli, 2002). En la década de 1970 aparece nuevamente el interés por los determinantes sociales de la salud, así como nuevos estudios en este marco (Spinelli, 2002; Castro, 2011). Los determinantes sociales de la salud brindan un marco para el análisis de las relaciones entre la forma cómo se organiza y se desarrolla una sociedad y la influencia sobre la situación de salud de la población. Autores como René Dubos (1975 en Castro, 2011) o Thomas Mckeown (1982 en Castro, 2011) demostraron que los avances en las condiciones de salud de la primera mitad del siglo XIX se debían a factores de orden social, como mejores condiciones de trabajo, alimentación, vivienda, saneamiento ambiental y educación (Castro, 2011). La perspectiva de la determinación social de la salud y sus expresiones concretas reconocidas como determinantes sociales, han permitido profundizar en la comprensión de los procesos generativos que modelan la vida de las colectividades, destruyen la salud, provocan enfermedad y se traducen en desigualdades múltiples (López Arellano, 2013)

En este contexto, la Salud Colectiva latinoamericana cuestiona los enfoques empírico-funcionalista de los países centrales, donde lo social es reducido a una variable más de análisis (Spinelli, 2002). Se proponen los conceptos de “desigualdades” o “diferenciales” en los procesos de salud-enfermedad, ligados a clases sociales, con sus distintas formas de reproducción social (Laurell, 1986; Spinelli, 2002). Laurell, Breilh y Castro entre otros autores, mostraron en distintas investigaciones que los patrones de morbimortalidad varían entre una sociedad y otra y responden al modo general en el que se organiza la producción y se distribuye la riqueza entre sociedades (Laurell, 1982; Breilh, 1979, Castro, 2011). Con el tiempo también se incorpora la perspectiva de género como un determinante estructural de los procesos de salud-enfermedad, entendida como una mirada sobre las desigualdades socialmente construidas entre los géneros, ligadas a significados diferenciados y jerarquizados, culturalmente asignados a lo femenino y a lo masculino (Castro, 2011).

El enfoque de la Salud Colectiva ha cuestionado la conceptualización de “salud-enfermedad” como elementos contrapuestos. Por el contrario esta perspectiva plantea que se trata de un proceso dinámico que debe observarse como un continuo, inescindible de aspectos sociales (Laurell, 1982) y de aquellos relativos a la atención recibida y ha elaborado los conceptos de proceso-salud-enfermedad y salud-enfermedad-cuidado (Michalewicz et al, 2014), los cuales son fundamentales para esta investigación.

Laurell (1982) acuña la categoría proceso salud-enfermedad como herramienta analítica que ubica a lo social en un plano preeminente, frente a los fenómenos de tipo biológico y físico-químico que se reconocen en el mundo de la naturaleza, al indicar el carácter social del mundo humano y del aspecto biológico que en este puede observarse. La autora define la salud y enfermedad como un binomio de carácter eminentemente social e histórico. Su análisis implica considerar la estructura social en el que se produce y reproduce lo social. Esto se manifiesta en fenómenos que se pueden constatar empíricamente, tales como los perfiles de morbi-mortalidad, la esperanza de vida, el crecimiento o el envejecimiento. Al tratarse de procesos sociales se hallan variaciones según las sociedades, culturas, y clases sociales (Laurell, 1986). Responder a preguntas cuyo eje sea la salud, implica considerarla como un campo de lo social y, por lo tanto, ‘sociologizable’, es decir, dable del análisis sociológico.

Las condiciones de vida y trabajo de las sociedades se asocian de forma diferencial tanto respecto a la salud como a los padecimientos/ enfermedades/ muertes de los distintos grupos sociales. Es por esto que el análisis sociológico de las desigualdades sociales, no puede soslayarse y se constituye un eje central cuando se estudia la salud. En esta investigación, la mirada está puesta sobre el embarazo después de los 35 años, y como se ha explicado en apartados anteriores, el mismo se inserta en un contexto de una profunda desigualdad en salud. Este es un punto a reflexionar en tanto el contexto social condiciona o permite, según sea el caso, distintas posibilidades de acceder a la salud. A continuación, León (Rich, 1976:21) refiriéndose a la maternidad sostiene:

“Esto lejos de ser un proceso homogéneo y, mientras una neoyorquina educada y profesional puede contratar doula y otras muchas recurren a tecnologías reproductivas para ser madres con más de 40, miles de mujeres llegan a la adolescencia sin mínimas nociones sobre control de natalidad o sin la posibilidad de elegir libremente cuándo (si acaso) serán madres“ (Rich, 1976:21).

De ninguna manera se soslayan en este trabajo las condiciones reproductivas adversas de muchas mujeres mexicanas. Sin embargo, el punto reside en comprender las condiciones de salud en las que suceden las trayectorias que aquí se estudian. Porque incluso aunque cuenten con aparentes privilegios en el acceso a la salud, de todos modos, estas mujeres, experimentan y atienden sus procesos de atención en una ciudad con profundas desigualdades que influyen o permean las condiciones en que suceden dichos procesos.

La determinación social de la salud se refiere a la existencia de procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas, que requieren ser reconstruidos teóricamente en términos de su configuración histórica (López Arellano, 2013:145). Requiere de la comprensión de las articulaciones entre estructuras y sujetos sociales con sus capacidades de acción y de sentido y que se expresan en forma sintética en modos de vida y perfiles de salud de los colectivos humanos (López Arellano, 2013:145). Los determinantes sociales de la salud refieren a “las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, que tienen influencias sobre el proceso salud/enfermedad o las características sociales dentro de las cuales la vida transcurre” (Tarlov, 1996:72). Los mismos surgen a partir de la necesidad de trascender la visión biológica de la salud–enfermedad dado que resulta insuficiente para explicar el complejo entramado que se vincula con la Salud Colectiva, en tanto encubre las características de organización y distribución social que conducen a estados diferenciales e inequitativos de bienestar (Uribe, Rodríguez y Agudelo, 2013). Esta idea se erige como una herramienta útil para visibilizar aspectos estructurales que se buscan dilucidar en este trabajo. Así como también se busca “profundizar en la comprensión de la salud-enfermedad en sociedades y momentos específicos, como resultante de configuraciones de clases y calidades de vida, de desigualdades de etnia/origen, de género y generación, de arreglos y estrategias familiares y de formas de vida cotidiana” (López Arellano, 2013:147).

El enfoque de los “determinantes sociales” ha sido cuestionado dado que toma los determinantes de la salud-enfermedad como si se tratara de “factores de riesgos” ahistóricos, sin tener en cuenta los procesos o el origen de su determinación (Guzmán, 2009; Torres-Tovar, 2014; Castro, 2016). Así, se omite el carácter político y conflictivo de las condiciones estructurales (Guzmán, 2009) y de la delimitación de la salud-enfermedad (Castro, 2016), al tomar la delimitación biomédica como “objetiva” y “neutral”.

Los procesos salud-enfermedad expresan hechos históricos y sociales que requieren explicaciones que van más allá de ideas aisladas de causalidad y de la condición biologizada como elementos explicativos de la ausencia de salud, a través de explicaciones de determinación y distribución de aquellos procesos (Mendoza, 2010). Los estudios de sociología de la salud-enfermedad-atención plantean que la mirada de “pacientes” o “enfermos/as” no es una simple distorsión o empobrecimiento del saber médico sino un punto de vista autónomo (Herzlich y Pierret, 1988). Esta idea de paciente autónomo es retomada en este trabajo para describir las narrativas de las mujeres en relación a su atención.

El proceso salud enfermedad atención es relacional, lo permite comprender cómo cada sujeto social vive y explica la enfermedad, el padecimiento y el daño a la salud, conforme al contexto del universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural y de sus condiciones de vida en el grupo social al que pertenece (Kleinman y Benson, 2004, Menéndez, 1994)

Castro y Bronfman (1999:544) proponen que en la concepción de la salud-enfermedad a través de la construcción de las identidades de género, de la práctica y el saber médico, intervienen procesos de construcción simbólica de los cuerpos sexuados que afectan la salud. A partir de la revisión de reflexiones de la teoría feminista, estos mismos autores proponen que el proceso histórico de constitución del embarazo y el parto como fenómenos médicos –en lugar de eventos sociales- ha centrado la percepción del cuerpo femenino como un cuerpo masculino imperfecto y como un mecanismo al servicio de la procreación, cuyos protagonistas son los agentes

de salud. Dichas construcciones influyen sobre la manera en que mujeres y hombres interpretan y viven la reproducción, y sobre los comportamientos que resultan de valoraciones diferenciales en la afirmación de las identidades de género. Las diversas experiencias y significaciones resultan en distintas maneras de entender y vivir la salud-enfermedad. La construcción racional del conocimiento y la práctica científica occidental conforman una epistemología que asocia las dimensiones de naturaleza, cuerpo, subjetividad, emociones y reproducción con la identidad genérica femenina, y los conceptos de cultura, mente, objetividad, racionalidad y producción con la identidad genérica masculina.

A continuación se despliegan conceptualizaciones acerca de la práctica médica ya que es un elemento constitutivo del proceso de atención a la salud y también del análisis de trayectorias que aquí se realiza, en tanto es el campo médico un agente con el cual se discute. Al mismo tiempo que se constituye en un actor clave de interacción para las mujeres durante su embarazo.

Laurell señala que la práctica médica no es neutral, y que es la forma en la cual el capitalismo organiza la respuesta social frente a la salud-enfermedad. La misma implica relaciones sociales, un orden jerárquico, contribuye a la reproducción social y una de sus funciones es “coadyuvar a la reproducción de la fuerza de trabajo” (Laurell, 1978:23). Además, como práctica social es al mismo tiempo científica e ideológica. Dice la autora que es una práctica ideológica en tanto “asume una serie de otras funciones dictadas por necesidades diversas que poco tienen que ver con la salud-enfermedad individual o colectiva (...) y porque implícita o explícitamente confunde el alcance de esta práctica” (Laurell, 1978:24).

Por su parte, Castro (2014) en su artículo la “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México” es útil para situar el lugar que ocupa el campo médico en los servicios de salud —en particular los de salud reproductiva- en relación a sus capitales y a la posibilidad de imponer esquemas dominantes:

El campo médico abarca el conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre ellos relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que

consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. El campo médico produce (y es, simultáneamente, el producto de) una serie de subjetividades, entre las que nos interesa destacar el habitus médico. (Castro 2014:173)

Mercer destaca como determinante a la estructura social en relación con la práctica médica. Al mismo tiempo que interpreta esta relación en términos teóricos (García 1981-1982.; Donnangelo, 1994; Cordeiro, 1976; Menéndez, 1981). Estos trabajos permitieron ilustrar la influencia de los factores "extra sanitarios" en un ámbito donde la tendencia había sido des-historizar y despolitizar al acontecer médico (Mercer, 1984:4). La salud, y más específicamente, la atención médica, representan un recurso de legitimación para los sectores sociales dominantes, que, al haber estado asociada históricamente a un proyecto de dominación, enfrenta, en su esfuerzo modernizador (desde principios de siglo), el peso de una valoración cultural sólidamente arraigada (Mercer, 1984:4). Comprender el lugar de la práctica médica posibilitará complejizar el análisis de las narrativas cuando hagan referencia a las interacciones con el personal de la salud y la institución médica.

Menéndez (1981) señala que la conformación del modelo médico moderno supone el dominio definitivo de los y las profesionales médicos/as sobre lo que se realiza en salud. Esto se expresa en el peso de sus criterios diagnósticos y terapéuticos respecto a una multiplicidad creciente de problemas, que se convierten en objeto de atención médica. Pero la apropiación de la salud y de la enfermedad por parte de los médicos derivó en la subordinación de otros sectores y conocimientos respecto a dichos problemas. En ese sentido, Menéndez sostiene que "una de las tareas no conscientes de la práctica y la teoría médica ha sido la de «extrañar», imposibilitar la participación de los conjuntos sociales como parte activa del modelo de los médicos" (Menéndez, 1981). Estas nociones en torno al campo médico resultan claves para esta investigación, dado que es parte de la perspectiva relacional del estudio comprender tanto aquello que acontece en respecto a la experiencia de las mujeres como su relación con quien las atiende en la institución.

Como menciona Castro, una de las principales jerarquías que opera en la relación que los médicos establecen con las usuarias de los servicios, además de la

profesional y la de clase, es justamente la de género (Castro 2014:176). Se despliegan a continuación las nociones de género que permiten complejizar la mirada, entendiendo que se trata de una perspectiva indispensable al momento de reflexionar sobre la atención a la salud de las mujeres embarazadas después de los 35 años.

El género como un factor ordenador de las relaciones de poder (Scott, 2008) permite comprender cómo se representan las relaciones sociales respecto a las actividades cotidianas que realizan las personas. Tajer sostiene que la perspectiva de género, en su sentido crítico, permite “identificar el peso de la vida cotidiana, los ideales de género, las expectativas familiares, el uso del tiempo libre, las vicisitudes de las relaciones afectivas, incluyendo las relaciones de poder en lo íntimo, y las dificultades o facilidades en la articulación de las diversas esferas de la vida, y también, los costos en salud del sostenimiento de la hegemonía, tanto para quienes la ejercen como para quienes la padecen” (Tájer, 2011:34). Desde la mirada de género resulta crucial para comprender el modo en que las asimetrías jerárquicas entre los géneros articuladas con otras diferencias que también implican inequidad en nuestras sociedades tales como: edad, etnia y clase social, establecerán perfiles de morbimortalidad específicas, así como modelos diferenciales de gestión y atención de la enfermedad (Tájer 2004:2).

Los aspectos específicos que deben ser tenidos en cuenta en el análisis de la dimensión social son múltiples y varían en función de cada contexto de estudio. En esta investigación, las nociones de género y raza y los aportes de los estudios feministas resultan fundamentales.

Para Scott: “[...] el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1996: 289). Esta definición tiene dos acepciones. Primero, subraya que el género es un elemento constitutivo de las relaciones y no de las “personas” o “identidades”. Se intenta focalizar en las relaciones sociales de poder y no en los efectos del género, es decir, las identidades y sus atributos.

Para Butler (2005), el género es efecto de normas y prácticas regulatorias de la identidad, a partir de un modelo de heterosexualidad obligatoria. Según su enfoque, las identidades “[...] se encuentran en un permanente proceso de construcción y, por

consiguiente, pueden ser resignificadas [...]. El género se convierte en algo que se hace en vez de ser algo que se es” (Stolcke, 2003: 89). Se retoman las categorías de “varón” y “mujer” no como aspectos esenciales a las personas, sino como reguladoras de la realidad social y de la noción misma de identidad, así como de las configuraciones relacionales entre las personas, particularmente las relaciones entre “profesionales de la salud” y “pacientes mujeres”. Luego, se trata de una “forma primaria de relaciones significantes” porque nuestros sistemas simbólicos, o formas de ver el mundo, responden a patrones dicotómicos y jerarquizados entre los “sexos”, entendidos como la diferencia sexual entre “varones” y “mujeres” sobre la base de un supuesto sustrato biológico.

El género, como sistema signifiante, se vincula a los estereotipos que sostienen las concepciones imperantes de la “femineidad” y “masculinidad” a partir de estereotipos de género (Lamas, 1986, 2007), es decir, sistemas simbólico-culturales que responden a esquemas tradicionales de lo que es “ser mujer” y “ser hombre”, de manera jerarquizada. Estos esquemas atraviesan diferentes órdenes de la vida social y se juegan de manera particular en aspectos que atañen a las normas sociales ligadas a la sexualidad (Lamas, 1986; Weeks, 1998).

Este abordaje recurre al género dado que el mismo permite visibilizar las diferencias, roles, relaciones entre personas a partir de los símbolos, expectativas y papeles que se asigna a cada sujeto según la caracterización genérica que se realice de éste (Berrio, 2013). Sin embargo, el género nunca va solo, es preciso situarlo en el contexto de sus intersecciones con otros indicadores sociales como la edad, la pertenencia étnica o la clase social (Crenshaw KW, 1993), ya que son esas interacciones las que precisan la posición de cada persona en la estructura social, la forma en que es percibido por los demás y el tipo de relaciones que establece con sus pares o con otros actores dentro o fuera del grupo de referencia.

El discurso científico- médico no escapa a una construcción social de género en la cual se inscriben preceptos y maneras de ser mujer, pero sobre todo de ser madre, asociada a un mandato. Es por ello que resulta pertinente analizar este tema desde una perspectiva de género. En esta investigación, se toma la perspectiva de género abordar percepciones sociales de mujeres ligadas a patrones simbólicos diferenciales,

situándolas como parte de sus experiencias de atención. A su vez, a partir de los relatos de las mujeres entrevistadas, se analiza el género como un aspecto socioestructural que configura sus trayectorias de atención.

1.10. Cuerpo, riesgo y salud

La relación conceptual entre las categorías de cuerpo, riesgo y salud es central en este trabajo dado que es a través del cuerpo de la mujer donde se observan el riesgo y la salud durante su embarazo. La propuesta de este apartado busca definir desde dónde se entienden aquí estas categorías, que luego se retoman en el capítulo donde se vincula con el análisis de las narrativas.

Para el campo médico, la edad se convierte en un tema y factor relevante dado que a partir de los 35 años comienza a declinar la fertilidad rápidamente. La FIGO considera que las primigestas maduras, tardías o de edad materna avanzada (EA) son aquellas que presentan su primera gestación a los 35 años o más. Para el campo clínico-médico, el avance de la edad no es un tema menor en términos de salud y de riesgos para la madre y el bebé.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1986), define el riesgo como una medida que muestra la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etcétera), posteriormente, en la nota descriptiva 184 de mayo de 1998 la OMS (OMS, 1998) señala que “el riesgo es la probabilidad que una persona resulte perjudicada por un peligro determinado, mientras que un peligro puede ser un objeto o un conjunto de circunstancias potencialmente nocivos para la salud de la persona”.

La epidemiología sitúa el riesgo como el núcleo central de sus estudios, en general, buscan identificar en las personas, características que las ubican a mayor o menor riesgo de exposición con comprometimiento de orden físico, psicológico y/o social, se calcula las probabilidades de mayores o menores grupos poblacionales de enfermarse o morir por un agravo de salud (Nichiata, Bertolozzi, Takahaski y Fracoli, 2008).

El concepto de riesgo atraviesa el diagnóstico clínico de las mujeres que se

embarazan a partir de los 35 años. La noción de riesgo, aunque existe una discusión sobre su origen etimológico, significa la posibilidad de situación peligrosa, no segura, cuyos resultados no están garantizados. Por ello es pertinente la pregunta sobre el mismo y su vínculo con el embarazo a edad avanzada, dado que es un tema relevante en lo respectivo a la salud de las mujeres, y la estrecha relación médico-paciente. En tanto es el médico el responsable de transmitir a la mujer, paciente, lo que implica una situación de embarazo a esta edad.

La referencia al riesgo en salud implica pensar en una “causalidad/ probabilidad” para desarrollar alguna enfermedad, “tanto la enfermedad como el riesgo son entonces representaciones sociales que dirigen el actuar y la toma de decisiones para la prevención y la atención de los efectos negativos sobre la salud” (Díaz, 2002:71). Esta idea muestra de qué manera la idea de riesgo que atraviesa la situación de las mujeres permea o no, en sus sentimientos y experiencia en torno al embarazo y el parto.

Profundizar en la discusión en torno al riesgo permite complejizar el problema y comprender que se refiere a cuestiones referidas a la salud de la madre, en tanto se relaciona a enfermedades como la presión arterial, la eclampsia, pre eclampsia, entre otras, como a la salud del bebé, dado que el mismo podría morir. Las mujeres se embarazan a pesar del riesgo, el cuestionamiento propuesto aquí busca profundizar y conocer las respuestas que brinda el sistema de salud a este grupo de mujeres en específico.

A partir de la conceptualización del riesgo, es posible comprender el motivo por el cual algunos embarazos son adjetivados por la medicina como “de riesgo o de alto riesgo”, ya que en sí mismos tienen imbricados esa “probabilidad latente” de naturaleza biológica a que aparezcan complicaciones para la madre o para el bebé durante el embarazo, parto o puerperio. Los factores de riesgo en el transcurso del embarazo se vinculan con factores de tipo biológicos, hereditarios, gineco-obstétricos, pero también psicológicos, emocionales, situación socioeconómica, geográfica y cultural (Ballesté, 2003; Elu, 1993; Infante, 1990; Brofman, López y Magis, 2003; Tamez, Valle, Eibenshutz y Mendez, 2006; Hautecoeur, Zunzunegui y Vissandjee, 2007).

La denominada edad avanzada podría considerarse como un “factor predictor” de enfermedades, de la morbilidad fetal y de la mortalidad materna. Por ello es de destacar que para la medicina llevar un seguimiento oportuno del embarazo desde su inicio es fundamental para la detección de cualquier complicación que pudiese poner en riesgo la salud y vida de la madre y/o el hijo/a. El control prenatal que implica “acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico” (Casini, Sainz, Hertz y Andina, 2002:3) juega un papel fundamental, porque procura una “oportuna identificación y un manejo adecuado de los factores de riesgo obstétrico, la realización de pruebas de laboratorio básicas y el seguimiento de parámetros básicos como son la altura uterina, el peso materno y la presión arterial diastólica, lo cual ayuda a un diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes y a un manejo oportuno de los factores de riesgo que benefician la salud materna y perinatal” (Herrera, 2002:21).

Las estrategias propuestas en el ámbito internacional en materia de promoción de la salud materna se impulsan proponiendo una dimensión integral. Porque no sólo implican garantizar que todas las mujeres embarazadas dispongan de una cobertura y sobre todo del acceso universal de calidad a los servicios de atención prenatal y atención del parto⁷, sino además que puedan ejercer el derecho fundamental de decidir libremente sobre el embarazo y el número de hijos, lo que requiere de información, disponibilidad y acceso a métodos anticonceptivos, ya sea temporales o permanentes, así como de la prevención y manejo adecuado de infecciones del tracto reproductivo, entre otros.⁸

En tanto, para el discurso médico pareciera ser un factor objetivo que estas

⁷ Nindi SJ, Mhando DG, Kayombo AJ. The role of quality obstetric care services on reducing maternal mortality in rural areas of Tanzania. *East Afr J Public Health* 2011;8(4):286-293.

⁸ Shaw D, Cook RJ. Applying human rights to improve access to reproductive health services. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;119 Suppl 1:S55-S59.

mujeres se exponen a riesgos clínicos y fisiológicos específicos, pero bien ¿Cómo los obstetras explican y acompañan estos diagnósticos? ¿Cuáles son las prescripciones médicas para estos embarazos? Probablemente las prescripciones se encuentren teñidas de valoraciones sociales y culturales de un tiempo histórico determinado.

El campo médico y su mirada biologicista del fenómeno no es algo que se busque cuestionar en sí mismo aquí, sino que la inquietud gira en torno a observar de qué manera esos discursos médicos biologicistas del embarazo permean en los juicios y discursos del sentido común. Observar cuánto y de qué forma la potencia y profundidad de la postura biologicista sobre el embarazo permea las miradas de los distintos actores que intervienen en el proceso de atención a la salud. Es en el embarazo como fenómeno multidimensional- se cristalizan los discursos y las prácticas que atraviesan el cuestionamiento de este análisis como es –por ejemplo- la discusión o dimensión epistemológica sobre biología-sociedad.

La idea que subyace es que los procesos de atención a la salud-enfermedad-atención tienen componentes claros vinculados a la ciencia médica pero también se constituyen por elementos sociales y culturales que los permean. Es por eso que la mirada solo de la dimensión médico-clínica o solo de las mujeres que transitan la atención resulta insuficiente para la comprensión del fenómeno. Por esto, se establece el vínculo entre los conceptos de riesgo y cuerpo, partiendo de la premisa que sostiene que es en el cuerpo donde se desarrolla el embarazo y por lo tanto donde se cristaliza el riesgo.

Los cuerpos (nuestros cuerpos, nosotros mismos) son mapas de poder e identidad (Haraway, 1990, 309). El cuerpo, como señala Haraway es un territorio donde se imprimen discursos, tecnologías, prácticas, gestos, y en el caso de las mujeres embarazadas, el cuerpo es el sitio donde casi todo sucede. Allí se observa al feto por primera vez, se da continuidad a su crecimiento y del cuerpo de la mujer sucede el parto. Además, se evalúa técnicamente el estado de salud a través de estudios clínicos y análisis de sangre. Con el cuerpo interpretamos el mundo (Sabido, 2010:827), entonces ¿Cómo interpreta su mundo-en relación a la salud- una mujer embarazada después de los 35 años?

El punto de vista fenomenológico sobre el cuerpo ha sido central en la sociología, en la medida que subraya cómo a pesar de que el cuerpo tiene características fisiológicas, nunca es sólo un objeto físico, así como tampoco es sólo un objeto pasivo sino agente, interpreta el mundo y establece cursos de acción (Turner, 1989, Duch y Mélich, 2005 en Sabido, 2010:820). Este señalamiento es clave para la reflexión porque pone en perspectiva la capacidad de agencia del cuerpo, lo que hace posible complejizar la mirada en relación a los cuerpos de las mujeres. En línea con el planteo de Sabido:

“Una de las principales consideraciones radica en que el cuerpo, lejos de ser simplemente un referente pasivo al que se imputan significados, es igualmente agente, pues algunos de sus movimientos, gestos y posturas se realizan desde marcos de sentido instalados en él y producen sentido” [Sabido, 2010:839].

Con esta cita se retoma la importancia de revisar la agencia en relación a la categoría de cuerpo, para reflexionar acerca de las posibilidades de las mujeres en la práctica de ejercer sus derechos, sus libertades. En tanto Sabido sostiene:

“Considerar el cuerpo desde esta dimensión [social] nos permite establecer no sólo cómo este es algo construido, sino que también construye sociedad pues conocemos prácticamente a partir de éste” (Sabido, 2010:840)

Este punto es central en tanto señala la relación entre el cuerpo y la interacción social, porque es a través del cuerpo que se conoce el mundo, lo cual puede vincularse con lo que implica el cuerpo en el embarazo y el parto. Porque es con el cuerpo que las mujeres transitan sus experiencias de atención a la salud.

A través de un proceso de naturalización, se percibe el cuerpo humano de manera biologicista y esencialista. Sin embargo, como expone la antropología feminista, las “formas de hablar” de las diferencias sexuales, son locales y culturales, más que universales, ya que surgen en sistemas sociales, de género y de parentesco específicos (Esteban, 2006). Por tanto, las conceptualizaciones científicas no se pueden disociar de las concepciones culturales sobre las relaciones y jerarquías sociales, son más bien su efecto (Esteban, 2006). La biología y la medicina, como discurso y como práctica, son elementos constitutivos de las diferencias dicotómicas, binarias y jerarquizadas entre los sexos en las sociedades occidentales modernas

(Esteban, 2006).

En la modernidad se diseñaron regulaciones para modernizar mediante la vigilancia a las acciones públicas en oposición al mundo privado, es decir, lo que el cuerpo tiene expresar o esconder en el espacio público. A la vez, serían vigilados los comportamientos, el lenguaje corporal, el peso del cuerpo, entre otros elementos. “Se trataba de estructurar la sociedad por medio del Estado, políticas públicas – sanitarias, educativas, etc. - y el establecimiento de leyes como recurso del orden social y organización. Lo femenino tiene otra configuración y las mujeres tienen y deben de asumir en mayor o menor grado, o con menor o mayor docilidad dicho modelo” (Sánchez Rivera, 2016:938). Este punto es relevante en tanto expone el tránsito histórico de las transformaciones sociales que derivaron en el control de los cuerpos desde el Estado, las leyes y la política, lo cual es un elemento central para esta tesis.

Otra de los cambios producidos a lo largo siglo XVIII fue la producción del cuerpo, el cuerpo de la madre educado para contener y criar una vida, y para ello deberá ser vigilado, dominado y regulado desde los especialistas que, bajo argumentos científicos, buscaran controlar las operaciones del cuerpo con la intención de administrar las condiciones óptimas para gestar, todo esto legitimado por discursos políticos que aseguran la reproducción con los fines sociales (Foucault, 2013). La anatomía política del cuerpo humano se centra en el cuerpo de los individuos, en este caso el cuerpo de las mujeres, a las cuales se las disciplina y regula, se las “hace vivir” y se determina “cómo vivir”, o sea, se las produce y regula a través del poder, de un biopoder (Foucault, 2013). Estos puntos que señala Foucault son fundamentales ya que muestra la sujeción de los cuerpos a estructuras más amplias, que implican intereses de distinta índole, pero donde el discurso médico tiene un peso relevante. Cabe mencionar aquí el texto de León en la introducción de “Nacemos de Mujer” (1976):

“Quince años más tarde leí Nacemos de mujer y pude reconocer esa sutil estructura que envuelve la experiencia de los cuerpos, no solo de mujer, que tienen la capacidad de gestar y parir, por lo cual esa capacidad parece estar gestionada desde afuera: todo el mundo -desde la familia cercana al más alto Estado- tiene algo que opinar y muchas decisiones son tomadas en nuestro nombre y sin nosotras” (León en Rich, 1976:17)

Esta cita es clara sobre el peso de lo social en los embarazos y partos de las mujeres, y es un elemento que se busca revisar en relación con lo que esbozan las entrevistadas, con la idea de analizar cuál es el espacio que queda para la agencia.

Por su parte, algunos autores como Douglas, Foucault, Goffman y Turner toman el cuerpo como algo que pertenece a la cultura y no a una identidad biológica (Barreiro, 2004:128). Incluso Turner considera que el cuerpo ofrece una amplia superficie apropiada para exhibir públicamente marcas de posición familiar, rango social, afiliación tribal y religiosa, edad, sexo (Turner, 1994 en Barreiro, 2004:130).

En tanto, Mauss (Mauss 1979 en Sabido, 2010) distingue una división de técnicas corporales según el sexo, a partir de una categoría que separa los cuerpos en: femenino-mujer, masculino-hombre, que es aprendida y aprehendida en el proceso de socialización en una cultura determinada. Sin embargo, Sabido señala que su clasificación no identifica la construcción social de los cuerpos, y por ende de las técnicas corporales, que como prácticas sociales son un medio de reproducción de las relaciones de poder donde el género es un elemento constitutivo (Scott, 2008). Las técnicas del cuidado del cuerpo, de la actividad y el movimiento, de la crianza y la alimentación (Mauss, 1979 en Sabido, 2010) entre otras, se sustentan en la construcción sociocultural de la naturalización de la diferencia sexual o, lo que es posible nombrar, siguiendo la propuesta teórica del mencionado autor, como técnicas corporales del género. Foucault (1975) señaló que la relación cuerpo-poder es una relación intrínseca, porque el cuerpo se sitúa en un campo político en el que establece relaciones (de poder) con otros cuerpos, de las que no puede escapar. El cuerpo individual representa un micro-poder, en relación con otros micropoderes que se manifiestan en diversos campos, como el social, económico, político, cultural entre otros. De la interrelación de los micropoderes, resulta la creación de normas, contratos, convenios, acuerdos, formas de propiedad, en fin, diversas relaciones que involucran al cuerpo. También se crean discursos médicos que dialogan con las trayectorias de atención que aquí se estudian.

El cuerpo ha sido utilizado como objeto y blanco de poder; objeto en el sentido de que ha sido visto y valorado como instrumento productivo, exigiendo algunos

ejercicios y maniobras para tal fin; y como blanco de poder, porque se ha visto inmerso en un campo político, el cual lo rodea en relaciones de dominio y sumisión. El cuerpo es un elemento que se maneja en relación con las estrategias que se utilizan para manejar/disciplinar social y económicamente las poblaciones, como podemos ver histórica y actualmente:

Es decir que puede existir un “saber” del cuerpo que no es exactamente la ciencia de su funcionamiento, y un dominio de sus fuerzas que es más que la capacidad de vencerlas: este saber y este dominio constituyen lo que podría llamarse la tecnología política del cuerpo (Foucault, 1975:32).

El cuerpo ya no es algo relativamente estático, inmutable, sino flexible, reconfigurable y transformable. El cuerpo, a simple vista, parece una entidad contenida, coherente, con un principio y un fin que se mueve en diferentes espacios y escenarios. Los límites del cuerpo no son tan materiales o evidentes como pudiera parecer a primera vista, y justamente esto es lo que lo vuelve interesante para el análisis. En otras palabras, el cuerpo es una categoría compleja y útil para estudiar en relación a las trayectorias de atención porque se imprimen en él los diagnósticos, las prácticas, los estudios, y los discursos a través de los cuales ciertos mandatos se cristalizan. Laqueur, (citado por Ávila 2004), en su texto “La construcción social del sexo”, afirma que “el cuerpo, como el sexo es contextual e histórico, y que la biología cumple el papel de fundamento epistemológico de las afirmaciones normativas del orden social”. Esta idea indica cómo se van modificando ciertos patrones o indicadores sobre el cuerpo y el sexo, históricamente.

Se trata de comprender al cuerpo como ese espacio en el que se van a generar las formas en las que operan las regulaciones, dominios y tecnologías sobre la mujer embarazada. Se han esbozado en este apartado las nociones de riesgo y cuerpo desde las cuales se analizan las narrativas de las mujeres, con la intención de exponer la relación estrecha que estas categorías adquieren para esta investigación.

1.11.Las emociones como una ventana para entender la maternidad después de los 35 años

En esta tesis se considera a la maternidad como un fenómeno contextual y relativo a las condiciones materiales (Scheper Hughes, 1997:341), así como a los significados que se le ha otorgado históricamente. La maternidad es un fenómeno social, por lo tanto, se encuentra atravesado por normas y mandatos. Es así que se generan expectativas sobre lo que implica que luego contrastan con la realidad que experimentan las mujeres. Actualmente es un tema vigente y en permanente revisión dentro de las Ciencias Sociales, puntualmente en el campo de los estudios feministas y de género. Sobre todo en tanto se aborda desde distintos puntos de vista y existen nuevos modos de maternidad. Aquí se busca conocer cómo es que las mujeres definen la maternidad a partir de sus propias experiencias y miradas del mundo. También desde sus trayectorias vitales, laborales, educativas y culturales.

El análisis de la maternidad, como un constructo social, parecería indisociable de las emociones porque las mismas se encuentran íntimamente relacionadas a dicho proceso. Inclusive podría afirmarse que sin emociones, no hay sociedad. Las mismas son constitutivas del ser social. En todos los vínculos sociales -sean públicos o privados- se encuentran presentes las emociones, sumamente vinculadas a las normas sociales (Peláez, 2017)⁹. Incluso, las emociones comunican el cómo el sujeto se sitúa en el mundo estratificado en el que vive. Las emociones son un vehículo para recordar el conjunto de normas y valores que regulan la vida cotidiana. De ahí su relevancia en el estudio que aquí se desarrolla, principalmente porque las emociones emergieron con una presencia inusitada en las narrativas de las mujeres al referirse a sus experiencias en las trayectorias de atención a la salud.

Para Sánchez Bringas (2009) el concepto de maternidad en la vida social es utilizado para nombrar diversos procesos: ideas y prácticas relacionadas con la fertilidad, el embarazo, el nacimiento y el puerperio; las actividades y relaciones involucradas en la crianza, el cuidado de los infantes y el vínculo madre-hijo el

⁹ Extraído de: <https://www.aulamexiquense.com/las-emociones-estan-intimamente-relacionadas-con-las-normas-sociales/>. Referencia completa en la bibliografía.

proyecto de maternidad y la agencia de las mujeres; la construcción de la identidad de la mujer en relación con lo materno; y las teorías, nociones, valores e ideas culturales sobre lo que debe ser el ejercicio de la maternidad, entre otros (Sánchez Bringas, 2009:239). En otras palabras, la categoría maternidad es amplia, y puede definirse de manera diversa, aunque se podría coincidir en que se trata de una forma de nombrar a la experiencia de las mujeres de convertirse en madres. En el contexto mexicano, “existe una herencia importante de un discurso occidental sobre la maternidad, como fin único de las mujeres, apoyado en la biología, reforzado por el mandato divino y como deber social” (Blázquez et al, 2010:82).

Badinter realizó un gran aporte al estudio de la maternidad al haber realizado un análisis histórico para visibilizar que aquello que era entendido como natural y universal era en realidad construcción, un mito de origen. Esto lo pudo evidenciar al explicar los cambios que sufrió la definición del instinto maternal y el amor materno en el transcurso de los últimos cuatro siglos, así como al confirmar “el carácter sumamente variable de sus sentimientos, de acuerdo con su cultura, sus ambiciones, sus frustraciones” (Badinter, 1991: 309). La autora afirma que “tanto el amor maternal como el instinto son construcciones sociales elaboradas por la cultura aprendidas y reproducidas” (Saletti, 2008: 172) y que arrastran a las mujeres en una paradoja en la que, por un lado, son desvalorizadas, ya que se supone que son atributos innatos y naturales que no deberían implicar ningún esfuerzo y, por otro lado, se las acusa de “malas madres” si no dan cuenta de esos atributos (Badinter, 1991). El aporte de Badinter y el de Scheper Hughes fueron sumamente útiles para esta investigación ya que permitieron comprender la transformación del concepto de maternidad a lo largo de la historia, al mostrar que no siempre ha tenido el lugar que actualmente ocupa. Es decir, en la actualidad la maternidad se encuentra cargada por el mandato del orden social de género, pero además es un elemento significativo a nivel social y esto no siempre ha sido así, como lo explican las mencionadas autoras en sus trabajos.

En el campo de estudio de las denominadas maternidades empoderadas se observa un subcampo que se propone complejizar la maternidad feminista (Glickman, 1995; Gordon, 1990; Fernández, 2014; O’Reilly, 2006, 2008). Esto posibilita la inclusión de las maternidades de quienes se sitúan como feministas diferentes –

rebeldes- a pesar de que puedan ser heterosexuales, o que tengan un modelo de familia nuclear, ya que son mujeres que desafían a la maternidad hegemónica desde su discurso. O'Reilly (2006, 2008) considera que este tipo de maternidad no posee una postura propia, sino que se define teóricamente en oposición a la maternidad tradicional y patriarcal; se la piensa como un discurso de oposición que desafía a la narrativa dominante en la sociedad.

Continuando con el planteo que hace O'Reilly (2006), es posible reconocer a Adrienne Rich como una figura intermedia entre las posturas de desmitificación/revalorización, en tanto asume que existe una institución de la maternidad opresiva para las mujeres pero, también afirma que la verdadera maternidad se ubica por fuera de esa institución y que es posible ejercerla de una manera más libre. Es por ello que se la considera una de las primeras feministas que propone revalorizar la maternidad.

Durante la década de los años ochenta, algunas feministas desarrollaron una ardua discusión sobre la manera de comprender la maternidad y las implicaciones políticas de su conceptualización (Snitow, 1992). A partir de ese debate se delinearon diferentes posiciones que van desde considerar la maternidad como una institución del patriarcado derivada de la función reproductiva de las mujeres (Sau, 1991), hasta entenderla como la posibilidad de crear un mundo simbólico propio de la madre y distinto al del patriarcado (Irigaray 1985; Ruddick 1989; Muraro 1994). Como resultado de esa discusión, en la década de los noventa ya se habían desarrollado varias premisas metodológicas fundamentales para el estudio de la maternidad. La reproducción es un proceso sociocultural que no se circunscribe a aspectos psicológicos o biológicos, sino que se encuentra atravesada por múltiples formas de comprender la maternidad-paternidad, la salud y la atención, según órdenes culturales y de género.

Algunos estudios enfatizan en la postergación de la maternidad como un evento social que sucede a causa de la mayor inserción de las mujeres al mercado laboral, así como una modificación de los usos y costumbres de la maternidad (Bringas 2004). Son diversos los motivos: la salida de las mujeres al mercado laboral, mayor

escolaridad, mayor dedicación a la vida profesional -entre otros cambios que ocurren en la sociedad moderna- pero cada vez más mujeres no sólo demoran su maternidad, sino que se lanzan a nuevas formas de configuración familiar. Es el caso por ejemplo de quienes deciden ser madres solas a través de tratamientos de fertilización asistida.

La postergación de la maternidad -respecto a la norma- es un tema de salud-enfermedad que recae en las mujeres por su condición reproductiva y de género. En este sentido cabría preguntarse también cuál es el lugar para la decisión de las mujeres sobre su propio cuerpo. En ocasiones, el peso de la decisión de las mujeres de demorar su maternidad recae sobre ellas mismas. Es decir, la responsabilidad es de ellas por querer demorar su embarazo. Pero no se consideran todos los demás factores que la llevan a tomar esa decisión. Por el contrario, en situaciones vinculadas a la interrupción del embarazo aparece un juicio moral sobre esos mismos cuerpos, donde la decisión ya no le pertenece a la mujer y “es decidida” por otros. Estos distintos escenarios muestran de qué manera, según las circunstancias dependerá sobre quién se ubica la responsabilidad y junto con ella la culpabilización. La investigación permitiría redefinir la maternidad después de los 35 años en términos de agencia, discutiendo el prejuicio que existe socialmente vinculado a la edad de la mujer.

En este trabajo se analiza de qué manera se va construyendo la emocionalidad a lo largo de la trayectoria, cuáles son las emociones que aparecen en momentos específicos de la experiencia: al enterarse que está embarazada (planeación o no), cuando va a realizarse el ultrasonido estructural o sonograma genético, cuando debe realizar el trámite de Licencia por Maternidad y en el parto. Las emociones expresan las normas y los valores que regulan la vida cotidiana (Peláez, 2016:152). A su vez, las emociones son una herramienta para comprender el proceso social de la atención a la salud y la maternidad. Es central en esta investigación rastrear el modo a través del cual las emociones se construyen en la interacción con otros. También es pertinente revisar las emociones para contribuir a las concepciones de la maternidad después de los 35 años, incorporando esta dimensión que no se encuentra demasiado estudiada.

Como explica Ariza (2016) la sociología de las emociones se estableció como campo de estudios de manera formal en la academia estadounidense a finales de la

década de los ochenta del siglo XX, principalmente a partir de los trabajos de Russell Hochschild (1975), Collins (1975), y Kemper (1978). La misma autora sostiene que:

“Uno de los aspectos que subyacen a la prolongada ausencia de las emociones como objeto de reflexión sociológica es la arraigada antítesis entre razón y emoción; entre el proceso secular de racionalización y la emocionalización de la vida social en tanto elemento sustantivo de los discursos autorreflexivos sobre la modernidad, en cualquiera de sus vertientes (Barbalet, 2001; Becker, 2009 en Ariza 2016:15)”.

Este punto es central en tanto se refiere a la antítesis clásica entre razón y emoción, a la que históricamente se ha recurrido desde el campo de las ciencias sociales para desacreditar el estudio de las emociones con el argumento de que opacaban la objetividad.

Sobre las emociones que los actores sociales pueden experimentar, Ariza afirma que:

El espectro de emociones que —como seres sintientes— los actores sociales pueden experimentar es realmente vasto; abarca desde las emociones primarias o básicas: miedo, ira, tristeza, alegría (Turner y Stets, 2005; Mercadillo Caballero, Díaz, y Barrios, 2007), hasta las sociales y morales, catalogadas por Turner y Stets como de segundo orden (Ariza 2016:16).

En efecto, miedo, tristeza, alegría, felicidad e ira son algunas de las emociones y estados afectivos abordados empíricamente en los capítulos analíticos de este trabajo. Desde el análisis, las emociones pueden observarse como resultado de procesos, como causa de éstos o bien como variables intervinientes (Thoits, 1989; Barbalet, 2001). Las emociones son movilizantes para las personas e incluso en ocasiones pueden manifestar sentidos contradictorios. De hecho, es lo que sucede en ocasiones con la maternidad, como se verá más adelante en los capítulos analíticos.

Por otra parte, siguiendo la propuesta de Ahmed (2017:24) la pregunta que guía el análisis sobre las emociones es:

“En vez de preguntar “¿Qué son las emociones?, preguntaré, “¿qué hacen las emociones?”. [Ahmed, 2017:24]

De este modo, con esta modificación en la formulación de la pregunta, la autora propone una manera de analizar las emociones que implica rastrear el trabajo que las emociones realizan. Fundamentalmente, observando el modo en que las emociones circulan entre cuerpos (Ahmed, 2017: 24). Porque las emociones “son ventanas abiertas para la comprensión de la micropolítica, los espacios y formas en que los

individuos construyen diariamente sus relaciones mediante sus prácticas, de las cuales es difícil aislar la parte emocional” (Peláez, 2016,152). En otras palabras, permiten rastrear de qué manera el sujeto se ubica en el mundo estratificado en el que vive, o bien, la forma de percibir su condición en él, si aceptándola o trasgrediendo.

Para Ahmed, “las emociones son cruciales para la constitución de lo psíquico y lo social como objetos, un proceso que la “objetividad” de lo psíquico y lo social es un efecto más que una causa” (Ahmed, 2017:34). En otras palabras, las emociones no se sitúan o en el ámbito individual, o en el ámbito social, sino que producen las mismas superficies y límites que posibilitan que lo individual y lo social se delimitan como si fueran objetos.

Conclusiones

A modo de cierre de este capítulo es preciso señalar que todos los autores han desarrollado propuestas complejas, no totalizadoras y lo que aquí se ha desplegado en cada caso no hace justicia al nivel de complejidad de sus obras. El objetivo ha consistido en sintetizar, tomar las ideas principales que son útiles para este análisis y exponer las distintas posturas para señalar cómo conciben las categorías que se despliegan a continuación para analizar las narrativas de las mujeres.

La categoría proceso salud enfermedad atención y cuidado tiene total relevancia en este estudio, en tanto plantea una mirada crítica del proceso de atención a la salud, y por lo tanto permite revisar las experiencias de las mujeres a la luz de una perspectiva que incluye los derechos a la salud, la desigualdad en el acceso a la salud y la posición del campo médico en relación al problema de investigación. Este punto, sumado a los determinantes sociales de la salud y la perspectiva de género, sientan las bases desde las cuales revisar el tema propuesto en esta tesis.

Además, se desplegaron las principales nociones sobre el riesgo y el cuerpo, ya que a lo largo del proceso de investigación emergieron como categorías claves para comprender la experiencia de las entrevistadas. Así como las emociones que se atraviesan al enterarse del diagnóstico de riesgo, cuando se acercan a la consulta médica. De esta manera, el cuerpo aparece como fundamental en tanto es allí donde

se realizan los estudios que exponen el nivel de riesgo que tiene cada embarazo, en el caso de hubiera alguna enfermedad a contemplar durante el proceso de atención.

Por último, se expusieron los principales referentes teóricos desde los cuales se revisa la emocionalidad en los capítulos analíticos. Se parte de entender que las emociones se encuentran presentes a lo largo de todo el proceso de investigación social, tanto en relación a la propia investigadora como también cuando son indicativas de ciertos vínculos sociales. De ahí que las emociones pueden jugar papeles distintos dentro del mismo proceso de investigación. A veces inclusive, se trata de sacudir el propio sentido común de quien realiza la investigación, por ejemplo, al comenzar el trabajo de campo aparecieron sentimientos de cierta sorpresa -con algo de indignación- al descubrir que muchas de las entrevistadas no percibían el acceso a un parto natural como un derecho. Este punto fue luego problematizado y revisado para analizar qué era lo que esa emoción está indicando sobre el proceso de investigación.

Capítulo 2. Diseño Metodológico

Introducción

Este capítulo tiene como objetivo describir y reflexionar en torno a la metodología seleccionada: el diseño para la recolección de información, el trabajo de campo realizado y la sistematización de la información recabada. Se considera que las estrategias metodológicas seleccionadas deben ir de la mano con la propuesta teórica, ya que su interrelación, este ir y venir de unas a otra guían el proceso de investigación y el análisis que se desarrolla en los siguientes capítulos.

En un primer apartado se despliega el diseño de la metodología, los supuestos que permiten considerar que la información sobre la atención a la salud y las experiencias de maternidad post-35 contribuyen a explicar el cambio social. Luego se exponen las técnicas de recolección de información a partir de las cuales se realizó el acercamiento empírico al objeto de estudio, se describen las vicisitudes y modificaciones que enriquecieron esa etapa de la investigación y permitieron arribar al tercer momento, la sistematización de la información, que es el tiempo en el cual se prepara el juego entre la teoría, la metodología y el papel de la investigadora como artesana. Al final de este apartado, se pretende desarrollar una reflexión en relación a las implicaciones de realizar una investigación siendo extranjera, mujer y no madre en el contexto de una pandemia mundial. Así como también se despliega una discusión sobre las emociones que atraviesan el proceso de investigación y cómo este análisis contribuye al estudio empírico de la Salud Colectiva y los estudios de maternidad.

Este estudio ha sido planteado como descriptivo y exploratorio con un enfoque relacional, lo que implica tomar en cuenta distintos niveles analíticos. El propósito de estudios con estas características consiste en ampliar y complejizar el conocimiento teórico existente, así como también aportar al campo de estudio con nuevas preguntas. En efecto, la intención radica en dilucidar la lógica que estructura la vida social que sentará las bases para brindar un nuevo sentido o una nueva mirada a los conceptos teóricos (Guber 2004).

Como se mencionó, el objetivo es exponer la metodología. Para ello se despliega el diseño cualitativo con el que se recabó la información, las características que adquirió el trabajo de campo en el contexto específico de la pandemia de Covid-19. Se parte de la premisa que indica que las estrategias metodológicas elegidas deben ir entrelazadas con la matriz teórica del estudio, en tanto esta relación es absolutamente estrecha y dialógica. Es decir, este diálogo entre unas y otras orientan el proceso de investigación tanto como el análisis que se expone en los capítulos subsiguientes.

2.1. Desafíos metodológicos

El acercamiento que se propone para el estudio de las trayectorias de atención de aquellas mujeres que se embarazan post-35, es principalmente cualitativo. La aprehensión de las diversas experiencias que transitan en relación a la atención a la salud requiere de una investigación que tenga como objetivo comprender y analizar las dimensiones de dichas experiencias, así como la forma específica que adquieren en la institución de salud. Las preguntas sobre ¿cómo interactúan y se asocian elementos estructurales y culturales en la producción de experiencias que transitan las mujeres durante su paso por la institución de salud? ¿Cómo su conexión influye en las trayectorias de atención? conducen a indagar sobre el conjunto de componentes que se asocian para dar como resultado el proceso de atención a la salud que define las experiencias que atraviesan las mujeres.

El principal desafío metodológico consistió en proponer un diseño que permitiera aprehender la interacción de prácticas y trayectorias de mujeres que posibiliten comprender la maternidad y sus transformaciones en el tiempo, la manera en que es entendida hoy por estas mujeres. El propósito consistió en dilucidar este evento en tanto cambio social. Es decir, qué es lo que permanece y que se ha modificado en relación a las formas de definir y vivir la maternidad. En tanto que se la concibe como un objeto social que atraviesa cambios de acuerdo al tiempo histórico en el cual acontece. Esto quiere decir que se rescataron las narraciones de las

mujeres, principales actores de este estudio, para comprender de qué manera ellas perciben lo que es la maternidad después de los 35.

Un segundo desafío ha sido el de captar la relación de la maternidad y la atención a la salud en el proceso de embarazo. Para lograrlo, se puso el foco en las trayectorias de atención a la salud, buscando articular la dimensión particular con el nivel institucional que en este caso representa el sistema de salud, ya sea público o privado. De aquí que resulta relevante partir de las trayectorias de las mujeres y como es su vínculo con la institución de salud donde se atienden. Comenzar con las trayectorias permite analizar cómo se entrelazan distintos actores (en las narraciones) que son relevantes para el estudio del embarazo a edad avanzada al mismo tiempo que emergen otros factores que inciden en el proceso. Estos otros factores tienen que ver con componentes culturales, e históricos, así como también con ideas sobre el riesgo en salud o cuestiones demográficas.

Un tercer desafío fue generar un modelo de observación que permitiera reconstruir las trayectorias de atención a la salud durante el embarazo y el parto a través de los elementos que la componen y hacen posible. Así como también identificar de qué manera esos ejes interactúan en diferentes momentos. Para lograrlo, se seleccionó una trayectoria eje que permitiera articular el conjunto de elementos que componen el proceso de atención a la salud, por lo que se consideró relevante partir de la trayectoria de atención de las mujeres, mismas que transitan el proceso y viven la experiencia siendo agentes de la misma. Partir de su trayectoria específica permitió observar cómo interactúan en las narraciones otros factores que son relevantes para el estudio de sus experiencias y ensamblar la incidencia de otros elementos de cambio.

Por razones de tiempo y sanitarias no ha sido posible realizar entrevistas a mujeres de distinto origen social. Lo que demandará futuras indagaciones al respecto. Señalan King, Keohane y Verba (2000) que “como no se pueden conseguir diseños perfectos, hemos sugerido estrategias útiles que pueden darnos cierto control sobre el problema que plantea un estudio. Nuestro objetivo es lograr un diseño de investigación que seleccione en función de las variables explicativas presentes en nuestra teoría y que permita el cambio de la variable dependiente. Sin embargo, al encaminarnos hacia esta meta, puede que sean útiles diseños que tengan en cuenta los valores

observados de la variable dependiente” (King, Keohane y Verba, 2000:160).

2.2. Elección del objeto de estudio

Esta propuesta de investigación surgió del interés de indagar acerca del vínculo entre salud y maternidad. La exploración sobre la salud materna condujo a poner el foco en las mujeres de más de 35 años. Previamente a llegar a este tema, se realizó - como parte del proceso- una investigación preliminar sobre los estudios realizados en México en torno a la salud materna. La misma mostró que existían vastos estudios en la línea de salud y maternidad, principalmente en torno a embarazo adolescente, violencia obstétrica o mortalidad materna, pero no se hallaron estudios sobre maternidad después de los 35 desde una mirada sociológica. A la vez, varias personas cercanas que viven en distintas ciudades del mundo, relataban sus experiencias en la consulta con su ginecólogo/a, tanto sobre la posibilidad de quedar embarazada como con la firme decisión de no hacerlo.

Escuchar con cierta frecuencia las diferencias/tensiones que aparecían en el vínculo médico-paciente llamó la atención en relación a la vigencia del discurso médico, pero también respecto a la capacidad de agencia de las mujeres. Y en esta línea, en la manera en que suceden ciertas transformaciones sociales a lo largo de la historia. En este caso, vinculado puntualmente a la maternidad después de los 35 años.

2.3. Exploración de Campo

A partir de reconocer la importancia del trabajo exploratorio, surgió la oportunidad de visitar salas de obstetricia de hospitales públicos de la Ciudad de México. En ese momento aparecieron algunas inquietudes vinculadas a la salud materna pero no había todavía ninguna precisión sobre el tema de estudio. En la tesis de Maestría había estudiado sobre políticas de atención y prevención a la violencia de género y tenía claro que no existía ya ningún interés en continuar esa línea de

investigación. Sino que, por el contrario, la intención era la de observar una dimensión positiva del campo de la salud y el género.

Durante la visita a las instituciones públicas de salud emergieron nuevas preguntas. De hecho, la emoción era tal que en un momento parecía que realizaría un estudio etnográfico. Sin embargo, lo que comenzó en ese momento fue la exploración respecto al binomio salud-maternidad y la problematización se formuló en torno a la maternidad post-35.

De este modo, el trabajo de exploración o “pre-campo” posibilitó dar forma al problema de investigación, desplegar nuevas preguntas, así como también reflexionar acerca de cuál sería la metodología pertinente para responder a esos cuestionamientos. Teniendo en cuenta principalmente dos dimensiones de análisis: la maternidad, sus transformaciones y la experiencia de atención durante el embarazo y parto post-35.

Cabe mencionar que la fase exploratoria se constituyó en un paso fundamental de este proceso de investigación, dado que fue un primer acercamiento al tema de estudio. De algún modo conocer la institución de salud, observar las interacciones entre personal de salud y las mujeres, asistir a un parto como observadora, entrevistar a mujeres que habían tenido su parto apenas 20 minutos antes, fueron situaciones que arrojaron ciertas pistas respecto a ideas que difícilmente se obtienen en el trabajo de escritorio. Estas ideas estaban vinculadas al interés por la salud y la maternidad, así como por las relaciones sociales que suceden en la interacción del personal de las salud y las mujeres embarazadas.

2.4. Estrategia metodológica: trayectorias de atención a la salud en el embarazo

El **objetivo general** de este estudio fue analizar las experiencias en sus procesos de atención a la salud durante el embarazo de las mujeres consideradas como casos de maternidad avanzada desde una mirada relacional. Un primer objetivo específico fue analizar la relación entre el discurso médico sobre las mujeres de edad materna avanzada y la experiencia de atención de estas últimas. Un segundo objetivo consistió en indagar acerca del proceso de atención a la salud de las mujeres

consideradas como embarazos de edad avanzada en la Ciudad de México. Y, por último, se buscó describir la experiencia de la maternidad para las mujeres embarazadas después de los 35 años en la Ciudad de México

Con fines metodológicos y analíticos se reconstruyeron las trayectorias de atención a la salud durante el embarazo en mujeres post-35. Una trayectoria es básicamente un camino recorrido. La trayectoria de atención a la salud se define como el camino a lo largo del embarazo y el parto de la mujer en este período específico de su vida. La trayectoria se construye desde el momento de enterarse del embarazo, usualmente al identificar el retraso de la menstruación como el primer síntoma de embarazo y concluye al resolver su parto en la institución hospitalaria (García-Puga et al, 2016:41). Su reconstrucción se basa en el registro y el recuerdo de momentos específicos en los cuales la mujer comienza el vínculo con la institución de salud. Relacionar las palabras, *atención y salud*, tiene la intención de entrelazar aspectos de las formas de circular por la institución y la percepción que tienen ellas de la misma. Así como el vínculo con el personal de salud que sucede en el contexto actual, respecto al diagnóstico recibido por la edad que tienen en ese momento. Esto permitió poner el foco en la forma en que las mujeres le otorgan sentido y significado a su tránsito por los servicios de salud durante esa etapa. El interés en estas trayectorias es que permitió observar cómo las mujeres construyeron sus vivencias individuales y colectivas en relación a su propia experiencia.

Al mismo tiempo fue necesario hacer observable aquellas dimensiones de análisis que dan forma a las trayectorias y establecer metodológicamente cómo comprender la forma en que la capacidad de agencia moldea las prácticas que las mujeres despliegan para atender su salud. Esto implica la identificación de cambios o permanencias en las conductas, comportamientos, decisiones que se realizan en relación a su salud. Interesan además sus percepciones y representaciones sobre la forma que adquiere la experiencia de atención. En este aspecto las emociones, narraciones e imágenes que giran en torno a la atención constituyen una ventana para la comprensión de los elementos que subyacen al proceso de atención.

Desde una mirada crítica de los procesos de salud, enfermedad y atención, no se referirán únicamente a la normativa, al ámbito de acción social o a los significados y las experiencias a ser interpretadas en un sistema médico, sino que al tratarse de un fenómeno de orden social, se propone que dichos procesos se ven atravesados por fenómenos macroestructurales como son las desigualdades económico-políticas, producidas por relaciones de explotación y procesos históricos de expansión capitalista y acumulación del capital a nivel mundial (Baer, Singer y Susser 1997).

Cabe señalar que toda atención a la enfermedad sucede siempre dentro de relaciones sociales, es decir, éstas pueden ser la causa del padecimiento, pero también las relaciones sociales pueden operar para que la enfermedad se agudice o pueda reducirse o solucionarse. La atención no se circunscribe a la relación médico/a-paciente, sino que son relevantes otros actores sociales que deben incluirse, como parteras, doulas, asesora de lactancia, u otras redes de apoyo que acompañan el proceso. La trayectoria de atención es un circuito de la persona que requiere la atención, en este caso la mujer, de la cual el personal de salud ignora las experiencias externas al sistema de salud.

En tanto existe una especie de estigmatización o desconocimiento de otras formas de curación o acompañamiento que no pertenecen al nivel biomédico y por lo tanto se las excluye. No existe un cruce de saberes, sino que suceden por vías paralelas pero diferentes, en las cuales cada curador se queda con su propio saber en la relación con el paciente y no observa que la paciente viene a través de un sistema de relaciones sociales que la atraviesan. La paciente que asiste a la consulta tiene criterios de prevención y cuidado que el médico o la médica desconocen y sobre la cual tampoco interroga. Sin embargo, la premisa desde el sistema de salud suele ser que la mujer no previene o que es difícil convencer a las personas de que hagan algo para que el padecimiento no se agudice o para llegar a la enfermedad.

Las trayectorias de atención que aquí se analizan contienen los elementos que, de manera relevante, están relacionados con las formas en cómo se experimenta la atención a la salud durante el embarazo y el parto. No obstante, algunos de estos factores adquieren mayor relevancia en momentos específicos, por lo que no se trata

de reconstruir paso a paso la evolución de cada trayectoria, sino de lograr observar patrones que en su interacción con la trayectoria de salud como eje principal introducen elementos a destacar. El objetivo es comprender cómo la atención a la salud de mujeres post-35 es percibida y experimentada por éstas; cuáles han sido los factores que influyen en estos procesos; qué aspectos de orden sociocultural permean y que prácticas de socialización imprimen sentido a la atención a la salud y permiten la comprensión del proceso de atención.

Se recurre a las trayectorias de atención al embarazo en tanto son una herramienta útil para comprender los principales elementos que explican la atención a la salud del embarazo post- 35. Se considera que al dilucidar los mecanismos que subyacen al proceso de atención durante el embarazo, es posible dar cuenta de los factores que explican el cambio en este patrón de reproducción. En ese sentido se realiza la presente contribución para explicar esta transformación cada vez más frecuente en la vida de las mujeres que deciden embarazarse después de los 35 años. Cabe señalar que plantear esta hipótesis en un trabajo empírico y no solo como un postulado epistemológico demanda un diseño teórico y metodológico capaz de aprehender la forma en que los aspectos de orden estructural inciden específicamente en la vida de las mujeres. Y la forma en que ellas actúan resistiendo o apropiándose de los diagnósticos médicos.

A través del embarazo se activan y renuevan los discursos y prácticas socioculturales en los que se define el rol maternal como el rol central de las mujeres, función social a la que moral y ´naturalmente´ deberían responder, al mismo tiempo que sigue manteniendo la representación de las carencias y vulnerabilidad del cuerpo en la que justifica el control al que son sometidas. Acceder a sus percepciones sobre la maternidad y el proceso de atención a la salud, tanto desde la institución de salud como también en relación a su pareja, si la hubo, o su familia. Las decisiones que tomó sobre su cuidado o en relación al trabajo.

Mallimaci y Giménez Beliveau (2006) sostienen que la antropología primero y luego la historia y la sociología han prestado cada vez más atención al vínculo entre los contextos, las estructuras sociales y las historias de vida. Aparecen así relatos de personas célebres, de la vida cotidiana de ciudadanos de clases populares, de mujeres

que impactaron en nuestras sociedades. De esta manera, la dimensión biográfica contextualizada, el análisis de las trayectorias individuales y familiares, las historias de vida de individuos y familias, son cada vez más necesarios para descifrar lo social. Aquí se observa un elemento relevante al reflexionar sobre esta técnica, ya que es una manera sumamente útil de captar la dimensión social de los problemas o fenómenos que se pretende estudiar.

El flujo de las trayectorias de vida permite una cabal comprensión del orden social. Denzin (1989:69) la define como: “el estudio y colección de documentos de vida que describen puntos cambiantes en una vida individual. Por su parte, Ferraroti (1988: 1991) destaca la mirada del individuo como punto de observación de la sociedad en general. En esta línea Elder (1999) advierte acerca de la vinculación entre las experiencias de vida de los sujetos, los marcos institucionales en que éstas se desenvuelven y los contextos socio-históricos específicos que condicionan la experiencia de una cohorte en particular. Para este autor el concepto de trayectoria hace referencia a un proceso o tramo de la vida que no está determinado en su magnitud o variación.

Recurre al concepto de ‘Turning points’ afirmando que alteran la dirección del curso de vida y marcan distinciones en la experiencia individual y colectiva al interior de una misma cohorte (Elder, 1994). Elder considera que las situaciones estructurales pueden impactar diferencialmente a los individuos. Las trayectorias se realizan bajo el supuesto de que a partir del análisis de las personas se pueden comprender los efectos estructurales a nivel individual.

Por su parte, Bertaux (1989) reconoce distintas funciones de los relatos de vida, a saber: exploratoria, analítica, verificativa y expresiva. Realiza esta disección con la intención de brindar herramientas para quien decida emprender su ruta con esta metodología. Además, destaca el valor de esta perspectiva para aprehender dimensiones que se pierden al realizar estudios de tipo cuantitativos. Sostiene que “en la fase exploratoria, los relatos de vida cumplen una función del mismo orden que la observación, o las conversaciones con los “informantes centrales”.

Es necesario destacar que la selección de las historias de vida implica el ingreso a un campo nuevo que permite aflorar allí “los procesos esenciales, los ejes centrales”. Se hace del relato una utilización extensiva, es decir, se busca cubrir al máximo posible de aspectos de la vida social. Luego se pasa a una fase intensiva centrada en algún aspecto dable de un estudio en profundidad.

Respecto de la función analítica, al tratarse del análisis propiamente dicho, se busca la consolidación empírica de las proposiciones descriptivas y de las investigaciones avanzadas. En este punto aparecen divergencias: algunos se centran en el “sentido” y otros en las relaciones socio-estructurales. Es decir, hay quien se interesa por los significados que quieren transmitir las personas que cuentan su vida, y los y las que se interesan por los referentes, por las relaciones, normas y procesos que sustentan la vida social.

Por último, es sugestiva la propuesta del autor en tanto señala que la utilización de relatos de vida como artificio para introducir ideas sobre lo social, parece adecuada para regenerar el estilo de la escritura sociológica, que desde hace mucho tiempo se quedó encallada entre los callejones simétricos del cientificismo y del ensayismo literario” (Bertaux, 1989:144).

2.5.Trabajo de campo

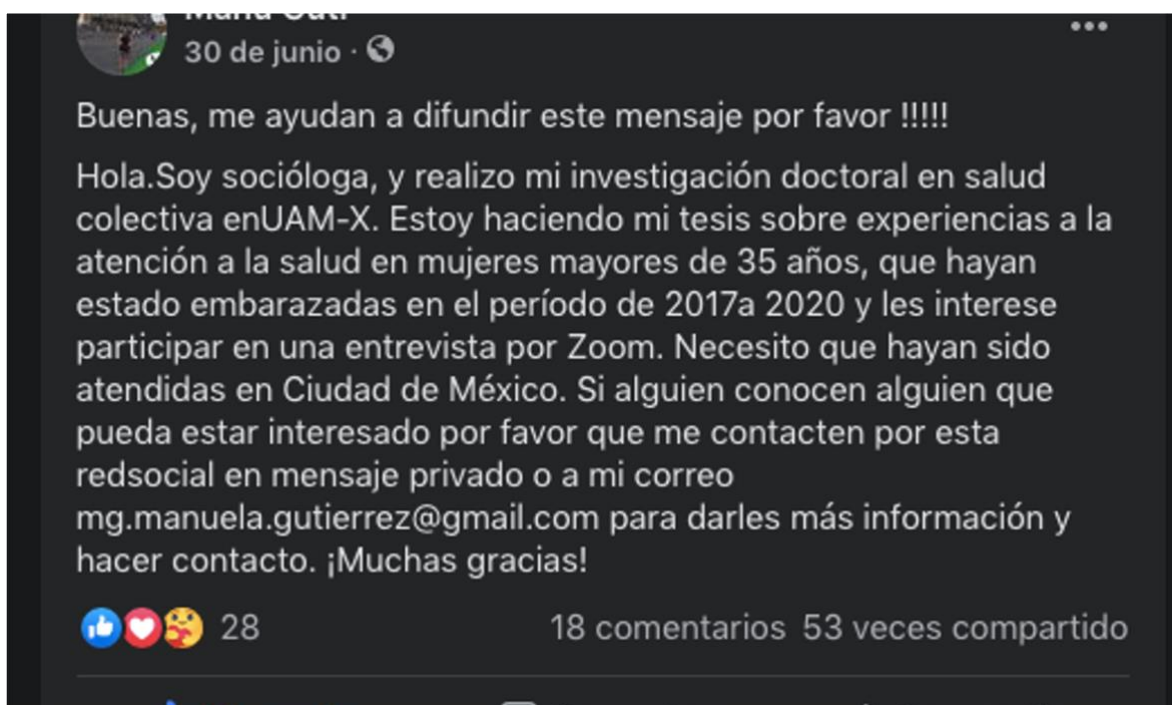
El contexto de pandemia provocó el desafío de transitar desde el diseño de una investigación pensada para la vida pre-pandemia hacia un contexto de encierro. En un inicio la propuesta consistía en realizar entrevistas cara a cara con las mujeres y los informantes clave. Pero finalmente el proyecto se modificó, conforme a la necesidad de adaptarse al contexto sanitario. Por ello se realizó un contacto mediado por la tecnología.

A partir de allí surgieron las siguientes preguntas: ¿Dónde y de qué manera encontrar a los actores e instituciones que posibiliten reconstruir la atención a la salud de mujeres de edad avanzada como un proceso? Si la trayectoria central tenía como actores principales de su experiencia a las mujeres, era preciso seleccionar a aquellas que hubieran transitado el proceso de atención a su salud después de los 35 años.

Asimismo, la situación de la pandemia ocasionó un reto en tanto la propuesta inicial de investigación consistía en visitar instituciones de salud para conversar con ellas y con el personal de salud que las atiende. Sin embargo, por la situación mencionada esto no fue posible, y el trabajo de campo se desarrolló plenamente en un contexto digital.

De este modo se decidió lanzar una búsqueda para encontrarlas a través de redes socio-digitales como Facebook, Twitter y WhatsApp. El trabajo de campo se realizó entre junio y agosto del 2020, un tiempo idóneo para la realización de entrevistas tanto a las mujeres como a profesionales de la salud.

Imagen 1. Mensaje difusión en Facebook: búsqueda de entrevistadas.



Se utilizaron a recursos de la etnografía digital¹⁰, y se realizó un acercamiento a través de distintas redes sociales, tanto para reclutar a las personas de la muestra analítica, como para indagar de manera general páginas de internet, videos de

¹⁰ Aunque no se realizó estrictamente etnografía en línea, se revisó el trabajo de Karina Bárcenas de quien se obtuvieron algunos elementos útiles para la búsqueda de información.

Youtube, perfiles de personas especializadas en temas de parto, puerperio o crianza, que permitieron un primer acercamiento al tema de estudio.

El trabajo de campo y el análisis sobre la información obtenida a través de redes sociales, tuvo un lado innovador en relación a la metodología, que se espera sea de utilidad a otros investigadores sobre el uso de las redes sociales en internet, que se han vuelto habituales en distintos sectores de la población. Más aún en el contexto de pandemia.

El principal reto de esta etapa fue la construcción del *rapport* y la confianza a través de la vía digital con personas desconocidas hasta ese momento. Además, muchas de ellas todavía daban el pecho a sus bebés, motivo por el cual en ocasiones la entrevista se realizaba con la presencia del bebé. Esto es un elemento a destacar en términos metodológicos dado que cristaliza los desafíos que implicó la comunicación tanto para ellas, que debían concentrarse en las respuestas como para quien entrevistó que debía sortear este tipo de situaciones complejas. Esta situación sirve de ejemplo para exponer el tipo de encuentros que se generan en la escena de entrevista, donde permean elementos de intimidad e incluso cierta incomodidad o complejidad para sortear entre dos casi desconocidas.

A continuación, se muestra un cuadro que sintetiza los recursos específicos que se extrajeron de cada uno de los espacios digitales visitados. En YouTube se encontraron videos con sugerencias para la maternidad después de los 35 años cuyos títulos eran: “Riesgos del embarazo y el parto a partir de los 35 años”; “Embarazo después de los 35 años, ¡cuidados y riesgos! Por la ginecóloga Diana Álvarez” ; “¿Cómo es el embarazo después de los 35 años?” “Ser madre después de los 35 años” “¿Deseas quedarte embarazada y tienes más de 35 años?”; “Embarazo a los 35 años, riesgos reales”. Es llamativo cómo en los títulos de los videos aparece una referencia al riesgo, además, la mayoría estaban realizados por médicas que advertían sobre las consecuencias de un embarazo a tal edad.

Por el ya mencionado contexto de pandemia, una gran cantidad de literatura sobre maternidad fueron presentados en línea, y las grabaciones quedaban guardadas en la red social Youtube, motivo que contribuyó a presenciar estos eventos y sumarlos al análisis, escuchando a distintas autoras que escriben sobre el tema como

Guadalupe Nettel o Jazmina Barrera, entre otras. Esto se convirtió en un elemento central para el análisis y la comprensión del fenómeno, en tanto la literatura da cuenta de aquello que acontece a nivel cultural, y este objeto de estudio se encuentra inscripto a nivel social, tanto como cultural. De ahí la pertinencia de las obras literarias para ilustrar situaciones que transitan las mujeres al momento de su maternidad.

En el caso de Instagram la información sobre el tema era muy basta ya que no sólo aparecían cuentas de Latinoamérica sino de Europa. Fue una herramienta clave para conocer las opiniones sobre otras mujeres, sobretodo en lo respectivo al lado más complejo de la maternidad, que es todo aquello que no puede mencionarse públicamente, en el anonimato de la red social las mujeres se permiten el cuestionamiento a su rol y cuentan sus frustraciones, sus miedos de otra manera. Esto se observó a través de perfiles como “@maternidadenred” que brinda Talleres Prenatales, Círculo de Madres, promueve el diálogo anónimo con las mujeres para que se puedan expresar sobre las incomodidades de su experiencia de maternidad; Otro perfil es “@maternandolibres”, una doula que también asesora en temas de lactancia. A través de Instagram también apareció la cuenta de Florencia Sichel, una filósofa que escribe un Newsletter semanal sobre Maternidad y filosofía llamado Harta(s). Fueron muchos los perfiles visitados durante tres años de investigación y han sido muy útiles al brindar pistas para la indagación y la interconexión con temáticas asociadas al objeto de este estudio. Las páginas de internet de las instituciones de salud en las cuales atendieron sus embarazos y partos algunas de las mujeres entrevistadas, fueron visitadas para conocer los servicios que brindan para la atención a las embarazadas, mientras que en Facebook se ingresó a grupos de maternidad donde las mujeres conversan de temas diversos vinculados a sus experiencias de maternidad: lactancia, médicos, instituciones de salud, formas de alimentar, etc.

Cuadro 2. Redes socio-digitales y recursos revisados.

Red social	Recurso Específico
YouTube	Video sobre maternidad post 35 Presentaciones en línea de libros sobre maternidad Videos sobre partos
Instagram	Perfil de doulas, asesoras de lactancia, filósofas
Páginas Web	Instituciones de salud
Facebook	Grupos de maternidad

2.6. Muestra y perfil

Para llevar a cabo el trabajo de campo en el contexto de la pandemia de COVID-19 se lanzó la búsqueda de las informantes a través de un mensaje en redes sociales. Los criterios de inclusión fueron: 1) haber atendido el embarazo en la Ciudad de México entre 2017-2020; 2) haber tenido 35 años o más en el momento del embarazo.

La intención era conocer el funcionamiento del proceso de atención a la salud durante el embarazo y el parto en ese grupo de edad, para lo cual se entrevistó a mujeres que atendieron sus procesos en instituciones de salud de la Ciudad de México.

Para la selección del número de casos se siguió el método de saturación informativa propuesto por Bertaux y Bertaux-Wiame (1997) que requiere aislar los elementos de las trayectorias de diversas mujeres que fueran relevantes y coincidentes. Es por ello que se realizaron 30 entrevistas semi-estructuradas. Al referirse al nivel de saturación, Bertaux menciona que puede afirmarse haberla alcanzado cuando “una vez delimitado el carácter de lo que se encuentra en numerosos casos, parece que se trata de un “objeto sociológico”, es decir de algo que se desprende de lo social, y no de lo psicológico, de lo colectivo y no de lo individual. Ahí aparece lo social que se expresa a través de voces individuales.

Es pertinente destacar que, por la naturaleza de aquello que se narra y por los criterios de selección de la muestra, en muchas ocasiones los relatos no versan sobre hechos de un pasado lejano, sino que se anclan en la realidad, de un presente que se desenvuelve (Clandinin, 2007) al mismo tiempo que las mujeres narran la historia. De aquí que la información y descripción sobre las prácticas y las modalidades que finalmente adquieren los arreglos llegan a tener un nivel de detalle fino.

2.7. Entrevistas

La entrevista narrativa es una forma particular de la entrevista en profundidad (Riessman, 1993; Flick, 1998, Schütze, 2010 en Agoff, & Herrera, 2019) que resulta idónea para reconstruir procesos subjetivos que se desarrollan en el tiempo. El comienzo del trabajo de campo fue el desarrollo de entrevistas narrativas a profundidad a mujeres, con la idea de conectar sus experiencias de atención a la salud durante su embarazo y parto con factores o eventos que las vinculan con niveles analíticos meso (institucional) y macro (social e histórico) para comprender su relación con el discurso médico y de salud, así como con las transformaciones sociales que llevan al retraso -respecto a los tiempos hegemónicos- de la maternidad. Para ello se elaboró una guía de entrevista que posibilitase la comprensión del punto de vista de las protagonistas, así como sus percepciones a partir de su experiencia en el proceso de atención a la salud.

Interesa destacar aquí la noción de proceso, ya que las interpretaciones y significados que realizan las mujeres, en muchas ocasiones emergen también de la situación de interacción de la propia entrevista, lo que remite a la reflexividad en la interacción entre informante/entrevistadora. De esta forma, si bien hay una parte de la historia que se narra que está vinculada con eventos o situaciones previamente transitadas; la interpretación que realizan también está atravesada por el contexto de entrevista, en la que las mujeres se ubican en la posición de explicar o justificar aquello que están relatando.

La entrevista es un encuentro social. Sautu et al (2005: 47) la definen como una conversación sistematizada que tiene por objeto obtener, recuperar y registrar las experiencias de vida guardadas en la memoria de la gente. Es una situación en la que, por medio del lenguaje, el entrevistado cuenta sus historias y el entrevistador pregunta acerca de sucesos, situaciones (Benadiba y Plotinsky, 2001:23). Cada investigador realiza una entrevista diferente según su cultura, sensibilidad y conocimiento acerca del tema, y, sobre todo, según sea el contexto espacio-temporal en el que se desarrolla la misma (Alonso, 1998:79). Esto último vale la pena resaltarlo porque como mujer sin hijos las inquietudes y diferencias que fueron surgiendo en el transcurso de los distintos diálogos enriquecía el proceso. Asimismo, al existir a priori una inquietud vinculada a conocer sus experiencias, las entrevistadas percibían las dudas y se comprometían con las respuestas que ofrecían. Esta situación generó que las entrevistas fueran momentos de disfrute y conexión, donde aparecía un espacio de encuentro e intimidad que permitía la comunicación de emociones y momentos conmovedores.

La entrevista cualitativa permite una lectura de lo social a través de la reconstrucción del lenguaje, en el cual los entrevistados expresan los pensamientos, deseos y el mismo inconsciente. En ellas se encuentran presentes tiempos y espacios diferentes: en primer lugar, el tiempo del entrevistado quien acepta “contar sus vivencias, sus intimidades”, para reconstruir sus experiencias pasadas con los ojos del presente; en segundo lugar, el tiempo del investigador, quien elabora y sistematiza la información a partir de la hipótesis e interpretaciones orientadas del proceso de conocimiento y de su propia percepción (Vela Pelón, 2013:67)

Valles (1997) afirma que, en las entrevistas cualitativas, las labores de contacto y presentación adquieren especial relevancia debido a la duración del encuentro y al tipo de información que se pretende recabar, más personal o incluso íntimo, lo que requiere un mayor detenimiento y cuidado en las formas sociales de la presentación. De ahí, el empleo de redes personales del investigador o canales sociales que faciliten el contacto y presentación entre el entrevistador y entrevistado (Valles, 1997:218).

Esta técnica tiene como objeto acceder a informaciones relacionadas con la reflexión del propio individuo sobre la realidad que vivencia, es decir, a las ideas,

creencias, opiniones, sentimientos, experiencias, maneras de sentir y actuar, razones de conductas, proyecciones hacia el futuro, etc. Pero la producción de esa información personal tiene lugar en un encuentro (Valles, 1999), en una interacción que es clave para comprender tanto el acceso al mundo subjetivo del entrevistado como la profundidad de sus revelaciones. En ese sentido Taylor y Bogdan (1987) definen a la entrevista en profundidad como “[...] encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (1987, 101). Una de las tareas germinales para avanzar en el reconocimiento de los derechos de las mujeres es tener en cuenta su voz y este es a su vez uno de los aspectos más ricos de esta investigación.

Evidentemente y como se ha mencionado con anterioridad la pandemia representó un reto en lo que respecta a la investigación social, que se basa en el encuentro cara a cara con las personas. El hecho de haber conocido sólo vía digital a las mujeres no fue, -a priori- el mejor escenario que se podría haber imaginado la investigadora. Sin embargo, la situación permitió realizar el trabajo de campo en un tiempo acotado gracias a la disponibilidad de las personas por la condición de encierro a la que debían estar expuestas para cuidarse. La entrevista en línea exponía las condiciones en las cuales las mujeres transitaban su maternidad.

Era posible observar quienes contaban con red de apoyo y quienes no y quienes se encontraban sobrepasadas con la tarea de cuidado y su trabajo, la denominada triple jornada. También era interesante percibir el vínculo que tenían con sus hijos/hijas, dado que tenían que cuidarles mientras respondían y entonces las veía comunicarse con ellos. No ha sido sencillo realizar las entrevistas en este contexto socio-sanitario pero igualmente fue posible reconocer algunas ventajas del mismo. Por ejemplo, durante las entrevistas, las mujeres percibían la condición de extranjera de la investigadora y aclaraban los ejemplos de situaciones coloquiales que involucraban elementos que podían ser desconocidos para alguien extranjero. Además, al estar dando la entrevista desde la casa, no había un problema de incomodidad respecto al tiempo de extensión de la entrevista. Al contrario, todas tuvieron absoluta disponibilidad al diálogo al expresar sus ganas de hablar de sus experiencias. Se

generaba una suerte de espacio un tanto terapéutico e incluso de denuncia para ellas al momento de relatar experiencias traumáticas.

En este sentido, el contenido de la guía de entrevista se fue flexibilizando en cada encuentro conforme se establecía cada diálogo a partir de la retroalimentación recibida. Así como también el intercambio con otros actores como médicos/as, doulas, asesoras de lactancia, etc. que facilitaron la identificación de nuevas dimensiones en relación a cada uno de los ejes temáticos que dan forma a la guía.

La guía de entrevista utilizada se estructuró en dos bloques principales y al inicio tiene una matriz en la cual se solicitaron datos sociodemográficos de la entrevistada. En cada bloque se incluyeron distintos ejes temáticos. El primer eje temático se centró en las percepciones sobre la maternidad y la atención a la salud. El segundo eje se focaliza en la indagación sobre las instituciones de salud, en los criterios que las llevaron a elegir las y el diálogo que se estableció con el equipo de salud durante el proceso de atención a la salud. Esta búsqueda tenía la intención de dilucidar las interacciones entre las mujeres de este grupo de edad y la institución de salud (Por ejemplo: ¿Qué buscabas al elegir ese hospital para atender el embarazo? ¿Cómo era el trato del personal de salud? ¿Qué aspectos son relevantes al momento de esta elección?). Por último, se hizo hincapié en el significado de la maternidad, su relación con el feminismo y el mundo del trabajo en la vida de cada ellas.

La primera estrategia por parte de la investigadora consistió en compartir la intención de la investigación, que consistía en conocer sus experiencias para desarrollar su tesis de doctorado. Aunque es sabido -siguiendo a Bourdieu- que la entrevista no se trata de un hecho ingenuo sino de cierta violencia simbólica, el hecho de explicitar la condición de estudiante de la entrevistadora, parecía generar una empatía inmediata, sumada a su condición de extranjera y la dificultad que ofrecía el contexto de pandemia. La solidaridad y disposición de parte de todas ellas fue un elemento central para el desarrollo del trabajo. Además, existió una aclaración previa al comienzo de la entrevista de que no se les pedirían datos privados de ellas ni de sus familias, sino que simplemente las preguntas estarían centradas en sus experiencias. Pero no involucrarían cuestiones que pudieran poner en riesgo su seguridad o la de su familia. De este modo, rápidamente se abría un espacio de diálogo

y disposición para compartir sus experiencias. Cabe señalar que se utilizaron pseudónimos para preservar la identidad de las entrevistadas.

2.7.1. Como un Kentuki en la entrevista

Durante la escena de la entrevista, ocurrieron distintas situaciones en las casas de las mujeres que podían observarse a través de la cámara. Una de ellas ponía en el horno la comida mientras respondía las primeras preguntas de carácter socio-demográfico. Otra estuvo toda la entrevista con sus gemelos alrededor, dando vueltas cerca de ella y alternaba las respuestas con gritos de alerta a sus pequeños. En tanto Sandra, se había ocupado personalmente de tomarse ese momento y tener entera disponibilidad para platicar sobre su experiencia de maternidad, expresamente mencionó que era un lujo que se daba tener ese tiempo. Gloria, tenía a su hijo pequeño cerca y cada tanto interrumpía con algún pedido menor, pero lo más curioso de su caso es que su ex pareja estaba a su lado. Entonces al momento de ser entrevistada sobre sus interrupciones de embarazo, lo respondió mediante el chat porque no quería que su ex supiera sobre el tema.

Es así que estas distintas situaciones permiten reflexionar sobre la interacción social de la entrevista y vincularla con la herramienta que la escritora Samantha Schwebelin inventa para referirse a la sociedad hiper tecnologizada. La autora denomina Kentuki a un aparato que se encuentra a medio camino entre un teléfono y un peluche que alguien anónimo maneja a distancia desde una tableta. De este modo, Schwebelin a través del Kentuki se inmiscuye en la vida de distintas personas en todo el mundo. Por supuesto que se trata de una obra literaria, de un mundo distópico, aunque resulta útil para ilustrar lo que sucede en las entrevistas que se realizaron para este estudio. Así, se encendía la cámara y se observaban las interacciones de la mujer con su hijo o su pareja. Esto permitió conocer elementos analíticos más allá de las formas en que ellas relataban sus experiencias. Porque lo que se observaba podía complementarse con las narrativas, y de este modo era relativamente sencillo percibir quienes estaban acompañadas y quienes no, quienes tenían red de apoyo y cuidado, y quienes no.

2.8. Las emociones en el proceso de la investigación: ¿Qué me ayuda a entender mi emoción y la de las entrevistadas?

Existe una dimensión afectiva que permite comprender lo que en este apartado se propone exponer: el modo en el que las emociones afectaron el estudio. Al mismo tiempo que se muestra cómo el propio proceso afectó -emocionalmente- a la investigadora. Se trata también de asumir la reflexividad, la cual en el trabajo de campo consiste en el proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad entre la reflexividad del sujeto cognoscente -sentido común, teoría, modelo explicativo de conexiones tendenciales— y la de los actores o sujetos/objetos de investigación (Guber, 1988).

La intención es desplegar los climas emocionales durante el proceso de investigación, con el propósito de señalar la relevancia de las emociones para la construcción de conocimiento social.

Sin embargo, para algunos autores la emoción es el “anti-método” (Guber, 2015:117) que nos aleja del conocimiento racional y objetivo. Guber señala la existencia de una perspectiva que considera que “las emociones pertenecen al dominio privado del individuo, al que solo puede acceder la psicología” (Guber, 2015:117). Es llamativo hacer esta referencia porque en el caso de este estudio las emociones se erigieron en un punto central para comprender los relatos. Al contrario de las miradas tradicionales, aquí las emociones son un motor para el análisis y en ellas se traduce mucha información útil para dar cuenta de su experiencia.

En tanto hay disposición a escuchar a las personas se abre una puerta al encuentro y a los sentimientos que pueden ser más empáticos o más de retracción, según sea el caso. Previo al encuentro de la entrevista se comienza el vínculo con las personas a través de la comunicación para acordar día y hora de entrevista. Desde ese momento emergen emociones de nerviosismo, como si estuviera por comenzar una aventura. Cada historia es distinta y tiene su riqueza. Guber sostiene que “temor, ansiedad, vergüenza, atracción, amor y seducción caben en una categoría sistemáticamente negada por la metodología de la investigación social: la emoción, contracara subjetiva, privada e íntima de la “persona” en tanto sujeto jurídico” (Guber,

2015:117). Efectivamente es algo que está relativamente poco enunciado en los manuales de metodología, aunque se trate de un elemento central en este trabajo. Las mujeres exteriorizan distintas emociones durante su relato y eso tiene un efecto directo en quien las escucha.

Se retoma aquí el tema de las emociones porque se ha vuelto un elemento clave del análisis, no solo en lo relativo a los resultados de la información sino también en lo que respecta al proceso de investigación. Las emociones han sido una ventana para la comprensión de las trayectorias de atención a la salud, un eje fundamental para el análisis porque permiten conocer desde el nivel micro social de la emoción de una persona, aquello que acontece en relación al nivel macro: se constituyen en un puente para la observación de lo social.

Durante los distintos encuentros de entrevista las emociones variaban. En algunos casos la piel se erizaba frente al relato de las pérdidas de embarazos previos. También apareció la impotencia y el enojo al oír los relatos de las madres solteras que describen cómo habían continuado con sus embarazos a pesar de haber sido abandonadas por su pareja al momento de enterarse la noticia.

Luego la emoción de alegría, e incluso lágrimas, al escuchar los relatos emocionados de partos transitados con amor y acompañamiento. Sin ánimo de romantizar esos escenarios era contrastante dicha descripción frente a aquellas en las que, a pesar de haber estado meses preparándose de manera integral para recibir a su bebé mediante parto natural, se sorprenderían al recibir el diagnóstico de cesárea.

La sorpresa y el asombro también aparecieron durante los encuentros, al escuchar que una mujer haya esbozado cierto arrepentimiento frente a la experiencia de la maternidad. O que otra se comenzó a organizar para formar un grupo de madres solteras por decisión, para demandar acompañamiento del Estado.

Al mismo tiempo, este proceso se vio atravesado por un contexto de pandemia intempestivo que implicó cambios al quehacer de la investigación, un encierro obligatorio, dejar de asistir a la universidad. Bibliotecas cerradas, congresos suspendidos. A pesar de vivir esta situación anómala en condiciones de privilegio, cabe reconocer que no ha sido un tiempo fácil, ya que la angustia acompañó el tiempo de trabajo y es un sentimiento con el cual se aprendió a lidiar y convivir.

Los relatos de madres migrantes con cierta desconfianza respecto al personal de salud por su condición de centroamericana también han provocado sorpresa por parte de quien las escuchó.

Distintas emociones han atravesado el camino de esta investigación, la decisión, la convicción y el amor con el cual las mujeres se refieren a sus experiencias han aportado un condimento esencial para motorizar esta tarea de aportar a la construcción de conocimiento. Simmel postula a las emociones como una forma basal de apropiación del mundo, aunque no siempre las nombre como tales (Gerhards, 1986). Es decir, que son una forma de expresión que tienen las personas para apropiarse de su entorno; son la condición de producción de lo social. Para este autor 1) sirven a los seres humanos para discriminar lo que es importante de lo que no lo es, a semejanza de la contraposición entre lo sagrado y lo profano de Durkheim; 2) otorgan viabilidad a la creciente interdependencia que implica el proceso de diferenciación social. Las emociones son el hilo intangible que enlaza la red de intercambios y efectos recíprocos que supone la interacción social, lubricándola (Gerhards, 1986: 13). Como un producto (consecuencia) de las interacciones sociales, las emociones perpetúan los vínculos entre las personas dando lugar a la cohesión y la reciprocidad social (Simmel en Sabido, 2016). En otras palabras, las emociones son centrales para comprender la interacción social, y aquello que opera por detrás de la dinámica social.

2.9. Análisis de la información

Cada uno de los capítulos analíticos que componen esta investigación, se construyó principalmente a partir de la identificación de patrones en las narraciones de mujeres; es decir, patrones relacionados con las trayectorias de atención descritas en el diseño e identificados por medio de las técnicas de investigación.

Se buscó garantizar la variabilidad de la muestra al combinar distintas trayectorias respecto a la atención en servicios de salud públicos y privados y ocupaciones: profesionales y no profesionales. Para sistematizar las entrevistas se utilizó el software ATLAS.TI para análisis cualitativo; se codificaron cada una de éstas de acuerdo a las temáticas de las distintas trayectorias vinculadas en la narraciones

de las mujeres relacionadas con: emociones sobre la maternidad, redes de apoyo durante el embarazo, diagnósticos de riesgo y salud, cada una se dividió en subcódigos que permitieron la identificación de patrones narrativos y, posteriormente, la elaboración de los capítulos de análisis.

El análisis de la información que brindaron las entrevistas se desarrolló con el “análisis temático”. Esta técnica de investigación permitió ordenar los datos y así dotar de sentido para la comprensión de las narrativas en un contexto específico. Según Araya (2002) y siguiendo la línea teórica de Bardin, se enfatiza el análisis de contenido en las dimensiones ocultas, el sentido latente y la inferencia a partir del relato emanado por los sujetos (Díaz Herrera, 2018, 125). Esta técnica de investigación se desarrolla centralmente en tres etapas a) la lectura sistemática, familiarización y codificación de las entrevistas, b) el desarrollo de temas y elaboración de núcleos temáticos según su relevancia, significado y relación y, c) la organización y comparación constante de los resultados (Patton, 2002:452-471).

En un primer momento se busca construir un sistema de categorías exhaustivo desde la inducción, cercano a los testimonios, enfatizando incluso las palabras textuales de las entrevistadas o bien inventando categorías de bajo nivel de abstracción teórica (Dey, 1998). Luego, en un segundo momento, la totalidad de las categorías son re-significadas desplegando un nuevo y distintivo sistema de categorías de mayor nivel de abstracción. En esta etapa el procedimiento de análisis reside en la sistematización y búsqueda de relaciones entre las categorías. Es decir, se elaboran núcleos temáticos según su importancia, significado y conexión. En la tercera etapa se reorganizan las grandes categorías creadas de los temas o “núcleos temáticos” y se interpretaron a la luz de la perspectiva teórica.

2.9.1. Indagación digital

Cabe mencionar que como parte del análisis y para complementar la información que arrojaron las entrevistas, se recurrió a la indagación digital. La misma no se tenía contemplada previo a la pandemia, a excepción de portales de periódicos o páginas de instituciones encargadas de regular la atención a la salud.

Sin embargo, a partir de la situación que desató la situación sanitaria mundial se encontró que recabar información a través de la plataforma digital Instagram era útil para conocer mejor el perfil de las mujeres-madres. Aunque todo el material digital disponible sobre maternidad actualmente sirve de objeto para otra tesis doctoral, se encontraron datos relevantes para el análisis y comprensión del tema de estudio.

Los perfiles de asesoras de lactancia, de crianza, de “Baby Led Weaning o BLW” [el bebé conduce el destete], y de las madres que publican su experiencia de embarazo, parto y puerperio con un detalle de casi minuto a minuto, constituyen una comunidad digital casi infinita y de este modo se produce una vasta cantidad de material plausible de ser analizado. Interactuar en las distintas redes sociales y páginas de internet con el mundo de la maternidad permitió la observación y el acercamiento a las experiencias y a comprender todos los elementos que es debido tomar en cuenta para el análisis.

A la vez posibilitó descubrir los talleres de escritura para maternidad, los espacios de encuentro para conversar sobre el puerperio, las clínicas de fertilización asistida, las ventajas de los hospitales que ofrecen “parto respetado” brindando pláticas dirigidas a las mujeres durante el embarazo. Interactuar con esos espacios en línea permitió observar no sólo lo que se les ofrece a las madres a través de esos medios, sino también cómo ellas lo viven: sus hábitos, emociones, y percepciones en los meses que transitan el embarazo.

A partir de la conexión que las mujeres establecieron con la presente investigación, algunas se conectaron a través la red social Facebook o Twitter y de este modo era posible acceder a su información personal, que incluía fotografías, videos, relatos e ideas personales sobre su maternidad que no fueron específicamente expuestas en la entrevista, lo que permitía contar con información extra sobre sus percepciones. Estos videos y demás elementos pasaron a formar parte de las fuentes de información y posteriormente analizados.

La búsqueda en este tipo de indagación en plataformas digitales adquiere significado dentro de la investigación cuando se realiza, al igual que una entrevista o encuesta, con un objetivo específico. En el caso de esta investigación el objetivo consistía en reunir un conjunto organizado de información publicada por mujeres que

exponen sus experiencias de maternidad, a fin de comprender aspectos valorados por ellas mismas en sus trayectorias de atención a la salud.

La indagación en redes sociales y páginas de internet constituyó una oportunidad para crear un enlace con las mujeres y comprender algunos elementos previamente a realizar las entrevistas. Al mismo tiempo, fue útil para la obtención de información que, con otras técnicas de investigación hubiera sido imposible, ya que no fue posible para la investigadora hacer observación participante en instituciones de salud. Es necesario reconocer que el desarrollo tecnológico ofrece nuevas formas de acercamiento para las ciencias sociales y miradas nuevas desde diferentes dimensiones.

Capítulo 3. Un marco contextual social y literario para estudiar a la maternidad post-35

Introducción

Las experiencias de maternidad que constituyen el corazón de este trabajo se sitúan en la Ciudad de México, es allí donde transcurren las historias de las personas que aquí se analizan. Esto sucede en una ciudad latinoamericana, signada por una profunda desigualdad social y en el acceso a la salud, lo que por lo tanto produce brechas socio-sanitarias. Las mujeres embarazadas después de los 35 años no se encuentran exentas de esta situación, aunque la mayoría de quienes fueron entrevistadas cuentan con ciertas condiciones económicas que les allanan el camino.

Como se mostró en el capítulo anterior, algunas de ellas son trabajadoras profesionistas y otras estudiantes de posgrado. En todos los casos son mujeres que buscan tener o tienen una carrera profesional, la cual desarrollan en paralelo a la crianza de sus hijos(as). A partir de sus testimonios, se evidencia el cambio que la mayoría de ellas ha realizado respecto a generaciones anteriores de sus familias, donde muchas de las madres y abuelas no trabajaban en forma remunerada y se dedicaban de manera exclusiva al cuidado de sus hijos(as) y a la realización del trabajo doméstico no remunerado en el hogar por responsabilidad familiar y afectiva.

Los elementos distintivos que caracterizan el proceso de atención a la salud de mujeres embarazadas después de los 35 años en la Ciudad de México se circunscriben a un contexto de transformaciones demográficas, sociales, económicas y culturales acontecidas a lo largo de las últimas décadas del siglo XX. Entre las más significativas se encuentran: indicadores demográficos como la demora en la llegada del primer hijo, la expansión educativa, los mayores niveles de logro educacional de las mujeres y el incremento de su participación en el mercado de trabajo¹¹.

En el siguiente capítulo se describen estos cambios con el propósito de situar las experiencias de maternidad y la atención a la salud durante el embarazo en la

¹¹Los desafíos de la baja fecundidad en América Latina y el Caribe. Cabella y Natha. consultado el 20-11-2021

Ciudad de México. Fundamentalmente este desarrollo se sustenta en los resultados de investigaciones sobre maternidad y salud recientes, en literatura contemporánea y en materiales disponibles en cuentas como Instagram o Youtube. La propuesta no busca realizar una revisión exhaustiva sobre dichas transformaciones, sino presentar algunos elementos esenciales que permitan contextualizar el análisis.

Por lo tanto, el objetivo principal de este capítulo es desplegar el contexto en el que sucede la maternidad después de los 35 años en la Ciudad de México. Para ello se busca identificar los puntos de interés de esta investigación y delinear los elementos que permitan comprender los marcos de referencia desplegados por las propias mujeres para explicar sus trayectorias de atención a la salud.

Es preciso mencionar cuestiones estructurales que moldean el contexto en el que se desarrolla el tema de investigación. A nivel estructural se encuentra que la maternidad ha comenzado a ser un tema con mayor visibilidad y cuestionamiento en los últimos años, gracias al avance del feminismo que contribuyó a cuestionar el rol tradicional de la maternidad y cierta democratización de la información sobre los temas asociados a la misma: embarazo, parto, puerperio, lactancia y crianza. Así como la apertura de espacios colectivos donde las mujeres se reúnen para compartir sus experiencias como los grupos de Facebook, o espacios presenciales de escritura, podcast, etc. Esta dimensión cultural del contexto será revisada en detalle más adelante. La literatura y las redes sociales aparecen como elementos emergentes en la investigación que acompañan a las mujeres en sus experiencias porque se constituyen en un sostén, y en parte de la red que necesitan en ese tránsito hacia la maternidad. Las redes de apoyo ya no están únicamente constituídas por la familia, por la abuela que recomendaba el *atole con cerveza*, que era la única y mejor opción sino que se complementan con dichos elementos. Las redes sociales y la literatura contemporánea son recursos disponibles que no existían hace algunas décadas atrás.

De esta forma, el contexto expresa transformaciones sociales insoslayables como son: el ingreso masivo de la mujer al mercado laboral, la demora de la llegada en el primer hijo o la tendencia a la caída de la fecundidad. También factores socio-culturales como la flexibilización económica de la vida cotidiana o la extensión del período educativo a través de los estudios de posgrado han contribuido a crear algo

similar a una 'norma social' que sugiere la llegada de los hijos como un inconveniente hasta que la situación económica se encuentre estabilizada. Es por ello que el calendario de fecundidad se vería condicionado por las posibilidades de incorporación al mercado de trabajo.

Durante el desarrollo de las primeras preguntas de investigación, a saber: ¿Cómo viven las mujeres su embarazo después de los 35 años? ¿Cuál es la respuesta del sistema de salud a este grupo poblacional específico?, y del comienzo de la misma en su fase exploratoria, surgieron algunos ejes como la influencia de la literatura contemporánea, la presencia de las redes socio-digitales, los cambios en el imaginario sobre la maternidad que fungieron como pistas para comenzar a delinear el problema de estudio. Los mismos fueron fundamentalmente cierta literatura contemporánea escrita por autoras mexicanas, la emergencia de cuentas de Instagram o Facebook en redes socio-digitales, así como canales de Youtube, que estaban orientadas a referirse a temas de maternidad. Este ha sido un punto de partida sustancial a partir del cual comenzar a reflexionar sobre el tema de investigación. Es por ello que este capítulo despliega las principales ideas que estos ejes brindaron para la comprensión del fenómeno.

Para cumplir con el objetivo del capítulo, se realizará un recorrido de los distintos aspectos que constituyen a las maternidades después de los 35 años. Los mismos se abordan en diferentes apartados: en primer lugar, se despliega la historia de la dimensión sociodemográfica de la maternidad, donde se explica el retraso en la llegada del primer hijo. A continuación se sitúan las transformaciones a nivel socioeconómico, que comprenden el acceso a la educación y al mercado de trabajo. Más adelante se explica el contexto de la Ciudad de México, donde se llevó a cabo el estudio. Luego se desarrolla una síntesis de la legislación y los derechos para la protección de la maternidad y la salud. Por último, se consideran los cambios que han ocurrido a nivel cultural, puntualmente en el campo literario y en las redes socio-digitales.

3.1. Dimensión sociodemográfica de la maternidad: un poco de historia

El objeto de este trabajo es analizar las trayectorias de atención a la salud de mujeres después de los 35 años, partiendo de comprender que este grupo es considerado de alto riesgo por la perspectiva clínica. Es por ello que uno de los ejes que se identifican para su estudio es la demora de la maternidad, ya que desde una perspectiva biológica, la mejor edad para tener el menor riesgo de complicaciones en el embarazo y en el postparto es entre los 18 y los 35 años. Por tal motivo, se revisa a continuación la postergación de la fecundidad: ¿Qué sucede en las sociedades para que esto comience a suceder?

La postergación de la fecundidad se ha vuelto una característica dominante de los patrones reproductivos en las sociedades postindustriales (Bongaarts y Sobotka, 2012). Diversos factores han sido identificados en la literatura sobre demografía como las principales fuerzas detrás de este fenómeno: la introducción de la píldora anticonceptiva y otros métodos anticonceptivos fiables, el aumento de la participación de las mujeres en el sistema educativo y el mercado de trabajo, la mayor inestabilidad de las uniones y el aumento de la cohabitación no matrimonial, la creciente importancia de los valores e ideales de autonomía individual, realización personal y equidad de género, tal como fueron identificados en la segunda transición demográfica, y el aumento de la incertidumbre económica que enfrentan los jóvenes en el proceso de inserción laboral y emancipación del hogar familiar (Beets, 2010; Billari, Liefbroer y Philipov, 2006; Ní Bhrolcháin y Beaujouan, 2012; Sobotka, 2004 y 2010; Surkyn y Lesthaeghe, 2004).

El Estado mexicano comenzó a tener en cuenta las recomendaciones internacionales acerca del requerimiento de reducir las tasas de fecundidad luego de un período de importante crecimiento poblacional hacia mediados del siglo XX. Hasta aquel momento, se consideraba a las mujeres esencialmente como reproductoras y respondía a la ideología de la iglesia católica y a las creencias populares que percibían a los hijos como un regalo divino y riqueza de las familias y la nación (Rivas, Amuchástegui y Ortiz-Ortega, 1999 cit. en Asakura, 2000).

Varios son los estudios que señalan que desde los años ochenta se producen en México cambios en términos de prácticas reproductivas y fecundidad. Se considera que en promedio y a nivel nacional se observa una caída en las tasas de fecundidad, y se extiende el uso de anticonceptivos. A su vez, las mujeres atrasan la edad en la que inician la vida en pareja y en la cual comienzan a tener hijos(as), tienen relaciones sexuales antes de casarse y viven con más de una pareja a lo largo de su vida (Asakura, 2000; 2005; Sánchez Bringas, 2003; Torres, 2005).

Estos cambios se vinculan con indicadores como el incremento del nivel educativo, el ingreso al mercado laboral o la obtención de recursos económicos, entre otros elementos que según Torres (2005) y Sánchez Bringas (2003, 2005) influyen decisivamente en la autonomía de las mujeres y en las decisiones que toman sobre su vida sexual y reproductiva.

A partir de la década del setenta comenzaron a implementarse diversas políticas de planificación familiar y se estableció con rango constitucional el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, el número y espaciamiento de sus hijos(as) (Asakura, 2000). Incluso se extendió el uso de los anticonceptivos y otros dispositivos intrauterinos, destinados sobre todo a reducir la fecundidad de mujeres que estuvieran en pareja y tuvieran hijos(as); a su vez se difundió la esterilización femenina, que en muchas ocasiones se realizaba sin el consentimiento de las mujeres u otorgándoles escasa o nula información sobre este procedimiento u otros métodos anticonceptivos (Borjón López- Coterilla, 2005; Cervantes, 1998; Figueroa et al., 1994; Vallarta Vázquez, 2005).

En línea con el planteo de autoras como Asakura (2000, 2005), Sánchez Bringas (2003) y Torres (2005) las políticas de planificación familiar implicaban la enajenación del cuerpo femenino. Porque no estaban orientadas a la mujer como sujeto, sino a los cuerpos de las mismas como objetos sobre los cuales se ejercía el control. Estaban fundamentalmente dirigidas a mujeres casadas o en pareja, se destacaban los valores familiares conservadores, y se soslayaba la autonomía de la sexualidad femenina en tanto no se mencionaba la vida sexual no procreativa, y sólo se proponía reducir la cantidad de hijos(as).

Entre las consignas en las campañas de planificación familiar, estaban: “Vámonos haciendo menos”, “La familia pequeña vive mejor” o “Pocos hijos para darles mucho” (Torres, 2005). A pesar de las controversias, las mismas lograron reducir el promedio de hijos(as) a nivel nacional y se observó una caída sostenida desde los años setenta hasta el presente: en 1970 el promedio fue de 3.1, en 1990 2.8, en el 2000 2.6 y en el 2010 2.3 (Censos de Población y Vivienda, INEGI, consultado el 17 de mayo de 2021).

También se observó un incremento en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil (15 a 54 años): en 1976 el 30.2% de estas mujeres utilizó anticonceptivos, en 1987 52.7%, en 1992 63.1%, en 1997 68.4% y en 2009 ascendió a 72.3% (INEGI, consultado el 17 de julio de 2021). Pasaron muchos años hasta que se habló de salud reproductiva en las políticas públicas, concepto que contiene una visión más incluyente, donde se reivindica la sexualidad por placer. Es con la creciente influencia del movimiento feminista a partir de los años ochenta, tanto a nivel internacional como nacional, donde logra mayor inserción e injerencia institucional, que se logra cuestionar el concepto de planificación familiar para introducir primero la idea alternativa de salud reproductiva y luego de derechos reproductivos.

En este período, Asakura (2000) sostiene que el Estado se suscribe a la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgos impulsada por Naciones Unidas, en la cual se comienza a considerar como objetivo de las políticas la salud de la madre para dejar de verla sólo como vehículo para controlar cuestiones como el crecimiento demográfico o la salud infantil. También se tiene en cuenta la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde finales de la década del cuarenta que implica “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1998: 10). En términos de salud sexual y reproductiva se valora “de manera integral la salud de las mujeres, sus derechos y su posición en la sociedad y responsabiliza también al hombre del proceso de la reproducción humana” (Sánchez Bringas, 2003: 41).

El planteo de Asakura (2000) permite resignificar las relaciones entre los géneros, al plantear el uso de anticonceptivos no sólo para el control de la fecundidad sino como un medio para tener una vida sexual satisfactoria y segura, distinguiendo la

vida sexual de la reproducción. El feminismo buscaba transformar las relaciones de poder en el espacio de reproducción y así luchar contra la desigualdad de género, en lugar de concebirlo sólo como una cuestión meramente de control de la reproducción femenina como se planteaba desde el Estado.

Por su parte, Sánchez Bringas destaca que este cambio de perspectiva no se traduce inmediatamente al ámbito de las políticas públicas en la salud. Aunque a partir de los años noventa se presentan cambios en el uso de los anticonceptivos, “para la mayoría de las mujeres, la anticoncepción siguió siendo (principalmente) una estrategia para limitar el tamaño de la familia”, algo que se puede observar con el escaso uso que hacían de éstos las mujeres solteras, divorciadas, separadas y viudas (Sánchez Bringas, 2003: 40).

Efectivamente según los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), se estima que para el año 2009, el porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que utilizaba anticonceptivos era de un 72.5% frente a un 49.9% de mujeres de cualquier estado civil (ENADID, 2009). Actualmente, los programas gubernamentales han adoptado parcialmente el concepto de salud reproductiva pero todavía están lejos de la aceptación de la terminología de los derechos que, como explica Figueroa, “con el primer término se sigue haciendo hincapié en el ámbito medicalizado, mientras que con el segundo se privilegia el ejercicio ciudadano para construir el espacio reproductivo” (Figueroa, 1999: 69).

Como se observa en este apartado, la postergación de la fecundidad se encuentra atravesada por elementos sociales, culturales y económicos, a la vez que se está influida por la expansión educativa, eje constitutivo de este análisis que se desarrolla a continuación.

3.2. Expansión educativa

A partir de mediados del siglo XX la expansión educativa en México se orientó a universalizar el acceso a la educación primaria, potenciar la educación secundaria y contrarrestar la desigualdad inherente a las condiciones iniciales del origen y al

género. Produjo considerables mejoras en los niveles de escolarización de la población en general.

Tal como señalan distintas autoras como Asakura (2000, 2005), Sánchez Bringas (2003) o Torres (2005), uno de los factores que se relaciona con la caída en la fecundidad de las mujeres tanto a nivel nacional como en la Ciudad de México, es el incremento en el nivel educativo que han tenido en las últimas décadas.

La educación de las mujeres es uno de los determinantes centrales de las diferencias en la edad de ingreso a la maternidad, a la vez que se constituye en una de las variables explicativas más utilizadas en la literatura sobre el comportamiento reproductivo de la población.

Si se consideran los datos de los Censos Nacionales de Población y Vivienda de 1990, 2000 y 2010 se puede constatar para la población femenina de 12 años y más que, tanto a nivel nacional como a nivel de la Ciudad de México, las mujeres en promedio han aumentado su nivel educativo. Si se compara el acceso a la educación que existe a nivel nacional en 2010 respecto a la situación de 1970 se puede observar el gran avance que ha habido sobre todo en términos de acceso a educación media superior y superior, donde medio siglo atrás las mujeres tenían una participación marginal: en 1970 las mujeres sin escolaridad representaban un 35% en promedio a nivel nacional, con primaria incompleta un 37.2%, con primaria completa un 18%, con secundaria incompleta un 2.4%, con secundaria completa un 2.5%, con educación media superior un 3.7% y, por último, con educación superior sólo un 1.2% (Censo de Población y Vivienda, INEGI, consultado el 20 de agosto de 2021).

De la misma manera que sucede con la fecundidad y el acceso a derechos sexuales y reproductivos, la Ciudad de México se presenta como la entidad con mayores avances en términos educativos para las mujeres.

Estos datos permiten comprender el contexto en el cual se sitúan las mujeres entrevistadas en este estudio. En su mayoría se trata de mujeres que han aplazado la decisión de ser madres para priorizar su formación, es decir que son resultado de la expansión educativa.

3.3. Mercado de trabajo

Hacia finales de la Segunda Guerra Mundial, la mayor parte de la población económicamente activa de América Latina se vinculaba a la agricultura. El porcentaje de la población económicamente activa en la región en actividades agrícolas alcanzaba el 55% (Szasz y Pacheco, 1995:55). Durante el período de posguerra, las economías de la región impulsaron una estrategia económica orientada a la industrialización sustitutiva de importaciones (modelo ISI) y de esta manera fortalecer el desarrollo del mercado interno y lograr una dinámica de crecimiento económico autosostenido.

En términos generales, esa estrategia provocó importantes procesos de urbanización de la población (ej. migración campo-ciudad), al mismo tiempo que transformó radicalmente la composición interna de los mercados de trabajo. Para el caso de México, “(...) en los años anteriores a 1980 las fuentes de información a nivel nacional permiten evidenciar un claro aumento del trabajo femenino. En 1950, según el Censo General de Población, el 13% de las mujeres mexicanas de 12 años y más se declararon como económicamente activas; en 1970, dicha cifra ascendió al 16%, según esta misma fuente; en 1979 alcanzó alrededor de 21%, conforme a la encuesta continua de ocupación (ECSO)” (García y Oliveira, 1994:40).

Distintos estudios señalan que México no es la excepción en la tendencia regional que muestra un incremento de la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo remunerada a partir de la segunda mitad del siglo XX (Asakura, 2000; García y Oliveira, 1994; Knaul y Parker, 1996; Sánchez Bringas, 2003). En el caso mexicano, estos autores sostienen que el aumento de la participación en el trabajo remunerado se produce después que en otros países de la región ya que hasta la década del setenta se encontraba muy por debajo de otros países latinoamericanos, en lo que respecta a actividades extra domésticas destinadas a la producción de bienes o servicios. Sin embargo, entre 1970 y 1990 “el incremento de la participación de las mujeres mexicanas en el mercado laboral ha sido más rápido que en otros países de Latinoamérica y esto ha permitido al país alcanzar al resto de la región” (Knaul y Parker, 1996: 584).

El incremento de la participación de las mujeres en la Población Económicamente Activa (PEA) es destacable en tanto representa un desafío a los valores y normas culturales tradicionales sobre la feminidad que asignan a las mujeres únicamente los trabajos reproductivos como la procreación, el cuidado, la socialización de los hijos(as) y las tareas domésticas de manutención cotidiana (Barbieri, 1984; Jelin; 1984; Oliveira y Montes, 1989).

Sin embargo, a pesar de que ha aumentado la proporción de mujeres en el mercado laboral, todavía se sigue registrando un fuerte sesgo femenino en las labores domésticas. Tal como señalan Asakura (2000) y Buquet et al. (2013), el aumento de la presencia femenina en la actividad económica no se ha traducido en la misma proporción en un aumento de la participación de los hombres en la realización de los trabajos domésticos. En este sentido, el avance en términos de acceso a la posibilidad de trabajar, tiene su contracara.

Algunos estudios analizan los factores que influyeron e impulsaron de manera masiva la entrada de las mujeres al mercado laboral en México señalan que fue una conjunción entre la crisis económica de los años ochenta, la creciente urbanización, el incremento del nivel educativo y la disminución de la fecundidad (Asakura, 2000; Sánchez Bringas, 2003).

Retomando el planteo de Asakura se constata que la participación femenina en el ámbito laboral crece a pesar de que la carga de trabajo doméstico no se reduce en la misma proporción, lo que demuestra que el trabajo doméstico y la maternidad ya no son obstáculos para que las mujeres trabajen fuera del hogar (lo cual no quiere decir que estén dadas las condiciones para la conciliación de ambas tareas ni que esto implique menor desigualdad en el reparto de las tareas domésticas).

Un punto importante radica en que cada vez más mujeres que ingresan al mundo laboral no sólo por una necesidad económica sino también porque, como se registra en un estudio realizado por Oliveira y García (1994), se han producido cambios en los significados del trabajo para la población femenina: cada vez hay más mujeres que consideran al trabajo extradoméstico como parte de su proyecto personal y que se sienten útiles y satisfechas realizando estas tareas.

En este sentido, distintos estudios señalan que tener un empleo brinda, en primer lugar, satisfacciones y gratificación al ofrecer independencia económica, social y emocional para las mujeres, lo que mejora su autoestima (MCQuillan, et al., 2007; Braun et al., 2008; Díaz Gorkinkiel, 2011; Fothergill, 2013). En segundo lugar, las mujeres se sienten empoderadas cuando aportan ingresos al hogar y más aún cuando son las principales proveedoras económicas (Lerussi, 2008; Crozier, 2010; Parella Rubio, 2012). En tercer lugar, se menciona que muchas mujeres sienten orgullo por lidiar con múltiples tareas entre las que se encuentran el empleo y la maternidad (idea de “super-mujer”) (Braun et al., 2008).

En cuarto lugar, muchas mujeres conciben que aportar dinero al hogar no sólo les brinda independencia o las empodera sino que es parte de sus responsabilidades maternas (Hondagneu-Sotelo y Ávila, 1997; Braun et al., 2008; Díaz Gorkinkiel, 2011); en quinto lugar, se observa una identidad que algunos autores llaman “materna/laboral integral” que implica una valorización casi en igualdad de condiciones de la importancia para las mujeres del empleo y la maternidad ya que es la condición que les permite ganar participación y ciudadanía, además de formar parte de su identidad (MCQuillan et al., 2007; Braun, et al., 2008).

Las mujeres que conforman la muestra de esta tesis, son parte de este desarrollo del mercado de trabajo en tanto priorizan el trabajo en su vida, es decir, otorgan relevancia a vida pública quizá tanto como a la vida privada de su maternidad.

3.4. El contexto de salud en la Ciudad de México

La Ciudad de México es el contexto en el cual se inscriben las maternidades que se analizan en este estudio y presenta particularidades respecto al resto del país que precisan ser señaladas. Como sucede regularmente con las capitales de varios países latinoamericanos, la ciudad capital de la República Mexicana se erige como una “isla progresista”. En tanto es un espacio de vanguardia para derechos y libertades en relación a otras ciudades del país. Su contexto político se destaca por sus avances en materia de legislación respecto a otros estados en los cuales las reformas jurídicas para garantizar los derechos de las personas son limitadas. Un claro

ejemplo de ello es la posibilidad de acceder al matrimonio entre personas del mismo sexo.

Otro ejemplo de ello es que la Ciudad de México constituye una de las ocho entidades del país -junto con Guerrero, Oaxaca, Hidalgo, Veracruz, Baja California, Colima, y Sinaloa- en la cual desde el año 2007 se reconoce legalmente el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo hasta la doceava semana de gestación de manera libre y gratuita. Estadísticas realizadas por el Grupo de Información de Reproducción Elegida (GIRE), señalan que desde la legalización del aborto y hasta el 31 de marzo de 2016 se han realizado 156.964 procedimientos de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) a mujeres de distintos estados del país (“Advierte GIRE retroceso si echan atrás aborto legal”, 2016).

Sin embargo, el caso de la Ciudad de México no es homogéneo en términos de fecundidad y prácticas reproductivas. A partir de los datos proporcionados por los Censos de Población y Vivienda (INEGI) se puede constatar que el promedio de hijos(as) varía según el nivel educativo, la edad, la ocupación o el estado conyugal, por mencionar algunas variables. La caída de la fecundidad ha sido constante y tiene el promedio de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) más bajo del país para todos los grupos de edad. Si se comparan los datos censales, es posible observar que el promedio de hijos(as) en la Ciudad de México para el año 2000 fue de 2.0 frente a 2.6 a nivel nacional y que para el año 2010 el promedio fue 1.9 y 2.3 respectivamente (Censo de Población y Vivienda, INEGI, consultado el 19 de mayo de 2021).

Además, la Ciudad de México es desigual en términos económicos, lo que se traduce en una desigualdad en salud. Esta situación viene acompañada, al mismo tiempo, de una fuerte fragmentación del sistema de salud. Es en este contexto de desigualdad y fragmentación donde transcurren las trayectorias de atención estudiadas aquí.

Los cambios socio-epidemiológicos más importantes y que impactan directamente al sistema de atención a la salud, son el incremento de los riesgos estructurales (desempleo, empleo precario, pérdida salarial, deterioro de condiciones de vida), los procesos de poblamiento/despoblamiento de la zona metropolitana, con la expulsión de pobres urbanos hacia la periferia; así como, la transición demográfica

y la mayor complejidad en los perfiles de enfermedad y muerte de la población urbana (Lopez Arellano et al, 2011).

3.5. Leyes y derechos de protección a la maternidad y la salud

Es importante tener en cuenta las políticas y legislaciones que existen sobre el tema en tanto brindan garantías a las mujeres, y permiten avances en sus vidas. Sin embargo, muchas veces existe un profundo desconocimiento sobre estas leyes que son garantías para ellas. Es desde este punto que se revisan las leyes y las políticas sobre salud materna. A la vez que es interesante analizar el camino histórico que ciertas demandas han tenido que transitar, acompañado por la lucha de los movimientos sociales, como es el caso del feminismo. Hay un camino allanado del cual las mujeres se apropian, consciente o inconscientemente, a través de sus decisiones y acciones en torno a su propia maternidad.

Aunque la tendencia a la baja de la fecundidad y el retraso de la llegada del primer hijo(a) no ocurren de manera homogénea en todas las clases sociales, se constituyen en indicadores que comienzan a destacarse. En ese contexto, el análisis de las experiencias de mujeres que transitan su embarazo después de los 35 cobra relevancia dado que estudiar a las capas medias de la sociedad es pertinente en tanto son ellas quienes tienen mayor escolaridad y tienden a demorar la llegada del primer hijo(a).

La condición de clase media no las excluye de transitar situaciones de vulnerabilidad a la cuales se encuentran expuestas en ese recorrido de atención a la salud. En este sentido, cabe señalar que la condición de clase, a pesar de implicar ciertos beneficios, significa también sufrir vulneración de derechos que deberían estar garantizados, como el derecho al parto respetado, e incluso situaciones de flexibilización laboral que las conducen en ocasiones a tener que pagar de manera privada un parto porque las condiciones del sistema público de salud no les garantizan seguridad.

En este apartado se desarrollan principalmente aquellas leyes que dan cuenta del marco institucional que legitima el discurso médico. La ley general de salud, donde se sugiere el riesgo de tener un hijo después de los 35 años. O bien aquellas leyes

que muestran sesgos de género sobre las mujeres que quieren tener su embarazo sin estar casadas y cómo la ley las limita en las instituciones de salud como el ISSSTE.

También es preciso tener en cuenta las legislaciones al momento de analizar lo que sucede con la licencia por maternidad, o trámite de incapacidad, dado que presenta limitaciones para la experiencia que relatan las mujeres sobre la posibilidad de transferir semanas.

En México los derechos de las madres trabajadoras se encuentran regulados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en las Leyes Laborales, Leyes de Seguridad Social y en la Ley Federal del Trabajo, en las que se establece cierta protección para la mujer embarazada, conocida como incapacidad laboral por maternidad, para disminuir riesgos obstétricos que pueden estar asociados con el trabajo, por lo que se otorga un periodo de descanso obligatorio, con la finalidad de que las madres puedan cuidarse, prepararse para el parto y la atención del recién nacido (Zamora-Escudero, et al., 2013).

Tomando como base el artículo cuarto constitucional del Consejo de Salubridad General, todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, sin embargo, en realidad es obvio que no todos pueden ejercer de manera efectiva este derecho (Congreso Constituyente, 2016).

En la Ley General de Salud, la atención médica preferentemente en beneficio de los grupos vulnerables es uno de los rubros más importantes, sobre todo en materia de la atención materno-infantil y la promoción de la lactancia materna (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2012). La Ley Federal del Trabajo (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2019), también contribuye importantemente en la defensa de la mujer, destacando en ella distintos artículos directa o indirectamente, apoyando a la mujer embarazada que trabaja, con la finalidad de que no sufra perjuicio en su salario, prestaciones y derechos, especificando puntos importantes a favor de estas, entre los que destacan:

- a. Igualdad de derechos y obligaciones con respecto a los hombres;
- b. Protección de la maternidad;
- c. Prohibición del trabajo en condiciones insalubres o peligrosas;
- d. Protección contra la discriminación en el empleo y ocupación;

- e. Protección para no realizar trabajos que exijan esfuerzos considerables y signifiquen peligro para su salud en relación con la gestación; y
- f. Prohibición del trabajo nocturno industrial, en establecimientos comerciales o de servicio después de las diez de la noche, así como horas extraordinarias.

A modo de reflexión, se puede decir que en México la legislación en el tema de maternidad ha sufrido algunas modificaciones, sin embargo, es necesario que contemple lo siguiente: a. Además de la igualdad de género, el derecho de la mujer a obtener un empleo y fomentar su desarrollo profesional; b. Dentro de las grandes empresas fomentar el servicio de estancias infantiles en un lugar seguro dentro de la misma o cerca de ella, a fin de que la madre tenga la tranquilidad de tener cerca a sus hijos pequeños, lo cual puede repercutir positivamente en la productividad laboral; c. Que las pacientes que acuden a consulta en medio privado no tengan que acudir a las instituciones de salud dependientes del gobierno si así lo disponen, con la finalidad de disminuir la carga de trabajo de los hospitales públicos; d. Que no sean obligatorias cinco consultas de control prenatal para recibir el subsidio por maternidad, debido a que viola los derechos de las pacientes.

En lo referente a la atención de la salud en el sistema mexicano, se manejan tres esquemas, de seguridad social que incluye atención médica, el público y el privado. Los dos primeros, están integrados por las instituciones de seguridad social tales como: El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR); y el sector público con programas que atienden a personas que no cuentan con seguridad social laboral, como la Secretaría de Salud (SS), los Servicios Estatales de Salud (SESA), el programa IMSS Bienestar y hasta 2019, el Seguro Popular (Gómez, et al., 2011).

Dentro del sector privado, están los servicios de salud en los que se recibe una remuneración de forma directa por los servicios otorgados, ya sea por los pacientes o indirectamente por las compañías aseguradoras, sin que exista aportación alguna por parte del estado (Gómez, et al., 2011). Los trabajadores de la economía formal,

activos, jubilados y sus familias, son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, cubriendo el IMSS el 60% de esta población.

En el contexto de la Ciudad de México donde se llevó a cabo este trabajo de investigación, emergió con fuerte presencia en los relatos de las entrevistadas el papel que cumplen en sus experiencias de atención a la salud las redes sociales, el internet y la literatura. Para brindar un ejemplo de ello se recurre al testimonio de una de las mujeres que mencionó haber recurrido al buscador Google para buscar más información y saber qué significaba el diagnóstico que le había dado su médico. A continuación se profundiza el análisis sobre estos elementos que resultan centrales para comprender el peso que tienen en la narrativa de las mujeres y cómo moldean sus experiencias.

3.6. Literatura contemporánea sobre maternidad

En el contexto de encierro consecuencia de la pandemia ya mencionada, la literatura sobre maternidad ofició como una ventana al mundo, como un respiro. Junto con películas y otros recursos artísticos. Es así que surge la necesidad de otorgarle un espacio en este trabajo de investigación, en tanto el arte, a través de la literatura rebela ciertas verdades que muchas veces son silenciadas.

Ha sido evidente en este proceso que la literatura tiene mucho para aportar a la reflexión sobre la maternidad. Dentro de los hallazgos literarios que se utilizaron para contextualizar el problema de investigación, es posible distinguir a) obras de ensayo literario, y b) novelas y cuentos. Se realiza esta diferenciación para fines analíticos, a la vez que cabe mencionar que se trabaja principalmente con autoras latinoamericanas y algunas estadounidenses. A la vez, cabe señalar que se han encontrado una enorme cantidad de materiales que giran en torno a la maternidad como talleres literarios sobre maternidad en México. Podcast como “Co-madre”, disponible en la plataforma Spotify; páginas de internet, y cuentas en redes sociales. Una selección de información extraída de estos espacios en línea es desplegada en este apartado en tanto han resultado útiles para la comprensión del fenómeno que aquí se estudia.

Paula¹², una de las entrevistadas menciona que recurrió a la literatura disponible, no para tener conocimiento acerca de cómo actuar frente a situaciones puntuales del embarazo:

Y más bien me he enfocado no en literatura de: ¿Qué hacer cuando tal cosa? Sino en literatura feminista y de maternidad, de empoderamiento... de eso... de mentar madres a gusto. [Paula, 20]

Esta cita expresa la importancia de la literatura feminista y de maternidad en el acompañamiento que realiza en las experiencias de maternidad. Las distintas novelas y ensayos que se escriben para cuestionar el lugar clásico de la maternidad o poner en cuestión nociones que históricamente habían sido parte del lugar conservador de la madre abnegada, comienzan a desarmarse poco a poco con la contribución insoslayable de estas herramientas. A su vez, otro factor que surge de las mismas narrativas es el papel de las redes sociales, como es el caso de una Twittera a la cual Paula refiere:

Como que te venden la idea rosa, cada vez menos. Y sobre todo ¿sabes qué? México y Argentina son muy diferentes y yo he empezado a seguir a muchas chavas en Argentina en Twitter que empiezan a hablar de la maternidad desde un lugar donde me identifico mucho más. Así de 'Ah, este pibe no puedo con él, no se qué...' Y yo, difícilmente veo una chava mexicana en redes sociales hablando así. [Paula, 20]

En esta frase se expresa el peso de la cultura en la sociedad mexicana, y donde todavía existe cierto tabú criticar todo lo que implica la maternidad para la mujer. También Paula se refiere a la 'idea rosa', un ideal de la maternidad que la define como un evento mágico sin mayores complicaciones o sobresaltos. Sin embargo, cada vez es más frecuente encontrar información acerca de las contradicciones que conlleva la maternidad. Podría decirse que no es rosa, sino un *bricolage*¹³ de colores. Es decir, que se encuentra atravesada por diversos matices y colores que la definen.

La emergencia de la maternidad en la literatura permite el acercamiento a nuevas maneras de definirla, comprenderla y experimentarla. La elaboración de

¹² Se utilizan pseudónimos para no exponer los nombres reales de las entrevistadas.

¹³ En el arte el bricolaje es una técnica donde se crea a partir de materiales diversos comunes o a la mano.

nuevos sentidos sobre la maternidad abre la posibilidad a la redefinición de la noción de riesgo a la salud. Se redefinen las miradas, y en ese sentido, se resignifican las experiencias de riesgo. A continuación se despliegan las principales ideas que las diferentes obras literarias muestran y resultan útiles para comprender el contexto en el cual se inscriben las experiencias de las mujeres.

3.6.1. Obras de ensayo sobre maternidad

El Nudo Materno [1976] es un libro clásico dentro del feminismo. Se trata de un testimonio sobre las ambivalencias y claroscuros del rol maternal en plena segunda ola feminista en Estados Unidos. El mismo desarrolla las memorias de Jaze Lazarre y se confronta el mito de la “buena madre” con un autorretrato íntimo y visceral de su propia maternidad. Sin evadir temas incómodos, esta obra derriba ideas preconcebidas en relación al hecho de ser madre, poniendo de relieve el papel central que los cuidados y los afectos tienen, no sólo en la vida íntima, sino también en la esfera pública. Este libro es una suerte de biblia a la que muchas mujeres recurren para encontrar respuestas a sus propias emociones así como para sentirse acompañadas durante la visceral experiencia de la maternidad.

Un tema que se emparenta inevitablemente con la maternidad es el de la no maternidad. Por esto es pertinente revisar a la canadiense Sheila Heti, quien despliega en ‘Maternidad’, una serie de preguntas vinculadas a responder ¿Qué gana y qué pierde una mujer al convertirse en madre? y también ¿Puede una creación artística reemplazar a un hijo?. De este modo, la autora -que decidió no tener hijos- se interroga acerca de la maternidad a lo largo de su exquisito ensayo. “Me temo que parece que las personas sin hijos no han tomado ninguna decisión o no hacen nada salvo seguir adelante..., sin rumbo” [Maternidad, 2019: 179]

El libro Tsunami, editado en México por Sexto Piso, es una antología escrita y editada por mujeres, incluye un artículo de Daniela Rea titulado “Mientras las niñas duermen” que consiste en un recorte del diario a partir del nacimiento de su hija. Y comienza: “*Ya nacimos y la felicidad pesa 3.5 kilos y mide 47 centímetros. Este día durará toda la vida*” [2018, 121]. Durante el texto, la autora plantea la tensión personal

que tiene al ser periodista que aborda temas de narcotráfico y su maternidad. También escribe: “Después de casi dos años, dejaré de darte mi pecho. Quiero dormir en las noches, quiero usar vestidos de cuello alto, quiero, necesito saber que mi cuerpo no (sólo) te pertenece. Pero al mismo tiempo: ¿cómo explicar esta pequeña nostalgia?” [2018, 133]. Rea se pregunta: “[...] ¿Es esto la maternidad? ¿Batallas diarias por cosas insignificantes? ¿Todos los días? [...] De pronto tengo la sensación de que mi vida es esto que no quería: disgustada por todo, todo el tiempo.” [2018, 137]

Daniela Rea sostiene acerca de sus propias contradicciones:

“Sí, la maternidad impuesta. Sí, el uso de nuestro cuerpo para beneficio del capital. Sí, la explotación de nuestro cuerpo en el cuidado de la mano de obra. Sí, el patriarcado decidiendo por nosotras. Sí, todo eso sí. Pero: ¿y la ternura? ¿Y esa cosa inexplicable que siento cuando te huelo, cuando te miro, cuando nos acariciamos? ¿Ese deseo de besarte, de mirarte? ¿Todo eso cómo se explica?” [2018, 139]

En su texto, Rea retoma a Brenda Navarro, con su novela *Casas Vacías* y reconoce que le ayuda a decir algo que a ella la da vergüenza:

“Ore, ore, la chingada, le dije y lo jalé de los cabellos y lo metí a bañar con agua fría y él empezó a gritar... Y como que buscaba a alguien y lloraba y como que empezó a ahogarse con los mocos y el agua y entre que se despabilaba, con sus dos manitas desesperadas me jaló los cabellos y yo me sentí bien hija de la chingada y como que me cayó el veinte...y que algo muy dentro suyo me decía que yo era una pendeja, una cabrona o algo así... y sentí mucha tristeza y me metí a la regadera a bañarlo como se merecía y le acaricié su cabellito chinito y suavcito que tenía y lo abracé y no le dije nada pero en el fondo yo quería pedirle perdón por hacerle todas las putadas que le hacía”. [2018:138]

En tanto Donath Orna en su trabajo “#Madres arrepentidas”, presenta una mirada radical a la maternidad y sus falacias sociales”, expone aquello sobre lo que poco se habla: las muchas mujeres que después de ser madres no han encontrado la ‘profetizada’ plenitud. En una de las respuestas a sus interrogantes, una escritora francesa sostiene: “*Tuve a mis hijos por un único y triste motivo: tenía miedo de estar sola*” (48:2017). Como este, varios de los testimonios que Orna expone se tornan relevantes para profundizar la reflexión de lo que implica la maternidad y sus diversas aristas. En otro fragmento Sarah Diehl, en el texto de Orna, afirma:

“El miedo a la finitud de la propia fertilidad es algo que unía a todas estas mujeres, porque una mujer quiere ser madre. Y punto. Ahora mismo rondo los treinta y cinco años y sigo sin oír mi reloj biológico. [...] Ni mi cuerpo ni mi mente me dicen que ha llegado supuestamente la hora, pero la sociedad sí. La sociedad lo hace en todo momento y alza cada vez más la voz”¹⁴

Este fragmento es revelador para el foco de este estudio, en tanto deja en evidencia la presión social que afecta a las mujeres frente a la situación del “reloj biológico”.

3.6.2. Novelas y cuentos sobre maternidad

De los libros revisados en torno a este tema, han tenido especial relevancia los trabajos de Jazmina Barrera, con su novela “Línea Nigra”, quien describe la violencia obstétrica que sufre durante su embarazo. O el texto de Brenda Navarro con “Casas Vacías”, que narra con detalle personajes de dos madres situadas en distintas posiciones de la estructura social. Mientras que Guadalupe Nettel en su novela “La hija única” describe una situación de enfermedad en el embarazo de la protagonista que lo transita dentro de los privilegios materiales que le brinda la pertenencia a una clase social alta. Cada una de esos textos aportan una mirada crítica a la maternidad desde puntos de vista distintos que se complementan con el análisis y las palabras de las propias entrevistadas. Pareciera que en la ficción literaria está permitido cuestionar el mandato social vinculado al ideal que supone la maternidad. En un fragmento de Casas Vacías:

“Con la cintura quebrada, los coágulos arañando las paredes de mi útero y los ojos arenosos de no dormir, los primeros con Daniel en mi vida, más que una dicha, eran un suplicio ahogado. Cállate, le decía en un silencio amordazado entre los ojos, por miedo a que alguien escuchara el escozor que me causaba oírlo llorar por ese no saber sobrevivir solo en el mundo. Si en el embarazo, triste, pedregoso y mohoso que había pasado ya sentía un arrepentimiento de tener útero y hormonas e instinto maternal, en la maternidad misma cada llanto de Daniel me rechinaba en el oído para constatarlo” [Navarro, 2020:80]

Aunque esta cita es ficción, se podría cruzar perfectamente con las palabras de las entrevistadas de este estudio, en tanto expone las emociones cruzadas, la tensión

¹⁴ En madres arrepentidas, página 255 NOTA 16 Debate n° 23 del artículo “

y el conflicto que implica la maternidad, en oposición a lo que circula en el sentido común que la define sólo como luz y felicidad. En esta línea Rivka Galchen en “Pequeñas Labores” escribe un fragmento titulado “*Un nuevo tipo de depresión*”:

“ Es verdad eso que dicen, que un bebé te da una razón para vivir. Pero también un bebé es una razón por la que no tienes permitido morirte. Hay días en que esto no se sienta bien” [Galchen 2018:94]

En este trabajo la canadiense Rivka Galchen convierte a su hija en un puma, en una gallina, en un mono y hasta en drogas. Habla de escritoras (y escritores) con hijas (os), hace listas de películas que quisiera ver y no puede, explica la trama de libros con bebés y embarazadas, relata momentos delirantes con su hija-bebé y hasta les escribe cartas de disculpas a sus amigos por haberse convertido en una persona aburrida. De algún modo es el libro que toda madre que escribe desearía publicar. Galchen se entretiene con nimiedades diarias e insignificantes para transformarlas en algo gracioso y digno de contar, y el libro se lee fácil y ligeramente.

También cabe mencionar el trabajo de Isabel Zapata, *In Vitro*, en el cual cuenta su experiencia en relación a las técnicas de fertilización asistida. Es interesante porque narra en la relación médico/a paciente una escena en la cual siempre le realizaban a ella los estudios para conocer cuál era el inconveniente que impedía que ella quedara embarazada, hasta que un día alguien comenta que quizá sería pertinente hacerle los estudios a él. Es precisamente a partir de estudiar a su pareja -Emilio- que descubren que él tenía la “falla”. Esta situación expone con claridad cómo los estereotipos de género recaen sobre las mujeres la mayoría de las veces, eximiendo a los hombres de someterse a controles o estudios de salud.

Imagen 2. Literatura revisada sobre maternidad



Capítulo 4. Trayectorias de atención a la salud en mujeres embarazadas post-35

Introducción

Una de las alternativas analíticas y metodológicas factibles y posibles que permiten rescatar la complejidad que subyace a las transformaciones sociales relacionadas con el ámbito de la salud es la perspectiva del curso de vida (Heinz y Marschall 2003). A través de esta herramienta, en este capítulo se intenta, principalmente, desentrañar los caminos en la forma de experimentar la atención a la salud entendida como un proceso que se va constituyendo a lo largo de las trayectorias de atención a partir de eventos que conforman el sentido de cada historia individual.

En la perspectiva de curso de vida, dos conceptos resultan centrales: las transiciones y las trayectorias (Elder, 1985); y, aunque se trata de procesos imbricados, son diferentes. La transición remite a la idea de cambio, la transformación del estatus que indica el pasaje de una etapa a otra, de una posición a otra; define los movimientos individuales y familiares sobre los cursos de vida dentro de parámetros socialmente construidos. La ocurrencia temprana o retrasada de ciertas transiciones afecta la ocurrencia de las transiciones subsecuentes (Hareven y Kanji, 1988). Cualquier transición, bajo determinadas circunstancias, puede convertirse en un punto de inflexión; esto es subjetivamente definido por la persona que experimenta dicha transición y está asociado con la continuidad y discontinuidad de una vida.

Las trayectorias de las personas definen, a lo largo de su existencia, un recorrido parecido, pero a la vez diferenciado entre los distintos individuos que pertenecen a una misma época. Por eso, en un determinado periodo sociohistórico, siempre habrá algunos tipos de trayectorias que el contexto posibilita o no, como lo demuestra el estudio de Caballero (2004) al analizar tres generaciones de mujeres. Esto sucede porque las estructuras de transición tienen un carácter histórico y dependen de lo que histórica y culturalmente se define como esperable para una persona, en relación a su clase social y su género.

En la actualidad, las trayectorias se han diversificado y la transición típica definida por una secuencia culturalmente establecida y socialmente reproducida — escuela, trabajo, unión y reproducción— resulta menos frecuente. La trayectoria típica ha perdido terreno respecto a diferentes trayectorias, con otras estructuras, secuencias

y tiempos de transición (Dávila, Ghiardo y Medrano, 2005; Mora y Oliveira, 2009a). De este modo, la transición puede observarse, metafóricamente, hablando como un libreto de la época, de la clase social y de los géneros.

Las trayectorias de atención inician al identificar ausencia de menstruación, o algunos síntomas que indican la posibilidad de un embarazo como náuseas o mareos. Luego recurren a una prueba de embarazo comercial, puede ser en una farmacia o consulta de la farmacia similares, y en el caso de ser positivo acuden al centro de salud más cercano en dicho centro llevaron entre tres y ocho consultas. Algunas de ellas son referidas al hospital de atención gineco-obstétrico, por considerarse embarazos de alto riesgo. Sin embargo, las trayectorias reproductivas de las mujeres entrevistadas, en 11 de los casos comienzan previamente al embarazo que aquí se analiza; ya sea porque interrumpieron voluntaria o involuntariamente sus embarazos, por haber estado durante meses en tratamientos de fertilización asistida. Además, para el análisis de las trayectorias que aquí se revisan, se tiene en cuenta la planeación del embarazo, la noticia del embarazo, el control de salud que implica el ultrasonido estructural y el parto.

Las mujeres entrevistadas en este estudio compartieron el hecho de haber sido atendidas en la institución hospitalaria. Sin embargo, todas las entrevistadas presentaron divergencias entre ellas, basadas principalmente en ciertos aspectos considerados para la construcción de las trayectorias. Para ello se identifican cuatro eventos que se articulan en la trayectoria de atención a la salud en el embarazo y el parto de las mujeres a partir de los 35 años: la planeación del embarazo, que indica un proyecto en relación a este evento, la noticia del embarazo -que da inicio a la maternidad-el momento de realizar el estudio médico ultrasonido estructural -porque señala un momento de la trayectoria que puede estar acompañado de un diagnóstico de riesgo y el parto-porque podría indicar una tensión respecto a las expectativas que tienen las mujeres sobre el mismo. El orden de las transiciones está relacionado con las expectativas de género y los mandatos culturales que estructuran la vida sexual y reproductiva de las personas, en particular de las mujeres (Salles y Tuirán, 1997).

Pero aquí no se busca comprender las transiciones como eventos biológicos y sociales, sino que siguiendo la propuesta de curso de vida según la cual la subjetividad

del actor es el centro, se plantea que estos cuatro eventos de transición pueden contener significados distintos entre las biografías analizadas. Desde esta perspectiva se busca dar cuenta de las valoraciones y percepciones que las entrevistadas le atribuyen a la trayectoria específica que vivieron. Para la perspectiva del curso de vida, no solo tienen pertinencia las posiciones que las personas ocupan en la estructura social, sino también las disposiciones subjetivas que acompañan dichas posiciones (Dávila, Ghiardo y Medrano, 2005).

Las trayectorias de atención a la salud circulan por contextos que se componen de múltiples sujetos y agentes que van tejiendo un entramado de relaciones a la luz del sistema de salud. El principal componente de la reconstrucción de trayectorias de atención son los eventos como momentos de cambios biográficos donde lo que se pone en juego es tanto la experiencia de la mujer como sus propias expectativas. Estos cambios se consideran, a su vez, a partir de la bifurcación de temporalidades individuales, sociales y históricas.

En la literatura sobre curso de vida se desarrollan elementos que permiten evaluar cuando un evento es un *turning point*: la severidad y duración del evento, los recursos, las creencias y las experiencias con que cuenta la persona para hacer frente a la circunstancia, la definición del evento en cuestión y la capacidad de adaptación de la persona según las alternativas de las que dispone. Es más probable que un evento cualquiera se convierta en una crisis cuando el mismo implica la pérdida de control sobre una situación o sobre la vida misma, o si genera un conflicto familiar; o, también, si ocurre fuera del tiempo señalado por el calendario social; incluso si es un evento súbito o inesperado que requiere de un periodo de adaptación a la nueva situación (Ariza, 2000).

De esta forma, el inicio y desarrollo de cada trayectoria tienen mucha importancia, así como su continuidad y discontinuidad (Elder, 1991). En la trayectoria cobra relevancia el ritmo de los eventos, la secuencia y la duración de los estadios o posiciones. Entre las transiciones y las trayectorias hay una interconexión, se influyen en un sentido de ida y vuelta y se implican continuamente.

Las trayectorias son formas socialmente disponibles de construcción del ser (más que formas dadas o auto construidas). En ese sentido, tienen un componente

histórico-temporal pero también uno metodológico que implica estilos lingüísticos y estratégicos del relato, en la medida en que cada individuo selecciona su propia forma narrativa. En cuanto tal, es una herramienta que admite la representación de significados (componente metodológico) situados en la propia biografía (componente histórico-temporal). Su reelaboración desde el curso de vida permite conectar las representaciones y la realidad social a través de una selectividad que relaciona lo que se dirige en el relato, lo que se oculta y también lo que se niega.

Como cualquier otra herramienta metodológica cualitativa (quizás con excepción de la observación indirecta), la reconstrucción de trayectorias permite organizar la experiencia de las mujeres desde sus propios nudos narrativos. La decisión de su utilización para analizar las experiencias de inseguridad laboral supone, por lo tanto, una capacidad analítica de la estrategia metodológica para relacionar prácticas (acciones) con formas biográficas (relato) ancladas en situaciones estructurales. A través de ellas lo que se analiza es un conjunto de situaciones donde se distinguen las experiencias de atención a la salud internalizadas en el relato biográfico como casos particulares de lo que puede ser posible.

Toda trayectoria trae implícita una biografía, la historia de vida. Pero Dávila, Ghiardo y Medrano (2005) afirman que las historias de vida se encuentran enclasadadas. Es decir que están constreñidas a las opciones disponibles de quienes viven en una misma condición de clase social: en la medida en que los agentes siguen los cursos dispuestos para su clase, las trayectorias sociales producen el enclasmamiento¹⁵ ; y reproducen, de ese modo, las estructuras sociales (Ghiardo y Medrano, 2005:64). Sin embargo, existe un intersticio donde los agentes pueden distanciarse de la trayectoria típica de su clase social. Ariza (2000) sostiene que las trayectorias y transiciones son miradas de largo y corto alcance, respectivamente, respecto de la biografía. Mediante la narración adquiere lugar el desarrollo de las experiencias de una persona a lo largo del tiempo; lo cual implica la selección consciente e inconsciente de recuerdos o situaciones donde la persona participa directa o indirectamente (Bertaux, 1993; Pujadas, 1992). El contenido y la forma de la narración expresan la relación entre la

¹⁵ Pierre Bourdieu se refería a la palabra enclasmamiento como fuerza que ordena, organiza y reconstruye junto a la distinción de clase, el campo lingüístico como un espacio social.

persona y el contexto experiencial (Piña, 1988). Este elemento es relevante para este análisis en tanto se busca amalgamar la experiencia de las mujeres con el contexto en el que experimentan sus trayectorias.

4.1. Ejes para la construcción de las trayectorias de atención

A partir del marco analítico elaborado para el análisis de las trayectorias de atención, se encontraron similitudes y diferencias en las 30 narrativas. Por un lado, se trata de un grupo bastante homogéneo; las 30 entrevistas pertenecen a un mismo sector socioeconómico, con alto nivel educativo, y comparten condiciones de vida de personas de clase media. Por este motivo la expectativa es que las diferencias entre las entrevistadas sean escasas que, sin embargo, existan una mayor cantidad de elementos compartidos que distintivos. No obstante, aunque a priori las diferencias pudieran parecer mínimas, son las que posibilitan la construcción de las trayectorias.

Se identifican en las narraciones tres vínculos sociales importantes que intervienen en los cuatros eventos trascendentales de atención a la salud que explican las entrevistadas. De este modo, las dimensiones consideradas en las trayectorias fueron: i) el vínculo institucional, ii) la relación médico paciente y iii) la red de apoyo constituida por la familia y los amigos principalmente. De este modo, se configuran a partir de los tipos de vínculos sociales los tres ejes que permean los eventos que suceden durante las trayectorias de atención aquí analizadas.

Las trayectorias implican una articulación entre la configuración de la individualidad y subjetividad de la persona, por un lado, y las condiciones estructurales, por el otro; pero también son relevantes los eventos que constituyen dichas trayectorias. Por ello se despliegan aquí los elementos más significativos para estructurar el camino que transitan las mujeres durante su atención: la planeación, la noticia del embarazo, el control de salud, en particular el estudio del ultrasonido estructural y el parto, cuando se concreta la llegada del bebé al mundo. De las 28 mujeres entrevistadas, solo cuatro accedió a un parto natural. De estas cuatro, una de

ellas atendió su parto en casa con partera, dos de ellas se atendieron en el sistema privado de salud y una de ellas, se atendió en el hospital público.

A la vez, las expectativas de futuro influyen en el devenir de una trayectoria. Estas proyecciones hacia el futuro son comprendidas como anticipaciones que el sujeto realiza en su tiempo presente y que, a la vez, están determinadas por el pasado (Bertaux- Wiame, 1987). La idea de proyecto remite a la trayectoria social deseada, anticipando las etapas que se requerirá transitar para arribar a este objetivo dado. Las rutas a seguir para realizar un objetivo son, generalmente, rutas sociales, comunes a muchos actores. Al sujeto se le imponen ciertas exigencias definidas socialmente. Así, los proyectos son contruidos de frente a realidades sociales objetivas y a partir de una percepción orientada de estas realidades.

Los proyectos están anclados en una realidad cuya percepción evoluciona en función del punto de vista del actor. Ahora bien, este punto de vista se define no solamente por la situación del momento sino por la historia de la persona y de su grupo familiar. Para una clase de situaciones equivalentes, las posibilidades abiertas son de número limitado, pero no son percibidas de la misma manera por todas las personas incluidas en estas situaciones (Bertaux-Wiame, 1987). Por este motivo se revisa si dentro de las entrevistadas se vislumbraban en la situación de maternidad, es decir si existía planeación previa al embarazo, si tenían la intención o deseo de tener un hijo; o si, por el contrario, tenían otras proyecciones hacia el futuro distintas a la maternidad, en el entendido de que la presencia o ausencia de este proyecto le otorga un significado específico a la trayectoria y permite observar diferencias entre las trayectorias.

i) Vínculo con la institución de salud

La variabilidad más evidente entre las entrevistadas está dada por la relación institucional que establecen a lo largo de sus trayectorias, es decir la elección que realizaron en relación a la principal institución donde atendieron su embarazo y su parto. Este punto ha sido clave en tanto configura el vínculo que cada mujer establece con el sistema de salud, a través de la institución a la cual asiste. A partir de esta dimensión es posible revisar aquello que sucede a nivel institucional con la atención a

la salud de este grupo específico que son las mujeres embarazadas después de los 35 años.

La elección de la institución de salud donde atiende el embarazo es un rasgo central que define el tipo de trayectoria, en tanto la distinción principal radica en institución pública de salud e institución privada de salud. Además, algunas mujeres eligen la institución de salud porque le ofrece la opción de parir naturalmente. También es pertinente destacar que no siempre las mujeres asisten a la institución de salud y atienden allí todo su embarazo y parto, sino que en la mayoría de los casos recorren más de una institución, a partir de ciertas diferencias que pudieran aparecer.

ii) La relación médico-paciente

El eje que involucra la relación médico paciente es central para este trabajo, en tanto implica el análisis de un par ya clásico dentro de los estudios de salud colectiva. Este vínculo se encuentra permeado por mandatos, relaciones de poder, discursos, estereotipos, que hacen que se trate de una dimensión fundamental a observar. Porque es una relación fundamental durante el proceso de atención y de allí su pertinencia y relevancia, lo que hace que sea imposible de soslayar cuando se busca comprender lo que opera por detrás de estos fenómenos.

El modo que adquiere la relación médico paciente radica en el equilibrio de la combinación de las cuestiones objetivantes y la empatía necesaria para el diagnóstico y tratamiento y para el acompañamiento de la mujer durante el proceso de atención a la salud de su embarazo y su parto. Las negociaciones, conciliaciones, tensiones y acuerdo que transita este vínculo son fundamentales para este trabajo. Pero también incluye la realización de ciertos estudios específicos para la atención a la salud de estos embarazos.

iii) Las redes de apoyo, la familia y los amigos en relación a la atención a la salud.

La dimensión vinculada a las redes de apoyo, la familia y los amigos, se caracteriza por los lazos de las mujeres durante la trayectoria de atención y el peso

que cada uno de estos actores sociales imprime tanto en su experiencia como en su percepción de la atención a la salud. Ya sea el lugar de la pareja, en caso de que hubiera una, la compañía de las amigas o amigos, o los consejos de las tías mayores o de sus propias madres, todas estas personas no se encuentran excluidas del proceso de atención, sino que -por el contrario- cumplen un rol social muy relevante que repercute en el modo en que las mujeres atraviesan su experiencia. Así como también el tratamiento privado con asesoras de lactancia, psicólogas, especialistas en terapia psicocorporal, yoga, reiki, curso psicoprofiláctico.

4.2. Los tipos de trayectorias de atención

Para organizar la estructura de las trayectorias, en un primer momento se hará una descripción teniendo en cuenta la combinación de las tres dimensiones consideradas en su elaboración: el vínculo con la institución de salud, la relación médico-paciente y el vínculo con la familia y los amigos, es decir, las redes de apoyo con las que cuentan las mujeres. En una segunda instancia se mostrarán las percepciones de las mujeres a partir de cada uno de los eventos seleccionados. Luego se irán entretejiendo las narrativas de las mujeres, sin circunscribirse a la exposición de un único caso, sino con la intención de recuperar la riqueza del análisis de los diferentes casos, y de exponer las similitudes entre los discursos de las mujeres que conforman una misma trayectoria. Esto permite consolidar y unificar los discursos compartidos en cada una de las trayectorias,

La elaboración de tipos puede entenderse como un primer paso en la conceptualización, pero, a diferencia de los conceptos, su valor radica en la capacidad explicativa, más que en la precisión de la correspondencia con la experiencia perceptual (Velasco, 2004). Aunque las tipologías no son teorías (Portes, 1999), su construcción son una de las alternativas heurísticas que mejor lo logran (Cortés, 2000). Como enfoque metodológico la tipología es un mecanismo que permite reducir, de manera coherente, las diversidades y complejidades de fenómenos a un nivel general.

La tipología es un conjunto explícitamente comparativo (Heyman, 2012). Posee, además, un particular potencial para la aprehensión de la enorme complejidad que encierra el abordaje cualitativo, al permitir la sistematización y el análisis de datos. Las

tipologías tienen un historial importante en las ciencias sociales. Mc Kinney (1954) reconoce que las tipologías construidas pueden derivar de la teoría, pero también sugiere que pueden resultar incluso más útiles si son construidas directamente de las particularidades de una situación histórica.

Las trayectorias se construyen con base a las narrativas de las mujeres. A través de la trayectoria de atención se busca conocer el proceso de atención a la salud que las mujeres recorrieron durante su embarazo y su parto. Para ello se hace busca analizar los motivos por los cuales seleccionaron la institución de salud donde se atendieron porque esta elección da cuenta del sistema de salud que tienen o de las percepciones que despliegan sobre el proceso de atención.

En el nivel micro, la búsqueda radica en conocer las decisiones que tomaron las mujeres respecto a su trayectoria, como decidieron dónde atender el embarazo y el parto, cómo conocieron a los profesionales que las acompañaron fue sólo una persona o fueron varias. En este sentido, la capacidad de agencia de refiere a la libertad que tuvieron para decidir sobre su atención, o la decisión respecto a estar acompañada por otras instituciones o personas que colaboraron con de atención. Por ejemplo, el caso de una partera.

En una sociedad como la mexicana, parte fundamental de estas trayectorias está dada por el llamado modelo biomédico y hegemónico propio de la atención en salud pública y privada. Este modelo tiene trazado un itinerario muy claro en el control de la salud materna desde el comienzo del embarazo hasta el parto, inclusive también en lo respectivo al posparto. La forma como ocurren los eventos vitales en las distintas clases sociales ha sido una interrogante que demógrafos, sociólogos, antropólogos y otros científicos sociales, se han planteado. En un texto clásico sobre la mortalidad infantil “Como se vive se muere”, Bronfman (2000) evidenció que la forma como se muere tiene mucha relación con la forma como se vive. Así, las creencias, los saberes, las tradiciones de los grupos sociales, enmarcan las acciones y los significados que las personas le imprimen a este evento. Algo similar ocurre con eventos reproductivos como el embarazo (Salles y Tuirán, 1997). Retomando la expresión de Bronfman podría afirmarse que —como se vive, también se tiene a los hijos, lo que significa, en este caso, que los condicionamientos de clase intervienen en las decisiones y las

acciones que toman las personas en el ámbito de la reproducción humana (Salles y Tuirán, 1997). De tal forma que:

—Estos comportamientos están socialmente estructurados porque se producen entre agentes que ocupan posiciones definidas en la estructura social, pero también están dotados de significados porque presuponen la existencia de sistemas de representación simbólica, por medio de los cuales los actores sociales determinan no siempre de manera objetiva, instrumental o racional la viabilidad o la inviabilidad de conductas posibles (Salles y Tuirán; 1997, 23).

Desde la noción de trayectoria de la salud se busca dar cuenta de la participación dinámica de los sujetos, mostrando la complejidad del tránsito entre modelos de atención de la salud. Lo que estará dado tanto por las distintas posiciones que ocupan los diversos agentes que forman parte de la trayectoria, en relación a dichos modelos en momentos y contextos determinados, como por la elaboración y puesta en práctica de saberes y dispositivos que van produciendo las mujeres de manera contextual en torno a las prácticas cuidado de su salud y de la atención al embarazo y parto.

Estas trayectorias han sido construidas con la intención de diferenciar entre sí a las narrativas de las mujeres y de este modo mostrar las distintas experiencias en clave procesual de cómo las mujeres viven y experimentan sus procesos de atención a la salud. Por ello fue necesario agregar otros elementos que permitieran una mayor diferenciación entre algunas de ellas. En el siguiente cuadro, se exponen sintéticamente las dimensiones revisadas para la elaboración de las trayectorias y la distribución de los casos en cada tipo:

Cuadro 3. Tipos de trayectoria y dimensiones de análisis

Tipo de Trayectoria	i) Vínculo institucional	ii) Relación médico/paciente	iii) Relación con familia, amigos/as
Tipo A. Tradicional (6 casos)	- Asiste a institución pública para atención - Trámite Licencia Maternidad.	- La relación fluye sin demasiado conflicto. - Mencionan el tema riesgo por edad.	- La familia suele acompañar
Tipo B. Privada (8 casos)	- Asiste a institución privada para atención - Valora los servicios de la institución - No requiere trámite de licencia maternidad	- Confianza en la relación. - Seguridad por adquirir un servicio.	- En su mayoría la pareja tiene un rol central de acompañamiento. - Suelen contar con personas a quienes les pagan para que complementen: doulas, etc.
Tipo C. Estratégica (15 casos)	- Asiste a institución pública y atención privada. Y otras herramientas como doulas, etc. - Trámite Licencia Maternidad.	- Compleja, con tensión, diferencias y conflicto - Mencionan el factor de riesgo x edad	- El patrón es que tienen red y contención. - Cuentan con apoyo de terapias alternativas.

Como se observa en el cuadro, la mayoría de los casos se correspondieron con las trayectorias de tipo estratégica o privada y seis casos entraron en la trayectoria tradicional. Cabe mencionar también que uno de los casos quedó fuera de la tipología diseñada porque se trata de una mujer que inició su atención en el sistema público de salud pero decidió tener el parto en su casa con una partera tradicional. Este caso se desarrolla en detalle en el capítulo 3 donde se revisan las narrativas sobre maternidad después de los 35 años, porque esta mujer tuvo un evento de tensión con el personal de salud que la recibió. A continuación, se explica cada una de las trayectorias, sus dimensiones de análisis y las experiencias en la vida de las entrevistadas.

4.2.1. Trayectoria Tipo A o tradicional

El acercamiento de las mujeres al sistema de salud no suele ser lineal ni factible de dibujarse en una línea recta. En efecto, regularmente tiene idas y vueltas que indican la complejidad de este trazado. En el caso del camino que se caracteriza por acercarse en mayor medida al sistema público de salud, la relación con la historia del acceso a la salud y el derecho a la salud es estrecha. En tanto se trata de mujeres que acceden al cumplimiento del derecho que está garantizada en la Constitución Nacional Mexicana. A diferencia de aquellas que trazan su recorrido apegadas principalmente a instituciones privadas de salud, estas mujeres se acercan a la institución pública por motivos diversos. Entre ellos, está el de contar con el servicio de salud como parte de su relación laboral. Por ejemplo el acceso al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Son mujeres -en su mayoría- profesionistas que se encuentran en un momento específico del curso de vida donde se las sitúa con un embarazo de riesgo. Así aparece la relevancia estos procesos de atención respecto a la relación que se establece entre el embarazo y las instituciones laborales. Porque las mujeres que integran esta trayectoria coinciden en tener que realizar el trámite de la licencia por maternidad.

Respecto a la secuencia de los eventos, esta trayectoria tiene la peculiaridad de que el grupo lo integran mujeres casadas y también mujeres solteras en igual cantidad. En la proyección hacia el futuro inmediato, las mujeres tenían este proyecto anteriormente al embarazo, tenían el deseo de ser madres. Sin embargo, las tres mujeres solteras no tenían planeado quedar embarazadas, fue un evento inesperado; es decir, tres de ellas tenían en sus planes unirse con su pareja y tener un hijo, pero otras tres no tenían ese plan. En relación a la noticia del embarazo, estas mujeres le asignan un significado positivo, lo reciben con entusiasmo y aceptación. En los tres casos de mujeres que están en pareja, las transiciones al estatus de casada y de madre se dan con gran adaptabilidad por parte de ellas y con acompañamiento por parte de la familia.

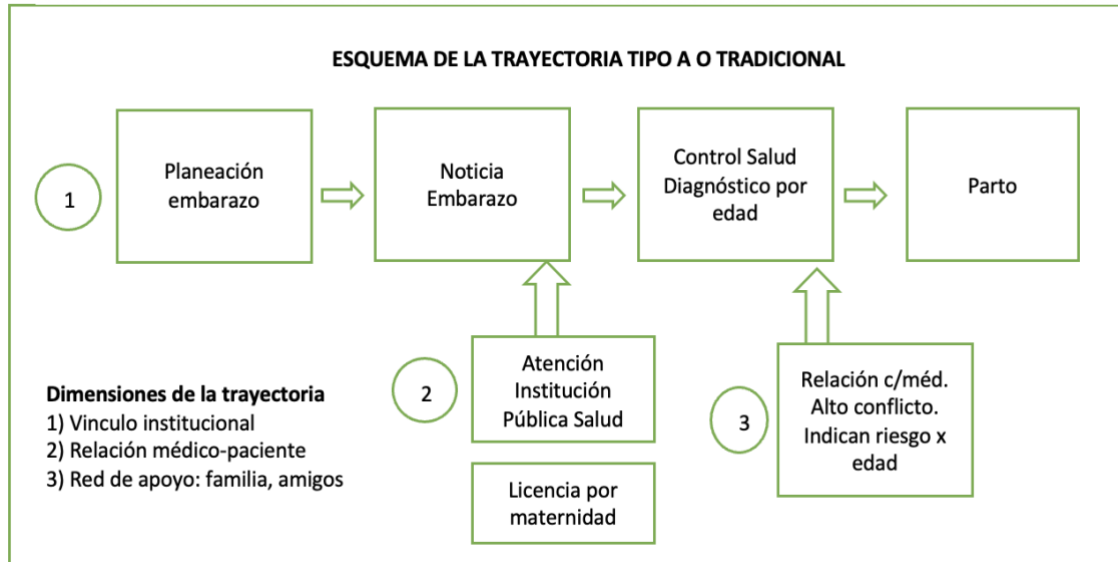
Se ha denominado tradicional a esta trayectoria porque las entrevistadas pertenecientes a la misma se caracterizan por una postura tradicional respecto a la concepción que tienen de la maternidad y se encuentran suscritas a normas hegemónicas de género que implican una postura apegada a una mirada tradicional de la misma. A su vez, las mujeres pertenecientes a este grupo se ubican en el extremo, respecto a la totalidad, de la posición conservadora de la maternidad. En relación al control de salud durante el embarazo, en tres de los seis casos las mujeres no asistieron con antelación a saberse embarazadas a la consulta médica. Dos de ellas se enteraron del embarazo cuando se encontraban cursando el sexto mes. Otra peculiaridad de la trayectoria es que todas estas mujeres atienden sus embarazos y sus partos principalmente en una institución pública de salud, motivo por el cual se la define como una trayectoria tradicional, en tanto se la considera más apegada a la norma, al protocolo de atención que estipula la legislación vigente sobre el tema.

Respecto al vínculo institucional que establece este grupo de mujeres con la principal institución donde se atienden existe una coincidencia. Todas ellas presentan una condición de mayor vulnerabilidad en relación con las demás, ya sea por su condición de madre soltera, por no contar con una red de apoyo que brinde contención, cuidado y afecto o bien por no tener tener una relación laboral formal que otorgue derechos y garantías. El significado que se le asigna a la experiencia en esta trayectoria es consecuente con las expectativas que tienen sobre el vínculo con la institución de salud: es decir, son mujeres que confían en la institución y precisan de una atención que otorgue confianza. Hay una valoración positiva hacia este espacio de salud, aunque también existen momentos de tensión que se exponen a continuación.

Sol, Jime, Rosa, Marga, Cielo y Abi¹⁶ son las entrevistadas asignadas a este tipo de trayectoria. El siguiente esquema ilustra la combinación de las tres dimensiones que conforman esta trayectoria en la biografía de las entrevistadas:

¹⁶ Se utilizan pseudónimos para no exponer los nombres reales de las entrevistadas

Esquema 1. Trayectoria Tipo A o tradicional



A continuación, se describen los cuatro eventos que conforman la trayectoria de atención a la salud, sus significaciones y su relación con las dimensiones que se busca comprender: vínculo con la institución de salud y relación médico-paciente.

Planeación del embarazo

Aunque la planeación no significó un hecho de matemática pura, en todas las narrativas de esta trayectoria se observa que estaba el deseo de ser madre, a pesar de las complicaciones que implicó la transición para llegar a serlo después de los 35 años:

Sol: ¿Cómo puedo decir? Pues quería tener un bebé de alguien de quien yo amaba, de quien alguien me gustaba, con alguien... es decir quería experimentar eso. Estaba contenta, porque también darme esa oportunidad... me embaracé muy chica, para salirme de casa de mi mamá.[Sol,10]

Para Sol, este embarazo significó un nuevo momento, volver a elegir la maternidad con otro sentido. Desde un lugar de mayor convicción al lado de alguien de quien esta enamorada. Este elemento es interesante porque permite comprender lo que implica esta decisión después de haber pasado por una situación de violencia con su ex pareja. Sol narra que esta maternidad significó para ella reconciliarse con su femineidad, lo que también la sitúa en un lugar de satisfacción total con su rol de madre a esta edad.

Yo tenía ganas de tener un hijo pero no encontraba alguien que quisiera lo mismo. Entonces encontré una pareja con la cual si lo estábamos planeando. Pero para el

siguiente año, se adelantó un año. La edad no era como... "No nos podemos tardar tanto, era una pareja que yo tenía desde hace dos años, pero si teníamos pensado esperar un poco más, si tenía 35, esperar a los 36 tampoco era muchísima la diferencia. Pero se adelantó la niña un año. [Rosa, 11]

"No esperábamos salir embarazados tan rápido, te digo que en el primer mes que dejamos de cuidarnos nos embarazamos. Me encanta pero no era mi sueño, si yo te dijera que toda mi vida soñé con ser mamá y que no sabría qué hubiera sido sin ellas, no. Si las adoro, me fascinan mis niñas pero este... era un proyecto que teníamos y se dio. (...) Pues es desafiante: eres responsable de su educación, de lo emocional, tas todo el tiempo que tienes que hacer mujeres independientes. Mi esposo y yo siempre decimos: lo único que nos interesa es que tengan las herramientas para ser felices e independientes y desde esa independencia, pues forjar su vida hacia donde ellas quieran. *Eso es un trabajo constante.*" [Jime, 8]

Pues a lo mejor no era el momento para mí porque si a mí me hubiesen preguntado te gustaría estar embarazada, yo hubiera dicho que no, porque aún no era mi momento, pero los embarazos pues aunque se planeen a veces resulta bien, en el proceso que uno los quiere pero cuando no lo planeas te llega en el momento menos pensado. Pues mira, yo me casé pero me divorcié porque salí embarazada de otra persona, fue hecho con amor, sí, y pues entre cuidarse y no cuidarse, pues ya la verdad no me esperé que fuera a salir embarazada y como yo siempre tuve quistes en los ovarios, pues había meses en los que no me bajaba, entonces iba y me hacía el examen de sangre y salía negativo, entonces yo dije, bueno, son los quistes [Cielo, 24]

Marga: Y bueno, si fue como un poco inesperado la verdad. Si lo deseaba pero al mismo tiempo no sé si me daba miedo, me cuidaba. Al final, cuando sucedió pues si me dio temor... por la edad, porque estaba yo sola, el papá del bebé quería y no quería. Entonces ya cuando se enteró pues si fue como... pues no puedo decir como desligarse pero si como que tenía poco interés... en el embarazo. Y yo vivo sola entonces si viví mi embarazo sola... y no tengo familia en la Ciudad de México.

Manu: ¿El no estuvo al lado tuyo?

Marga: No, era muy esporádico. A lo mejor alguna vez ha venido a cenar, alguna vez me acompañó a una cita médica... pero fue muy ocasionalmente.

Manu: ¿Hoy se hace cargo del bebé?

Marga: No [se ríe de nervios]. [Marga, 14]

Marga :Pero si creo que a veces... [silencio] digo, si uno tiene el deseo, bueno, pues puede arriesgarse pero sabiendo que eso...que pues que es un riesgo... [Marga, 14]

En estos relatos se observa que la decisión de la maternidad estuvo acompañada por la pareja solo en algunos casos, aunque estaba presente el deseo de ser madres, al mismo tiempo que se producía en un contexto de ganas, desafío, 'cuidarse y no cuidarse', inesperado. Es decir, que las mujeres en el límite del reloj biológico parecieran desafiarlo y hacer jugar a la suerte. Otro elemento que destaca para este grupo de mujeres era que se arriesgan al no cuidarse estrictamente, lo que

hacía que el embarazo luego sea un evento inesperado. Pero a pesar de no estar planeado completamente, el deseo irrumpía con fuerza. También comienza a aparecer el factor de la edad en lo relativo a la decisión de quedar embarazada. En el relato de Sol, es ella misma quien expone su miedo por la edad que tiene, y todo lo que ella ha escuchado de lo que implica un embarazo después de los 35 años:

Manu: ¿Y el miedo por qué?

Sol: Ah, miedo a... por ejemplo, que no se forme bien, que porque... hacían mucho hincapié en la edad. Que ya la edad... que venga bien, que no viniera con alguna deformación, que por la edad y la edad y la edad. Como que me hacían sentir mucho eso. A pesar de que yo me sentía bien, tenía una alimentación más o menos sana. No alcohol, no vicios que puedan... cigarros, todas esas... que podrían afectar a un bebé. Pues no, pero era miedo a eso. De que... a ver... vamos a hacer un exámen de... me hicieron muchos estudios [Sol, 10]

En esta cita, aparece la emoción del miedo por estar atravesando una situación que implica exponerse a un riesgo de padecer una enfermedad o de perder a ese bebé. Incluso considera que tener esa edad le otorga mayor conciencia, que ella no tenía a la los 20 años, porque era más inconsciente. Ahmed muestra cómo, al circular, las emociones coadyuvan a configurar los cuerpos. Con esto, Ahmed pone atención a las subjetividades corporizadas que se constituyen en el contacto con los demás; es decir parte de una perspectiva relacional en el abordaje de las identidades. Agrega que la forma que adquieren las relaciones espaciales (cercanía y distancia) afectan el modo en que sentimos (Gordon, 2007). Esta idea es útil para explicar cómo a través de la emoción se expresan con fuerza ciertos mandatos que indican algo que no está bien, o al menos, que muestra el riesgo.

Noticia del embarazo

En este punto se establece la relación entre el momento donde saben que estas embarazadas y el comienzo del itinerario de la atención a la salud. Se trata de un evento afectivo que permea la experiencia. En estos casos la noticia del embarazo es percibida como algo positivo, aunque siempre sea movilizante. Es una experiencia que se asume en el proceso, como dice Fainsod (2006) es un hecho consumado y

asumido. Llama la atención que en este grupo de mujeres, algunas de ellas se enteran cuando ya se encuentran transitando una etapa avanzada del embarazo:

Marga: Bueno, una vez que yo me enteré, bueno que sospeché que estaba embarazada porque no me bajaba la regla... eso fue como a principios de marzo...y como a mediados de marzo, el 15 de marzo...fui a hacerme un ultrasonido. Me decían que era lo mejor porque a mi edad pues podría ser que fuera un embarazo ectópico o que a veces tienes todos los síntomas y solamente hay un saco vacío que te da la sintomatología, pero no es un embarazo. Tengo una hermana enfermera y ella me acompañó al primer ultrasonido. Cuando me hice el primer ultrasonido, me dijeron que ya tenía 6 meses, que el bebé estaba bien. Y me dicen: ‘Ahora vamos a escuchar su corazón’ y yo: "Oops, ya tiene corazón. Entonces escuché su corazón, pues ya... desde ese momento como que me enamoré de él. Escuchar su corazón la primera vez, fue algo muy hermoso. [Marga, 14]

Cielo: (...) entonces así paso exactamente en el 2016, 3 meses no me bajó y yo dije: "Chin, de seguro son los quistes y yo la neta no me había hecho el exámen de sangre pensando que eran los quistes, en enero, que bajo a mi tierra, a Reynoso Tamaulipas, le dije a mi hermana, llévame con tu ginecóloga para ver los quistes y ya fui, y ya me pasaron, me tomaron el ultrasonido y cuando me dijo la ginecóloga me dice: "mira nada más el quiste sote que tienes y yo dije "chin dije, aplica operación" y cuando volteo y veo un muñequito ahí, yo me quedé como pasmada, como "qué es eso" y ya me dijo la ginecóloga, "felicidades, estás embarazada, tienes 3 meses de embarazo" [Cielo, 24]

Rosa: Yo iba regularmente con una ginecóloga, era una ginecóloga privada. Fui porque yo creí que tenía un problema porque no estaba menstruando, y fue cuando me dijo: "Es muy probable que estés embarazada". Hizo el ultrasonido, me hizo estudios y resulta que tenía dos meses de embarazo, y ya ella siguió el embarazo. Pero no pude... es muy caro pagar un hospital privado. Y como yo tengo por mi parte del trabajo el ISSSTE. Pues decidí irme al ISSSTE [Rosa, 11]

Enterarse del embarazo, en estos casos, pasa por la relación médico-paciente, es en el consultorio donde se enteran del mismo a partir de la ecografía. Rosa, Cielo y Marga comparten no sólo el hecho de haberse sabido embarazadas en momentos avanzados de su embarazo, sino también la mirada romántica sobre estar transitando esa condición. Más allá de la situación personal que estuvieran atravesando con sus parejas, ellas estaban felices por saberse embarazadas y consideraban que era una bendición. Además, en la narrativa de Rosa aparece el obstáculo que implica para estas mujeres costear la atención al embarazo de manera privada, lo cual es un motivo relevante para atenderse en el sistema público de salud. Así emerge uno de los principales contrastes a tener en cuenta dentro de las distintas trayectorias. En estos

primeros encuentros donde comienza su vínculo institucional y la relación médico-paciente, aparece el factor de la edad como un factor de riesgo para la salud.

Diagnóstico vinculado a la edad

A continuación se citan fragmentos que resultan útiles para explicar la tensión que aparece con ciertos profesionales de la salud en relación a la edad. Rosa explica la diferencia de trato que recibió entre una médica y otra, y la empatía que tuvo una frente a la falta de empatía de la otra. Se puede observar en su relato distintas maneras de comunicar los posibles riesgos que implica la edad en el embarazo:

Rosa: Pues por parte de la ginecóloga privada era mucho amor. Me cuidó muchísimo. Es más, como sabía mi situación económica... que en realidad no tenía tanto dinero [risas incómodas] como para estarla pagando... Cuando me mandó a hacer los ultrasonidos-estructurales, me los mandó a hacer con una persona que estaba haciendo una tesis sobre la concepción del feto, y no me cobraba. Me cuidó mucho y me explicó que los mayores problemas con mi edad era que la niña pudiera ser... crecer demasiado. ¿Cómo se llamaba eso? [hace un esfuerzo pero no recuerda] Bueno, pero que tuviera un crecimiento excesivo y que fuera muy difícil que naciera. Entonces me cuidó mucho lo que era la dieta. Cuidó también mucho la cuestión de la tiroides porque al final del embarazo desarrollé la enfermedad tiroides, pero por lo mismo, por el embarazo. [Rosa, 11]

En el ISSSTE me asignaron una doctora que me regañó. Me dijo que me había tardado mucho en tener un bebé... todo el tiempo se la pasaba regañándome: "¿Para qué tiene su hijo a esa edad?" Si fue desgastante. [Rosa, 11]

En estos fragmentos se refleja la tensión en distintos tipos de atención, dos aspectos que adquiere la atención del personal de salud que recibe a estas mujeres en la institución y la capacidad de agencia que tienen al momento de la atención, ya que más allá de la indicación vertida en los protocolos, las médicas se dirigen a la paciente de distinta manera, lo que deja ver, a su vez, la posición distinta que toman respecto al tema de la edad. La mirada profesional reproduce un modelo médico en el cuál las mujeres aparecen como sujetas pasivas que deben seguir las indicaciones. Se trata de un enfoque tradicional desde un modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990) o biomédico (Menéndez, 2003) en tanto se niega u omite la diversidad de aspectos que intervienen en el PSEA y que influyen sobre la continuidad del

seguimiento. Pero también, porque este enfoque sostiene una relación jerárquica entre médicos/as y pacientes, en la que la adherencia es pensada en términos funcionalistas (Parsons, 1966) como una adecuación del “paciente” a las indicaciones médicas. En este sentido, Rosa narra el diálogo que tuvo con el médico sobre su edad:

Rosa: Me dijeron que era considerado embarazo de alto riesgo por la edad. Me dijeron que hay clínicas que se especializan en mujeres ya grandes, o personas que marcan más de un alto riesgo. Yo nada más tenía la edad. Entonces me dijeron: " Te vamos a mandar al hospital Tacuba porque no se considera demasiado riesgo". Pero si me advirtieron: "Si llega a pasar algo más ya te tenemos que mandar a otra clínica más especializada en embarazos de alto riesgo". Pero me dijo: "No hay ningún problema, la edad.. es relativa...,es decir, si estas muy grande, pero hay veces que es mejor atender gente ya grande que a jovencitas, por la cuestión de las caderas y el desarrollo. Así que tampoco te preocupes mucho"[Rosa, 11].

Jime expresa lo siguiente en relación a los comentarios recibidos sobre su edad, asumiendo que no es ‘normal’ que mujeres de más de 35 años transiten su atención en la institución pública. Lo que podría deberse a un elemento vinculado a la clase social.

Entonces, yo no tuve ninguna complicación pero si todo el tiempo te están recordando y además en el sector público pues si es raro que haya mujeres embarazadas a mi edad. [Jime, 11]

Cabe mencionar aquí que al centrarse exclusivamente en la condición biológica, el modelo biomédico toma al cuerpo como objeto y excluye la dimensión subjetiva y simbólica. Sin embargo, aunque la palabra y la mirada médica se presenten como “neutrales”, se establece un “juicio moral” -en este caso sobre la edad- en la designación de la enfermedad, dado que se trata de una condición considerada “indeseable” según una valoración social (Friedson, 1978). En el pasaje de estar sano a estar enfermo, cumplen un rol central los significados sociales vigentes sobre una enfermedad o padecimiento (Sontag, 1996), que se relacionan con las interacciones con el sistema de salud y con determinantes sociales más amplios (Herzlich y Pierret, 1988; Menéndez, 2003, 2011).

En el caso de Marga, frente a un primer diagnóstico de hipotiroidismo, ella busca información en internet pero se asusta más aún y decide hacer una interconsulta con

un médico particular. Sin embargo, esta situación le resulta muy costosa en términos económicos, que aunque es satisfactoria porque le brinda tranquilidad, decide no continuar con ese tipo de atención y regresar al sistema de atención pública:

Marga: Pero mi TSH (hormona de la tiroides) estaba muy elevada y me diagnosticaron hipotiroidismo pero la forma en que me lo dijeron, fue así como de: 'pues esto es muy grave y puede ser que tu bebé tenga retraso mental'. La verdad yo entré en pánico. Me entró la angustia, me asusté muchísimo. Y lo peor que puede hacer uno en esos casos, yo creo, que fue lo que hice, es ir a buscar información en internet. Así, sin más me puse a buscar en páginas de internet que era eso del hipotiroidismo, que consecuencias podría tener para el bebé y fue llenarme la cabeza de angustia, nada más empecé a buscar apoyo de médicos. El problema es que la consulta pues si era algo cara, ¿no? costaba \$1500. Fui con uno y ya. Bueno, y sirvió para tranquilizarme. [Marga,14]

Otro elemento a destacar de este relato es la manera en que el profesional de la salud le comunica el riesgo al que se expone al tener el valor de la hormona tiroides elevado. Le dice que su bebé podría tener retraso mental. Ahí aparece nuevamente la emoción de angustia y susto que permite comprender la vulnerabilidad a la que encuentra expuesta la mujer en la relación médico paciente. Además, surge nuevamente la relevancia de lo que implica pagar por una consulta, queda en evidencia que no está dentro de sus posibilidades sostener la atención de manera privada. Aquí se observa que a pesar de tratarse de una profesionista con educación de posgrado, su situación económica no le permite costear la atención privada de forma sostenida.

En este tipo de trayectoria no se presentan conflictos respecto del trámite de licencia por maternidad porque el mismo se encuentra en línea con la institución de salud donde las mujeres reciben la atención a la salud.

Parto

Este punto es crucial en las trayectorias que aquí se revisan, porque se erige como un parteaguas en el recorrido de la mujer en relación al embarazo, en tanto es la culminación del mismo. Lo que interesa revisar es la expectativa que tienen las mujeres que conforman este tipo de trayectoria y cómo viven su experiencia del parto en relación a la institución donde se atienden. En este grupo de mujeres, casi todas

ingresaron solas a las salas de parto. Excepto una de ellas que fue atendida en un hospital del Seguro Social porque trabajaba allí su cuñado. Este punto del acompañante llama la atención porque incluso cuando la ley les permite el ingreso de un acompañante, esto no sucedió así. Otro elemento a destacar en las trayectorias de atención es el de los vínculos, las redes que tienen las mujeres, traducido como el **capital social**, que les ayuda a encontrar soluciones durante sus itinerarios. El capital social es entendido como:

“conjunto de recursos actuales o potenciales que están ligados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de interconocimiento y de inter-reconocimiento; o, en otros términos, a la pertenencia a un grupo, como conjunto de agentes que no están solamente dotados de propiedades comunes (susceptibles de ser percibidas por el observador, por los otros o por ellos mismos) sino que están también unidos por lazos permanentes y útiles”(Bourdieu 1980: 2).

En otras palabras, se refiere a la totalidad de las relaciones sociales que un agente puede movilizar en un momento determinado, que le pueden proporcionar un mayor rendimiento del resto de su patrimonio (los demás capitales, económico y cultural especialmente) (Gutiérrez 2005b:13). De este modo el capital social es presentado como un multiplicador que permitiría dar cuenta de diferencias en los rendimientos producidos por el capital económico o el cultural. Las mismas mujeres mencionan diferentes situaciones en las cuales recurren a un cuñado médico, a una hermana enfermera que le indica ácido fólico, o incluso compañeras de trabajo que las alertan sobre distintas situaciones y las incitan a visitar otros profesionales de la salud.

A continuación, aparece nuevamente un comentario del equipo de salud en torno a la edad, en el momento del parto:

Manu: ¿Cómo fue el proceso del parto? ¿Qué te dijeron sobre la edad?

Sol: Sobre la edad... este... adelantaron el parto porque Santino tenía que nacer una semana después. Pero pues tenían como miedo de la edad, que no tuviera como...de hecho no me permitieron que fuera un parto natural, por la edad. Como que hacen menos de edad, muchos cuidados, eso me gustó. Por el cuidado de la edad, la edad.

Manu: ¿Cuando te decían de la edad, qué más te explicaban?

Sol: Era muy chistoso porque -por ejemplo- con mi cuñado Leo, yo lo tenía que ver donde él está. Y me decía: ¿Sabes que? Entrás a urgencias y las enfermeras te van a checar y todo. Después entras conmigo. Entraba con las enfermeras y me decían: ¿Qué edad tienes? Por lo regular muchas me decían que me veo menos de mi edad.

Ya cuando me preguntaban decía: "37, próxima a cumplir 38". Y me decían: ¡ y yo decía: "Bueno, si supieran que fue así como in vitro..." mejor no decía nada.[Sol, 10]

En este caso precisamente Sol iba a ser atendida por su cuñado, sin embargo, no se encuentra excenta a recibir comentarios sobre su edad y lo 'irresponsable' que es por decidir embarazarse, como le dijo el personal de salud.

Luego, en relación a las expectativas del parto, Jime narra su sensación al atravesar una cesárea. Aunque tuvo una justificación médica válida para tener ese tipo de intervención, de todos modos no se lo esperaba y fue un momento de tensión:

Jime: Era yo la única... incluso había espacio para que yo estuviera caminando, me pusieron la oxitocina, estuve caminando un buen rato pero no dilaté. A pesar de la oxitocina no avanzaba la dilatación y entonces terminaron por hacerme cesárea... Para mí fue horrible, nunca pensé que fuera a ser cesárea...mi primera hija fue por parto natural. Nunca pasó por mi mente que fuera a ser cesárea...yo nunca había tenido una cirugía...entonces pues sí, la verdad es que durante la cesárea yo me espanté mucho. Incluso empecé a hacer taquicardia...la anestesióloga se desesperó un poco...y ahí medio me habló mal y le conteste, y... pues ya, nació bien la niña. [Jime, 8]

Otra vez aquí aparecen distintas emociones que exponen la complejidad que implica ese momento y la relevancia de una adecuada comunicación en la relación médico paciente, porque quizá otra hubiera sido la respuesta de Jime si hubiera sabido con antelación sobre la posibilidad de tener una operación cesárea. Además, otro elemento que señalan las mujeres es que nunca antes habían sido intervenidas en su vida y que por este motivo es que les representa un momento difícil.

Por su parte, Rosa expone a continuación distintos elementos relevantes para este estudio. En primer lugar, el hecho de ingresar sola a la sala de partos, aunque reconoce como un aspecto positivo el haber contado con todo el equipo de salud para ella y con una muy buena atención. En segundo lugar, comenta sobre la solicitud que le hacen de firmar un consentimiento donde acuerda la utilización de forceps, en caso de una urgencia. Aunque en la actualidad, el mismo se encuentra contraindicado y Rosa lo sabía, de todos modos accede a firmarlo. Es preciso aclarar que en esa situación, minutos antes del parto le dicen; "Si no firmas no puedes atenderte aquí":

Rosa: Dije: "No, ingrésame". Y ya le avisaron a él que me iban a ingresar porque estaba muy sintomática, con muchos vómitos. Ahí me preparan, me dan una cama muy fría, muy solita. Curiosamente era la única que estaba embarazada. Para mí fueron todas las doctoras. Para mí fue toda la atención porque estaba solita, cosa que me dijeron que en el Seguro no pasa. Que sale así una tras otra, una tras otra. No, yo estuve

sola. Y la doctora que se quedó conmigo, era muy amable, y me decía: "A ver... déjame te reviso, muévete así, respira así..." Me trataron muy bien. "Cuando me dices que no estás dilatando, te voy a meter para... esta medicina para que se apresure el proceso de parto". La puso en el suero y ya empecé con las contracciones fuertes y todo. Y me di cuenta en todo ese tiempo que estuve ahí, como ellas están todo el día, a veces utilizan las camas para descansar, te hacen firmar un papel de que aceptas que utilicen fórceps o el corte que hacen... episiotomía y lo aceptas. Nosotros no lo practicamos, procuramos no practicarlo pero es necesario que firmes. Porque otra manera no puedes atenderte aquí. Entonces le dije: "¿En serio es necesario?" Me dice: "Sí". Pero yo le dije: "Yo no quiero que le hagan eso a la niña, que le pongan el fórceps aunque a mí me corten". Me dicen: "Nosotros no lo practicamos pero si es parte de la documentación que requiere el ISSSTE". En el Seguro me dijeron que -por ejemplo- a fuerzas se los hacen. Aunque no lo necesiten, a fuerzas cortan. Yo del seguro nada más escuché historias oscuras, en el ISSSTE no lo hicieron. Me rasgué pero fue del parto natural. Y cosieron. [Rosa, 11]

En relación a su parto, Cielo comenta la atención que recibe de parte de una médica que la ve en una situación crítica esperando a ser atendida:

Cielo: Eran las 9.30 am porque escuché, nunca se me va a olvidar, era una doctora alta, güera, delgada, que estaba recibiendo los pacientes de la doctora anterior y cuando llegan conmigo, le dice: "Ella ingresó a tal hora de la mañana, no ha llegado a la dilatación", y obviamente la güera le pregunta: ¿Ya rompió fuente? Ya rompió. Entonces la regaña y le dice: ¿Cómo es posible que tengas a esta persona aquí si ya tiene mucho tiempo sin líquido amniótico? Iba una persona ya para quirófano y le dice la güera: "Regresala y me alistas a ella porque ella es la que va primero, y yo: "ay, gracias a Dios" [Cielo, 24].

En este fragmento se observa la empatía de la médica que la encuentra en el pasillo. También menciona que sufrió mucho porque no dilató y entonces fue a una cesárea. Pero para ella esto no constituyó un problema, le bastaba con saber que su bebé estaba sano:

Cielo: Y ya le dije a mi hijo: "pasando el dos de junio hijo, cuando quieras nacer, adelante, y nació exactamente el 5 de junio en la mañana se me rompió la fuente y ya me fui al ISSSTE de Tepalcates porque ahí me alivié. Y de las 5.40 que me recibió el ISSSTE hasta las 9.30 de la noche me metieron a quirófano. Sufrí, sí sufrí porque pues eran dolores, a mí me tuvieron que medicar para que me dieran los dolores de parto, porque nunca dilaté, no salí de la dilatación 1 entonces parto normal no fue, me metieron a quirófano y a las 9.30 mi hijo nació del 5 junio de 2017 por cesárea. [Cielo, 24].

iii) La red de apoyo

Esta dimensión es central, en tanto las mujeres transitan el embarazo solas, dado que acontece en su propio cuerpo, pero al mismo tiempo, están acompañadas por una red de contención que puede ser su pareja, la familia, los compañeros de trabajo o sus amigas. En efecto, de las mujeres que se incluyen en este tipo de trayectoria, Marga y Cielo estaban sin pareja durante el embarazo. Mientras que Rosa, Sol, Jime y Abi se encontraban en pareja. Pero estaban en situación de vulnerabilidad con afectaciones en las áreas que aquí se analizan: el ámbito familiar, o la red de apoyo, y el binomio maternidad- mundo laboral. Podría afirmarse que para este grupo de mujeres, la red es limitada. Su círculo es pequeño, circunscripto, y esto repercute en su atención a la salud, tanto en relación a la falta de contactos a los cuales recurrir para que las cuide en caso de estar internadas, o bien si precisan una consulta con otro médico.

En la siguiente narración Rosa cuenta cómo la acompañaron:

Rosa: Mi mamá me llamaba y me preguntaba como estaba pero no iba a visitarme. Mi hermana a pesar de que no podía visitarme me invitaba en su casa. Había veces que me quedaba en su casa, y ella me explicaba. Y **me dieron muchos libros**, me explicaron muchas cosas, mi mamá me regaló un libro sobre el embarazo, "ponte a leer para que sepas". Tengo un cuñado que también me veía. Él da terapia alternativa, con imanes, cuarzos, todo lo demás y también él de repente me veía. Y pues el principal apoyo era su papá [de la nena] porque como mi mamá no podía desplazarse tanto porque cuidaba a mi abuelita, mi otra hermana vive en Iztapalapa y mi hermana decirle algo, estaba como muy lejos, casi todo el tiempo la pasé con mi esposo. Y mi papá era el que iba a visitarme, durante toda la depresión posparto, él iba todas las tardes a cuidarme. Mi mamá me dijo que de plano no podía, pero me marcaba diario. Mi papá iba todos los días, él vivía en Pachuca. Todos los días que se venía para México pasaba a verme, a cuidarme un rato, a decirme: "Tranquila". Durante el embarazo también. Qué chistoso, ¿No? casi siempre son las mamás...[Rosa]

Esta cita explica la diversidad de elementos que permean el proceso de atención a la salud, ya que no se trata, como hemos visto en páginas anteriores, de una relación lineal, meramente clínica sino que por el contrario se encuentra atravesada por distintos saberes, y actores sociales que intervienen, como es el caso de la terapia de cuarzos a la cual Rosa hace referencia.

4.2.2. Trayectoria Tipo B o privada

Las trayectorias de atención en el sistema privado de salud son aquellas que exponen el recorrido de las mujeres que acceden a la atención en el sistema privado de salud, en ocasiones asistiendo siempre con el mismo equipo y a la misma institución de salud. Mientras que en otras ocasiones las mujeres cambian dos o tres veces de ginecólogo/a durante su atención por diferencias en las decisiones respecto al embarazo o por haberse sentido maltratadas en la atención.

Cabe mencionar que son ocho los casos que conforman este tipo de trayectoria. Las mujeres que la integran atendieron su embarazo en: Hospital Ángeles Metropolitano México (Lupe, Silvina), Sedna Coyoacán (Eli), Hospital Español (Cecilia y Sara), Hospital Grand Roma (Gloria), Bité Médica (Clara y Lorena). Uno de los principales motivos que esbozan respecto a la elección de la institución donde tuvieron su parto es que se sienten más seguras en esas instituciones que en el sistema público, sobre el cual esgrimen opiniones cargadas de prejuicios.

Otro elemento a destacar es que algunas mujeres de este tipo de trayectorias cuentan con Seguro de Gastos Médicos mayores. Se trata de un plan de protección financiera para hacer frente a los gastos generados a partir de la atención médica provocados de un accidente, enfermedad o un embarazo. Esta situación sitúa a estas mujeres en una posición de privilegio respecto de otras que no tienen esta posibilidad.

Además, entre estos itinerarios se destaca -en el vínculo institucional- el hecho de valorar los servicios que brindan las instituciones de salud privada, entre los que sobresale la posibilidad de contar con una **playlist**¹⁷ para el momento del parto. O bien, se trata de mujeres que acompañan su trayectoria de atención con la utilización de la app **Flo**, un rastreador del periodo (calendario de la regla), calculadora de ovulación, calculadora del periodo y calculadora de embarazo que predice de forma fiable la menstruación (el ciclo menstrual), los días de ovulación (el ciclo de ovulación) y los días fértiles de la mujer. Esta situación deja ver la presencia

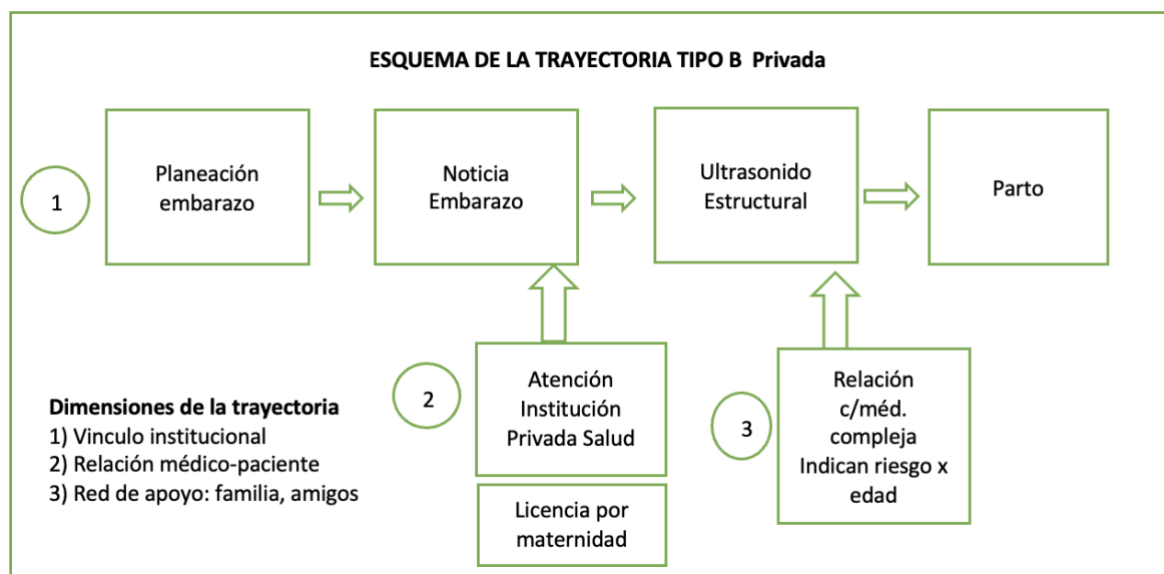
¹⁷ Lista de canciones

de la tecnología en la vida cotidiana de las mujeres como un hallazgo de esta investigación.

Como se mencionó unos párrafos más arriba son ocho las mujeres que entran en esta trayectoria: Lupe, Silvina, Eli, Cecilia, Sara, Gloria, Clara y Lorena. A continuación, se expone un esquema que muestra la relación entre las tres dimensiones que configuran la trayectoria de la atención privada.

Una vez expuestas las características generales de este tipo de trayectoria, se despliega un esquema donde se sintetizan las principales características de este tipo. Y los eventos que se analizan: la planeación del embarazo, la noticia del embarazo, el control de salud que implica el ultrasonido estructural, el diagnóstico por la edad y el parto, y las percepciones que estas mujeres les asignan en su biografía, desde las distintas voces que transitan por este tipo de trayectoria de atención a la salud.

Esquema 2. Trayectoria Tipo B o privada



Planeación del embarazo

Entre las mujeres que integran esta trayectoria el plan del embarazo llega después haber obtenido logros profesionales o materiales, como comprar una casa.

El plan del embarazo está asociado con un sentimiento de logro y satisfacción: por un lado, tener un hijo era algo deseado; y por otro lado, lograron establecerse con la pareja que querían y así formar una familia. También el espacio que la profesión ocupa en este grupo de mujeres adquiere relevancia cuando piensan en el proyecto del embarazo y el factor sorpresa sigue apareciendo más allá de un plan específico:

Mi hija se llama Emma, ella no fue planeada, fue sorpresa pero digo, la verdad es de que fue muy... al final una sorpresa buena, yo en particular como mujer siempre había, pues sí, había contemplado la posibilidad de ser mamá, obviamente. Pero yo creo que lo que vivimos muchas mujeres ahorita, de que bueno, te está yendo bien profesionalmente, estas despegando económicamente, entonces como que de repente vas dejando de lado esa parte de mujer, vamos a llamarlo así, por irte mucho de lo profesional. [Eli, 8]

En algún momento de la adolescencia quizá sí, 'Ah, no nunca voy a tener hijos'. Pero después como que siempre que iba a ser mamá, pero fue una decisión que fui aplazando mucho porque tenía otras cosas que hacer, muchas otras cosas que hacer... desde el trabajo, pues los estudios que para mí eran importantes... comprar un departamento... había muchas cosas y como que... hasta que llegó un momento donde pues un día dije: 'Ahora sí, ya, como que no puedo aplazarlo más...y si lo sigo aplazando quizá nunca ocurra' [Silvina, 12]

En este grupo se ubica Clara, quien perdió cinco embarazos antes de poder lograr la concepción de su beba. Su camino hacia la maternidad estuvo signado por varios obstáculos que implicó recurrir a la espiritualidad y la religión para encontrar respuestas. Asimismo, tanto en su caso como en el Sara, y el de Lorena, se trata de parejas muy consolidadas que estaban juntas hacía muchos años y previamente había decidido disfrutar la vida en pareja, viajar, salir por la noche.

Noticia del embarazo

Indudablemente en este grupo de mujeres la noticia del embarazo ha sido recibida con alegría y como fruto de un deseo consciente. En el caso de Clara y de Sara la búsqueda había sido ardua, porque implicó recorrer distintos profesionales de la salud, someterse a estudios complejos. También cabe mencionar que ninguna de las mujeres de esta trayectoria transitó por procesos de fertilización asistida, los motivos de las complicaciones para lograr el embarazo no se debieron a cuestiones de fertilidad, sino que eran de otra índole. Es por eso que la llegada del embarazo

operó como un factor sorpresa e inesperado. El hecho de haber cumplido con otros objetivos previamente influye en la manera en cómo recibieron a su bebé, y cómo ha sido criada en relación al lugar de prioridad que se le otorga.

Diagnóstico por la edad

La totalidad de las mujeres que constituyen esta trayectoria reconocen un vínculo de confianza con el profesional de la salud que las atiende. A su vez, consideran que fue la mejor edad para haber decidido tener un hijo porque ya habían realizado proyectos profesionales, y personales. Así lo narra Lorena:

Lorena: Este médico jamás *[con énfasis]* me mencionó el tema de la edad cuando sabía que había amigas donde sí llegabas y el ginecólogo te hacía cara de [hace cara de asco] cuando te veía que eras mayor. Y en mi caso, este ginecólogo la verdad, siempre fue muy amoroso *[la bebé llora a los gritos]*. Jamás me mencionó ese tema de la edad. *[Interrumpe y me dice: "Voy a caminar un poco porque voy a llevar a mi niña acá con su papá y su hermano].* [Lorena, 5]

Sin embargo, cada una de ellas atravesó por distintos momentos conflictivos en la relación médico-paciente asociados a un diagnóstico de riesgo, tal es el caso de Sara:

Sara: Yo iba muy emocionada porque durante los 4 primeros meses iba muy bien la bebé... hasta que tuve consulta con el genetista, quien me hizo algunos pronósticos...la medición del cráneo y todas esas medidas de los huesos... apuntaban a que había una altísima probabilidad de que la bebé tuviera síndrome de down...Pero no me podían, en ese momento, la comprobación del exámen de líquido amniótico para demostrarlo porque tiene que ser dentro de cierto período del embarazo. Entonces digamos que estuve como dos meses o tres en stand by, y con la angustia de que a lo mejor mi bebé tenía síndrome de down, ¿no? Pues eso fue muy stresante porque pues también era la decisión de: ¿Vas a querer tener a la bebé o no? [Sara, 13]

Este relato expresa un momento crítico de la trayectoria, donde la mujer experimenta angustia y dudas en torno a la posibilidad de tener complicaciones con la salud del bebé. En la relación "médico/a-paciente" para Parsons es un sistema social en el que se juegan roles sociales, principalmente los del médico y el enfermo,

definidos como un conjunto de conductas esperadas (Parsons, 1966). Sin embargo, la relación “médico/a-paciente” es una relación dinámica y los roles y expectativas varían en el tiempo (Bascuñán, 2005), virando en las últimas décadas hacia modelos de “expertización” y mayor autonomía del “paciente” (Pecheny et al., 2002; Brown et al., 2013). Sin embargo, a pesar de estos cambios, el modelo descrito por Parsons no solo permanece vigente -como se observa en la cita- pues se espera que el “paciente” asuma su rol y “coopere” con el médico en la recuperación o mantenimiento de su salud (Margulies et al., 2006; Pecheny y Manzelli, 2008), sino que implica nuevos “deberes”. Aparece una tensión fuerte en la relación con el médico porque demoró en comunicar los resultados y finalmente era una ‘falsa alarma’, la bebé no tenía ningún problema de salud. Sin embargo, nadie le quita a Sara ese tiempo de incertidumbre. Por su parte, Sara contó también con el apoyo de su primo -biólogo de la reproducción humana- en la atención de su embarazo:

Con mi primo estuvo bien, igual acaba de tener a sus bebés a los 43 años, entonces pues digamos que estaba en la misma. El es muy cercano a mí y el pasado como biólogo de la reproducción por casos muy parecidos, inclusive mujeres de 50 años a las que ha atendido. Pues tampoco para el es algo nuevo o cliché, el que tengas bebés a esas edades. De hecho el tuvo casos de adolescentes embarazadas y el si sabe cuál es la visión de un embarazo muy temprano y de los embarazos más tardíos. Por eso el no tuvo ningún tema. A el le dio mucho gusto que naciera la bebé, que por cierto era la primera en mi familia. [Sara, 13]

El apoyo del primo, en el caso de Sara, expone la centralidad de la red de apoyo, de los lazos más cercanos que brindan confianza y contención durante la trayectoria.

Respecto de la licencia por maternidad, en el caso de este tipo de trayectoria, se destaca el obstáculo que significa para las mujeres algo que debería tratarse de un proceso ágil, rápido, que las ampare en su derecho a ejercer la maternidad. Gloria cuenta sobre esto:

También, me acuerdo, que te extendían tu incapacidad de maternidad ‘X’ días y si el bebé no nacía, había que volver a tramitarla físicamente. Yo me acuerdo que creo que ya empezaba con trabajo de parto, cuando yo estaba en las oficinas del seguro social tramitando otra vez mi incapacidad, porque ya se había vencido. [Gloria]

Además, en algunos casos sucede que no permiten a las mujeres decidir traspasar libremente hasta cuatro semanas del periodo prenatal al postparto, aunque sus reglamentaciones internas así lo habilitan. Lo que esta situación ocasiona es una merma en el empoderamiento de las mujeres para decidir sobre su cuerpo y su parto.

Parto

Para las mujeres que cursaron esta trayectoria, el momento del parto es para destacar porque se constituye en un indicador clave del vínculo médico-paciente en ese recorrido. Mientras siete de ellas fueron atendidas mediante cesárea, una sola, Lorena, tuvo un parto natural. La intervención de la cesárea fue aceptada sin mayores inconvenientes por la mayoría, excepto por Gloria y Cecilia que lo vivieron como una decepción; Y debió llamar a último minuto a toda su red de apoyo para solicitar dinero, puesto que el costo del parto se duplicó al tratarse de una operación cesárea. A continuación se citan fragmentos de la experiencia de las mujeres donde detallan si la intervención fue planeada o no, y las recomendaciones de la médica sobre este tema:

Silvina: Fue una cesárea de emergencia, no planeada. [Silvina,27]

Eli: Fue una cesárea. Sabíamos que iba a serlo, fue una cesárea programada. Yo soy muy estrecha de cadera, bueno, si tu me ves por afuera, dices: 'No veo donde está lo estrecho'. Pero fisiológicamente para que saliera sin problemas la niña, sí corríamos el riesgo de que al momento del parto sufriera un poquito. Por recomendaciones de la doctora, me dijo: "No me gustaría que tu bebé sufriera"._Ya sabes, a veces los tienes que como jalar mucho, ese tipo de cuestiones. Entonces yo estuve de acuerdo con que fuera cesárea. Y pues bueno, todo bien ahí, complicaciones mínimas que al final salieron muy bien. [Eli, 8]

Cecilia y Gloria hacen referencia a como el hecho de resistirse a la cesárea después de cierto tiempo implica un peligro, es decir, un riesgo. En este sentido, cabe mencionar la pertinencia de la cesárea para lograr un parto saludable:

Cecilia: Fue cesárea, yo quería que fuera parto natural pero no se pudo estirar más la liga después de 18 horas que intentamos, hicimos todo lo posible. Pero pues ya era un tema de peligro para el y para mí. Había pasado mucho tiempo. [Cecilia, 7]

Gloria: Puede ser que, si tengas parto natural, pero sería aéreo, no en agua. Y le dije: 'Ok, está bien, renuncio al parto en agua, pero vamos a intentar que sea parto natural'. Me metió la oxitocina, vía intravenosa, no respondí a la oxitocina otra vez, mi cuerpo seguía sin presentar ninguna labor de parto. Estuve una noche ahí, y al

día siguiente llega el doctor, hace poco nos estábamos acordando...y me dice: 'Ya te metí cantidades industriales de oxitocina' -me metió 5 ampollitas de oxitocina más la prostaglandina- y pues nada, yo no entraba en labor de parto, ni nada. Y le dije: 'Pues, ya, que le digo, pues opéreme'. Ah, porque además en esos días empezó a contar historias de terror y por eso digo que no era tan humanizado el parto, porque desde ahí me empezó meter como en un clima, pues sí, de terror. Me contó, por ejemplo, la historia de una francesa... a la que había el atendido, que estaba obsesionada con tener parto natural y dice: 'Pues si tuvo parto natural, pero de una niña muerta'. Y yo: '¿Cómo, ¿no? ¿Por qué me dice eso?'. Me dijo así casi como: 'Ahí tu sabes, si también repites esa historia'. [Gloria, 15]

La operación cesárea es uno de los avances más relevantes dentro del campo de la medicina perinatal, porque desde su implementación y desarrollo se observó una fuerte disminución de las muertes maternas y perinatales ante casos de emergencias obstétricas, así como también en la detención temprana del sufrimiento fetal agudo y crónico¹⁸.

Sin embargo, en la actualidad la práctica de la cesárea se ha incrementado innecesariamente, lo cual deriva en el aumento de riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos, así como también disminuye los efectos positivos, al convertirse en un riesgo para la salud de las madres y los recién nacidos¹⁹. Este incremento se ha dado indistintamente en los hospitales públicos como privados, generando preocupación en el sector salud a nivel nacional. Pero también provocando la intervención de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual en el 2015 publicó una Declaración sobre tasas de cesárea, alertando sobre este problema:

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

¹⁸ "Cesárea Segura, lineamientos técnicos". (2002), Secretaría de Salud. Consultado en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf> el 20-12-2021

¹⁹ "Cesárea Segura, lineamientos técnicos". (2002), Secretaría de Salud. Consultado en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf> el 20-12-2021

neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral.

El último punto es interesante de analizar porque esto sucede, aunque en menor medida, también en el sector de clase media en el que se inscriben las mujeres de este estudio. Así es que a pesar de esta advertencia, la intervención de la cesárea ha adquirido gran legitimidad tanto dentro del campo clínico como desde las propias mujeres, que muchas veces son quienes la solicitan como en una suerte de “delivery” apelando a cierta “comodidad” vinculada a la programación de la intervención un día y horario determinado. Esta es una discusión profunda que excede los objetivos de este estudio, sin embargo, es central cuestionar aquí la presencia que ha ido ganando esta operación en el campo de la medicina perinatal, en detrimento del parto natural.

Por otra parte, Lorena había conversado previamente sobre la posibilidad de tener un parto natural y además se había ocupado especialmente de encontrar un médico con un perfil de parto respetado:

Lorena: Entonces fue muy rápido de que me dormí, desperté como con mucha actitud, me cambió la vida esos minutos que dormí. De inmediato llegó el médico. Me preguntó si quería que prendiera las luces o apagadas. Estábamos como en penumbra, le dije: ‘No, apagada, no quiero luz’. Acercaron una lamparita, nada más como para iluminar a los médicos. Entró su asistente, me revisó y dijo: ‘Si, pues ya...ya está aquí’. A pujar. Me acuerdo mucho que hacía yo el comparativo entre mi primer parto con Leo que tenía las piernas amarradas y estaba en una sala de quirófano llena de luz, y un médico apachurrándome la panza para sacar al niño. Y con Natalia estaba el médico, su asistente y mis pies estaban sobre los hombros de ellos. Yo me recargaba en ellos para pujar. Y oía a mi esposo... ‘Tu puedes’. Fue como tan... ay no sé, me emociono... fue tan cercano [se le quiebra la voz] y tan bonito. Cuando nació Natalia yo pude... hice eso estaba sentada como en cuclillas haz de cuenta. Entonces la pude agarrar, yo la agarré y me la puse en el pecho. Y ya. Me acuerdo que me tiré sobre la cama. En ese momento, ella se acercó, me empezó a buscar... fue como muy mágico ver esa parte como de como empiezan a reptar los bebés y se empiezan a mover a buscar el pecho. Y se enchufó solita...mientras una pediatra. Porque obviamente todos traen esta filosofía de cuidarte y de procurar que el parto sea un momento mágico y maravilloso. [Lorena, 5]

En contraposición a los discursos anteriores, el caso de Lorena expone la posibilidad de acceder a un parto natural al interior del mismo sistema de salud. Este punto es clave porque permite dar cuenta de la complejidad de las opciones respecto al parto dentro de la misma institución. Y también brinda una esperanza acerca de la

posibilidad de acompañar el derecho de las mujeres a tener partos seguros y respetados. En la atención del parto, el profesional de la salud, desde la postura del modelo médico hegemónico, tiene que controlar lo incontrolable, de un proceso natural que es vivido en el cuerpo de una mujer. En este proceso de atención puede llegar a “recalificar” el dolor de otro cuerpo (Magnone, 2010)

4.2.3 Trayectoria Tipo C o estratégica

La razón por la cual se asigna a esta trayectoria el nombre de estratégica se debe a que en el discurso de las mujeres se expresa una constante reflexión y conciencia en relación al proceso de atención, que implica el cuestionamiento del lugar del médico y de la institución de salud. Esta situación las empuja a tomar decisiones sobre el experiencia que inciden en el curso de la trayectoria; esto provoca -por ejemplo- el cambio de institución de salud donde se atienden por los costos que implica, o realizar otras consultas médicas en tanto no acuerdan con el diagnóstico, recibido incluso asumiendo las consecuencias de estas acciones.

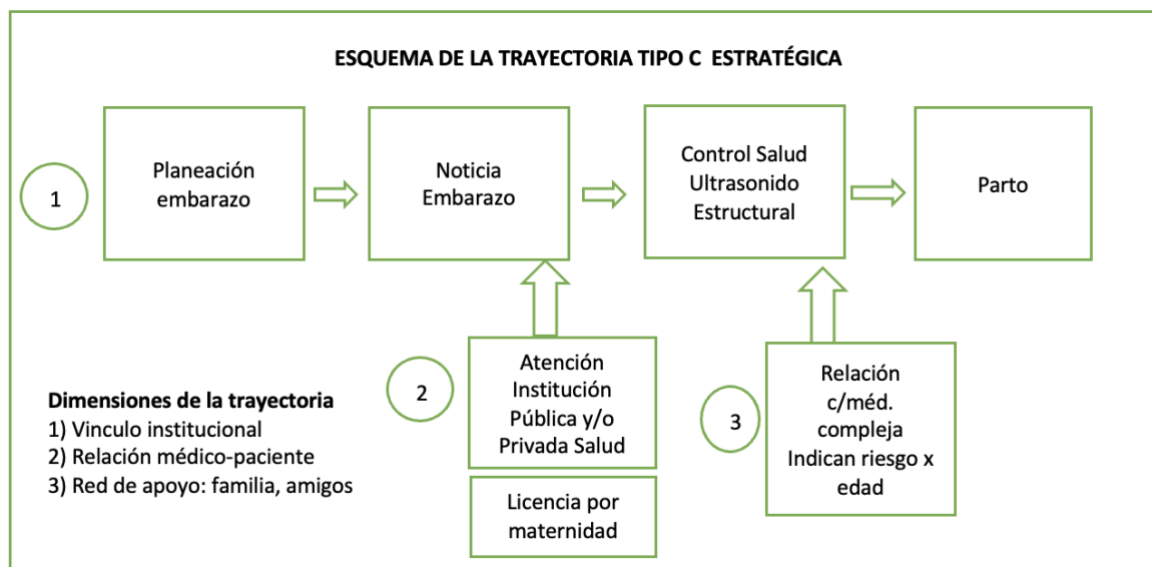
Respecto a la secuencia, esta trayectoria tiene la peculiaridad de que las mujeres recurren tanto al sistema privado como al sistema público. En la proyección hacia el futuro, las expectativas anteriores al embarazo estaban orientadas hacia la pareja y la maternidad; es decir, tener un hijo estaba entre sus planes. La mayoría de las mujeres de este grupo asignan un significado positivo al embarazo; excepto una de ellas a la cual se define como *madre arrepentida* (Donath, 2016). La mayor parte de las integrantes de este grupo, reconfiguran sus acciones y decisiones en función del nuevo proyecto donde el rol de madre adquiere centralidad. La transición al status de madre sucede con adaptabilidad por parte de ellas y con el apoyo de la familia. Incluso en el caso de Ana, quien es considerada como un madre arrepentida.

Una estrategia puede definirse como el diseño de un recorrido para obtener una meta; es un proceso sobre el que se tiene relativo control, en el cual se siguen ciertas reglas que garantizan decisiones óptimas en momentos cruciales. De acuerdo con sus narrativas, estas entrevistadas van articulando sus acciones teniendo en perspectiva una meta con una gran parte de control en el proceso. Siguen reglas (Wolf, 1979) no

escritas pero compartidas y elaboradas en la experiencia de la vida cotidiana (Berger y Luckman, 1976). La noción de estrategia no debe entenderse como una acción malintencionada o calculada por parte de la mujer para lograr su fin: se entiende como una ruta de acción crítica y relativamente aceptada en el contexto sociocultural al cual pertenecen. La trayectoria es estratégica en la medida en que la persona interpreta su realidad y toma decisiones relevantes en su proceso de atención a la salud.

En este tipo se sitúan 15 de los 30 casos analizados, evidentemente la mayoría de las mujeres realizan un recorrido con rasgos asociados a una postura crítica del proceso de atención que implica cuestionar los puntos de vista con los cuales no coinciden. A continuación, se presenta un esquema donde se muestra la relación entre las tres dimensiones que configuran la trayectoria estratégica.

Esquema 3. Trayectoria Tipo C o estratégica



Planeación del embarazo

Como una regularidad en este grupo, las mujeres transitan hacia la maternidad habiendo sentido previamente que *siempre habían querido ser madres*:

Yo soy de estas que siempre quiso ser mamá, como que eso nunca lo dudé. Entonces yo casi que me casé... más bien primero quería tener hijos. Primero

dijimos: "Ya, ya vamos a tener hijos". Bueno, ¿Y si nos casamos? OK. Pero realmente no nos casamos sino para tener hijos. Y tanto así que nos casamos en mayo y a los 3 meses ya estaba embarazada. [Paula, 2]

En realidad, digo, la verdad es que yo estoy convencida que como que los hijos deben de venir a la par o bueno, no a la par pues sino en matrimonio, entonces, yo recién me casé, hace un año y medio, y después del matrimonio pues la verdad es dimos apertura a los hijos, no nos cuidamos ni nada, yo ya tenía cuando me casé 37 años entonces la verdad fue de "pues abiertos a la vida". Yo, digo, siempre tenía dentro de mis metas y planes ser madre también mi esposo y pues así fue. [Daniela, 26]

Mi maternidad, en este caso particular fue una maternidad deseada. La busqué. Sí fue deseado, planificado, con el papá de mi hijo. Pese a que busqué después de los 35 años me tardé un mes. No tuve ninguna dificultad de tratamientos y cosas que muchas mamás que deciden tener hijos después de los 35 años si tienen que esperarse o someterse, ¿no? [Zulema, 12]

Estas citas son útiles para explicar que las mujeres de este tipo de trayectoria, habían planeado la decisión de su embarazo, incluso algunas de ellas habían contraído matrimonio previamente. Sin embargo, Zulema cuestiona el mandato de demorar la maternidad en el cual muchas de ellas han sido socializadas:

Ahora yo la pongo mucho en tela de juicio. La idea de que uno primero tenía que hacer todo lo que tenía que hacer y después ser mamá, ¿no? Hoy la pongo muchísimo en tela de juicio. Porque es que eso es lo que le meten, por lo menos a mi generación, eso es lo que te metían tus papás, ¿no? De que si querías ser profesional o alguien o cualquier huevada de esas, tenías que postergar o eliminar la maternidad. [Zulema, 19]

El señalamiento de Zulema es interesante porque expresa que si existieran condiciones para que las mujeres pudieran contar con una red de apoyo que les permita matinar y estudiar o realizarse profesionalmente, probablemente algunas de ellas hubieran decidido tener antes a su hijo. Sin embargo, al emerger barreras para el ejercicio de la maternidad, las mujeres deciden postergar esa decisión para cuando se encuentran más estables en relación a su rol profesional.

Noticia del embarazo

Este punto es relativo al caso puntual que se analice, porque en la experiencia de Angeles, que se había realizado un tratamiento de fertilidad, la noticia fue un

momento de éxtasis y alegría total. Mientras que para otra fue una sorpresa, aunque estaba en los planes no lo esperaban en ese momento preciso, como le sucede a Itzel.

El significado del embarazo para la mujer depende mucho de si es resultado de una relación de pareja estable o de una pareja ocasional. En un caso el embarazo puede ser una estrategia constituir una familia, mientras en otro puede ser un accidente; el embarazo puede significar una limitación a las aspiraciones de la mujer, o puede ser percibido como algo positivo desde una expectativa cultural que valora la maternidad. Y también puede dar cuenta de un resurgimiento a la vida después de una pérdida (Coll, 2001).

Para estas mujeres, el nacimiento de su hijo es un punto de llegada y un punto de partida: la satisfacción de un logro desde donde miran al futuro con nuevos proyectos y también con nuevas preocupaciones; aunque, en realidad, la preocupación por conciliar el mundo privado de la maternidad y el mundo del mercado de trabajo se mantiene y se agudiza.

Es llamativo el el caso emblemático Ana que se menciona a continuación:

Ana: Estuve casada durante 13 años, y yo sabía que mi pareja quería tener hijos. Pero pues daba la casualidad que no podía yo consumir como el embarazo. Me embarazaba, pero el producto no se lograba. Entonces yo agarraba eso como de excusa, sabes? de decir: "Pues lo estoy intentando, sabes?" Y no me embarazaba, hasta que por fin, quién sabe qué paso... [risas] y pues se logró el producto. Mucho me habían dicho los doctores que seguramente era una cuestión genética. Y que por eso no se había podido consumir pero que los estudios eran muy caros y que no valía la pena hacerlos, porque difícilmente se podía reflejar algún problema genético que fuera vinculado a que no se logaran los embarazos de la manera en la que me estaba sucediendo a mí. Entonces pues yo, tomaba así como que "pues me embarazo o trato de hacerlo y no se consuma". Después se dio el embarazo. Y fue como difícil, decir **"Ay, pues no, siempre no quiero, ¿no?"**, ya estaba así como la familia con mucha presión en ese sentido... Me asumían como víctima de "pobrecita, no puede tener hijos y que bueno que por fin se logró". Entonces pues fue así como que **"Bueno, pues ya, bueno, voy a tenerlo"**. [Ana, 21]

Este relato muestra la resistencia que ella tiene a la maternidad, incluso hace referencia a distintos elementos para revisar: la presión de la familia en tanto era percibida como "pobrecita" porque no lograba su embarazo; la presión de su esposo que quería ser padre. Ella relata en la entrevista que perdió 7 embarazos previo a esa gestación, y que no quería ser madre. Incluso fue después de haber parido, con atención psicológica que ella se da cuenta de su arrepentimiento y de todas las trabas

que este embarazo le provocaba en su carrera profesional. Sumado a un divorcio durísimo con el padre de su hijo, quien actualmente no se ocupa del pequeño y por lo tanto las tareas de cuidado recaen sobre ella.

Diagnóstico por la edad

Este punto es central en tanto permite establecer la relación con la institución de salud, dado que es allí donde se realiza el diagnóstico de riesgo respecto de la edad. Asimismo, aquí aparece el vínculo con la licencia por maternidad, porque es durante la trayectoria de atención que las mujeres deben realizar el trámite de la licencia -a veces llamada "incapacidad"-, y generalmente se torna en una cuestión engorrosa. A continuación se retoma el caso de Carla para exponer lo que ocurre en su experiencia:

En el Seguro Social fue donde me dijeron lo de la edad y que era "madre añosa". Y yo también como me dedico a cuestiones de género, de igualdad de género. Me tuve que chutar una clase sobre derechos [se ríe] de la mujer y cómo eso era una violencia institucional porque me dijeron que era mamá añosa. Y como tal, tenía que ir a todas mis citas, porque mira... en el Seguro Social, como en el ISSSTE, tu puedes ir en cualquier momento de tus semanas de embarazo, del último trimestre, a que te otorguen sin ningún tipo de condición, tu licencia de maternidad. Ese es un derecho, está estipulado en los derechos laborales para cualquier mujer asegurada. Pero para las madres añosas, me enteré, después de que me lo dijeron, que tenemos que a fuerza, en el Seguro Social, ir por lo menos a 5 citas en la que nos revisen las médicas generales y con eso se avala que se le está dando seguimiento a un embarazo que se le considera de alto riesgo. Solo por la edad. Me acuerdo que me acerqué a la trabajadora social, y le dije '¿Cuál es el criterio para ser madre añosa?' Y lo único que me dijo fue: "Pues la edad. Solo la edad". [Carla, 20]

Esta cita resulta útil para explicar la diferencia que existe con el grupo de edad de las mujeres de más de 35 años en lo respectivo a la licencia por maternidad, ya que se les exigen mayor cantidad de controles. A la vez aparece la denominación de *madre añosa* por parte del personal de salud, aunque Carla se posiciona en contra de esta manera de ser nombrada y le da una clase de género donde le explica que es incorrecto que la llamen así. Por parte del médico se produce un "deslizamiento" (López y Carril, 2010) desde esferas tecnocientíficas hacia otros ámbitos, asignando un supuesto significado profesional –con la legitimidad propia del discurso médico– a

apreciaciones de orden moral. La violencia institucional percibida por Carla sucede conjuntamente con una sensación de incomodidad. Lo que es posible añadir aquí es que las emociones se van construyendo en las interacciones.

Otro elemento surgido de las narrativas de las entrevistadas es el tema del diagnóstico por la edad, y a partir de allí la diferencia que tienen las mujeres con los profesionales de la salud. Daniela explica a continuación cómo la edad se erige como un factor de riesgo:

Sobretudo en el sistema de salud, todo era "embarazo de alto riesgo", simplemente por el tema de la edad, cuando en realidad pues todo se desarrolló correctamente, pero hubo como... tuve varios, como te diré, pues varios momentos en los que se me mencionó que era de alto riesgo, me mandaron a hacer estudios de más. Incluso algunos estudios que la verdad fueron preocupantes y que no me dejaron disfrutar al máximo mi embarazo. Como a lo mejor alguna... siento yo como una alerta exagerada de probable síndrome de Down, cuando en realidad no era alto riesgo sino nada más por el tema de la edad. [Daniela, 26]

En esta cita es posible observar cómo para Daniela el diagnóstico de riesgo fue exagerado, inclusive ella considera que le realizaron estudios por demás, que no eran del todo necesarios. Asimismo, ella percibe que la exposición a este diagnóstico le impidió disfrutar plenamente de su embarazo, lo cual deja en evidencia la falta de acompañamiento por parte del equipo de salud respecto a la comunicación durante el proceso de atención.

Los relatos de experiencias de angustia y miedo durante la atención en relación al diagnóstico de riesgo se destacan entre las mujeres que se incluye en este tipo de trayectoria. En estos casos, la falta de información brindada somete a las mujeres a intervenciones que no sabían en qué consistirían ni qué efectos tendrían. Las entrevistadas expresan malestar debido a la falta de información previa sobre los procedimientos, la "frialidad" de la atención, "el apuro" de profesionales, y luego de las mismas, lo que constituye, "una experiencia... un poco traumática". A la vez que percibieron la licencia por maternidad como un trámite engorroso que podría ser más ágil, teniendo en cuenta su condición de estar cursando embarazos avanzados.

Un factor a tener en cuenta durante la trayectoria es la Licencia por maternidad, o incapacidad como es denominado generalmente el derecho de las mujeres durante el embarazo y el puerperio, a un descanso y subsidio en dinero igual al 100% del último salario diario de cotización. A continuación, Paula explica que es un requisito asistir a la institución pública de salud para acceder a la licencia, sin embargo, al comentarle a la doctora que atiende su embarazo en una institución privada, la profesional se remite a firmar los papeles sin realizarle estudios específicos.

Paula: Todos mis estudios los hice privados. Nunca nunca me hice ningún estudio en el seguro social. Simplemente llegué con todo mi folder de estudios, la doctora los revisó y me dijo: "Ah, entonces estás atendiendote por fuera?" sí y te dicen que todo va bien. "Si". Entonces me acuerdo que tienen un... ya ni me acuerdo como se llama, un aparato, como un conito para revisar el corazón pero es casi de papel, parece un juguete y me acuerdo que la doctora del seguro sí era un chiste la señora. Tipo que tenía su torta de tamal en la mesa, como que se le iba el ojo pa' l otro lado. Era una viejita rara y chistosa. Leía mi documento y me decía "Ah, si aquí te voy a firmar". Realmente como que una revisión así... más bien ella confió en que la Dra. privada me había hecho todo esos exámenes y tal. [Paula, 2]

Esta situación expone los cruces que implican los itinerarios de atención a la salud cuando la licencia por maternidad es un requerimiento burocrático, al cual las mujeres se encuentran sujetas a perder tiempo e incluso a cierto maltrato desde la institución de salud. Aunque en el caso de Paula no se trató de una situación de gravedad, otras entrevistadas narran haber estado horas aguardando para su atención por una situación burocrática. Mientras que, por el contrario, aquellas mujeres que trabajan en organizaciones internacionales o empresas privadas, cuyas leyes se ciñen a las de otros países con legislación de avanzada, alcanzaba con la palabra de la mujer para que el lugar de trabajo se ocupe de garantizarles el salario durante su licencia. En este punto, es posible establecer un paralelismo con el modelo médico hegemónico en el cual la intervención se sostiene sobre una asimetría de poder entre médico y paciente. El médico detenta el poder del saber, la autorización legal y la legitimidad que la sociedad le otorga cotidianamente para intervenir en los cuerpos de las personas. Cuando el médico es varón y la paciente es mujer esta asimetría de poder se yuxtapone a otra más antigua y profundamente

arraigada en el imaginario y prácticas de nuestra sociedad, la estructura de poder de las relaciones de género, en la que la mujer la posición subordinada” (Schwartz, 2010: 101).

En este sentido, junto al modelo médico imperante se suman otros factores que limitan una atención de calidad en las trayectorias, como por ejemplo, el elevado número de pacientes que el equipo médico debe atender, lo que limita la duración de la atención, el limitado tiempo para realizar todos los procedimientos requeridos a fin de establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados. A la vez, existen otros factores como las deficiencias en la organización de los servicios, limitados recursos materiales y humanos disponibles que afectan las condiciones de trabajo, lo anterior genera descontento entre las mujeres que asisten a los servicios y por ende, desde su perspectiva, la calidad de la atención recibida es limitada.

Parto

El parto es un evento que comienza a planificarse durante el embarazo. Las mujeres que constituyen esta trayectoria han decidido atender sus partos en la institución pública de salud, aunque durante el embarazo recurrieron a instituciones públicas de salud para su atención. Uno de los principales motivos por los cuales decidieron atenderse en la institución privada se debió a los prejuicios que tienen sobre la institución pública. Consideran que se trata de lugares que no están capacitados para realizar una atención adecuada en materia de tecnología. Además, muchas de ellas cuenta con seguro privado de salud lo cual les allana el camino para atenderse en el ámbito privado. Otro de los elementos que las condujeron a atenderse en clínicas como el Hospital Ángeles, el Hospital Español, Médica Sur o Bité Médica, fueron las condiciones que estos espacios ofrecen en su atención.

Este evento es un momento fundamental porque se cristalizan las acciones que realizan las mujeres respecto a la autonomía sobre su cuerpo. En realidad, se pone en tensión su autonomía y lo que ocurre en el diálogo con el equipo de salud, donde sus deseos no se cumplen. Algunas de ellas buscaron durante el embarazo aquella institución que les garantice tener un parto respetado o humanizado, es decir, una

modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños en el momento del nacimiento. Tiene en cuenta los valores de la mujer, sus creencias, y sentimientos respetando su dignidad y autonomía durante el proceso de dar a luz. De este modo, las mujeres querían tener un parto natural, acorde a su deseo. Sin embargo, en el momento preciso donde había que tomar la decisión sobre la intervención, era el equipo de salud quien decidía -con mayor o menor apoyo de la mujer según sea el caso, y se realizaba una cesárea.

A continuación Xipa narra sobre aquello que la llevó a atender su embarazo en una clínica privada:

Xipa: Yo tenía un seguro, si mi esposo tiene por su trabajo seguro privado con cobertura a pareja e hijos, entonces sí. No, desde que tenía al primer médico que me recomendó atenderme en una clínica privada y luego pues en el círculo también de mujeres académicas a lo mejor... ya con más trayectorias y económicamente más consolidadas, pues todas lo han tenido en privada, entre los médicos que me recomendaban estaba otro del Español también y ese hospital en particular, yo decidí tenerlo ahí porque bueno, dicen que pues tienen todas estas recursos, cuneros, por si el niño tiene algún padecimiento o cualquier cosa sale mal. Ahí tiene todo lo que se necesita. Me parecía como el lugar más seguro, no me parece que soy una persona muy arriesgada, por ejemplo si me preguntas si lo hubiera yo tenido en mi casa, bueno para mí es... digo, admiro mucho las mujeres que lo hacen, obviamente las respeto mucho. Para mí hubiera sido...pues un riesgo, ¿no?. Un riesgo no tenerlo en el hospital, según este paradigma de cómo las mujeres ya tenemos a los hijos [Xipa, 18].

Lo que se observa en esta cita es que Xipa no se considera una persona arriesgada como para tener su parto en casa, pero no menciona nada respecto al riesgo que implica la edad en la que tiene su embarazo.

Por otro lado, a varias de las mujeres de este tipo de trayectoria les sucedió algo similar en el momento del parto respecto a la decisión médica de realizar una operación cesárea. En el caso de Frida, ella cuenta el coraje que le provocó saber que tendría una operación quirúrgica en lugar de un parto:

Frida: Finalmente fue cesárea y es el coraje de mi vida porque las contracciones empezaron un día como a las 7 de la noche duraron toda la noche y bastante fuertes, y a las 4 de la tarde no nacía, y tampoco estuve en una constancia de contracciones como el doctor indicó: "Tienes que ir al hospital cuando las contracciones sean en este ritmo de tiempo" y como no eran así, pues esperamos hasta las... qué habrá sido, hasta las 4 de la tarde, que no eran tan seguidas pero yo ya no me sentía muy bien. Ya me dolía. Y me dijo el doctor: "Si te quieres venir, ven y hacemos una prueba

de cinturones". Medimos el ritmo cardíaco del bebé, vemos la dilatación que en efecto esté bien, y ya. Si realmente sientes que tienes que venir ven. Y yo: "Si". Entonces fuimos y primero pasé con una doctora, antes que con el doctor que me atendía y me dijo: "Creo que cuando son las dilataciones sí baja de manera muy abrupta el latido del bebé". Muchas veces es normal, a ver si con suero, hidratamos un poco... Pero como que no cambiaba y parece que bajaban más, al final fue como: "Yo creo que sí va a ser oxitocina". Y yo: "Claro que no! ¿En qué habíamos quedado? ¿Cómo que oxitocina?" [hace una voz graciosa-irónica] Es decir, otro panfleto falso. Y ya, el doctor dijo: "No, mira Xipa, ve, yo lo que te recomiendo... obviamente es tu decisión. Pero yo lo que te recomiendo es que sí sea cesárea. Y yo: "¿Pero cómo cesárea?" Otra vez vamos a caer en lo mismo Doctor, y sí se lo dije, y me dice: "Si, yo sé que puedes estar enojada, de verdad háblalo, medítalo pero yo no me arriesgaría más". Al final pues sí, la definición... yo creo que es un momento muy vulnerable. El momento en que un médico te dice que debe proceder de cierta manera, porque tampoco uno es tonto y dice: "Ah, no yo mi título de médico, ¿de dónde lo saqué, no?". Al final no eres un/a médico/a y de alguna manera confías en el profesional de la salud que te atiende. No voy a creer que yo como abogada le voy a decir: "No...". Entonces la verdad es que le dije: "Bueno, no estoy nada feliz, tengo dudas, incluso tengo desconfianza en su decisión". Así, así. Pero tampoco voy a tener que confiar en lo que Usted me dice. "Pues sí". Pero aparte te pasan unos papeles súper rápido de "Firme aquí de que está...autorizando la operación y yo". Y yo: "Lo estoy firmando y ni siquiera lo estoy leyendo, ¿Qué consentimiento informado?". Yo estaba muy enojada, muy enojada [Frida, 16]

El relato de Frida resulta útil para reflexionar acerca de la relación médico-paciente, revisar inclusive algún obstáculo en la comunicación previa entre ellos. [Frida, 16]. En primer lugar ella expresa que se trata de un "panfleto falso", lo que indica que tenía una expectativa que había sido previamente conversada con el médico respecto a tener un parto normal. En segundo lugar aparece la advertencia de que bajaron las dilataciones del bebé y frente a esa situación, la emergencia de un riesgo. En tercer lugar el diálogo con su médico que le dice: "es tu decisión pero...", donde aparece la autonomía de ella sobre su cuerpo pero también el peso del médico, a partir del cual ella se da cuenta que corre con cierta desventaja al no ser médica y no contar con el saber específico. Esta escena pareciera contraponerse a la idea de parto respetado o parto humanizado en el cual se privilegia la voluntad de la mujer que va a dar a luz realizando intervenciones cuando son estrictamente necesarias y con el pleno consentimiento de la mujer. Aunque el detalle de esta situación excede los alcances de este trabajo, se busca dejar constancia que es un momento de tensión en esa relación y se considera que el poder médico continúa teniendo la hegemonía en situaciones como esa.

El enojo de Frida es una emoción que en términos de Ahmed se expresa -como todas las emociones- en un cambio corporal. Para Ahmed (2015), la forma en que operan las emociones da pistas para entender de qué manera es posible moldear los cuerpos y objetos como formas de acción y de qué manera éstas determinan, por un lado, la orientación y la relación entre objetos y sujetos y, por otro, su capacidad de transformación o remodelación mutua (Ahmed, 2015,24). Ahmed afirma que las emociones son intencionales, “tratan acerca de algo: involucran una dirección y orientación hacia un objeto” e “involucran una postura ante el mundo o una forma de aprehenderlo” (Ahmed, 2015, 28). Las emociones también son relacionales (Ahmed, 2015, 30), posibilitando relaciones de acercamiento o alejamiento de objetos y sujetos.

Se trata de mujeres que han cuidado su salud toda la vida, han realizado actividad física, han llevado una dieta sana, se encuentran dentro de un peso ‘normal’. En la mayoría de los casos, al terminar en una operación de cesárea todas se sorprenden porque esperaban un parto natural. Sobretudo porque la cesárea – en muchos de los casos- había sido la primer operación que les realizaron en su vida. Aquí aparece un punto interesante para observar y tiene que ver con la medicalización del parto en la que derivan, muchas veces contra su propia voluntad. Porque previamente se habían ocupado de realizar cursos de profilaxis, de hacer ejercicios para tener su cuerpo más disponible, pero la cesárea llega como una respuesta inevitable y contradictoria porque, a la vez que resuelve la situación del parto, deja un sabor amargo en lo que significa el parto.

Es por ello que se retoma el aporte de la antropóloga Davis-Floyd (1993) en relación a las conclusiones a las que arribó en una de sus investigaciones sobre el parto. Aunque esperaba encontrar malestares y desavenencias sobre la opinión de las mujeres que habían sido atendidas desde el modelo tecnocrático. Para su sorpresa cuando descubrió: “... que el 70% de las cien mujeres de mi estudio expresaron diversos grados de satisfacción con sus partos tecnocráticos. Al explorar las razones que justificaban estos resultados, me di cuenta de que los rituales tecnocráticos del parto hospitalario, a pesar de la filosofía que los sustenta, proporcionan el mismo sentido de orden, la seguridad y el poder tanto a las parturientas como a los médicos y a las enfermeras...A pesar de que cuarenta y dos de estas setenta mujeres

ingresaron en el hospital con la intención expresa de «tener un parto natural», este objetivo filosófico fue perdiendo importancia a medida que avanzaba, o no, el trabajo de 124 parto” (Davis-Floyd, 1993:9).

Conclusiones

El análisis de los tres tipos de trayectorias permite concluir que la trayectoria estratégica es la que se apega más a un lugar de crítica y cuestionamiento de parte de las mujeres hacia el sistema de salud, ya que los eventos ocurrieron de acuerdo a la capacidad de agencia de las mujeres. En esta trayectoria las mujeres transitan su proceso de atención atravesando algunos momentos críticos vinculados al diagnóstico de riesgo por la edad. Esta trayectoria es la que se asocia a una mirada crítica sobre el sistema público de salud; es decir, solo se atienden allí en casos excepcionales o para cumplir con el requisito para la licencia por maternidad, lo que otorga a estas mujeres más control sobre sus procesos de atención.

Cabe señalar aquí que las miradas de profesionales y no profesionales dentro del sistema de salud también se han abordado como “modelos explicativos de enfermedad” (Kleinman, 1978), es decir, sistemas diferenciados de explicación que interactúan y conforman un mismo sistema cultural (el sistema de salud). El modelo biomédico es, entonces, un sistema interpretativo posible, y no un lugar de verdad y racionalidad por sobre otros modelos (Kleinman, 1978; Castilla Parada, 2018). La mirada de “pacientes” o “enfermos/as” no es una simple distorsión o empobrecimiento del saber médico sino un punto de vista autónomo (Herzlich y Pierret, 1988). La diferenciación entre los términos en inglés “disease” (enfermedad biológica) e “illness” (experiencia subjetiva del malestar) pone de manifiesto la importancia de considerar la voz de los sujetos involucrados al momento de explicar los procesos de salud-enfermedad.

La trayectoria privada, aunque es parecida a la estratégica muestra una variante fundamental, ya que las expectativas de las mujeres no están encaminadas a cuestionar al sistema de salud. Ante la ausencia de estas expectativas, el embarazo se presenta como un evento que es parte de la vida y al cual es preciso transitar según

las normas establecidas. De este modo, estas entrevistadas logran llevar a cabo un proceso de adaptación a las instituciones de salud. En dicho ajuste hay algo de dificultad pero al final la adaptación se obtiene. Igual que en la trayectoria anterior las mujeres asumen las responsabilidades de cuidado de los hijos y a partir de allí elaboran una perspectiva de futuro incorporando también su vida profesional a su nuevo rol de madre.

En el caso de la trayectoria tradicional se observan las condiciones de mayor vulnerabilidad. Es característico que estas mujeres tengan una estructura familiar y laboral más precaria, lo que las expone a situaciones difíciles durante el embarazo, ya que ellas permanecen solas y tienen -por ejemplo- más posibilidades de transitar una depresión posparto. Su vínculo con el sistema de salud acontece sin mayores complicaciones, porque además es la única opción con la que cuentan para su atención. A diferencia de la trayectoria privada, en esta trayectoria se ubican las mujeres con menor escolaridad y quienes se embarazaron sin demasiada previsión. La negativa de la pareja a unirse con algunas de ellas parece ser uno de los elementos que vulnera todavía más su biografía. Es así que uno de los marcadores de vulnerabilidad que suelen estar presentes en esta trayectoria son el abandono que sufren por parte de la pareja cuando se produce el embarazo, y el hecho de estar sin pareja al momento del nacimiento del hijo. En esta trayectoria la vulnerabilidad exacerbada depende en gran parte de lo que la postura que los hombres asumen respecto de la relación una vez que se ha confirmado el embarazo.

Por lo tanto, se observa en las mujeres que pertenecen a esta trayectoria cierta condición de vulnerabilidad, respecto de las otras dos trayectorias -estratégica y privada. Lo que estas seis mujeres tienen en común es la precariedad de su situación económica, y otro marcador que sobresale en esta trayectoria es la ausencia de la pareja en casi todos los casos. Algo que a pesar de todo reduce la vulnerabilidad en esta trayectoria es contar con el apoyo de la familia.

Finalmente, en las tres trayectorias se vislumbra un tipo distinto de agencia por parte de las mujeres. Las que se ubican en la trayectoria estratégica son las que tienen una acción más claramente vinculada a una postura crítica. Son quienes con sus acciones controlan, o por lo menos intentan controlar, las consecuencias de sus

decisiones dentro del proceso de atención a la salud. En el terreno del proceso esto es muy evidente, ya que una vez que se han sabido embarazadas asumen que deberán ser fieles a su convicción y comienzan a buscar un equipo de salud acorde a sus expectativas. En el otro extremo se ubican las mujeres que mostraron una trayectoria tradicional de atención a la salud; en ellas las acciones no están encaminadas a la obtención de un resultado, sus acciones parecen ser más azarosas y circunstanciales y se podría decir que hay están expuestas a condiciones de fragilidad que condicionan sus procesos.

En el caso de la trayectoria privada, aunque las acciones no estaban encaminadas claramente a la meta de la crítica del proceso, una vez que se presenta el embarazo, las acciones se re direccionan hacia la obtención de una estabilidad en el vínculo con la institución de salud, para lo cual las mujeres se adaptan y priorizan un buen vínculo. El control de su vida profesional se retoma pronto gracias a la ayuda de la pareja y /o de la familia.

Aunque todas las mujeres puedan ubicarse en una clase media con ciertos privilegios, es posible identificar matices entre las trayectorias, y , a partir de allí es posible identificar el peso relativo de las categorías de análisis. No siempre la clase tiene un peso específico mayor al género, o necesariamente se encuentran al mismo nivel, porque aún estando en una posición privilegiada, con un nivel educativo alto, con la posibilidad de acceder a la atención del sistema privado de salud, las mujeres transitan por procesos de atención sumamente desiguales.

Capítulo 5. Cuerpo, riesgo y salud durante el embarazo post-35

Introducción

El objetivo de este capítulo es presentar la conceptualización del riesgo que realiza el campo médico desde las experiencias que comparten las mujeres. La propuesta radica en analizar el riesgo médico desde una perspectiva que incorpore la dimensión social del fenómeno, que suele soslayarse dentro del campo médico, y para ello se toman en cuenta las experiencias de las mujeres entrevistadas en su proceso de atención durante el embarazo y el parto desde las emociones.

Este capítulo plantea la tensión entre los conceptos cuerpo, riesgo y salud en relación a las narrativas de las mujeres. A partir de concebir al cuerpo como eje articulador para comprender el vínculo entre riesgo y salud se busca complejizar la mirada en torno al riesgo en el embarazo y el parto observando los elementos que componen las experiencias de las mujeres, a saber: percepciones, significados. El análisis de las emociones que aparecen en las experiencias permite comprender las estructuras sociales que moldean los comportamientos, así como la forma en que se obedecen, negocian o transgreden las normas y valores sobre diferentes aspectos de la vida social. Se retoman en este análisis las emociones como elemento que forma parte de la construcción de las percepciones y significaciones. La idea que se despliega está vinculada a los mencionados conceptos y se fundamenta en que el cuerpo se ha constituido en un eje transversal del análisis de las trayectorias de atención de las mujeres que gestan después de los 35 años. A la vez, ha sido un hallazgo de investigación el modo en que emergen las emociones en los relatos en torno al riesgo, especialmente en la relación al vínculo con los diagnósticos médicos, los tratamientos y la institución de salud.

En las narrativas de las mujeres parecieran percibir con cierta distancia o tensión en la comunicación el riesgo que -para la medicina clínica- implica tener más de 35 años al momento del parto, sea o no el primero. El riesgo no sería para ellas un

hecho que impida la posibilidad de embarazo. A la vez es pertinente brindar complejidad a la mirada, respecto de la manera en la que el orden de género permea los significados de ellas en relación con su experiencia de maternidad. Las experiencias en torno al riesgo se centran en comprender el modo en que las mujeres expresan sus percepciones respecto a la edad, así como las tensiones que surgen durante el diagnóstico en la relación médico paciente.

5.1. Aspectos médicos sobre el riesgo en el embarazo

El riesgo es un vocablo especialmente polémico y, por lo tanto, deja cierto margen a las ambigüedades (Almeida Filho et al, 2009). El concepto de riesgo emergió en la mitad del siglo como uno de los más influyentes discursos en los diálogos contemporáneos de la salud (Ayres, 1997, Ayres (2002: 11) sostiene que alcanzó esa posición privilegiada en función a su impresionante éxito en tareas simultáneas:

“En primer lugar, extendió el significado de la enfermedad más allá de los límites del cuerpo. Un factor ambiental cualquiera, por su asociación probabilística con una cierta agresión a la salud, ya puede ser visto como un daño, aun antes mismo de materializarse en el cuerpo. Más que eso, y esto es lo fundamental, hizo retomar sus propuestas de intervención al plano de la individualidad del cuerpo, pues es en relación con fenómenos relacionados con el individuo que el factor ambiental tiene su carácter de riesgo establecido. Es sobre el balance individual de esas asociaciones donde recaerá predominantemente la gestión del riesgo. En segundo lugar, el concepto de riesgo fue capaz de realizar esa extensión ambiental de raciocinio patogénico a través de un riguroso manoseo de regularidades, trabajando productivamente con un tipo determinado y relevante de “saber cómo”: siempre que... entonces...; en la proporción de x se encuentra y . Además, de que ese tipo de inferencias posibilitan un riguroso control científico, responden muy bien a las necesidades de producción preñadas de tecnología para la intervención”. (Ayres 2002, 11)

Una hermenéutica del concepto epidemiológico de riesgo (Almeida Filho et al, 2009) muestra que este término surge en el lenguaje epidemiológico británico a inicios del siglo XX. Con una valoración más específicamente conceptual, el riesgo puede ser identificado en un estudio sobre mortalidad materna conducido por William Howard Jr., profesor de Biometría de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Johns Hopkins University, publicado en 1921, en el primer número del American Journal of Hygiene (que posteriormente se transformaría en el American Journal of Epidemiology). En

dicho estudio, el concepto se presenta con un asombroso grado de formalización heurística y matemática, expresado en términos de proporciones entre el número de afectados y el número de expuestos.

Siguiendo a Almeida Filho (2009) es preciso cuestionar: “¿Y dónde se sitúa el riesgo en el discurso epidemiológico? Más allá y fuera del sujeto, el riesgo se localiza en el ámbito de la población, producido o atribuido en el ámbito de los colectivos humanos. El riesgo es una propiedad de las poblaciones y su referencia legítima será exclusivamente colectiva” Almeida Filho (2009:330) . Este planteo es interesante porque considera que el riesgo se elabora a partir de lo que acontece en el colectivo, que en el caso de las mujeres se trata de la evidencia ocurrida con otras y a partir de ese dato, se construye el discurso del riesgo que atañe a las trayectorias aquí estudiadas.

Paz y Ramirez (2019) sostienen que el riesgo tiene una estrecha relación con el futuro. “Es un objeto incierto, un objeto futuro probable, una forma presente de describir el futuro. Para la ciencia epidemiológica, riesgo es un concepto operativo definido como la probabilidad de ocurrencia de un evento en una población específica en un tiempo determinado” (Paz y Ramirez, 2019:90). El evento puede ser negativo o positivo: enfermedad, muerte, condición de salud, cura, recuperación, entre otras. (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008). Es decir que, cuando se hace referencia al riesgo desde el campo epidemiológico, implica la probabilidad de que un determinado evento ocurra en un grupo poblacional específico en un tiempo determinado. La predicción no es determinista, sino probabilística. El riesgo busca acotar la incertidumbre y tiende a orientar acciones o decisiones presentes para administrar el futuro de un modo “racional”, lo que no pocas veces lleva a una simplificación de la complejidad del presente (Paz y Ramirez, 2019:90). El abordaje del riesgo retraduce continuamente la interpretación de sus límites como necesidad de un “saber cómo” aún más riguroso, haciendo coincidir toda idea de logro práctico con una infinita búsqueda de control técnico. Si lo que se sabe sobre una asociación de riesgo es poco, o lo que se sabe no permite intervenciones muy eficaces, se parte para el control, una vez más nomológico (Ayres, 2002). Paz y Ramirez (2019) sostienen que todo análisis de riesgo incluye de un modo implícito (o no) un futuro deseable. La pregunta que ellas plantean

es ¿por quiénes es deseado ese futuro? o, en otras palabras, ¿cuáles son los actores que enuncian? Estas preguntas abren permiten profundizar en el cuestionamiento a la idea de riesgo y puntualizar en su dimensión política, análisis que se desarrolla unos párrafos más adelante.

5.2. La edad y el riesgo en el embarazo después de los 35 años

La *edad* es un vocablo que hace referencia al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La edad es parte de una construcción social, que en el caso de las mujeres que se embarazan después de los 35 años influye particularmente en tanto se trata de un factor condicionante. En efecto, para el caso de las mujeres en edad reproductiva se hace referencia al “reloj biológico”, como metáfora, para denominar al mecanismo interno de un ser vivo que le permite contar con una orientación temporal para reproducirse. Son un conjunto de funciones orgánicas vinculadas al ritmo de vida. Sin embargo, esta condición no es absoluta y, por ejemplo, la ciencia puede liberar a las mujeres de ese reloj biológico a través de las tecnologías que permiten la fertilización asistida.

De acuerdo con la literatura, el límite máximo de la edad ideal para el parto, varía de manera considerable según los autores y las épocas, de forma que Dutta lo establece en 26 años, Rezende (con toda la escuela brasileña) en 28, Ahlfeld, Von Winckel y Kunker en 30, Käser, Mangiagalli, Eastman, Nathanson en 35 y Creasy, Esteban-Altirriba y la SEGO²⁰, entre otros, en edades superiores a los 35 años, publicándose trabajos que lo fijan en 40 años o incluso en 44 (Monleon et al, 2002: 385).

Este límite superior de la edad para el parto se ha modificado con el tiempo, y es necesario destacar que en la década de los sesenta era de 30 años; años más tarde se subió a 33 y en la actualidad se sitúa en 35 años. Estas modificaciones se han establecido por convenio entre instituciones médicas y no responden a criterios estadísticos de más de dos desviaciones estándar (DE) o del percentil 90, criterios

²⁰ SEGO. Protocolos Asistenciales en Obstetricia y Ginecología. Madrid: Editorial SEGO, 1994; 31

ambos que marcan el límite de la normalidad de la edad de las mujeres en el momento del parto (Monleon et al, 2002: 385).

Si a la característica de “añosidad” se suma la de la “paridad”, se observa que la evolución del parto puede complicarse todavía más y, por ello, Walters, en 1950, acuñó el término “primípara añosa” que posteriormente, en 1958, fue adoptado por la FIGO, la cual define como primípara añosa a aquella mujer que en el momento de su primer parto tiene 35 años o más.

Pero más allá de la edad, las mujeres ponen el cuerpo durante su embarazo y asumen un riesgo. Este riesgo no solo ha ido cambiando a lo largo del tiempo por los avances médico-técnicos, sino también, porque se han ido modificando las recepciones del mismo a nivel sociocultural, aspecto que permea las experiencias de las mujeres. El embarazo representa un estado de cierta anomalía para el funcionamiento habitual del cuerpo. El embarazo es una condición ‘anómala’ para el organismo, ya que se presenta como un desafío (o incluso una amenaza para su funcionamiento) que puede ser transitado con o sin complicaciones. En este caso la relación entre cuerpo y salud es estrecha en tanto es en el cuerpo donde se manifiestan las transformaciones vinculadas a la gestación, que para el caso de las mujeres después de los 35 existiría una susceptibilidad mayor de que puedan contraer enfermedades o inclusive, poner en riesgo al feto. De allí que se vincula la concepción de salud respecto al riesgo, y cómo esta relación se cristaliza en sus cuerpos.

5.3. Riesgo y salud: las dos caras de la moneda

La salud es un estado de bienestar, pero se encuentra atravesada por condiciones sociales e históricas que la posibilitan y la condicionan. La salud está fuertemente ligada a las condiciones de vida y el desarrollo económico de los grupos poblacionales. La pérdida de la salud provoca impotencia, desconfianza e inseguridad (Therborn, 2015). Se concibe a la salud como “un proceso vital de carácter histórico y social determinado por el acceso a los bienes materiales y no materiales que promueven el bienestar biopsicosocial expresado como crecimiento y desarrollo individual y grupal, sustentables y con sentido humano” (García y Salcedo, en García, 2012:89). La salud es un concepto transversal a este trabajo en tanto la definición que

se retoma es la que desarrolla la corriente teórica de la Salud Colectiva. De allí que la misma sea concebida como un proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Se trata de una mirada integral que incorpora la dimensión social, histórica y cultural de los citados procesos. La Salud Colectiva ha promovido la reflexión teórico-epistemológica sobre el campo de la epidemiología, una serie de “estudios críticos, realizados a partir de los años setenta del siglo XX, [que] permitieron la conformación de una corriente teórica: la Epidemiología social” (Bertolozzi 2012: 31). Esta línea de trabajo se propuso revisar la idea de riesgo que regía el modelo médico-clínico, y a partir de ello surge la propuesta de analizar el concepto de riesgo desde una perspectiva crítica. Dicha perspectiva crítica del concepto de riesgo se retoma en esta tesis respecto de las trayectorias de atención a la salud.

La reflexión se despliega en torno a la tensión entre salud y riesgo, a partir de cuestionar la existencia de un discurso médico basado en diferentes criterios que se ha transformado en el tiempo, en conjunto con cambios sociales, con avances en términos de tratamiento de ciertas complicaciones fisiológicas del embarazo de las mujeres y de la propia experiencia de las mujeres desde el género y la clase social. A su vez, podría afirmarse que el riesgo en la edad de la mujer permite observar cómo existe un discurso médico con base a diferentes criterios históricos, culturales e incluso económicos que se han transformado en el tiempo junto a otros cambios sociales, como los adelantos en términos de tratamientos médicos para tratar ciertas complicaciones y de la propia experiencia de las mujeres desde el género y la clase social.

El lugar que han ocupado las mujeres dentro del proceso salud/ enfermedad se encuentra permeado por el contexto sociocultural, histórico y económico en el cual se sitúan, ya que las transformaciones que suceden a nivel histórico repercuten en los procesos de salud que – a su vez- se encuentran mediados por intereses de diversa índole. Un ejemplo de ello es el ingreso de las mujeres en el mercado laboral y sus consecuentes enfermedades. O bien, la carga que implica en la salud de las mujeres el efecto de la desigualdad de género. Inclusive, en muchas ocasiones la salud de las mujeres es erróneamente entendida como sinónimo de salud materna, en tanto la reproducción juega un papel socioculturalmente relevante y se ubica por encima de

cualquier otra razón que lleve a las mujeres a enfermar. Aquí aparece el lugar de la mujer respecto a su capacidad reproductiva, como si los motivos de enfermedad vinculados a la reproducción fuesen los únicos relevantes para atender la salud de una mujer, y, como si una mujer tuviera que ser madre siempre, más allá de su deseo.

Por otra parte, no se trata de una casualidad o un destino que las mujeres enfermen y mueran por razones relacionadas con la reproducción, sino que ello es producto de la posición social que tienen en un contexto particular. Es decir, la distribución de la enfermedad no se encuentra distribuida de igual manera para todas las mujeres. La enfermedad y la muerte por cuestiones vinculadas a la reproducción se encuentran ligadas al contexto donde esas mujeres viven y al lugar que ocupan en la estructura social, siendo más perjudicadas quienes se encuentran en los sectores más vulnerables.

Una premisa central de este análisis es que la salud es la base de la vida, y debe estar siempre garantizada, sobre todo en las mujeres que deciden ser madres post-35, que son el objeto de esta tesis. La garantía de la salud implica contar con la cobertura del derecho a la salud. El derecho a la salud ha sido reconocido en todas las declaraciones universales de derechos humanos del siglo XX como parte de los Derechos Económicos Sociales Culturales (DESC), por lo que tiene más de medio siglo que se considera legítimamente como un pleno derecho social. Si bien la edad de la maternidad se ha comenzado a posponer en las últimas décadas, como se mencionó con anterioridad, sigue primando con fuerza el mandato de maternidad sobre las mujeres. De este modo, las mujeres eligen ser madres, pero posponen la decisión en pos de cumplir otro tipo de mandatos como el desarrollo de sus carreras profesionales. Sin embargo, el sistema médico tiende a señalar a las mujeres con la responsabilidad del riesgo que implica la maternidad después de los 35 años. De allí que se intenta rastrear en sus relatos el modo en que ellas conciben la salud durante su embarazo, en qué medida responden a la indicación médica, y cuánto siguen su capacidad de agencia. Observar estas experiencias permite complejizar la mirada para comprender el funcionamiento del vínculo entre campo médico y experiencia, es decir cómo estos conceptos se cristalizan en la interacción social, el cara a cada de la mujer con el profesional de la salud y la consecuente mediación de la institución de salud.

Revisar esto posibilita conocer los mecanismos sociales que operan por detrás de dicha interacción, y, de este modo analizar las percepciones en torno al cuidado de su salud en relación con el mandato de género que pesa sobre la mujer-madre, en tanto gestante. La responsabilidad del cuidado recae completamente sobre la mujer, y allí el género opera como un ritual que tiene efecto a través de la naturalización de un cuerpo, entendido como una unidad material, situada histórica y socialmente, con bastos significados que generan que esta naturalización se sostenga culturalmente. El ritual opera también por medio del discurso, al lograr los efectos ontológicos de las categorías de género (Butler, 2007; Gutiérrez, 2015).

Como se mencionó, el embarazo ha sido conceptualizado y nombrado especialmente desde la biomedicina, respondiendo a la necesidad de medicalizar todo cambio que acontece en el cuerpo de las mujeres. La medicalización, como sostiene Conrad (1992), es un proceso a través del cual, los problemas no médicos son concebidos y tratados como problemas médicos -generalmente en términos de enfermedades o desórdenes.

Aquí se reflexiona sobre la pertinencia de abordar el embarazo post-35 desde una mirada sociológica en diálogo con el campo de conocimiento de la Salud Colectiva. Aunque regularmente la mirada que prima es principalmente médica y biológica, el proceso de embarazo se encuentra circundado por un marco sociocultural de símbolos, significados, creencias, ideologías económicas y políticas que influye y determina la experiencia del mismo.

Muñoz Rondón y Garduño Andrade (2019:88) sostienen que, con el arribo de las políticas neoliberales y la influencia de los corporativos en la definición y financiación de las mismas, el concepto de riesgo modificó el significado más básico de la salud y la enfermedad. Anteriormente se asumía que las personas eran saludables y las enfermedades constituían interrupciones temporales en la vida de las personas. Actualmente, estar saludable es sinónimo de tener menor riesgo de contraer una enfermedad, y estar enfermo es tener alto riesgo de contraerla. Esta situación histórica y contextual puede vincularse con el modo de concebir el riesgo que implica un embarazo después de los 35 años, ya que la sociedad basada en el riesgo se ha

convertido en uno de los ejes del consumo de productos y bio-tecnologías médicas, muchas de ellas innecesarias.

A su vez, es pertinente recuperar el planteo que realizan Paz y Ramírez (2019) en torno a reflexionar sobre la dimensión política del concepto de riesgo, para ello las autoras sostienen que:

“Problematizar el concepto de riesgo implica incorporar el deseo y la autonomía como elementos centrales de la salud y como derecho de todas y todos, y que los “riesgos epidemiológicos” no se traduzcan en imposiciones normativas que regulan la vida de las personas con una retórica racionalista y paternalista.” Paz y Ramírez (2019:92)

En línea con la propuesta de estas autoras, en este trabajo se cuestiona la idea de riesgo vinculada al discurso médico. Discurso ligado a una idea de control y noción negativa, que ha sido heredera de una medicina cuya concepción epistemológica del conocimiento científico es considerada como superior a otros saberes que refuerza el carácter asimétrico y autoritario de las prácticas dominantes en salud, porque las decisiones se toman en función de aquellos saberes legitimados a lo largo de procesos de construcción discursiva de los cuales las mujeres, han estado históricamente excluidas (Paz y Ramírez, 2019:92).

El análisis de las experiencias en torno al riesgo se centran en comprender el modo en que las mujeres expresan sus percepciones respecto a la edad y los cuestionamientos que despliegan en relación a su diagnóstico durante el embarazo, por ejemplo, cuando ellas al considerar que se trata de excusas para realizarles más estudios de los necesarios. Sin embargo, el riesgo clínico alude principalmente a una situación que pone en desventaja a las mujeres durante la etapa de gestación y que puede ocasionarles complicaciones severas que atentan contra su salud y su vida.

5.4.Experiencias en torno al diagnóstico de riesgo. La percepción de las mujeres frente a la prescripción médica

Las narrativas permiten observar cómo el proceso de embarazo responde a un contexto sociocultural, donde éste es resultado del control del cuerpo femenino, cuerpo controlado al que se le exige su fertilidad, su reproducción, sin considerar las

condiciones físicas, económicas e históricas en las que se lleve a cabo. Esteban (1994/96) señala que la progresiva problematización del cuerpo femenino es un medio indirecto, “pero muy eficaz de controlar socialmente a las mujeres” (Ibídem:26) ya que, al transformar la realidad en problema, se abre el camino a la actividad normativa y controladora de la medicalización (Menéndez, 1984; Foucault, 1990), circunstancia que en esta investigación quedará reflejada en las etapas reproductivas del embarazo y el parto.

En los relatos se observa que la mayoría de los procesos de atención se encuentran ampliamente medicalizados, es decir, atravesados por criterios médico clínicos y por tecnología que se traduce en estudios e intervenciones para la reproducción humana que permiten conocer la situación específica que transita el feto en el embarazo. El embarazo implica atravesar los diagnósticos clínicos de distintos niveles, estudios técnicos como el ultrasonido estructural, análisis de sangre periódicos, ecografías, ingesta de vitaminas, medición constante del peso y dieta nutricional específica, entre otras cosas. Esto es un permanente acompañamiento médico que se caracteriza por una mirada biologicista sobre la toma de decisiones en torno al embarazo y el parto.

En este caso se trata de un grupo de mujeres con características socioeconómicas que les permite acceder a estudios médicos, a diversas consultas y a especialistas. En relación a otros grupos de edad de mujeres embarazadas, en este caso la mayoría de ellas se ha preparado para transitar la decisión de su embarazo, se encuentran -en su mayoría- con una unión de pareja estable que implica convivencia y la mayoría de ellas tiene altos niveles de educación y desarrollo profesional.

La conexión que se busca establecer radica en vincular las experiencias de las mujeres con la concepción de salud materna que rige las políticas de salud. Es decir, los protocolos de salud y la mirada clínica, los cuales tienden a mencionar el factor de la edad como un riesgo para el embarazo. Pero las mujeres en su narrativa parecieran percibir de manera diferenciada el riesgo a como se expone el discurso médico. Es por ello que aquí se discute esta idea de riesgo cuestionando su definición. Vale la pena destacar que la noción de riesgo ha tenido transformaciones y cuestionamientos a lo

largo de la historia, como se mencionó en el apartado anterior. De allí que se retoma el cuestionamiento al paradigma de riesgo y se hace hincapié en la mirada de la epidemiología crítica.

Foucault, en el Orden del Discurso (1987:5) sostiene que *"en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad"*. Esta proposición es útil para explicar lo que sucede con los discursos del riesgo de la edad. En este sentido los discursos médicos refieren e indican sobre los riesgos, y los discursos no médicos se orientan a destacar ideas que se vinculan con prejuicios y prenociones de lo que implica un embarazo post-35.

El discurso médico construido bajo parámetros biologicistas y naturalistas construye un orden de discurso, vinculado con la autoridad que se sustenta en el carácter científico de sus argumentos y procedimientos y le otorga a sí mismo una función cuasi sagrada. El discurso médico pone en evidencia ciertos hechos y los articula en su propia lógica, impone su mirada y reduce los cuerpos humanos a objetos de su intervención (Herrera, 2009).

Cabe mencionar que el embarazo es un estado fisiológico por el cual transitan las mujeres cuando están gestando. Pero en el caso de este grupo específico, el discurso médico indica que aumenta el riesgo de contraer problemas de salud como diabetes gestacional, preeclampsia, en el caso de la madre o alteraciones como distintas discapacidades para el feto.

En este sentido, un embarazo de alto riesgo es aquél en el que existe mayor probabilidad de daño grave o muy trascendente de morbilidad o mortalidad, o secuelas transitorias o permanentes para la madre, el feto o el neonato. Un embarazo de alto riesgo incluye factores maternos generales como: edad (los extremos de la vida reproductiva), condiciones nutricionales, nivel socioeconómico y cultural, hábitos nocivos (alcoholismo, tabaquismo), antecedentes obstétricos (pérdidas gestacionales recurrentes, multiparidad) enfermedades asociadas (cardiopatías, diabetes mellitus, hipertensión, nefropatías, etc.), y anormalidades del presente embarazo (Tamayo,

Lee, Cisneros, Castolo, Darwich, Queralt y Gaspar, 2004; Mendoza, 2005 y Conde, 2001).

Para explicar el modo en que le comunican sobre el diagnóstico de riesgo y las indicaciones respectivas, retomamos las palabras de Rosa, una de las entrevistadas que nació en la Ciudad de México, vive en la colonia Azcapotzalco, tiene una unión libre con su pareja, es Licenciada en Filosofía, atendió su embarazo en el Hospital de Tacuba ISSSTE, tuvo un parto normal y tenía 35 años al momento del parto. Al preguntarle si desde el equipo de salud le mencionaron algo respecto al riesgo comentó:

Rosa: Me dijeron que era considerado embarazo de alto riesgo por la edad, que hay clínicas que se especializan en mujeres ya grandes, o personas que marcan más de un alto riesgo. Yo nada más tenía la edad. Entonces me dijeron: "Te vamos a mandar al hospital Tacuba porque no se considera demasiado riesgo". Pero si me advirtieron: "Si llega a pasar algo más ya te tenemos que mandar a otra clínica más especializada en embarazos de alto riesgo". Pero me dijo: "No hay ningún problema, la edad.. es relativa...o sea, si estas muy grande, pero hay veces que es mejor atender gente ya grande que a jovencitas, por la cuestión de las caderas y el desarrollo. Así que tampoco te preocupes mucho". Me mandaron a hacer ejercicio, nadaba en ese momento. Tienes que llevar una dieta muy estricta. Y también me dijo que no aguantan el dolor como lo aguanta una jovencita. [Rosa, 3]

En este fragmento de la narración de Rosa se observa el concepto de riesgo en la relación médico paciente. Además, el médico le dice: *"Para no ponerle más rayitas al tigre y que te tenga que mandar a la otra clínica que está más lejos"*, es una manera de flexibilizar la noción de riesgo como la postula el "manual". Es decir, al evaluar la situación puntual de Rosa, el médico le advierte sobre posible aumento del riesgo, al mismo tiempo que intenta matizarlo. Le brinda indicaciones estrictas en torno a la dieta y a la actividad física. A su vez, expone su concepción del cuerpo al contrastarlo con la de una mujer más joven, aludiendo al tamaño de las caderas. Esto permite comprender la dimensión relacional del concepto de riesgo, en tanto se transforma en el momento de la interacción médico-paciente y de las características específicas de cada mujer. También expone la confianza de Rosa en el saber médico, tiene plena confianza en lo que el médico le está indicando. El riesgo alude principalmente a una situación que pone en desventaja a las mujeres durante la etapa de gestación y que puede ocasionarles complicaciones severas que atentan contra su salud y contra su

vida. Sin embargo, es necesario complementar y trascender la idea de riesgo desde la conceptualización médica que es abstracta, inflexible y totalizadora, más aún si se considera que en esta sociedad, la gran mayoría de las mujeres que se encuentran en edad reproductiva y que se embarazan a menor edad comparten uno o más de las situaciones de riesgo enumeradas, se hace necesaria la incorporación de criterios de determinación más amplios, permisivos e integradores, que permitan comprender los criterios de devenir de una realidad compleja y en constante movimiento (Mendoza, 2010).

A continuación Luisa, que tenía 39 años al momento del parto, tuvo una cesárea en Bité Médica, su nivel educativo es doctorado y tiene unión libre con su pareja desde hace 14 años. Ella comparte lo que le dijo su médico en relación al riesgo por la edad, y se observa nuevamente cómo el riesgo se traduce en una categoría relacional cuando aparece en la relación médico-paciente:

Luisa: No, es que no tiene que ver con la edad, tiene que ver con tu estado físico, y tu tienes un muy buen estado físico. Hay chavas que pueden tener 27 años y que son de riesgo...porque tienen complicaciones. Tu estás muy bien. [Luisa]

El médico le dice a Luisa que está muy bien, que no se preocupe y ella aclara en la entrevista cuánto influye el estado de salud general en el que se encuentra. El contexto influye en tanto existan condiciones favorables respecto *“de acompañamiento, económico, e incluso educativo... es decir... y que también lo ideamos mucho. Es decir, yo si te puedo decir que si lo planeamos, que si lo imaginamos, que si imaginamos como iba a ser, con quien íbamos a estar... cómo lo íbamos a hacer... no fue de ‘Ay que crees estoy embarazada! pues no...’.”*

Lo expuesto en la cita anterior es un factor común entre la mayoría de las entrevistadas, se trata de mujeres que decidieron racionalmente planificar su embarazo porque entendían que contaban con las condiciones necesarias para que éstos se desarrollen favorablemente. Esto también es un elemento clave a la hora de comprender el riesgo al que se encuentran expuestas ya que al tener cubiertas ciertas

necesidades básicas: como hogar y trabajo, la exposición al riesgo desciende notablemente.

5.5. Ultrasonido estructural: un momento crucial

Las mujeres, al menos es lo que se cristaliza en algunos de sus relatos, no parecen percibir el riesgo al cual están expuestas para el discurso médico. Sin embargo, lo interesante es analizar en qué punto de la trayectoria de atención surge el tema. En el momento de realizarse el estudio denominado ultrasonido estructural o sonograma genético complementario, que permite detectar o descartar una alta cantidad de defectos en el desarrollo físico del feto, pareciera un momento central de la trayectoria donde se cristaliza la idea de riesgo en la experiencia de las mujeres. Es decir, la relevancia de la edad aparece al momento de realizarse el ultrasonido estructural:

Ana: Yo no me sentía grande, pero sí todos los médicos que llegué a ver o que me llegaron a tratar, incluso en laboratorio o ultrasonidos, todo era así como que "Embarazo de alto riesgo por edad gestacional". Y si, en el argot médico es así como todo mundo lo manejaba. Te digo, cercano, mi hermana porque es médica. También lo veía así. Ella me decía, pues te entiendo, te entiendo que socialmente sea como natural que te encuentres en este proceso, aceptando la maternidad o queriendo aceptar la maternidad, pero médicamente tenemos varias preocupaciones. Que ya el cuerpo es diferente. [Ana]

Paula: Me acuerdo que ahí te hacen como una prueba para ver que no haya ninguna enfermedad genética... y sí recuerdo claramente en el papelito que te dan de referencia los resultados decía cómo que 'La probabilidad es esta rayita... y cuando pasan los 35 se dispara...' no me puedo acordar si lo vi en el primer embarazo, la primera vez o en el segundo... o en los dos, pero si me acuerdo que dije: 'Ah pues no es broma pues, si es cierto que después de los 35 años crece la posibilidad de una malformación, una enfermedad genética y tal...' pero eso es como lo único que recuerdo respecto a mi edad. No me puedo acordar de algo más. [Paula]

Ángeles: El equipo de médicos fue siempre muy respetuoso en ese sentido. Incluso te digo que con la mujer que hacía los ultrasonidos ella me decía que que no que ella no estaba de acuerdo en catalogar por la edad [Angeles]

Cielo: Entonces ya me hice un ultrasonido, con el radiólogo y a partir de ahí pues yo ya empecé a vitaminarme a comprarme mis pastillas, a cada mes ir al ginecólogo para checar lo de mi placenta porque pues a pesar de mi edad, que ya era bastante

grandecita, y primeriza , pues obviamente podemos tener complicaciones en el embarazo. [Cielo]

Frida: Llevé todos los ultrasonidos, porque pues me lo tenían que tramitar en el gobierno y me dijo: "Es que es un embarazo de alto riesgo por la edad". No quise pelear porque no es buena idea pelear con el médico pero le pregunté: ¿Por qué el hecho de que sea... de tener 38 años, significa que es alto riesgo, o sea, como cuál es el fundamento? - No, no es que es la instrucción.[Frida]

El relato de Frida es interesante porque ella busca un ejercicio de autonomía frente al médico a través de su cuestionamiento se percibe a sí misma como mujer que puede decidir sobre sí misma y sobre su cuerpo. Está consciente y clara de que ella merece Derechos Humanos un trato más adecuado a su integridad personal, está informada. Todo eso interviene en la evaluación de riesgos y en la toma de decisiones durante el embarazo.

Lupe: En el primer ultrasonido con el médico particular, no con el de salud pública...cuando me sacó análisis, vio que todo estaba perfectamente bien, no tenía glucosa... no tenía absolutamente nada, yo vengo de familia diabética...entonces había una posibilidad enorme que se me desarrollara durante el embarazo, y aunque así fuera, con una dieta la logras, no pasa nada. Al primer trimestre me hicieron el ultrasonido, y checó y lo que me dijo: 'Hasta donde se ve (me explicó así con manzanas) todo se ve bien'. Ya el primer semestre ya te dicen, bueno las pulsaciones, de corazón bla bla bla, todo se ve bien. Se le tocó el huesito este, que no recuerdo su nombre...que está en la frente, para detectar el síndrome de down... eso lo descartó y el me dijo: 'Pues relájate... Obviamente me cambió dieta, vitaminas, bla bla bla. Pero ahí fue donde... como que yo sola, psicológicamente, empecé a aceptarlo y a mentalizarse, ¿no? Pues es un embarazo... como si fuera un embarazo de una de 20 años y ya... logré salir adelante.[Lupe, 7]

En los relatos de Ana, Paula, Ángeles, Cielo, Frida y Lupe es posible observar que en el curso de la atención experimentan un continuo proceso de fragmentación, a la vez que se cristaliza un discurso médico que no es homogéneo. Por el contrario, el mismo va variando en cada caso específico, mientras algunos expresan preocupación debido al riesgo por la edad, otros se muestran amables y empáticos. En relación a la percepción de las propias mujeres, ellas no se sienten grandes, y se sorprenden al ver el diagnóstico de riesgo por edad, lo que expresa la imagen que las mujeres tienen de ellas mismas. También muestran distintas maneras de afrontar los miedos de saberse transitando una situación de riesgo: se mentalizan y aceptan la situación, asumiendo todo lo que conlleva. Así como asumen el embarazo responsabilizándose y

cumpliendo con los requerimientos que les indica el médico como ingerir vitaminas y asistir mensualmente a los controles.

Respecto del proceso de atención estos relatos muestran que intervienen en el mismo diversos factores: depositar confianza en el médico, el alerta que significa para ellas tomar conciencia de los riesgos a partir de ver el estudio que indica el aumento del riesgo a partir de los 35 años y que las lleva a tomar mayores recaudos vinculados al cuidado de la salud, asociados a la ingerir y cumplir con lo que el médico indica. Valorando la prescripción médica en pos de cuidar el embarazo en curso.

Frankenberg (1988) sostiene que la “performance biomédica de la curación” no se ocupa ni de personas sociales, ni de procesos fisiológicos o patológicos únicamente, sino de las transiciones entre ambos órdenes. De este modo, lo que se debe controlar son los movimientos entre el cuerpo-objeto que se construye en el hospital y el *embodied patient* (el paciente corporificado). El tránsito entre uno y otro es principalmente negociado y no el producto del control unilateral ejercido por la medicina, pero en él el paciente negocia desde una posición de desigualdad, disrupción e incertidumbre.

Las mujeres entrevistadas pudieron negociar de un modo variable (y no explícito, ni precisamente reflexivo) ese fluir de persona a paciente, o de cuerpo-sujeto a cuerpo-objeto médico, que se despliega en la atención. Este proceso fue modelado por la trayectoria de cada mujer, los aciertos y desaciertos en el vínculo con el sistema de salud, con su propia historia y, particularmente, con el cumplimiento del objetivo principal (tanto de la mujer como del equipo de salud) de que el embarazo y el parto resulten exitosos.

En tanto, la narración de Lupe expresa otra dimensión acerca del riesgo que surge durante la trayectoria de atención en el embarazo vinculada a la amenaza de un probable diagnóstico de síndrome de down. Las emociones de angustia y miedo son centrales en esos momentos, a la vez que está la presión sobre la madre de gestar un bebé con una enfermedad así.

Lupe: Porque bueno... no sé si en tu país pero aquí al menos, si ya eres grande tienes mucha posibilidad que tu hijo salga con una discapacidad...con síndrome de down... y esas cosas, ¿no? Y a mí me angustiaba muchísimo porque es una batalla moral como madre... si no está bien, entonces ¿Para qué lo voy a traer a sufrir? Y te viene toda esa angustia. Te la manejan que como ya eres grande... tu hijo va a salir con alguna discapacidad... estoy hablando de la sociedad en general. [Lupe, 7]

La batalla moral se vincula al género en tanto el peso de que el bebé nazca sano cae sobre la madre. Lupe hace referencia a una batalla moral a la cual se enfrenta en su rol de madre, esta idea refleja la presión social que implica la maternidad, y que la posiciona frente a un dilema ético vinculado a la posibilidad de interrumpir su embarazo. La angustia que expresa tiene relación con la experiencia de un embarazo de riesgo en tanto ella pareciera ser responsable de que esto suceda. Esta emoción muestra una configuración de ciertos códigos y normas culturales que dictan el comportamiento esperado para una mujer que cursa un embarazo de estas características. Lo interesante de las narraciones es que la angustia es una emoción por la que transitan todas las mujeres entrevistadas. El hecho de experimentar embarazos a una edad que la ciencia médica tiende a señalar como *de riesgo* las sitúa en una posición homogénea, a pesar de los matices dentro de cada trayectoria particular.

Sara: Pues cuando me dijeron la probabilidad de síndrome de down... yo lloré durante todo el camino de la clínica a mi casa...porque además... era que yo tenía un problema genético y estaba en boga la decisión de una vida, si yo quería o no quería abortar en un bebé tan esperado. Y también pues que mi familia ya lo estaba esperando con mucha ansiedad, como la primera bebé de la familia y yo me sentía como la portadora de esa nueva esperanza, esa nueva vida, defectuosa, ¿no? [Sara, 11]

Un aspecto a observar frente a la posibilidad de tener un bebé con síndrome de down, es un abanico de elementos sociales que permean en la percepción de dicho diagnóstico como son: el deber ser, la familia o el deseo de un bebé "tan esperado". De aquí se desprenden los motivos que explican por qué el riesgo se vive desde una dimensión profundamente social, y no necesariamente vinculado a la salud física. Es decir, la percepción del riesgo responde a las relaciones que se establecen durante el embarazo con la pareja, la familia, con el propio cuerpo y el *self* donde la maternidad cumple un rol fundamental del 'yo' social. Las emociones afectan al proceso de

evaluación de los síntomas, a las expectativas propias para desarrollar conductas promotoras de salud, así como a la creencia de la vulnerabilidad frente al diagnóstico.

Sandra: Incluso hubo la duda de que podía tener síndrome de down el bebé. La verdad desde que me sembraron como esa semillita de la duda, pues si me tuvo más tensa, más nerviosa, más intranquila. Al final confirmamos con una prueba en su momento si esto iba a ser una realidad o no, porque como decían: "Y si lo tiene que vas a hacer". Por el tiempo de embarazo que yo ya llevaba, pues no había... bueno en mi cabeza no había ninguna otra opción que hacer más que pues, saberlo y aceptarlo. [Sandra, 25]

La mención al temor a que el bebé nazca con alguna discapacidad muestra la cristalización de los diagnósticos en las percepciones de las mujeres. Y también el prejuicio social que existe en relación a la posibilidad de gestar un bebé con síndrome de down. Parece que existe una relación directa entre el factor de la edad y la posibilidad de contraer alguna discapacidad en el bebé. Este es una alerta relevante para las mujeres entrevistadas.

Por otra parte, en la siguiente cita, Daniela hace referencia a una cantidad de estudios que le indicaron realizarse para descartar posibles patologías en el bebe, con la referencia al factor de la edad de la madre como factor de riesgo:

Daniela: Sobre todo en el sistema de salud, todo era "embarazo de alto riesgo", simplemente por el tema de la edad, cuando en realidad pues todo se desarrolló correctamente pero hubo como... tuve varios, como te diré, pues varios momentos en los que se me mencionó que era de alto riesgo, me mandaron a hacer estudios de más. Incluso algunos estudios que la verdad fueron preocupantes y que no me dejaron disfrutar al máximo mi embarazo. Como a lo mejor alguna... siento yo como una alerta exagerada de probable síndrome de down, cuando en realidad no era alto riesgo sino nada más por el tema de la edad. [Daniela, 15]

Se observa en algunos relatos cierta minimización del riesgo que va acompañada a la vez de otro tipo de riesgos que emergen en el momento de la "caja de pandora" que es el ultrasonido estructural. Daniela argumenta que el diagnóstico que le brindaron no le permitió disfrutar plenamente de su embarazo y considera que se trató de una exageración por parte del equipo de salud que la atendió.

En línea con lo que se ha planteado aquí, a continuación Ivonne menciona la relación entre la edad y el aumento del riesgo de que el bebé nazca con síndrome de down:

Sara: Quizá lo único que podría haber sido es ese exámen genético, ¿no? Esas estadísticas de considerar que por ser 36 años pues ya te aumentan como un 25% o un 30% la posibilidad de que tu bebé nazca con síndrome de down. Quizá haya sido indirectamente pero está presente esa idea de que por edad...tienes más riesgo, ¿no? [Sara, 11]

A partir de las narrativas expuestas en este apartado, es posible afirmar cómo a través de ciertas prácticas -como es el caso del ultrasonido estructural- aplicadas a través del cuerpo de las mujeres se materializa el riesgo. Podría pensarse incluso que el riesgo es una categoría que se traduce en formas de justificar el control sobre el cuerpo de las mujeres. Ya que con el afán de cuidar y controlar para prevenir, lo que sucede mayormente es un severo control de los cuerpos basado en probabilidades matemáticas que dejan de lado la dimensión social del proceso de atención a la salud.

En un contexto donde la mujer transita bastante sola el proceso de atención, sin un sostén integral de la sociedad y en particular del sistema de salud; se destaca la palabra del médico, quien interpreta la ecografía, y definirá el desarrollo del feto. Se confía en su verdad como resultado de su saber sostenido en la tecnología, práctica cuyo uso es considerado indiscutible como método de diagnóstico.

5.6. ¿Vas a parto o cesárea?

Las mujeres entrevistadas narran experiencias distintas en relación con el tipo de embarazo que tuvieron en sus trayectorias de atención. La propuesta aquí es mostrar las tensiones que aparecen en relación a sus percepciones en torno al parto. El tipo de parto al que acceden -parto natural o cesárea – se constituye en un aspecto que forma parte de la experiencia del riesgo en este tipo de embarazo, de allí que se expone aquello que deriva de estas experiencias en los procesos de atención a la salud. Sólo 4 de las 30 mujeres entrevistadas han tenido parto natural, todas las demás fueron intervenidas con operación cesárea. Estas experiencias fueron narradas a partir

de su vínculo con las instituciones médicas y se encuentran signadas -en su mayoría- por emociones negativas, como dolor, enojo, angustia y tristeza. Sólo cuatro de las 30 entrevistadas hablaron del parto como un momento de goce, que aunque implicaba dolor, les significó un acontecimiento de alegría y emoción innarrable con palabras.

La práctica de cesáreas, inducciones, episiotomías y otros procedimientos que no sean médicamente necesarios, o que no cuenten con consentimiento informado, está prohibida por leyes nacionales o estatales contra la violencia obstétrica en, por lo menos, ocho países latinoamericanos, entre ellos Argentina, Ecuador, México, Uruguay y Venezuela. Sin embargo, muchas mujeres desconocen sus derechos en relación a la atención a la salud, y no muestran resistencia frente a las prescripciones médicas. Aunque no es el caso de las entrevistadas en este estudio, que se posicionan críticamente frente a la prescripción de la cesárea.

En 1985 la Organización Mundial de la Salud estableció en 15% la cifra más alta aceptable de cesáreas, mientras que en México, la Norma Oficial Mexicana para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, emitida en 1995, propone 20% en hospitales de tercer nivel y 15% en los de segundo nivel. Durante el periodo 2000-2008 la Organización Mundial de la Salud reportó cifras cercanas a lo establecido (16- 18%) en Suecia, Finlandia, Croacia, Francia, Noruega y Eslovenia; en el otro extremo cifras de 36 a 42% en México, Mauricio, Italia, Corea, China, Brasil y República Dominicana (Muñoz-Enciso et al, 2011).

Es un elemento a destacar y analizar con mayor profundidad, qué sucede en la atención médica que tiende a realizar cada vez con mayor frecuencia intervención de cesárea en lugar de parto. América Latina tiene la mayor tasa de cesáreas del mundo, estimada en 40% de todos los nacimientos, aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que no sobrepasen el 15% e insiste en que sólo deben practicarse cuando las justifican razones médicas. Es preciso incorporar la perspectiva de derecho a la salud en la atención del embarazo y el parto.

Bernal-García y Escobedo Campos (2018) muestran que la cesárea es la cirugía más realizada en los hospitales de segundo y tercer nivel. Esta intervención es positiva en tanto ha contribuido a reducir algunas causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Aunque presenta ciertas dificultades, como el incremento en las tasas de cesáreas, que a al mismo tiempo provocan otros problemas de salud. El porcentaje de cesárea necesaria que se estima indispensable es de 10 a 15% de los partos según la Organización Mundial de la Salud (OMS) o 15 a 20% según la NOM-0074. Ésta disminuye los riesgos de salud materna y neonatal, sin embargo, cuando se utiliza sin las indicaciones precisas los riesgos sobrepasan los beneficios (Bernal-García y Escobedo Campos, 2018). Aunque este punto no se resuelve con los resultados de este análisis, es pertinente preguntarse ¿qué es lo que ocurre con el aumento de las cesáreas? ¿Cómo podrían mejorarse los indicadores en relación a las mismas?

En México, el aumento notable en el número de cesáreas sin indicaciones justificadas en las instituciones del sector público y privado ha sido motivo de preocupación para el Sistema Nacional de Salud. A pesar de que la política de gobierno mexicana enfatizó la necesidad de que las instituciones del sector público, y particularmente del sector privado, establezcan estrategias puntuales para disminuir los casos de cesáreas innecesarias, a la fecha no se observan los resultados deseados (Bernal-García y Escobedo Campos, 2018).

Por otra parte, los estudios y teorías que explican el carácter social e histórico de las delimitaciones entre “salud” y “enfermedad” han puesto en jaque la mirada biomédica, al demostrar que, más que un dato “objetivo” de la realidad, los procesos de salud-enfermedad son producto de intensas luchas donde se entrelazan aspectos simbólico-culturales y procesos sociohistóricos y estructurales de poder. En el campo de las instituciones de la salud, estos enfoques caracterizaron al modelo médico hegemónico o modelo biomédico, como un enfoque biologicista, dualista, individualista, entre otros aspectos, donde los saberes o percepciones del “paciente” son excluidos de la interpretación de los problemas y de la búsqueda de soluciones. La ciencia médica tiende a homogeneizar las experiencias de embarazo de las

mujeres. Aquí se observa el carácter normativo de la medicina, es decir la formación e instrucción en el cuerpo de conocimientos abstractos y específicos constitutivos de esa profesión (Freidson, 1978). Esto precisamente es lo que se observa que sucede en la relación médico/a paciente cuando la mujer plantea su inquietud de tener un parto en agua, como relata Frida:

"No quiero parto en agua, solo es una duda, ¿usted atiende partos en agua si yo quisiera?". Y él me respondió: "Claro que no, eso es una cochinada". Y a mí me pareció una postura súper ruda para una pregunta que era legítima. [Frida]

Lo que se expresa en esa respuesta del médico/a es el desprecio que tiene respecto a una opción más de parto. Excluye inmediatamente cualquier opción que se encuentre por fuera de lo que él ofrece, y lo hace de un modo violento. A través de comprender el proceso de las mujeres en el camino hacia su parto, a la culminación de la trayectoria de atención donde conocen a su bebé es posible analizar el mecanismo que opera por detrás del proceso de atención a la salud. De este modo, se observó en varias ocasiones que surgen emociones de enojo por parte de las mujeres y se traducen en la falta de alternativas sobre su propio cuerpo. Las emociones se conciben como prácticas culturales configuradas socialmente a través de circuitos afectivos que se despliegan en la interacción entre personas. Asimismo siguiendo a Ahmed, se las entiende como acción o inacción, y por lo tanto, como productoras de realidades sociales (Ahmed, 2015).

A partir de la pregunta *¿Será parto o cesárea?* se despliega la reflexión en torno a qué sucede con la cesárea y el parto. En el caso de las entrevistadas, el momento del parto es central en la trayectoria. Y se asocia con el concepto de riesgo porque el médico/a se posiciona desde allí para recomendar la cesárea como el procedimiento óptimo y seguro para llevar a cabo el nacimiento. Un elemento que destaca en relación a este punto es la expectativa que tienen varias de las entrevistadas respecto a tener un parto natural.

En los últimos tiempos han surgido diversas formas de activismo que cada vez toman más fuerza, con el objetivo de informar, formar y presionar a nivel social para que las mujeres vuelvan a ser las protagonistas de sus propios partos, para que los

protocolos médicos no resulten tan invasivos y los partos se humanicen y se transiten con el respeto que merecen, dejando que sean las mujeres quienes se responsabilicen y decidan sobre su propia salud, y contemplando los nacimientos asistidos fuera del entorno hospitalario como una opción perfectamente válida y segura, como así lo demuestra la evidencia científica (Chamberlain et al., 1994).

Probablemente a partir de la reivindicación de discursos que destacan los beneficios y las ventajas de acceder a un parto natural, las mujeres se acercan a las primeras consultas con esa demanda como un tema prioritario dentro de la atención a la salud. Incluso, en algunos casos, las mujeres deciden cambiar al profesional de la salud que las atiende ante la negativa de garantizarles que tendrán parto natural. Así lo relata Xipa, quien tenía 38 años al momento del parto, nivel de doctorado, casada y vive en Naucalpan. Se atendió en el Hospital Español y tuvo cesárea:

“Fui con el médico que me atendía desde antes, con el que iba a hacerme los papanicolaou anuales. Fui durante los tres primeros meses luego pues tuvimos alguna diferencia porque él si... ante algún comentario que yo hice en relación a la opción de tener parto...se mostró un poco... no reacio pero fomentándome de entrada la cesárea”.

Xipa muestra que se informó para tener conocimiento del embarazo y acaso tomar mejores decisiones sobre su proceso de atención, para ello cambió de médico porque esperaba tener un parto natural, aunque finalmente derivó en una cesárea. Y lo explica así:

Xipa: Si, pues mira, justo a raíz de la diabetes gestacional me estuvieron haciendo más ultrasonidos estructurales y en el último de la semana 36, a inicios de la 37 vieron que el bebé se había estancado en la curva de crecimiento. Entonces me dijo el médico: "Había venido creciendo muy bien en los percentiles de crecimiento y en esta se estancó ligeramente. Digo, no completamente pero si bajó el ritmo de crecimiento". Entonces me dijo: "Bueno, vamos a esperar unos días a ver cómo te sientes", pero me mandó a mi casa y me dijo: Bueno eso por sí solo no es representativo. Pero en esos días también me fui a hacer unos análisis de sangre y ahí resultó que mis plaquetas habían caído bastante más. Eso ya no le gustó. La combinación entre que se haya caído el ritmo de crecimiento del bebé junto con la caída de las plaquetas ya no le gustó. Me dijo que bueno, que eso podía... si bien no era concluyente... yo podía desarrollar algún riesgo de preeclampsia. Entonces ya me dijo que pues él consideraba que si tenía que salir. Que podía inducirme el parto por varias horas del día pero que sino pues tendría que ser cesárea. Entonces bueno, yo, mi percepción de cómo lo siento... claro, yo creo que la inducción era más bien pues ya como...como él sabía que yo quería parto...fue más bien como tratar de darme gusto. Probablemente él sabía que iba a derivar en cesárea porque el bebé ya estaba a término, estaba en semana 37

pero todavía yo no había tenido contracciones. Probablemente él sabía que iba a derivar en cesárea, yo no me molesté porque yo...pues confié en su criterio...de los estudios. Tampoco es que estuviera absolutamente cerrada a la opción de la cesárea... claro, si quería parto porque la experiencia... Pues mira, a mí me molestan estos discursos muy ideológicos ¿no? sobre algunos tipos de feminismos, digo, no quiero controvertir contigo sobre eso... pero hay algunos tipos muy eh... muy que tiene que ser una cosa o que la emancipación significa eso, o que ser madre significa darlos a luz de una manera. [...]Una es la que tiene que decidir sobre la marcha cómo vas a manejar las situaciones difíciles, cansadas, incómodas. Entonces desde mi experiencia, yo dije: 'No me voy a casar con una idea de que tiene que ser así ni el parto, ni la lactancia', porque no sé cómo voy a... no sé en ese momento lo que voy a necesitar y lo que va a necesitar mi hijo. Y yo quiero sentirme cómoda de poder cambiar de decisión sobre la marcha. Pues yo lo hablé con el papá del niño, y estuvimos de acuerdo que lo que se fuese presentando lo íbamos a ir gestionando sobre la marcha. Pues yo confié en el criterio del Doctor en el sentido de que me dijo que la combinación... o sea si yo hubiera visto que por los resultados del ultrasonido el me hubiera mandado directamente a tener cesárea a lo mejor no me hubiera gustado. Pero el hecho de que me hubiera mandado esperarme a que tuviera contracciones y luego, por los resultados de los análisis la combinación me pareció razonable, por eso lo estaba consultando al final de cuentas. Y bueno, no me pareció un juicio desproporcionado, al final pues te digo, fue lo que decidí, me pareció que estaba bien y pues bueno, pues si, idealmente si me hubiera gustado tener el parto. Había ido a un psico-profiláctico, habíamos ido los dos a un psico-profiláctico. Si quería yo... mi mamá tuvo parto, mi abuela tuvo partos, entonces era una experiencia que me hubiese gustado tener. Pero tampoco pasa nada". [Xipa]

En el relato de Xipa sobre la cesárea, se observa que existían elementos como el estancamiento de la curva de crecimiento, y la diabetes gestacional, que es un factor de riesgo a partir del cual el médico se inclina hacia la cesárea. Lo que Xipa destaca de su relación con el médico es la manera en cómo le comunica la situación, abriendo un espacio de negociación con la paciente en la cual Xipa -en diálogo con su marido- decide aceptar la indicación médica, confiando en el saber médico y buscando priorizar la salud de ella y de su bebé. Además, Xipa en ese contexto muestra una postura de cuestionamiento a los discursos feministas "muy ideológicos" que exponen posturas radicales y considera que en su caso, ella prefiere cambiar de idea sobre la marcha y no "casarse" con un discurso que en un contexto como el que describe, podría ser obturador. Allí se observa el factor relacional del vínculo médico paciente y cómo éste se adecúa según el contexto particular. Este relato permite comprender cómo interseccionan ciertos discursos -en este caso uno feminista- con el proceso de atención a la salud en la experiencia de las mujeres.

La dimensión corporal es importante en el relato de Xipa ya que la intervención de la cesárea o el parto se realizan sobre el cuerpo de las mujeres. El cuerpo se sitúa en primer plano y deviene en un objeto específico y privilegiado de atención (Kirmayer, 1992), interrumpiendo la “presencia-ausente” que lo caracteriza en la vida cotidiana ordinaria (Williams, 1996). Deja de ser el envase que transporta, para situarse en un lugar prioritario, donde todo sucede. Es por ello que el cuerpo constituye un nudo problemático central en esta búsqueda teórico-metodológica, ya que, gracias a su doble carácter de sujeto y objeto, brinda una perspectiva privilegiada para analizar perspectivas relacionales del proceso de atención médica.

Cabe destacar el riesgo que aparece previamente al parto, cuando el equipo de salud plantea la necesidad de practicar la cesárea por el riesgo que implicaría sobre el bebé o su mamá. En muchos casos las mujeres habían buscado previamente una atención que implique la orientación del personal de salud hacia el parto humanizado. Es por ello que el parto natural no es una opción generalizada para las mujeres, pero menos aún para el grupo de mujeres que aquí se estudia.

Sara: Pues mira, yo me había estado preparando, asistí a un curso psicofiláctico justo preparándome para un parto natural. Hice todos los días de mi embarazo ejercicio [se ríe] para flexibilizar los huesos, para que no hubiera ningún problema cuando saliera, de la bebé... pero al final...y esa era mi idea, ¿no?: que fuera parto natural. Pero al final pues digamos que en el mes 7 ya empezaba con contracciones de parto. Como la bebé no tenía todavía bien desarrollados los pulmones, me dieron medicamento para que por lo menos llegara casi a término la bebé. Sin embargo tenía muchísimo líquido amniótico por la misma diabetes, y ya un mes antes empecé a sentir dolores muy fuertes ya de parto parto, pese al medicamento. Ahí fui a ver a mi primo, a la clínica, me hicieron un ultrasonido y me dijeron que ya tenía sufrimiento fetal... y que para nada tenía que ser parto natural sino que tenía que ser necesariamente cesárea. Entonces fue cesárea. [Sara]

Este punto de quiebre acerca del parto resulta útil para complejizar el análisis en torno a lo que sucede alrededor de la cesárea y el parto. En la mayoría de los casos se trata de momentos de decepción para las mujeres porque tenían el deseo de tener un proceso de parto natural, incluso algunas de ellas habían asistido al curso de profilaxis con esa intención. Este deseo de tener un parto natural viene de saber que así ocurre el proceso fisiológico del parto. Además, el parto natural tiene ciertas ventajas a saber: para la madre, la recuperación es más rápida y para el bebé, Al nacer

es más rápida su adaptación al medio ambiente²¹. Sin embargo, a la hora del alumbramiento, aparecen diferentes factores que conducen al equipo de salud a decidir la operación de cesárea como la opción más viable para ‘cuidar la vida’. La búsqueda de un parto humanizado está asociada a que las mujeres se informan previamente a consultar al profesional de la salud, además esta decisión está vinculada a una postura política de respetar el proceso fisiológico natural, y la voluntad de la mujer sobre su propio parto. Como es el caso de Zulema en su búsqueda por hacerse de herramientas en su tránsito de atención a la salud: “Fui al [hospital] Gea González porque un programa de parto humanizado y yo... imagínate, nadie de mis amigas era mamá, no tenía familia, no tenía la más remota idea”. Los elementos políticos y sociales que permiten comprender estas posiciones de las mujeres respecto al parto tienen relación con posturas feministas, con cierta reivindicación y autonomía del cuerpo de las mujeres. En efecto, Frida, Gloria y Ángeles, son las más claras respecto a esta postura que se traduce en demanda y despliega una narrativa de cuestionamiento frente al discurso médico autoritario que mira con cierto desprecio la posibilidad de brindar un parto natural. Argumentando que “todos sus partos son humanizados, inclusive la cesárea”, exponiendo el desconocimiento que implica esa referencia. A saber: “El parto humanizado o parto respetado es una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños en el momento del nacimiento. Considera los valores de la mujer, sus creencias, y sentimientos respetando su dignidad y autonomía durante el proceso de dar a luz. Este tipo de partos reduce los nacimientos sobremedicados, empoderando a las mujeres y los usos de prácticas de maternidad basados en la evidencia como estrategia para humanizar el parto²²” (Johanssen, 2016).

Esta tensión en relación al parto y la cesárea es un elemento a destacar respecto a la relación entre riesgo, cuerpo y salud que surge de las narrativas. Se observa que el proceso de embarazo para este grupo de edad suele estar

²¹ Ventajas del parto natural para el bebé: <http://www.imss.gob.mx/maternidad/preparate-parto/ventajas-parto-natural-bebe>

²²Extraído de: <https://blogs.iadb.org/salud/es/parto-humanizado/>

medicalizado desde el comienzo. Es decir, que la mujer desde que comienza pensar en la opción de quedar embarazada -como ocurre en la mayoría de los casos revisados- asiste a una visita médica para conocer su estado de salud y se informa en distintos medios acerca de las opciones que tiene. A partir de allí comienza a preparar su cuerpo para dar lugar al embarazo y la gestación. Luego, una vez que sabe que está embarazada, visita al médico una vez por mes para controlar y supervisar el estado de su embarazo.

En este sentido, lo interesante son las expectativas respecto al parto natural, y resulta llamativo la manera en que estas se construyen ya que tienen un fuerte anclaje contextual e histórico vinculado al lugar de autonomía que tienen estas mujeres y sus posiciones políticas situadas en línea con el movimiento feminista. Del discurso de los/as entrevistadas surge que las mujeres tienen miedo al dolor a la hora de parir, y esto se asocia al histórico mandato de "parirás con dolor" y su función de represión hacia las mujeres. Casilda Rodrigáñez (2007), pensadora ecuatoriana, despliega una hipótesis en la cual se vincula 'el deber de sufrir en el parto' y la represión de la sexualidad femenina en la sociedad patriarcal. Ella sostiene que en el momento histórico en donde las sociedades patriarcales se consolidaron necesitaron reprimir la sexualidad de las mujeres en todos sus ámbitos y expresiones; y es en aquel presente hacia el 2000 - 2500 A. C. que comienza a circular este mandato, luego inmortalizado en la Biblia. Ella plantea que no siempre parir y nacer dolió, sino que la sociedad patriarcal exige determinado tipo de parto y nacimiento, en donde prima el dolor, el miedo, para obstaculizar las cadenas de empoderamiento que podrían generar parir con placer. (Rodrigáñez, 2009: 57)

Otro aspecto para destacar es que las mujeres asocian el riesgo con el bebé y no con ellas mismas, con sus propios cuerpos. Es por esto que desde la gestación la criatura comienza a tener entidad y a ocupar un lugar más relevante que el de ellas mismas. Allí aparece una dimensión compleja acerca de lo que significa la maternidad, a un punto en el que ellas se sitúan en un segundo plano. Se trata de un orden de género que se establece desde la gestación. Lo que se cristaliza aquí es que el mandato indica que se preocupen más por el bebé que por ellas mismas. Aquí aparece la idea de cuerpo, y el cruce con la noción de riesgo.

Frente a un mismo diagnóstico de riesgo, el/la médico/a y la mujer -en ocasiones- expresan posturas diferentes. En el caso del profesional de la salud prima la perspectiva del riesgo clínico que observa los posibles problemas que podrían derivarse de un parto natural, unido a esto a un contexto de un sistema de salud altamente medicalizado con altas tasas de cesáreas en las instituciones de salud. Mientras que, para la mujer, la expectativa del parto y su propia experiencia del embarazo sumada a ideas sobre el tema, la conducen a querer un parto natural. En esta escena de la relación médico/a-paciente, se observa una tensión frente a las distintas percepciones del riesgo. El médico/a se sitúa en un parámetro clínico para emitir su diagnóstico, y la mujer parte de su posicionamiento político que indica “mi cuerpo, mi decisión”. Sin embargo, una vez en la situación específica frente al médico/a, cede su posición al comprender la complejidad de lo que está ocurriendo.

En un contexto donde la mujer transita sola el proceso de atención, sin un sostén integral de la sociedad y en particular del sistema de salud; en un ámbito que tiende a valorar la cesárea como la intervención por excelencia para los partos en la Ciudad de México, es complejo pensar en la posibilidad de espacios que permitan a las mujeres decidir libremente sobre la opción de un parto natural.

5.7. El cuerpo durante el embarazo post-35: “Lo que mi cuerpo puede hacer para... pues para dar vida realmente”

Habiendo definido la postura de salud y riesgo que orientan esta tesis, es posible exponer la noción de cuerpo que sirve para articular ambos conceptos. Es así que la primera característica sobre el cuerpo que destaca a partir de la literatura revisada es que los límites del cuerpo no son tan materiales o evidentes como podría pensarse a priori (Ibañez Martín:2017). El cuerpo ya no es algo relativamente estático, inmutable sino flexible, reconfigurable y transformable (Ibañez Martín, 2017:10).

Se considera en este trabajo que el cuerpo humano es el protagonista del mundo de la vida -espacio de la expresión física, biológica y del devenir histórico, sustrato en el que se materializa la realidad objetiva y subjetivada, punto de partida y de confluencia del sentido, la identidad y la significación de lo imprevisto, recurso y asiento de las prácticas sociales y terapéuticas, encarnación de las normas sociales.

En el cuerpo donde se observa la materialización del acceso y significación de las prerrogativas que posibilitan el proceso vital que se denomina salud. De allí que el conocimiento de las formas de atención al proceso de salud, para obtener el máximo nivel de salud como derecho humano, debe incluir el estudio de las representaciones que ponen en práctica los grupos sociales.

La noción de cuerpo es completamente transversal al embarazo y el parto. El cuerpo de las mujeres es objeto de la atención médica durante el embarazo. Aunque no siempre el proceso es lineal, en ocasiones las mujeres tienen capacidad de agencia para decidir, por ejemplo, si cambian el equipo de salud porque hubo alguna indicación que percibieron como incómoda.

Turner señala que el cuerpo es un producto social y consecuencia de ciertas prácticas culturales e históricas determinadas (Turner, 1989) donde se han centrado prioritariamente las actividades de regulación, control y dominación para el mantenimiento del orden social. Las mujeres gestan la vida humana en sus cuerpos, situación que les pone en el punto de mira social ya que, a través de este proceso, garantizan la supervivencia del grupo.

Las formas de interpretar los sucesos biológicos del cuerpo expresan la manera de entender y dar sentido a la realidad. El cuerpo de las mujeres en gestación es un excelente espacio de observación para el análisis de las representaciones de un determinado orden social. La mirada está dirigida al cuerpo materno por su condición de creador de otro cuerpo: el feto (Méndez y Mozo 1999).

Los cuerpos de las mujeres, por su capacidad biológica de reproducción, han sido tradicionalmente, uno de los principales focos de interés controlador para todas las instituciones, pero es sobre todo la medicina, quien se ha erigido protagonista en la elaboración de discursos que respaldan esta necesidad (Bodoque, Montes, 2003). Todos los procesos orgánicos femeninos se han constituido como una forma indirecta pero eficaz de controlar socialmente a las mujeres (Esteban, 1994:96). En este sentido, la gestación es un tiempo ideal para el ejercicio del control y adoctrinamiento –a través del cuerpo- en el orden en que socialmente se deben situar las mujeres y en el que se espera permanezcan.

El cuerpo forma parte sustancial del proceso de embarazo y en este caso, el mismo se encuentra susceptible a riesgos para la madre o el feto. Además, se analiza la ausencia de referencias directas al cuerpo en las entrevistas. Aunque este no había sido un concepto que se intentaba rastrear a priori en el diálogo con las mujeres, durante el análisis aparece como un elemento a través del cual se cristaliza la idea de salud que se busca complejizar con este análisis.

En el campo de la Salud Colectiva se ha construido una mirada crítica a la idea clásica en torno a la categoría de riesgo. La crítica consiste básicamente en revisar las premisas clásicas sobre las cuales la epidemiología crítica ha construido sus bases para actualizar la mirada desde una perspectiva social, que contemple distintas dimensiones de los fenómenos, en este caso, la edad de la madre embarazada. En este sentido, los diversos grupos sociales tienen una epidemiología sociocultural en la cual se integran elementos diversos, así las enfermedades pueden ser clasificadas de acuerdo a sus manifestaciones patológicas o sus causas. (Almaguer y cols., 2005 y Arganis, 2003). Esta discusión se retoma aquí para reflexionar sobre lo que las mujeres perciben en torno al riesgo bajo el cual se las etiqueta por su edad. A continuación, una de las entrevistadas se refiere a las particularidades del cuerpo:

Clara: El cuerpo está tan bien preparado para proteger al bebé que llega un momento en que cuando existe cierto problema en procesar la glucosa, el cuerpo lo que hace es generar resistencia para que el bebé no se quede sin azúcar porque los bebés consumen mucha azúcar en el útero. Cuando la mamá está procesando mal el azúcar el cuerpo para defenderse genera una resistencia que puede convertirse en una diabetes gestacional. [Clara, 13]

Las mujeres parecieran asumir que su embarazo está en riesgo, no porque exista una reflexión sobre el propio cuerpo como parte del proceso de maternidad, sino por la salud de otro que se está gestando dentro del propio cuerpo a partir de la posibilidad de una posible enfermedad genética. La cuestión del riesgo no pasa por la propia existencia, sino por una profunda cuestión ontológica. En otras palabras, no se trata de la posibilidad de contraer diabetes gestacional, o de la chance de fallecer durante el parto, sino de poner el eje solamente en la posibilidad de perder al bebé. Así aparece el género como un elemento ordenador de las relaciones de poder (Scott, 2008) y permite comprender el modo en el cual se representan las relaciones sociales

en relación a las actividades de la vida cotidiana que las personas desarrollan. Para Scott, el género se compone por cuatro subconjuntos que se organizan en: representaciones simbólicas, conceptos normativos, instituciones sociales y organizaciones, y las identidades subjetivas (Scott, 2008).

En relación al género como una forma primaria de relaciones significantes de poder, esta autora considera que es por medio del campo primario que se articula el poder, ya que aunque no es el único campo, parece haber sido una manera persistente de facilitar la significación del poder en las tradiciones occidental judeocristiana e islámica. Esta lógica de un mundo sexuado propuesto por las formas masculinas de dominación, implica que la diferencia sexual supone una determinada lógica atributiva corresponde a una distributiva, e implica posiciones de poder y autoridad frente a otras que ocupan lugares subordinados. Si las mujeres tienen atributos propios de la femineidad vinculados a con el cuidado de los otros, la sensibilidad y la identificación con las necesidades de los otros – cualidades procedentes del ideal maternal como ideal constitutivo de su subjetividad- tales atributos permitirían, que en la distribución de las áreas de poder, el género femenino ocupará el poder de los afectos en el ámbito privado como posición privilegiada de nuestra cultura. (Burin y Meler, 2000). De tal manera que en cuanto estas referencias establecen distribuciones de poder – un control diferenciado sobre recursos materiales y simbólicos, o acceso a los mismos, el género se encuentra implicado en la concepción misma del poder.

Por tal motivo, el género facilita un modo de decodificar el significado y de comprender las conexiones entre varias formas cotidianas de interacción que se organizan, por ejemplo, respecto del ámbito de la sexualidad y la reproducción, definido por las estructuras corporales y los procesos de reproducción humana.

Otro elemento a destacar sobre el cuerpo y su relación con el riesgo, que es fundamentalmente durante el embarazo, el riesgo no se asume para la mujer, sino para quien va a nacer. Es un cuerpo para otros. Durante, después y quizá en toda la vida cuando crecen. Mujeres y profesionales se preocupan por éste e intervienen de maneras diferentes con un mismo propósito: lograr el correcto funcionamiento y el mantenimiento del equilibrio entre ambos cuerpos. Incluso para el propio discurso médico el cuerpo de la mujer y del bebé no se analizan como cuerpos separados, sino

como un solo cuerpo. Como sostiene la escritora Jazmina Barrera: “*Nos dijeron que es un niño. Por unos meses voy a ser al mismo tiempo una mujer y un niño*” (2020:28). Un cuerpo dentro del mismo cuerpo. En el artículo de Muñoz et al 2009, las autoras presentan representaciones del cuerpo en el embarazo y para ello despliegan el concepto de ‘cuerpo ocupado’ a partir del cual sostienen que algunas mujeres, como lo indica Barrera, perciben la presencia y el crecimiento del feto con una sensación de ocupación. Para ello las autoras sugieren dos lecturas: la de parasitación y la de simbiosis. En el mundo animal, la parasitación se refiere a un cuerpo que vive a costa de otro. El feto vive a costa de la madre. Y el equilibrio del funcionamiento es la clave para que el embarazo se desarrolle favorablemente.

Se trata de comprender al cuerpo como ese espacio en el que se van a generar las formas en las que operan las regulaciones, dominios y tecnologías sobre la mujer embarazada. Para Le Breton (2012) el cuerpo es el espacio que permite la agencia y soberanía sobre el mundo coercitivo. El cuerpo social está envuelto en una paradoja, se configura como objeto de múltiples intervenciones sociales que le dan sentido a la experiencia corporal, a la vez que es la única forma de separarse de la experiencia colectiva. Por tanto, el estudio del cuerpo, conlleva pensarlo como espacio de sujeción, y también, como espacio de subversión a las exigencias inmediatas del cuerpo (Foucault 2003; Díaz-Cruz 2012). De igual forma que para Le Breton (2012) para múltiples autores más (Bourdieu 2007; Díaz-Cruz 2012; Martínez 2004) es en el cuerpo donde se puede buscar comprender las influencias sociales, estructurales y culturales que imperan sobre el sujeto.

Aquí aparece una controversia para analizar entre lo que implica el cuidado de la salud, basado en cierta evidencia científica que indica riesgos en la salud y por otro lado una idea más comercial que minimiza el factor de la edad en pos de vender una fertilización in vitro, por ejemplo. Las técnicas de fertilización asistida - tratamientos y procedimientos biomédicos para lograr el embarazo-se instalan desde hace aproximadamente tres décadas como un derecho humano (Zegers-Hochschild et al. 2014) en tanto su demanda podría deberse a causas como la infertilidad, o cuestiones de salud como la endometriosis, entre otras. Por este motivo, la medicina amplía la oferta de opciones para lograr el embarazo al mismo tiempo que se trata de

posibilidades restringidas -en su mayoría- a quienes tengan el dinero para pagarlas. Aunque existe legislación vigente para hacer valer este derecho, todavía es muy limitada.

Cabe mencionar que estos procedimientos implican riesgos para la salud de la mujer que -en ocasiones- tienden a minimizarse. Dentro de estos riesgos se destacan: embarazo ectópico, parto prematuro, complicaciones durante la extracción de ovocitos, embarazo múltiple y síndrome de estimulación ovárica²³. Es decir, aparece una tensión sobre distintos puntos de vista médicos respecto al embarazo post-35, ya que para ciertos médicos/as no hay mayor inconveniente si se trata de una paciente sin antecedentes de diabetes u otra enfermedad crónica, mientras que para otras posturas es un riesgo el embarazo a esa edad. No es tema de este estudio profundizar sobre los motivos que argumentan los sectores que realizan tratamientos de fertilidad, pero no puede negarse su lugar en los relatos. Así como se observa que la minimización del riesgo por parte de ciertos profesionales de la salud tiene que ver con la capacidad de agencia y con entender que esta situación incide en la dimensión relacional del proceso de atención a la salud que transitan las mujeres entrevistadas.

El cuerpo, como construcción social, encarna reglas sociales. En este sentido, las técnicas corporales, entendidas como prácticas sociales se constituyen en un medio de reproducción de las relaciones de poder donde el género es un elemento constitutivo (Scott, 2008). En la siguiente cita, Gloria hace referencia a la confianza en su cuerpo para elegir un parto natural. Sin embargo, este posicionamiento no fue suficiente frente a la postura médica respecto a 'lo mejor' para su parto:

Gloria: Me decía: ¿Por qué quieres tener a tu hijo de esta manera? ¿Por qué consideras que lo puedes hacer? Y yo le decía principalmente: 'Pues yo confío mucho en mi cuerpo' le decía. Confío en mi cuerpo porque he tenido una vida pues sana en general, sí, he bebido, claro, pero he hecho mucho ejercicio toda mi vida, desde muy pequeña. Justo antes de embarazarme estaba haciendo danza aérea, he tenido una buena alimentación....y por eso creo que sí se va a poder lograr. Aunque sé que es un reto

²³ Extraído de: "Fertilización in vitro", disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/in-vitro-fertilization/about/pac-20384716#:~:text=La%20fertilizaci%C3%B3n%20in%20vitro%20aumenta,y%20bajo%20peso%20al%20nacer.>

muy fuerte, tal vez el más fuerte al que pueda someterme...Pero creo que si lo voy a lograr. Pues ya, todo muy bien con ella, muy amable, nos gustó mucho el trato.[Gloria, 10]

Reflexionar en torno a la brecha existente entre la percepción de las mujeres sobre su propio embarazo y lo que la medicina clínica indica como riesgo es el centro de este capítulo. A través de estos relatos se observa la distancia entre las prescripciones médicas y la experiencia particular de las mujeres en relación a su embarazo. En ese sentido, un elemento a destacar en este análisis es que existe una corriente de trabajo en relación al parto sin temor y sin dolor, que está prácticamente ausente en los relatos de las mujeres entrevistadas. Por ello, resulta central lo innegable del avance de la obstetricia y la ciencia en lo respectivo a los peligros que pudieran aparecer durante el parto, aunque el dolor es un elemento que persiste.

Vale la pena destacar aquellas miradas que reconocen la importancia de revisar las ideas y prejuicios sobre el parto y el dolor. Por ello se destacan la concepción de la escuela del doctor Grantly Dick Read,(Gavensky, 1968) y la escuela soviética que impulsan ciertas premisas para que el parto sea sin dolor y sin temor. Este punto es relevante para reflexionar sobre el crecimiento de las intervenciones de cesárea en relación al parto.

Clara: Entonces todos los días me inyectaban heparina para evitar coágulos y en la semana 10 nos dimos cuenta que mi cuerpo había generado una reacción de resistencia a la insulina y eso generaba probabilidad de pérdida gestacional. Después me puse a leer y muchas de las corrientes holísticas por ejemplo el... no sé, si estás ubicada con la descodificación... mencionan que diabetes gestacional o resistencia a la insulina, tiene que ver con miedo a la pérdida al inicio. No lo sé. Mi cuerpo hizo reacción en eso entonces tuve que tener dieta desde el inicio del embarazo, y estuve con medicación y la nutrióloga. [Clara, 13]

El relato de Clara permite observar cómo se interseccionan otros discursos y prácticas que median al discurso médico, es decir interceden otros factores. Menendez sostiene que “desde una perspectiva antropológica las formas de atención de los padecimientos se refieren no sólo a las actividades de tipo biomédico sino a todas las formas de atención, que en términos intencionales buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado” (Menéndez, 2005:33) .La mayoría de las mujeres entrevistadas se nutrió de información en distintos espacios,

de allí que aparece la descodificación, la partería tradicional, la interconsulta con otros profesionales de la salud, la terapia psicológica o la psiquiatría, e incluso su propia red de afectos: la madre, la suegra, la tía, las mías. En este sentido queda claro que el discurso médico se pone en cuestión constantemente al contrastarlo con otro tipo de saberes disponibles para ellas. Las diversas formas de atención a la enfermedad que actualmente operan en una sociedad determinada tienen que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas que han dado lugar al desarrollo de formas diferenciadas y que suelen ser consideradas antagónicas, especialmente entre la biomedicina y la mayoría de las otras formas de atención (Menéndez, 2005:35)

En las sociedades latinoamericanas y, especialmente, en las sociedades capitalistas más desarrolladas se estarían incrementando actualmente las denominadas medicinas alternativas o paralelas, y aunque dicho incremento sería en cierta medida una reacción a determinadas características de las orientaciones biomédicas, éste no es sin embargo el factor decisivo, por lo menos respecto a determinados procesos (Menéndez, 2005:35). Este es un elemento a destacar respecto a los planteos de las entrevistadas vinculado a las consultas que realizan de biodescodificación o acupuntura, entre otras.

A continuación el relato muestra el rechazo cristalizado en el cuerpo, es decir, lo que sucedía médicamente tenía relación estrecha con la negación de ella sobre el deseo de ser madre:

Ana: Si, es como chistoso porque después de que realmente no hubo ningún problema físico para que yo pudiera tener bebés. Pues la psiquiatra me llegó a insinuar esta parte, no? Así como que de que "realmente creo que había un rechazo de tu parte" De tal forma que hasta podías cómo pues controlar tu cuerpo, de esta magnitud. Y si lo creo. Eran así como mensajes divinos de que no tuviera un hijo de este cuate, porque resultó ser un desgraciado. Pues creo que eran como mensajes y sí, sí creo como en la determinación del cuerpo de "no quiero". [Ana, 23]

Esto que señala Ana es clave para profundizar en la mirada sobre el cuerpo, su deseo de ser madre no estaba, -ella se resistía al mismo- y de algún modo esto se expresaba en su cuerpo al punto tal de generar un rechazo en la gestación. Más aún, la psiquiatra le dijo que ella controlaba el cuerpo al no tener realmente el deseo de ser

madre, insinuando la estrecha relación entre el aparato psíquico y el cuerpo. Mientras que Ana lo atribuye a `mensajes divinos`, por lo que ambas justificaciones expresan cómo el cuerpo es portador de símbolos y representaciones sociales (Le Breton, 2002).

Por otro lado, Yanina menciona su asombro por la capacidad de gestación del cuerpo:

Yanina: Cuando nace... bueno desde que estás embarazada... es tan maravilloso de repente decir: 'mi cuerpo está creando un ser'. Afortunadamente, yo me aferré a decir: 'Yo la voy a amamantar' Y sí, si pude alimentarla. Había como una cuestión de frustración, de decir hijole, mi cuerpo no me da para poder ser la super mamá en los primeros meses. [Yanina, 16]

En tanto, Silvina menciona cómo ha cambiado su percepción respecto a las mujeres en lo que se refiere a la capacidad de gestar que tiene el cuerpo de las mujeres. Su posicionamiento respecto al cuerpo de las mujeres se transformó a partir de su propia gestación. Y su mirada invita a pensar en la enorme complejidad del cuerpo femenino y su dimensión social en la sociedad. Las mujeres tienen la capacidad de gestar y en eso es posible reconocer cómo la maternidad es un acto político. Sin embargo, esta cuestión tan relevante para el funcionamiento de una sociedad, pareciera quedar olvidada o librada al libre albedrío:

Eso también es algo diferente... y otra cosa que he reflexionado es que pues... al tener un hijo todos los cambios en mi cuerpo, la lactancia, todas estas cosas, también me hicieron reflexionar mucho en las mujeres. Como en esta parte de las mujeres y la fertilidad...y cosas que yo nunca me había puesto a pensar tan a fondo en todo lo que mi cuerpo puede hacer para... pues para dar vida realmente... si también le dio otra concepción al hecho de ser mujer. [Silvina, 12]

Aquí aparece una postura consciente sobre la implicancia de la maternidad, y cierta resignificación al hecho de ser mujer, a la vez que reconoce las transformaciones que implica en todo sentido.

Para cerrar este apartado es relevante mencionar que el cuerpo de una mujer embarazada es una red compleja que tiene extensiones que se cristalizan -por ejemplo- en los estudios médicos que le realizan; y que al estar en riesgo, su cuerpo involucra dos cuerpos en uno: el suyo y el de su bebé, situación que la posiciona

estrechamente ligada a fuertes mandatos de maternidad que le otorgan presiones extras a su tránsito de embarazo y parto.

5.8. Cuidado durante el embarazo post-35: una estrategia para contrarrestar el riesgo

Las mujeres perciben su edad al momento de reconocer el autocuidado de su salud. Reconocen limitaciones físicas y el aumento del compromiso en el cuidado de sus hijos, a partir de ahí deciden cuidarse más. La responsabilidad de que todo vaya bien en el embarazo recae en gran medida sobre la madre. Desde la mirada de género, este es un elemento a revisar dado que implica un estereotipo al mismo tiempo que una presión sobre la mujer; sin embargo, debería ser una responsabilidad compartida por la familia y por la sociedad, y no mayormente sobre la madre (Badinter, 1981).

El cuidado de la salud de la mujer es fundamental durante el proceso de atención a la salud en el embarazo. Implica asistir previamente a quedar embarazada y continuar asistiendo al obstetra posteriormente al parto. A partir de lo revisado, generalmente el cuidado se lleva a cabo de manera individual, no se han observado políticas de cuidado que atiendan a las mujeres en esta etapa. A la vez, para cada una de ellas, se trata de aprender en relación al tema, en un sentido integral, no sólo en relación a lo fisiológico, sino también en la transformación de la propia identidad. Es una nueva vida, que implica cuidarse, pero también cuidar a otro/a.

En este sentido implica el régimen alimentario en el embarazo, asistir a los estudios médicos requeridos, aprender a lidiar con las molestias de los cambios corporales, hacerles frente a las emociones que aparecen. Según la teoría del Dr. Grantly Dick Read, (Gavensky, 1968) es importante la eliminación del temor y la ansiedad por cuanto actuando a través del sistema nervioso, perturban la coordinación fisiológica que debe existir entre la contracción de las fibras circulares y longitudinales del cuello y del cuerpo del útero.

Un eje del análisis de la salud en el embarazo estaría vinculado con las miradas médicas que no se posicionan desde el prejuicio por la edad de la madre, sino que observan la situación particular y la abordan de manera integral. Dejando de lado la idea del reloj biológico y prestando atención a otros factores que poseen las mujeres, como su estado de salud general y otros elementos como los antecedentes familiares

o de su biografía sobre enfermedades crónicas. En este sentido se muestra a continuación el relato de algunas mujeres:

Lupe: De hecho, no se me va a olvidar que el gineco-obstetra me dijo: 'Tienes 38 años, pero tienes la salud de alguien de 25, este embarazo está muy bien'. Porque nunca he tenido colesterol, ni diabetes. [Lupe, 7]

Por otra parte, Yasmín hace referencia a los cuidados que su médica le indicaba respecto a su cuerpo:

Yanina: Entonces me daban muchas vitaminas, hierro, no porque me hicieran falta sino para mantener mi cuerpo en las mejores condiciones durante el embarazo. Me cuidaba muchísimo el peso. Me daba mucho seguimiento a eso...ahí mismo en la consulta, me hacía un exámen de orina para ver mi nivel de...como se llama... en mi orina si no salía proteína. Eso es un factor de riesgo... [Yanina, 16]

A continuación, Sara expresa su intención de tener un parto natural, por asociarlo a una recuperación más rápida. Sin embargo, considera que la mejor decisión que pudo haber tomado en ese momento fue acceder a la indicación médica de realizar una cesárea:

Sara: Pues mira, pues sí, mi intención era pues tenerlo más natural, no nada más por la bebé sino también por mi cuerpo. Porque decían que la recuperación es más rápida. Yo le tenía miedo a la cesárea... pero no... creo que, digo, no había otra opción más que la cesárea y pues prácticamente era la vida de mi hija la que estaba en juego. Fue la mejor decisión que se pudo haber tomado en su momento. Por eso no me siento culpable.[Sara, 11]

En este fragmento se observa como Sara se adecúa a la decisión médica ubicando la prioridad de la salud de la bebé. Esta situación deja en evidencia la complejidad de la relación médico/a-paciente, en tanto aunque ella tiene un deseo de tener un parto natural, en la comunicación con el profesional de la salud accede en tanto comprende que la mejor opción es una intervención cesárea. Se cristaliza también el factor de género en tanto la mujer prioriza por sobre todo la vida de su hija y de este modo se disuaden sus emociones de miedo y de culpa.

En este sentido, Ayres (2018) distingue entre el éxito técnico, que remite a "las relaciones entre medios y fines para el control del riesgo o de los agravios a la salud, delimitados y conocidos por la lógica empírico analítica de las ciencias de la vida y de

la salud” y el “logro práctico”, referido “[...] al sentido asumido por los medios y fines relativos a las acciones de salud frente a los valores e intereses atribuidos al padecimiento y a la atención a la salud por individuos y poblaciones” (Ayres, 2008, p. 164). Posteriormente, formula la noción de “éxito práctico”, que, en el marco del enfoque de Cuidado, remite a una definición de “éxito” no apriorística sino referida al encuentro de Cuidado mismo, a partir de la construcción de un suelo común donde se compartan los significados y las implicancias prácticas, sin olvidar que esto puede implicar una disputa de posiciones.

En la mayoría de los casos se trata de mujeres que han cuidado su salud, han realizado actividad física, se encuentran dentro de un peso ‘normal’. En la mayoría de los casos, al terminar en una operación de cesárea todas se sorprenden porque esperaban un parto natural. Sobre todo porque la cesárea – en muchos de los casos- había sido la primera operación que les realizaron en su vida. Este es un punto interesante para observar y tiene que ver con la medicalización del parto en la que derivan, muchas veces contra su propia voluntad. Porque previamente se habían ocupado de realizar cursos de profilaxis, de hacer ejercicios para tener su cuerpo más disponible. Pero la cesárea llega como una respuesta inevitable y contradictoria, porque a la vez que resuelve la situación del parto, deja un sabor amargo en lo que significa el parto.

Este es un dato a tener en cuenta para observar la relación entre un proceso macro-estructural, y lo que relatan las mujeres de sus propias experiencias. Es decir, existen procesos históricos que transforman la vida de las personas. Lo que muestra esta situación es el abismo que existe en ocasiones en relación a legislaciones ancladas a otros tiempos históricos y las realidades concretas de las personas. En ocasiones las maneras de las leyes de cuidar a las mujeres terminan constituyendo en un obstáculo que deviene en prejuicios y burocracia en las experiencias de atención.

El cuidado de la salud durante el embarazo tiene diversas aristas. En primer lugar, el acompañamiento de la familia y la pareja, se erige como un elemento central que ellas mencionan durante el proceso. En segundo lugar, y de manera no lineal, aparece el cuidado por parte del equipo de salud. No es igual en todos los casos, en la mayoría de los testimonios se relatan experiencias agradables, pero en algunos

casos han sentido cierto descuido por parte del profesional de la salud. En tercer lugar, se refieren al cuidado que implica la maternidad con respecto a los hijos. “*Un cuidado del otro súper intenso*” [Daniela, 15]. El desafío y el peso que implica ese lugar desde un mandato hegemónico con el cual es complejo lidiar cotidianamente, en tanto implica también el diálogo con otras personas del entorno. A su vez, destacan la importancia de contar con una red de apoyo para las tareas de cuidado. Al mismo tiempo que demandan un mayor acompañamiento y la incorporación de otros actores en ese proceso.

Carla trae a la discusión la necesidad de crear políticas públicas que involucren a toda la sociedad y no recaigan sólo sobre la madre:

Carla: Porque el Estado Nación es lo único que piensa cuando habla de políticas públicas de cuidados, es en la madre. ¿Qué necesita la mamá? Pero en realidad no! Una política pública de la maternidad es pensar en la madre, en el padre, en los hijos y en el contexto social en donde viven. Entonces eso es lo que no pasa. Eso tiene que ver con que los hijos solo son propiedad de la familia, y que la familia haga lo que quiera con ellos. Y el Estado luego, se hace cargo de ellos cuando empiezan a producir. [Carla, 17]

Es interesante también para comprender la complejidad que tiene la llegada de un recién nacido, que muchas mujeres no saben cómo se baña a un bebé, y es en la institución de salud donde les enseñan:

Rosa: Me estuvieron explicando lo de la leche materna, te lo meten hasta por los ojos. Y lo del bebé, los cuidados generales del bebé. Ya cuando estuvo en terapia intensiva, fue cuando me enseñaron a bañarla, cuando me enseñaron más cosas. Pero porque en terapia intensiva tienen la política que la mamá tiene que ir a amamantarlo al bebé, y bañarla. Entonces me enseñaron a bañarla y a amamantarla, y las enfermeras de terapia intensiva se quedaban conmigo para enseñarme como darle el pecho. [Rosa, 3]

Las tareas de cuidado y el tema del cuidado exceden las posibilidades de abordarlo en este estudio. Sin embargo, es preciso mencionar que las mujeres expresan ideas sobre la centralidad del cuidado durante la trayectoria de atención de sus embarazos. Evidentemente es un tema central que atañe no sólo a lo referente al vínculo madre-hijo/a, sino también a la relación con el personal de salud, con la familia, y otras redes de apoyo. Es por eso que se retoman las palabras de Rosa, quien narra su experiencia en la institución de salud en lo vinculado a la enseñanza básica de lo que implica cuidar a un recién nacido.

Otro apartado respecto a los cuidados lo conforman los productos catalogados como nocivos que hay que evitar. En este caso, el azúcar ocupa el primer lugar en lo relativo a la diabetes gestacional. Cielo, expresa ser conscientes de la transgresión, pero no muestra intención de dejar de hacerlo y apela “no sugestionarse” y de ese modo todo saldrá bien. El obstetra brinda información sobre los peligros de la diabetes gestacional para fomentar su responsabilidad en el abandono del azúcar. Este discurso responsabiliza abiertamente a las mujeres de la formación, bienestar y seguridad del feto. Se responsabiliza a las mujeres, pero no se cuestiona el entorno. Sin embargo, Cielo disfrutaba de comer “por dos” y lo narra así:

Cielo: “Y ahí te atienden en el especial, en el cuidado de las embarazadas, y pues te dan la cartilla y era mes con mes era pesarme, sacarme sangre, monitorearme, escucharme los latidos del bebé, tomarme un ultrasonido para ver como iba mi placenta y todo eso. “Bueno, como por dos”. Es imposible que siempre salga al rango de la glucosa si como por dos entonces era unas regañadas que yo la neta ya ni quería ir pero tenía que ir por la incapacidad, ¿no?. Entonces así llevé todo mi proceso, gracias a Dios, yo nunca me sentí mal, me habían recetado una insulina, insulina que yo nunca me administré, no sé, me dio como un presentimiento, dije “No, no no me la voy a tomar” Y no me la tomé, disfruté mi embarazo, yo dije “Bueno, no me voy a sugestionar, voy a comer de lo que quiera, probar de lo que quiera, estoy embarazada, obvio se me antoja todo. Bueno, de antojarme nunca fui antojadiza pero cuando me comía algo, no, hombre, me sabía a gloria. Las papas a la francesa, no, bueno, era wow para mí. Los sabalitos de mi tierra, que aquí se conocen como las congeladas, ay no, me sabían a gloria. Es lo que te venden a veces en los metros en las estaciones eso que vas chupando. Qué hay de varios sabores. Diario me compraba uno. Y en el trayecto donde yo me bajaba, donde vivía, se me acababa. Pero disfrutaba comérmelo. Entonces después de toda mi etapa de embarazo, gracias a Dios, a pesar de la diabetes gestacional yo nunca me sugestioné, disfruté mis últimos meses de embarazo. [Cielo, 24]

Conclusiones

En síntesis, con base a lo revisado es posible concluir que los conceptos cuerpo, riesgo y salud se encuentran entrelazados en el proceso de atención al embarazo post-35. Asimismo, están vinculados a emociones que intervienen en la relación entre las mujeres y el sistema de salud, centralmente en el momento que acuden a realizarse los estudios requeridos durante su atención. Como hallazgo podría señalarse que los riesgos médicos en relación al proceso de atención a la salud de estas mujeres pasan por otro tipo de riesgo. Es decir, la percepción del riesgo como indican los *papers* sobre el tema aparece escasamente en las narrativas. Sin embargo,

lo que se encuentran son emociones como angustia, miedo y riesgos asociados a la vulnerabilidad. Es el *miedo a estar en riesgo* lo que se observa en los discursos de las mujeres. En otras palabras, se sienten vulnerables y susceptibles de sufrir situaciones desconocidas con consecuencias nocivas para su salud. Es, tal vez, “una excesiva preocupación por el futuro” (Paz y Ramirez, 2019) lo que las atraviesa a las mujeres que experimentan sus embarazos después de los 35 años.

En este contexto, las experiencias se encuentran permeadas por distintos elementos entre los cuales el cuerpo es un eje central, porque allí se desarrollan el embarazo y el parto. Esto significa que ese espacio funciona para gestar, idealmente, un cuerpo con salud. Pero la edad influye y se transforma en un elemento de riesgo que se cristaliza en el cuerpo. Por eso es que se revisa la noción de riesgo, para comprender lo que éste significa para las mujeres.

Cabe señalar que la reproducción es concepto complejo que está imbricado dentro de un sistema en el cual es condición necesaria reproducir a las personas, se apela así a ideas simbólicas como parir la nación o gestar la patria. El embarazo de una mujer no sucede de manera aislada, sino que se inscribe en un cierto tiempo histórico, en una ciudad determinada. Es así que demorar o cancelar la reproducción no es parte del status quo y es preciso atender contra esas decisiones, al menos es requerimiento amenazarlas. Se considera así a la maternidad dentro de un eje central de la salud pública, y se modela una biopolítica de lo materno que implica controlar, orientar esas decisiones. Por ejemplo, establecer factores de riesgo es una manera de controlar elementos como el riesgo, que están vinculados a una dimensión social de la salud.

La centralidad del concepto de riesgo en la epidemiología dominante no pocas veces conduce a una excesiva preocupación por el futuro, a una reducción y simplificación del análisis del presente, y contribuye a la incertidumbre e intranquilidad, que, en el campo sanitario, es equivalente a relaciones desiguales de unos sujetos en relación a otros (Paz y Ramirez, 2019: 99). En este trabajo se apuesta a una salud pensada como redes de relaciones amplias, complejas, abiertas, plurales, con

contradicciones y conflictos, sostenidas y nutridas en relaciones comunales, horizontales, sin dispositivos de poder que se ejerzan sobre los cuerpos. Una Salud Colectiva que cuide y acompañe a las mujeres en sus procesos de gestación y parto.

Los discursos sobre la salud (y específicamente sobre los riesgos para la salud) consisten en construcciones circunstanciales, de carácter normativo, inapelablemente vinculadas a otros intereses. Será objeto de futuras investigaciones el análisis y el despliegue de estrategias innovadoras que contemplen a las mujeres que se encuentran en esta situación sin anclarlas a modelos clínicos que indican solamente el riesgo al cual se encuentran expuestas, sino también otros elementos que favorecen el proceso. Además, sería necesario incorporar la perspectiva crítica de la categoría de riesgo, a la atención a la salud materna, en específico respecto al grupo etario que aquí se analiza. Y también la dimensión de cuidado desde la institución de salud, es decir que la atención implique no sólo la dimensión clínica de salud, sino que abarque una red de cuidados indispensable e inherente al embarazo y el parto.

Capítulo 6. Experiencias de maternidad contemporánea: embarazadas post-35

La maternidad, tal como se entiende,
es una especie de jungla
a través de la cual se abre camino cada mujer,
en parte mártir, en parte pionera;
una peripecia de la que algunas mujeres
sacan sentimientos de heroísmo
mientras que otras lo viven
como un exilio del mundo que conocían.

Rachel Cusk

Introducción

El objetivo de este capítulo es caracterizar las experiencias de maternidad a partir del análisis de las narrativas de las mujeres de más de 35 años respecto a los cambios en las condiciones de vida actuales y en relación a sus procesos de atención a la salud. Se decide dedicar un capítulo a tres casos seleccionados de las narrativas porque en estas historias se puede rescatar los principales elementos que permiten comprender las dimensiones de las experiencias de la maternidad después de los 35 años.

Aquí se sitúa a cada caso en un tipo de maternidad específica. Esta distinción es meramente con fines analíticos, para dar cuenta de las distinciones que emergen del análisis de las entrevistas. Se perciben diferencias entre los tres casos: la maternidad tradicional es aquella que tiende a apearse a valores de la religión católica, con fuertes valores de la idea de familia. La maternidad feminista, cercana a los valores del movimiento feminista y con ideas críticas sobre el valor de la maternidad que indica que la mujer debe quedarse en casa a cuidar a sus hijos. Por último, se identifica un tipo de maternidad no tradicional o disruptiva, porque se trata de una mujer que cría en tribu, junto a otras tres personas, y plantea una nueva manera de definir la maternidad.

A partir de conceptos explorados en el diálogo con las entrevistadas, el despliegue de estas tres narrativas se realiza con tres ejes que sirven para explicarlas. En primer lugar, la planeación del embarazo, ya que la mayoría de las mujeres

entrevistadas deciden planearlo, lo cual implica un acuerdo o un diálogo con la pareja sobre el tema, en el caso de contar con una, visitar al médico/a para conocer las condiciones fisiológicas en la que se encuentran para llevar a cabo ese proyecto. Estos puntos se expresan como indicadores acerca de la planificación respecto al embarazo. Se trata –en su mayoría- de mujeres casadas, con trayectoria de estudios de grado y posgrado. En algunas ocasiones significa reflexionar sobre qué hacer con la carrera profesional: dejarla en stand by, continuar paralelamente al embarazo, o aprovechar para dar un giro profesional y disponer de un tiempo específico para la crianza. Y también las limitaciones que surgen al momento de concretar el proyecto: en relación a la pareja, al trabajo, o a cuestiones físicas que alteran el curso de la decisión. En segundo lugar, se desarrolla la conceptualización que realizan sobre su maternidad, con el propósito de visibilizar aquello que continúa vigente respecto a ciertos patrones en torno al ser madre y cuáles son los nuevos sentidos que este tema adquiere en la actualidad; qué significa para cada una de ellas, cómo la entienden, quiénes las acompañan en ese proceso. Con vistas a comprender el significado de ser madre para ellas en relación a otras dimensiones de su vida como el trabajo, la vida social y la familia. Estos son espacios fundamentales para estas mujeres y moldean diferencialmente las jerarquías y prioridades en cada una de ellas.

En tercer lugar, se analizan las emociones que aparecen en relación a la maternidad, ya que emergen como una relación central de la experiencia porque implica contradicciones que no suelen asociarse a la idea de maternidad. Así como también son útiles para explicar lo que opera por detrás del ser madre: los procesos sociales asociados, el peso del género, de los mandatos sociales y la tensión con el mundo del trabajo. Incorporar al análisis la dimensión emocional involucra reflexionar de manera integral la experiencia, compuesta por lo que las mujeres piensan y sienten. Las emociones tienden a ser observadas como un factor puramente individual sujetas a los enfoques psicológicos o biológicos, y, por lo tanto, desestimadas como objeto de estudio social. Sin embargo, investigadoras como Hochschild (2011) o Illouz (2012) explican que las mismas son producidas en y a partir de relaciones sociales y son una vía de acceso clave para la comprensión de los procesos sociales.

El análisis de las narrativas de las mujeres con las que se trabajó en la investigación, está centrado en los recursos que utilizan para contar su vida y que permitieron observar y comprender el proceso de atención a la salud junto con la experiencia de maternidad. Esto incluye las formas de significar la maternidad, las emociones que la atraviesan, sus representaciones simbólicas y las dimensiones que la definen. El proceso de configuración de la maternidad es un juego permanente entre la experiencia personal e individual y la colectiva. Este proceso es relacional, vincular y se articula en el contexto de esta investigación, con las formas y experiencia de la clase social, la edad, la profesión. Así como también con elementos del contexto como la literatura o las redes sociales. En este capítulo se profundiza en las narrativas tanto en su carácter personal como colectivo. A partir de la descripción de escenarios y metáforas recurrentes en las narrativas, se intenta ahondar en las formas en que el orden de género se encarna en las personas.

Siguiendo la propuesta conceptual elegida, se busca exponer aquellos elementos sociales y personales que están presentes en la interacción de cada ámbito de la vida cotidiana, así como las tensiones y contradicciones que surgen desde la experiencia. La tensión entre el deseo y la concreción del mismo. En esta tesis se parte de considerar a la maternidad como un fenómeno contextual y relativo a las condiciones materiales (Scheper Hughes, 1997:341), así como a los significados que se le ha otorgado históricamente.

6.1.El caso de Sandra, una maternidad tradicional

Se entiende a la maternidad tradicional como el modelo que consiste en una construcción sociocultural e histórica hegemónica desde el siglo XVIII, homogeneizante y reduccionista (Tubert, 1996), que la define como natural, esencial, dada, instintiva y biológica. Sus explicaciones se centran en evidenciar de qué modo los distintos factores sociales y estructurales son opresivos para las mujeres y que la maternidad es tanto una expresión como un espacio de reproducción de esa opresión.

Esta postura tiene como principal rasgo la búsqueda de la ruptura con el determinismo biológico para evidenciar cómo el sistema y la cultura patriarcal utilizan

“datos biológicos con fines de opresión y aislamiento de la mujer en la función reproductiva” (Saletti, 2008: 174) y la desidentificación de las mujeres como madres como única identidad posible. En esta línea se encuentran pensadoras como Badinter, Chodorow o Tubert, entre otras, y se debe señalar que cada una de ellas utiliza una estrategia teórico-metodológica diferente para abordar la maternidad.

Se ubica a Sandra como una maternidad tradicional, aunque con algunas excepciones que se distancian de la definición propuesta. Principalmente en el hecho de que Sandra dedicó muchos años de su vida al estudio, al lograr un título de grado y una maestría. La maternidad tradicional es entendida como aquella que tiende a priorizar el rol de madre. Al comparar el momento actual de su trayectoria vital con respecto a edades más tempranas, concluye que tiene mayor conciencia y una posición económica, laboral y de trayectoria educativa que le otorga comodidad para asumir su maternidad.

Sandra tiene 3 hijos. Llevaba 5 años de casada antes de quedar embarazada. El primer hijo lo tuvo a los 34 años, el segundo a los 37 y el tercero a los 40. Es ingeniera y actualmente está dedicada a la crianza de sus hijos, sin trabajar fuera de la casa. Después de su casamiento -por el civil y por la iglesia católica-, con su pareja, viajaron mucho y ambos estaban en una posición deseada en términos laborales. Entonces quisieron llevar adelante el proyecto de tener hijos:

Yo ya había logrado como mucha de las cosas que quería hacer en su momento, te digo, profesionalmente, de pareja, entonces yo me siento muy bien de tal vez, si lo quieres ver así, de haberme esperado, porque igual en la parte personal es como bueno, ya hice esto para mí, ya hicimos esto mi esposo y yo, y ahora me falta esta parte de mujer. Yo siempre quise tener hijos, entonces dije ‘ya, este es el momento.[Sandra]

Sandra expresa su acuerdo con cierta demora en la decisión de su maternidad, porque esto le permitió avanzar en términos profesionales, viajar y disfrutar la vida con su pareja. A la vez, da cuenta de una decisión racional, consciente. Sin embargo, queda en evidencia la complejidad de la maternidad y cuántos elementos convergen al momento de decidir el embarazo ya que, transcurridos algunos meses de comenzar a buscar, no logran el embarazo y por este motivo deciden consultar un/a médico/a:

Cuando le notifiqué a mi ginecólogo que ya habíamos tomado la decisión de buscar tener un bebé, fue cuando dije: "Bueno, órale, va, me quito los métodos anticonceptivos que estaba usando los dejé. Los dejé de tomar, etc. Pues casi se dió el año y no quedaba embarazo, no quedaba embarazada. Empecé un tratamiento, pues sí, de estos de fertilidad. Hormonal. Buscando que los ciclos de ovulación tuvieran como más frecuencia. [Sandra]

Digamos que obviamente fue un hijo planeado, muy deseado, y bueno fijate que justamente el primero, cuando dices: "Bueno ahora sí ya, etc. etc." Si me costó yo creo que casi un año embarazarme. [Sandra]

Como que lo sentí tan mecanizado que no sé, seguramente me estresé. Me bloquee y no sucedió. [Sandra]

Un elemento a destacar respecto de la planificación del embarazo es que fue previamente a quedar embarazada a realizar controles de salud para llevar a cabo el proyecto de la maternidad. Inclusive comienzan un tratamiento de fertilidad para lograr el propósito, aunque finalmente no lo continúa porque le parece mecanizado y estresante, y decide que es mejor bajar el ritmo de sus actividades profesionales: estudio y trabajo. Un mes después que comienza ese cambio, se entera que está embarazada.

La planeación del embarazo no es un tema menor ya que cuando deciden llevar adelante el proceso del embarazo, el mismo se encuentra supeditado a cuestiones sociales o culturales como el trabajo, o incluso la edad. En este sentido, cabría analizar si la decisión es puramente individual o se encuentra sujeta al contexto histórico y las transformaciones sociales. Tal como lo indica la siguiente cita:

Manu: ¿Alguien te dijo algo? ¿Cómo lo vivía tu entorno?

Sandra: Si, de repente, pues de la familia, no sé, sabían que ya tenía treinta y tantos y que no se veía para cuándo y que ya... apúrate... eh, porque acuérdate que tenemos reloj biológico y si vas a querer, pues casi casi que 'en este momento, ya, porque las mujeres'. Si, si llegué a recibir, digo no me acuerdo puntualmente que fue... este tema de la presión por el tiempo: "Si quieres ser mamá, apúrate". [Sandra]

Sobre los elementos sociales que atraviesan y permean el ejercicio de la maternidad, cabe señalar específicamente el rol de la familia y las redes de apoyo. Este punto se vuelve central en tanto las personas que acompañan el proceso muchas veces son agentes que influyen en las emociones. Incluso a través de sus comentarios permean miedos o prejuicios sociales respecto a lo que significa ser madre. Tal como

lo indica Sandra en su relato, el “apúrate” muestra la presión social que se ejerce sobre las mujeres en relación a la maternidad.

El modelo de maternidad sobre el que se apoya la sociedad y se reproduce en el sistema de atención sanitaria es una ideología concreta de la maternidad, occidental y de género (Esteban, 2000: 223). El género entendido como performativo en tanto repetición y un ritual que consigue su efecto a través de la naturalización de un cuerpo, concebido como “una duración temporal, sostenida culturalmente” (Butler, 2007).

O los mismos médicos, por ejemplo, este último bebé, no sabes... por lo mismo del embarazo que vivimos, tiene una necesidad muy muy fuerte de contacto. Entonces prácticamente es de: ‘Cárgame’. Quiero estar cerca de alguien, no me dejes ni el cochecito, ni el columpio, ni nada. Entonces ya sabes... "Se está mal acostumbrando, va a querer siempre las cosas". La verdad es que sí es bastante difícil. Hay veces que respiro, escucho y tomo lo que creo que me va a servir. También la experiencia de los otros me dice que escuches como más tu instinto y te digo, he leído muchos autores que tienen que ver como temas como te digo de crianza respetuosa, u otros estilos de crianza. Cuando lo leo digo, bueno también hay alguien que pueda pensar algo distinto, es como que me da un poco de paz y me tranquilizo. Y pues sí, es así como de "Gracias, agradezco tu opinión pero yo decido lo que hago”.

En el plano de las emociones, se comprende cabalmente la fuerza y la influencia del mandato social. Frente a los comentarios que vienen desde afuera, emergen sentimientos de angustia, dudas e incertidumbre. Esto se ubica en línea con estudios como el de Fernández (2014), Horwitz (2004) u O’Reilly (2006), que explican que el modelo de maternidad tradicional promueve un ideal de madre que es imposible de alcanzar.

En relación a las emociones destaca el primer momento del encuentro con su bebé, al cual Sandra define como “un balde de agua fría” y de una adaptación que requiere tiempo. El tiempo como un elemento central del proceso de conexión madre-hijo. El tiempo no es una realidad natural, aunque así pareciera, por el contrario está constituido, a partir de convenciones que operan como marcas que guían en el mundo social. Al igual que el espacio, y otras categorías sociales, el tiempo es una categoría relacional. Es preciso comprenderlo y explorarlo a partir de las interacciones y las

relaciones sociales, así como de las representaciones simbólicas que lo nutren y que no necesariamente están configuradas de manera lógica y racional (Gell, 1992).

El tiempo y las emociones se relacionan estrechamente en la experiencia de maternidad, en tanto las mismas van mutando a lo largo del proceso. En las narrativas se observan emociones de diversa índole que van transformándose durante la experiencia del embarazo, desde el momento que se enteran de la noticia hasta el momento del parto y luego el posparto. No se trata de una única emoción invariable, sino todo lo contrario, es un torbellino que arremete sin pedir permiso y se vuelve un tsunami de emociones porque el cambio es radical, es un parteaguas que divide la vida. Y esa transformación corporal, emocional, y subjetiva influye en las emociones de las mujeres.

Inclusive Sandra reconoce que el momento de la entrevista es “un respiro” para ella en medio de su rutina de maternidad y cuidados. También registra la dificultad para encontrar espacios de soledad y de encuentro con amigos. Considera que es aburrido para las demás personas que ella esté inmiscuida en su maternidad y por lo tanto algo monotemática. Siente una falta de libertad para poder hacer lo que desea; percibe que su rendimiento es menor al que podrían tener sin hijos(as) y que mucha de su energía y esfuerzo lo dedican a ellos. También siente que no pueden ni enfermarse porque hay otro que depende de ellas. Sus emociones son ambivalentes porque siente que la maternidad es muy bonita, pero a la vez es sumamente agotadora. Se encuentra abrumadas por el nivel de atención que sus hijos le demandan:

Sandra: Sobretudo el primer bebé por lo nuevo, si, me estaba convirtiendo por primera vez en mamá, fue como un balde de agua fría. Yo decía: "Ah, no pues sí, si es cuestión de tiempo de adaptarnos, etc. etc." Pero pues sí, obviamente lleva tiempo. Más allá de adaptarte, como dices es como un poco perder tu individualidad, encontrar esos espacios para tí, se vuelve bien difícil. Y bueno, encontrar eso ahorita, qué te digo. Para mí esta charla es como un respiro. Porque no estoy cuidando... ahorita el bebé está durmiendo, ¿no? pero es como... soy mamá, necesito ser yo. Y más a allá de la parte laboral es como si perder como eso en lo que no estás como dependiente de alguien más y encontrar esos espacios se vuelve bien difícil. Me cambió también en el tema de los amigos. A partir de que me convertí en mamá, pues prácticamente todas mis mamás... todas mis amigas tienen hijos. Pues porque tu tema de conversación se vuelve eso, y entiendo no, a veces es como aburrido [Sandra].

Esa sensación de sorpresa muestra la dimensión existencial, incluso filosófica de la complejidad de parir. En efecto, sostiene Lazzarre “lo único eterno y natural en la

maternidad es la ambivalencia y su manifestación durante los ciclos de separación y unión con nuestros hijos que se suceden continuamente (Lazarre, 1976, 17).

Además del cansancio que implica la maternidad, sobretudo al comienzo cuando los niños son pequeños, ella sostiene que lo ha disfrutado mucho e incluso que la maternidad la convirtió en otra mujer, y le permitió conocer una nueva faceta de ella misma que hasta entonces era desconocida:

Un cansancio brutal a veces, te digo, no paras, esta situación también... pero sí, fijate que como lo dices... si... para mí lo he disfrutado mucho y te digo, son los retos bien diferentes tanto para lo que es para brindarle a ellos, pero para mí me ha servido muchísimo en este tema de auto conocerme más, de pues sanar a lo mejor algunas heridas por ahí...entonces este... si, personalmente con la maternidad me convertí en otra mujer. [Sandra]

Esta frase condensa elementos que son útiles para comprender las dimensiones que implica la maternidad: disfrutable y agotadora en partes iguales. Pero también refiere al trabajo que implica la crianza, a la carga de tiempo, esfuerzo y cansancio que implica, y a la entrega de los espacios propios. La idea de convertirse en otra mujer que reivindica Sandra en su narrativa, se puede vincular con la transformación que postula Rich quien sostiene que las mujeres deben reapropiarse de su experiencia de maternidad para poder modificarla y desligarla del control patriarcal. Siguiendo el planteo de O'Reilly (2006), Adrienne Rich es una figura que reconoce, por un lado, la existencia de una institución de la maternidad opresiva para las mujeres, pero, por otro lado, considera que la verdadera maternidad se ubica fuera de esa institución y es posible ejercerla de una manera más libre. Ella es de las primeras feministas que propone entonces revalorizar la maternidad. En esta línea aparece el sentimiento de felicidad por haber concretado el deseo de ser madre, el cual implicó haber superado diagnósticos de salud que aparecían como un obstáculo.

Sandra reconoce sobre la concepción de la maternidad que se trata de un compromiso y una responsabilidad porque implica cuidar a otros seres humanos, lo que significa transmitir una serie de valores y creencias. "Aportar algo al mundo". Su postura es comprometida, de entrega, incluso cuando esto implique ponerse a ella misma en un lugar de cierta subordinación en la tarea.

Manu: ¿Cómo definirías la maternidad? ¿Qué es para vos?

Sandra: [Suspira profundo. Piensa.] Pues es un compromiso bastante fuerte, es una responsabilidad bastante fuerte porque estás criando a seres humanos. Y para mí es como tratar de hacerlo igual o mejor de lo que lo hicieron conmigo. Si, obviamente amor incondicional y todo, pero como tratar de forjar en tres, ahora en mi caso, seres humanos, valores, creencias, pues para aportar al mundo algo bueno. Dejar sembrado en ellos cosas positivas, y dejar cosas que obviamente... Estoy mucho con esta idea de no porque ahí me hayan funcionado es lo mejor. Ahorita estoy como muy empapada, involucrada con temas como de crianza para pues hacerlo lo mejor que se pueda, y obviamente, pues tratar que ellos tengan una infancia memorable, en el sentido positivo. [Sandra]

Las palabras de Sandra acerca del compromiso se vinculan con la propuesta de Gilligan (1977) quien utilizó la noción de "ética de cuidado" (en inglés "care", que además de "cuidado" significa atención, asistencia, solicitud, preocupación) para referirse a la predisposición que generalmente tienen las mujeres a estar pendientes de los demás y de brindarle una atención privilegiada a sus afectos, lo cual obedecería a un tipo de moral particular y elevada, característico de las mujeres, que ella sugiere revalorizar.

El amor incondicional que menciona Sandra está presente en los demás relatos con la misma fuerza que aparece la contradicción, las emociones que se contraponen al amor: la angustia, el dolor, el miedo. En relación a la ambivalencia que es intrínseca a la maternidad, Daniela Rea (2018, 139) afirma: "Sí, la maternidad está impuesta. Sí, el uso de nuestro cuerpo para beneficio del capital. Sí, la explotación de nuestro cuerpo en el cuidado de la mano de obra. Sí, el patriarcado decidiendo por nosotras. Sí, todo eso sí. Pero: ¿Y la ternura? ¿Y esa cosa inexplicable que siento cuando te huelo, cuando te miro, cuando nos acariciamos? ¿Ese deseo de mirarte de besarte, de mirarte? ¿Esa pertenencia cuando nos abrazamos? ¿Cómo se explica?". Podría señalarse que la maternidad implica necesariamente dos caras, como lo menciona Rea en esta cita.

Por otra parte, Sandra siente que le afectó anímicamente haber dejado su trabajo para dedicarse a la crianza de sus hijos mayores y a su tercer embarazo. Esto permite reflexionar sobre la importancia de la participación en el mercado de trabajo, en tanto es una parte central de su vida en términos de socialización, y de red de apoyo en materia emocional:

En ese sentido me sentí un poco más solitaria. No es lo mismo cuando ibas al trabajo, y te decían: “¿Cómo estás?” Siempre alguien preguntando por tí. Y ahora pues yo, en mi casa, con la señora que me ayuda a veces, pero al final pues si bastante diferente. [Sandra]

En relación a la maternidad y el trabajo, Sandra describe que “hace un año tomé la decisión de hacer una pausa en mi parte profesional y dedicarme a ellos”. Dejó su trabajo porque quería pasar tiempo con sus hijos y ocuparse de la crianza a tiempo completo. Sin embargo, actualmente tiene ganas de retomar su perfil profesional:

Y sí quisiera retomar mi parte laboral, pero es algo también ya... platiqué con mi esposo. Es que yo sé que no voy a volver al tipo de trabajo que tenía: corporativo, de 8 horas, en una oficina. Porque quiero tener ese tiempo para mis hijos. Entonces si me pongo a hacer algo, algún negocio, algo así...que unas horas me desconecte del ser mamá, padrísimo. Pero ahorita con el chiquito que está tan pequeñito, pues obviamente no. Tal vez en un año. Pero si lo disfruto mucho. [Sandra]

Para Sandra, regresar a trabajar es una necesidad, pero prefiere una modalidad distinta a la que tenía antes de ser madre, le gustaría bien algo que la desconecte del ser madre. De todos modos, el menor de sus hijos es todavía muy pequeño, entonces cree que en unos años regrese a trabajar fuera del ámbito de la maternidad. Al igual que los hallazgos de Asakura (2000, 2005) o García y Oliveira (1994) se muestra la relevancia que tienen los proyectos profesionales en la conformación de nuevas identidades femeninas, un aspecto clave de su proyecto de construcción de una maternidad distinta a la tradicional implica su desarrollo como mujeres, como profesionales y como individuos por fuera del rol de madre.

Aunque el modelo tradicional permanece con fuerza y vigencia, acompañado todavía actualmente de un discurso biológico determinista, el feminismo ha contribuido al cuestionamiento del binomio mujer=madre y permitir la apertura de las identidades de las mujeres: “La mujer es ahora más que nunca varios seres a la vez: madre, hija, hermana, viuda, obrera, ama de casa, amante, soltera, mujer independiente, trabajadora, burguesa, etc.” (Fraisse, 2003: 61-62).

6.2.El caso de Frida, una maternidad feminista

Frida es abogada, tiene una maestría en derecho, trabaja temas de Derechos Humanos para una agencia europea de cooperación. Está en pareja (unión libre) con Mariano y viven juntos. Tienen una hija de dos años. Un año antes de quedar embarazada, perdió un embarazo.

Frida ejerce una maternidad feminista debido a las características que adquiere su experiencia. Dentro del estudio de las llamadas maternidades empoderadas se identifica un subcampo que busca problematizar específicamente la maternidad feminista (Glickman, 1995; Gordon, 1990; Green, 2011; Fernández, 2014; O'Reilly, 2006, 2008). Esto permite incluir a las maternidades de las mujeres que se consideran feministas como diferentes, trastocadoras a pesar de que puedan ser heterosexuales, biológicas o que respeten un formato de familia nuclear, porque son mujeres que se enfrentan a la ideología de maternidad hegemónica al menos desde el discurso. Se la aborda como un espacio que permite a las mujeres auto identificadas como feministas cuestionar los conceptos y las expectativas asociadas a la maternidad. O'Reilly (2006, 2008) sostiene que este tipo de maternidad no cuenta con una definición propia, sino que se define teóricamente en contraposición a la maternidad tradicional y patriarcal; se la piensa como una contra narrativa o un discurso de oposición que desafía a la narrativa dominante en la sociedad y que se construye como la negación de esa maternidad patriarcal. De esta manera, se habilita pensar en posibles maternidades que puedan empoderar a las mujeres, hacerlas menos opresivas y más satisfactorias.

Esto implica que la maternidad feminista se define más por lo que no es, que por lo que es. Algunas autoras que abordan este tipo de maternidad buscan realizar una caracterización que permita identificarla. En el caso de Gordon (1990), quien realiza una investigación empírica, la describe como aquella maternidad que desafía y critica los mitos de la maternidad; aquella ejercida por madres que conciben al trabajo como un derecho; madres que educan a sus hijos(as) con valores antisexistas y antirracistas, que esperan que sus parejas en tanto padres, participen en los trabajos de cuidado cotidianos; o bien en la cual muchas son militantes políticas. Sostiene además que el feminismo enfatiza que las mujeres son fuertes, que tienen derechos y

que se pueden apoyar entre sí. Esto hace que las madres feministas sean capaces de desarrollar una orientación crítica hacia las estructuras sociales y la cultura, hacia los estereotipos y los mitos de la maternidad. En el caso de O'Reilly (2008), esta la identifica a partir de los siguientes factores: 1. La autoidentificación feminista de la madre; 2. El ejercicio consciente de la maternidad desde una perspectiva feminista; 3. La influencia de la filosofía y política feminista; d. El sentido político para pensar la maternidad como acto político y social (no privado) y factor de cambio social; e. El reconocimiento de la desigualdad de género y la búsqueda de romper con ese modelo tradicional.

Entre las resistencias se encuentran distintas temáticas, entre las que se encuentran: la importancia de que las madres puedan atender a sus propias necesidades; el reconocimiento de que la maternidad no satisface todas las necesidades de las mujeres; el involucramiento de otros(as) en la crianza de los(as) hijos(as); cuestionar activamente las expectativas depositadas en las madres sobre su rol como únicas cuidadoras y responsables de los(as) hijos(as) o cuestionar la idea de que la única emoción que una madre puede sentir por su hijo(a) es amor.

A continuación, Frida describe el camino hacia la decisión de su maternidad:

Frida: No lo sé, fíjate que creo que fue de pronto como perder el miedo y decir...también creo que fue un plan de pareja. Y sobre todo plan de pareja, yo creo que sola sola, no me lo habría echado. Porque yo antes de conocer a Mariano, la verdad es que la maternidad no me había pintado como un paso fundamental en mi vida. Yo creo que lo primero fue que fue un plan de pareja, creo que eso es importante. La segunda fue que yo dije... yo tenía mucha, mucha como angustia de cuándo era el momento perfecto. Vivo buscando el momento perfecto para todo. "Es que ahorita no porque este trabajo...es que ahorita no porque tal". De pronto dije: "Bueno, si me sigo esperando...". También estaba la presión del tiempo. No el ginecólogo de mi hermana, ni el otro, sino otro que veo mucho también, siempre me decía: "Frida, ¿Te vas a querer embarazar? Piénsalo, porque después de los 40 puedes tener más riesgo... Si te vas a querer embarazar, ya tienes que ponerte a reflexionar". [Frida]

Esta cita condensa varios elementos a tener en cuenta porque ella describe que se trata de un plan de pareja, que no lo hubiera hecho sola, y refiere también a la angustia de encontrar el momento ideal. También menciona el papel del profesional de la salud con la pregunta acerca de su interés en ser madre, y en caso de tenerlo que considere los riesgos que implica ser madre después de los 40, por ello le sugiere

que se ponga a “reflexionar”. La invitación a la reflexión no es más que la cristalización de la presión social en torno a la maternidad. Evidentemente son varios los factores que influyeron en el caso de Frida para decidir sobre su maternidad.

Frida asume la maternidad como un desafío y la pérdida de la individualidad. Todo eso remite a la transformación de la vida y de la subjetividad que implica la maternidad:

Yo creo que es el desafío más grande que he enfrentado en la vida. [risas fuertes] Es una pérdida muy tremenda de individualidad y de lo que era tu vida antes de que naciera pues la persona que ahora cuidas o tu hija o tu hijo. O sea yo estoy super en contra de ponerlo en rosa, y afortunadamente tuve muchas compañeras, muchas amigas que previo a que naciera Emma la verdad es que me contaron como de las partes más desafiantes. [Frida]

Entonces un poco la verdad estoy muy emocionada, y cuando nació... Ah, porque me decían que si la iba a bautizar y le dije: "Jamás, obvio no la voy a bautizar, ¿Que les pasa? Les dije: va a estar en la **sagrada religión del feminismo**. Y ya con eso es suficiente. [Frida]

Todavía mi mamá es de una generación que ve a la maternidad como sí como sacrificio, pero no como algo que es opcional. O sea, es un sacrificio como muy mandado. [Frida]

La entrevistada destaca su posicionamiento feminista como un elemento transversal a su maternidad, y señala que la maternidad para la generación de su mamá se trataba de un “sacrificio mandado”, es decir que ella se distancia de esa posición porque considera que en su caso fue por una decisión consciente y razonada, incluso sabiendo ‘lo desafiante que era’. La expectativa radica en criar mujeres fuertes, independientes, autónomas, y hombres no machistas, que no se aprovechen de los privilegios con los que nacen por su género, que aprendan desde niños a tratar a las mujeres como iguales y también que puedan expresarse libremente, que puedan llorar, expresar sus angustias y romper con los mandatos de la masculinidad hegemónica. Se busca cuestionar las representaciones de la mujer débil, vulnerable, dependiente, sensible y emotiva, así como con las del hombre fuerte, independiente, proveedor y protector. Se plantea como necesario respetar la identidad de género y preferencia sexual que vayan a tener sus hijos(as) y enseñarles a respetar las elecciones de los(as) otros(as).

Su perspectiva feminista incorpora principalmente una mirada crítica de la

maternidad y plantea la necesidad de construir nuevas formas de transitarla, en las cuales las mujeres se encuentren acompañadas a nivel socio-cultural en todo lo que involucra ese proceso tanto a nivel comunitario como de políticas públicas. Así como también sería necesaria cierta apertura y disponibilidad para crear nuevas formas, no tradicionales y democráticas que les permitan transitar la maternidad con mayor libertad y menos opresión.

Frida considera que su mamá y su abuelita vivieron la maternidad de otro modo. Inclusive recuerda a su abuelita: "yo tengo una imagen de mi abuelita así súper fuerte. La recuerdo a ella en la cocina, sentada cocinando, diciéndonos: "No hijita, no se casen, ni tengan hijos porque es puro sufrimiento". Es interesante reflexionar sobre las transformaciones que permiten que muchas mujeres actualmente decidan convertirse en madres, a diferencia de generaciones anteriores que no tenían esa opción y por lo tanto la maternidad era un destino irrevocable. Incluso contra su voluntad. Frida manifiesta a nivel discursivo su intención de ejercer una maternidad diferente a la tradicional, asociada generalmente a las experiencias de sus madres y abuelas y al modelo que consideran dominante en la sociedad mexicana. Sin embargo, como señala Asakura en sus investigaciones, el peso social y la presión que generan sobre la mujer esas representaciones y esos conceptos normativos, que circulan en distintos ámbitos íntimos, familiares y sociales, son unas de las fuentes principales de culpa y malestar en torno a la maternidad.

Respecto a la relación entre felicidad y maternidad, Frida expresa cierta tensión proveniente del contexto, puntualmente de su madre y de las ideas que establecen un vínculo directo entre ambos conceptos. Esto se relaciona con la propuesta de Sharon Hays (1998: 14-15) quien hace referencia a la "maternidad intensiva" como un modelo actual que exige no solo atender a las necesidades de las criaturas, que, por otra parte, cada vez se presentan más costosas, sino, además, mantener un fuerte compromiso emocional por parte de las mujeres, lo que hace que vivan esta experiencia con una enorme cantidad de exigencias, y no tengan cabida otras emociones más allá de la felicidad y la alegría. La expectativa del entorno acerca de "cómo debe ser" el ser madre se erige como un peso relevante en la experiencia de las mujeres, como lo muestra Frida en su relato:

Creo que si quieres ejercer una maternidad como en una manera donde tu te sientas feliz, también es como una lucha contra la opinión pública y con la opinión de tu pareja, y de tu mamá y demás. Yo me acuerdo cuando nació Ema yo estaba como muy agotada y la verdad yo no. Y la verdad yo nunca subí una foto de "Ay, aquí mi bebe". No porque no la quisiera, sino porque guardamos un poco de privacidad. Pero mi mamá incluso me decía: "**¿Sí estás feliz?**" Y yo: "Si, mamá, estoy feliz pero estoy muy cansada". Como que la gente tiene una expectativa de que si te refieres a tu maternidad tiene que ser todo súper maravilloso, y si no es todo súper maravilloso, mi mamá me decía: "Oye, pero **¿Si estás contenta?**" Y yo: "Siiii si estoy contenta" [Se ríe]. [Frida]

Las diferencias que realiza Frida en su ejercicio de maternidad resultan disruptivas para el entorno, en tanto contrastan con las experiencias familiares encarnadas en las madres y abuelas, que han reproducido el ordenamiento de género sobre la maternidad, así como también con las experiencias de sus contemporáneas. Cabe mencionar que el amor maternal es una construcción cultural desde la que se responsabiliza a las mujeres del cuidado de las criaturas como respuesta biológica naturalizada (Montes, 2007: 66) y esto se observa en la reacción de la mamá de Frida al preguntarle si realmente está contenta con su maternidad. Pero "no hay ninguna esencia natural, innata, del ser madre, ni el apego filial es producto del parir" (Osorio, 1999: 68). Es más, como lo expresa la cita, las mujeres que no exteriorizan las emociones de satisfacción, alegría y gozo ante su embarazo o maternidad son generalmente observadas con extrañeza e inmediatamente se pueden plantear dudas respecto a su voluntad de ser madres, su equilibrio hormonal o sobre la existencia de otros problemas.

Otro elemento que se vincula con la familia y el entorno, es la presión que ejercen sus comentarios en relación a la crianza con los que las mujeres se sienten incómodas:

Si, se me hace que cada uno tiene una idea de cómo debería ser la crianza, y de cómo debería ser, cómo se debería compartir un hijo, incluso si es un bebé. Me acuerdo de mis tías... estaba llorando un día porque no se quería dormir en una fiesta. Y me decían todas: yo la cargo, yo la cargo. Pero como diciendo: "Yo la cargo porque tengo mucha experiencia" y yo "No, güey, es que ya tiene sueño". Y después, si, yo creo que... por ejemplo, con Mariano si de pronto yo creo que tiene una idea como mucho más tradicional de la maternidad. [Frida]

En relación con este planteo de "formar un ciudadano" es posible vincular las posturas de las mujeres que definen su maternidad como feminista. Es decir, al

considerarse ellas mismas como parte del movimiento político, se proponen llevar estas ideas a su propia práctica en la crianza. Pero también reconocen la importancia de no idealizar la maternidad y al mismo tiempo de reconocer lo difícil que es:

Frida muestra una postura reflexiva y crítica sobre la maternidad, y les otorga validez a los sentimientos encontrados en torno al ser madre. Asimismo, reconoce la importancia de tener su lugar, no perder su lugar como profesional, recuperar el tiempo personal, para volver a tener autonomía y también se cuestiona el rol de madre: en tanto la crianza tiene un peso central sobre la mujer, la responsabilidad cae fuertemente sobre ellas, lo que lo torna injusto:

Entonces yo creo un poco que si no tienes como otras visiones de apoyo que te comprenden, tú sí te puedes llegar a sentir muy culpable. Y creo que incluso la pareja puede llegar a juzgar y a colocar como que la maternidad está por encima de todas las cosas. Como que te presionan mucho a colocar la maternidad por sobre intereses personales. [Frida]

Encuentra consuelo a partir de ejercicios reflexivos desde una postura feminista, que le permite poner distancia frente a esos sentimientos negativos que tienen y percibir de una manera más racional el mandato social de “buena madre” que recae sobre ellas. Ella resignifica lo que sienten a partir de la conciencia de su derecho a poder tener una carrera y perseguir sus aspiraciones profesionales al igual que sus parejas. Además reflexiona sobre sus sentimientos de culpa y percibe que se sentiría peor si tuviera que abandonar su profesión y sus proyectos personales de lo que se siente buscando conciliar ambos aspectos de su vida. Más aún, no sólo cree que sería perjudicial para ella sino también para su hija, ya que implicaría depositar en ella el peso de su propia frustración. Todo esto le permite admitir, aunque esté mal visto socialmente y con el riesgo de ser etiquetadas como “malas madres”, que la hace más feliz salir de casa y trabajar que quedarse cuidando. Además, a veces aparecen fricciones con su pareja o con la institución educativa respecto a las expectativas sobre su rol de madre:

Y después, si, yo creo que... por ejemplo, con Mariano si de pronto yo creo que tiene una idea como mucho más tradicional de la maternidad. Entonces también como que hay situaciones en las que juzga. Por ejemplo ahorita en la cuarentena, él se queda con ella toda la mañana. Mientras yo trabajo, **y como que de pronto siento que en su opinión yo debería dejar de hacer cosas de trabajo para estar con Ema**, por

ejemplo. En la guardería cuando la llevé, me preguntaron la primera vez que fui: ¿Y cuántas horas se va a quedar? y yo: "Ah pues va a venir de 7 a 5 o una cosa así" y dijo la señorita: "Uy no pues va a vivir aquí". y yo: "¿Ah, eso se lo dice a todas las que vienen o cómo?" Y bueno, le dije: "No, no se preocupe" Tampoco se trata de pelear con la vida, pero... y en el chat de mami, cada mamita tiene una idea, pues... muy específica. Tal vez una no debería sentirse tan presionada, tal vez no te lo dicen a tí. Tal vez solo es que como estás en una situación de aprendizaje, sientes que te juzgan y tal vez no es así. Pero pues no sé, me parece que a veces sí se juzga un poquito, como qué tipo de mamá eres. [Frida]

Para Frida, al igual que los hallazgos de Asakura (2000, 2005) o García y Oliveira (1994) destaca la importancia de los proyectos profesionales en la conformación de nuevas identidades femeninas, un aspecto clave de su proyecto de construcción de una maternidad distinta a la tradicional implica su desarrollo como mujer, como profesional y como persona por fuera del rol de madre.

6.3.El caso de Omara, una maternidad no tradicional o rebelde

El tipo de maternidad de Omara [19] se ubica dentro del feminismo, pero su postura tiene características específicas que la distancian respecto de las otras entrevistadas, puntualmente de Frida. Su caso presenta particularidades que destacan respecto a las demás mujeres porque su proyecto de familia no parte de ella junto a una pareja o sola, como en los otros casos, sino que lo lleva a cabo con tres personas más. También se diferencia de las demás entrevistadas por su decisión de tener el parto en su casa con una partera tradicional. Aunque Anthony y otros (2005) afirman que el parto domiciliario es más frecuente en mujeres que viven en ciudades pequeñas o zonas rurales, Omara lo lleva adelante en la Colonia Guerrero, de la Alcaldía Cuauhtémoc en la Ciudad de México.

Omara es estudiante de sociología en la Fes Acatlán, UNAM. Y, a lo largo de la entrevista es sencillo percibir su posicionamiento político e ideológico sobre su maternidad, lo que la distingue de las demás narrativas. Tiene la experiencia de haber formado parte de grupos feministas, y en ese recorrido ha adquirido herramientas que pone en juego al momento de transitar su embarazo y su parto.

Por ello se considera que la experiencia de Omara es quizá la más emblemática de todas las historias escuchadas en este trabajo. Principalmente porque lleva

adelante el proyecto de la maternidad con tres personas más que viven con ella y con las cuales mantiene un vínculo sexo-afectivo, también son responsables de la crianza de su bebé. Además, ella vivió más de un giro radical en su trayectoria de atención ya que comenzó a atender su parto en el sistema público de salud. Inclusive acudió a los controles prenatales en la institución de salud, aunque Declercq y Stotland (2014) afirman que en las mujeres que tienen el parto en casa hay más probabilidad de que no asistan a los mismos.

Cuando se acercaba la fecha del parto, asistió a su consulta mensual y la médica que la atendió quiso internarla para inducir el parto. Sin embargo, Omara se opuso firmemente a esa decisión médica y se retiró de la institución de salud, dado que junto a sus compañeros había decidido tener su parto en casa. Al retirarse ella expresó sentir miedo a la atención que se ofrece en los espacios hospitalarios (Otis y Bret, 2008), y al igual que en Lindgren y otros (2006), sostuvo que le atemorizaban las complicaciones que pudieran surgir en el hospital por perturbar el proceso fisiológico, por estar en un ambiente poco familiar y por sentirse en manos de extraños. Así como por el trato recibido por parte del personal de salud al notificarles que no se quedaría internada. En un estudio realizado por Erikson y otros (2005), un 23% de mujeres aseguran sentir un miedo intenso al parto en el hospital por la falta de intimidad y por el trato inadecuado. De este modo, algunas mujeres manifiestan que dicha opción era la que más temor les producía (Green y Bastón, 2007).

Luego, un día antes de parir, Omara tiene un conflicto con la partera que la había atendido en su embarazo y ella decide no atenderla. A partir de ese momento, comienza a buscar a través de sus redes de apoyo el contacto de otra partera, y lo consigue. Así es que viaja en Uber con sus compañeros a la casa de quien va a atender su parto, le hacen las pruebas, le dan un té y le dicen que regrese a su casa porque en pocas horas comenzará el trabajo de parto.

Omara buscaba ejercer su derecho de autonomía, y el hecho de poder tomar sus propias decisiones constituye uno de los principales motivos para elegir el nacimiento en casa (Cheyney, 2008; Lindgren y otros, 2010; Viisainen, 2000), elección que se vincula con un alto grado de independencia. De todas maneras, como sostiene Brown (2013), es preciso tener en cuenta que no todas las mujeres desean ese

protagonismo ni saben ejercer este derecho, y algunas con el temor a equivocarse prefieren delegar sus decisiones en los profesionales sanitarios que las atienden.

Como en Sjöblom y otros (2012), casi todas las personas que deciden tener el parto en casa tienen que enfrentarse en algún momento a discursos en los que se les descalifica, se les acusa de ser irresponsables y de poner en peligro la vida de su hijo/a, aunque, al igual que en Lindgren y Erlandsson (2011), Omara sostiene no estar de acuerdo con esta consideración, ella confiaba en el proceso que había elegido para parir y desestimaba las opiniones del entorno que la cuestionaban.

Tal como ha sido mencionado en párrafos anteriores, la maternidad de Omara parte de pensar en el proyecto acompañada por más personas, no está sola en su decisión. Este es un caso excepcional respecto a las demás mujeres entrevistadas, cuya condición es la de proyectar y criar solas o en pareja. De allí que su testimonio resulte relevante para reflexionar sobre otros posibles modos de maternar. Es interesante pensar en la idea de criar en tribu, de repartir las responsabilidades que implica el cuidado de un bebé entre otras personas que no sean solo la madre y el padre. Su plan de la maternidad existía con antelación a quedar embarazada, inclusive ella perdió un embarazo, el año anterior, por lo que tuvo un tiempo para pensar y decidir:

Omara: Yo decidí embarazarme, yo creo que hace unos 3, o 4 años que tomé la decisión. No había intentado hasta el año pasado, como que lo había estado pensando porque yo de entrada...comparto vida [y un vínculo sexo-afectivo] con varias personas. No me acuerdo si te lo había platicado o no, creo que no. Comparto sexo afectivamente con 4 personas, dos compañeras y dos compañeros...Pero vivimos juntos mis dos compañeros y yo. Ya habíamos tomado la decisión con uno de mis compañeros con el que vivo hace 7 años... y en ese momento se incorporó a mi vida otro compañero y también se subió al tren de querer criar juntos...y decidimos llevarlo a cabo. [Omara]

Sánchez Bringas señala que el concepto de maternidad en la vida social es utilizado para nombrar diversos procesos: ideas y prácticas relacionadas con la fertilidad, el embarazo, el nacimiento y el puerperio; las actividades y relaciones involucradas en la crianza, el cuidado de los infantes y el vínculo madre-hijo el proyecto de maternidad y la agencia de las mujeres; la construcción de la identidad de la mujer en relación con lo materno; y las teorías, nociones, valores e ideas culturales sobre lo que debe ser el ejercicio de la maternidad, entre otros (Sánchez Bringas, 2009:239).

En la narrativa de Omara destaca la idea de maternidad que ella despliega en tanto sostiene que no le agrada el concepto aprendido o hegemónico, dado que intrínsecamente implica una relación de poder asimétrica. El adulto responsable tiene el poder sobre el niño, y eso se configura en una estructura fundacional del orden social. Además, también disiente con la idea del instinto maternal que se encuentra arraigada en las sociedades latinoamericanas. El instinto maternal, que postula la existencia de emociones aparentemente intrínsecas a la mujer, se plantea como algo natural, proveniente de la naturaleza propia de las mujeres y de lo femenino, olvidando que el instinto “es en realidad solamente un mito” (Ferro, 1991: XII), un constructo cultural ampliamente demostrado y discutido (Badinter, 1991; Osborne, 1993; Moore, 1996; Tubert, 1996; Scheper-Hughes, 1997); una expresión de dominación, que ha llevado –y sigue llevando– a la “tendencia generalizada de establecer un vínculo indisoluble entre la vida de las mujeres y su fisiología” (Moore, 1996: 43). Omara disiente con la idea de `obediencia debida` a la madre, y al padre, y con la idea del instinto materno, por ello prefiere decir que acompaña el crecimiento de su hijo, sin añadir el título:

Omara: Ahorita es algo que en mi mente pienso que el feminismo me atraviesa a mí y va a atravesar la crianza que yo tenga con el bebé. Me preocupa también no imponer. No imponer cosas que yo pienso. Pero que si quiero... principios, digamos hay líneas que no quiero que se crucen. No sé como explicarlo, llevo el acompañamiento de una comunidad de compañeras que crían varones a través del feminismo, pero todavía no tengo muy claro como voy a enfrentar mi vivencia del feminismo en la crianza con él. [Omara]

En el texto anterior destacan principalmente dos elementos para el análisis. En primer lugar el cruce que establece con el feminismo, y de ahí la idea de no imponer, sino de acompañar en la crianza. En segundo lugar, la tensión que le aparece respecto a la crianza de un varón. Cabe mencionar que Omara había sido madre algunos meses previos a la realización de la entrevista, por lo que era todavía un momento incipiente de su maternidad que implicaba cierta revolución y novedad.

Sin embargo plantea una idea interesante al cuestionar la gran cantidad de información disponible sobre la maternidad:

Omara: Para mí, la improvisación, lo empírico, el aprendizaje constante mutuo es lo que más me interesa. Como que siento que generar todo un enfoque muy

documentado y tratar de investigar y ver las nuevas investigaciones o lo nuevo que está saliendo del tema de las maternidades, siento que podrían eliminar la posibilidad de aprender, de manera empírica y de tener el contacto directo con la bebé. Porque el aprendizaje es constante y es diverso”. [Omara]

El planteo que sugiere en esta cita es para reflexionar en torno a las indicaciones constantes que circulan actualmente en sobre el tema, y frente a ello, Omara prefiere la aventura de la experiencia sin tantas indicaciones. Confía en su intuición y cree que recibir información sobre nuevas investigaciones limitaría su propia sensación en su recorrido. Prefiere ir a ciegas que prestar atención a los nuevos discursos y las nuevas formas de acompañar la crianza, en todas las dimensiones que eso implica: modo de alimentación, lactancia, horarios de sueño, etc. Esta actitud de Omara también refiere a su posicionamiento político de autonomía y de apertura hacia la propia experiencia y las propias redes de apoyo.

Al ser indagada sobre las emociones que despierta en ella la maternidad, Omara comenta que tiene TLP, trastorno límite de la personalidad y por lo tanto sus emociones son muy lábiles y fluctúan constantemente. En efecto, como una estrategia para sobrellevar el parto, realizó ejercicios de meditación, y bastante introspección para ser más consciente de sus propias emociones, “no solamente como que me arrastraran como muchas veces sucede”. García-Carrascosa (2010), afirman que el modo de vivirlo depende mucho de su situación psico-afectiva, de la información recibida y de la manera de percibirlo. En este sentido, ella sostiene:

Omara: La verdad es que yo temía mucho sobre mis emociones cuando naciera y me he sentido muy bien. Ha sido un buen ejercicio repensarme a mí misma y lo comparto mucho con el bebé. Pareciera una cosa un poco ingenua, no sé, pero muchas veces estoy platicando con él sobre estas reflexiones que tengo cuando le estoy dando leche, o cuando estamos despertando, le platico de cómo me siento. Y eso me hace sentir muy acompañada por él en el proceso. Muy muy bonito.

A pesar de los miedos que implicaba la maternidad para ella, Omara expresa tranquilidad y felicidad respecto a su rol de madre. También alude a la fuerte responsabilidad que implican el cuidado y la crianza, es por ello que desde el embarazo se sentía responsable de cuidarse ella misma, porque tenía mucho temor de que eso influyera “en el crecimiento dentro de mí y en su actitud ante el mundo cuando naciera”. Y agrega: “Quería tratar de estar lo más tranquila, lo más contenta, lo más en paz para

brindarle esas emociones y que eso fuera lo que también le atravesase en la vida a él”.

Para Omara, su embarazo al estar acompañada de su red de apoyo fue un período que transitó con bastante calma y paciencia. Estaba convencida de que el riesgo radicaba sobre todo en la interferencia de desarrollo natural del embarazo, que en numerosas ocasiones lleva a una cascada de intervenciones (Davis, 2012). El momento de tensión apareció hacia el final del parto, pero ella sabía que no quería tener a su bebé en el hospital. Omara no concibe al parto como una experiencia con riesgo y cree que las complicaciones inesperadas son de la misma índole que las que pueden suceder en otros momentos de la vida (Dahlen, 2010). De esta forma, Omara se posiciona desde una manera relajada y fluida de entender la maternidad y las posibles deconstrucciones del orden simbólico, y una actitud política con posicionamiento ideológico frente a lo que considera ‘formas dogmáticas de ser madre’ para, mediante su recorrido cuestionar tanto al orden de género que sitúa a las mujeres en un casi único rol de género como las formas mayormente establecidas de atención al embarazo y el parto.

Conclusiones

En tanto la maternidad no es un puramente hecho natural sino una construcción social, cultural e histórica, se constituye en un fenómeno que se expresa de maneras diversas según el contexto en que suceda y el grupo al cual se haga referencia. De todos modos, no existe una sola forma de comprenderla, de hecho, más que definirla de manera homogénea, lo que se encuentra dentro de la misma es una profunda heterogeneidad de ideas, concepciones y formas de vivirla. Al interior del feminismo existen diversas posturas políticas y teóricas que indagan acerca del modo en que se produce, se constituye, y se transforma. Podría afirmarse que la acción política que impulsa el feminismo como movimiento ha transformado el ejercicio de una maternidad tradicional en su lucha por erradicar la dominación y subordinación que representa este modelo para la inmensa mayoría de las mujeres.

Evidentemente no se trata de un proceso emocional lineal y continuo, sino todo lo contrario: presenta contradicciones, altibajos, alegría, enojo. Lo que explica la

complejidad del fenómeno, la variedad de aristas que tiene y lo difícil que es para las mujeres atravesarla cuando el mandato social indica que sólo debe mostrarse una sola cara de la moneda, es decir, solamente es factible hablar del aspecto positivo de la maternidad. De este modo, la maternidad se conceptualiza como un asunto privado y se olvidan las influencias del contexto cultural y socioeconómico. Sin embargo, no deja de ser curioso que, mientras como hecho privado se glorifica la maternidad y se la presenta como culminación de la realización femenina, en la práctica y en la esfera de lo público, es posible contemplar con frecuencia cómo se despoja a la mujer de derechos fundamentales.

Como ya se ha mencionado previamente, la maternidad es un hito en la trayectoria vital de las mujeres. Es por ello que desde el embarazo podría tratarse de un acto revolucionario, que mueve las estructuras a todo nivel: biológico, social, cultural, psíquico y emocional. Es necesario reconocer las emociones y que estas puedan ser reconocidas por el contexto en el cual ellas transitan este momento: la familia, el trabajo, etc. Las emociones serán un elemento transversal a todo el proceso, que pueden manifestarse tanto a través de la felicidad como de la depresión, pasando incluso por momentos de arrepentimiento.

En torno a las tensiones que implica, vale destacar que es una transformación profunda de la subjetividad. Es un hito en tanto marca un antes y un después del suceso y por ende produce modificaciones sustanciales sobre el modo de ver el mundo, el lugar de cada una después de ser madre, entre otras cosas. Al respecto, Jane Lazarre escribe: 'abandonarlo todo por nuestros hijos, esos seres con los que hemos convivido en el mismo cuerpo, es lo más fácil porque la separación nunca es absoluta (Lazarre: 1976, 27). De algún modo la maternidad presenta una condición de un vínculo que será infinito. Una vez madre, ya no es posible desligarse de ese nudo. Justamente por ello es que varias mujeres expresan en su relato la crisis que despierta el primer momento después del parto y hacen referencia al apoyo que brindan las redes sociales con información al respecto, que en ocasiones puede tornarse confusa:

Con la propia la experiencia, estas narrativas expresan reflexiones respecto a lo que implica el embarazo y separan las visiones idealizadas para concebirlo como

un proceso que puede transitarse con sentimientos de felicidad y colmado de expectativas, aunque también puede implicar dolor, angustia, depresión e incertidumbre, entre otras emociones. Las concepciones de maternidad que tienen estas mujeres son distintas, algunas más vinculadas al ideal tradicional, y otras más atravesadas por el feminismo, por la resistencia a perder completamente la autonomía. Ser madre, pero reconocer lo injusto del rol, demandar políticas públicas que acompañen la maternidad. Reconocer que la maternidad se va transformando conforme el mundo cambia e ir adaptándose a esos movimientos para que la maternidad no sea un evento que recae exclusivamente sobre las madres.

Las emociones que atraviesan la maternidad son diversas y van modificándose según el momento al cual se haga referencia. Sin embargo, es interesante profundizar en este aspecto, en tanto no se menciona demasiado lo que podría denominarse 'el lado B' o los claroscuros de la 'maternidad ideal'. Evidentemente existe un imaginario colectivo vinculado al 'ser madre' asociado a un ideal que pareciera implicar casi auto y unívocamente una sensación de alegría y plenitud que –al revisar las narrativas de las mujeres entrevistadas- se observa que no es así. Es decir, evidentemente hay emociones de felicidad, amor y alegría, pero que suceden simultáneamente a la par de otras como el miedo, la angustia, etc. Por eso ha sido interesante el análisis de las respuestas esbozadas por las mujeres, porque permite complejizar la mirada sobre la maternidad y comprender qué es lo que ocurre por detrás de lo que comúnmente se conoce en relación al ser madre. Las vivencias que las mujeres contemporáneas poseen de la maternidad arrastran aspectos del "modelo heredado de la maternidad" (Montes, 2007; Imaz, 2008; Blázquez, 2009), que, de acuerdo a las nuevas coordenadas sociales e históricas, son revisadas por las mismas mujeres proponiendo nuevos significados y, de manera simultánea, haciendo pervivir algunos de sus aspectos.

Las experiencias de maternidad de las entrevistadas están atravesadas por múltiples y continuas tensiones, conflictos, tanto entre diferentes elementos sociales como personales, produciendo construcciones que muestran matices en las experiencias. En todos los casos, su conciencia y reflexividad profundizan esos

conflictos y tensiones, a diferencia de lo que sostiene parte de la literatura (O'Reilly, 2010) que inscribe una postura feminista con maternidades más libres.

Al indagar sobre los modos en como estas mujeres definen su maternidad, en las narrativas aparecen sentidos diversos según la experiencia de cada una. Algunas de ellas se refieren a la maternidad como un regalo o una bendición. Podría afirmarse que esta idea se encuentra en la línea de una mirada tradicional sobre la maternidad; sin embargo, surgen ideas disruptivas en relación a esa postura: aquellas que revelan una idea de arrepentimiento sobre la decisión de la maternidad. Es notable como aparece la cierta noción ambivalente o contradictoria que considera a la maternidad tanto feliz como agotadora. Es interesante revisar las posturas que cruzan la definición de maternidad, como la idea que tienen sobre feminismo y el peso de ese discurso en su concepción de maternidad. Se asocia también a la idea de forjar ciudadanos, y en relación a este hecho hacen referencia a la falta de políticas públicas que destaquen la relevancia de la maternidad para una sociedad.

Blázquez Rodríguez y Montes Muñoz (2010:81) sostienen que la atención sanitaria “ordena cómo debe ser la asistencia a las mujeres desde el embarazo hasta que se recuperan después del parto. Pero además normativiza cómo deben ser las vivencias de las mujeres contemporáneas en torno a la maternidad”. Por consiguiente, las autoras se sugieren nombrar como protocolos de lo emocional las intervenciones sanitarias permite entender el carácter prescriptivo que tienen sobre las emociones de las mujeres ante la maternidad: cómo deben ser –desde el amor maternal–, cuándo deben aparecer –tras la mediación de las hormonas del parto y del vínculo– y por qué deben darse –como garantía del cuidado de las criaturas–. Esta socialización no impide -sin embargo- que las respuestas de las mujeres, revelen, además de ciertas convergencias, alternativas con respecto a las emociones propuestas y a sus significados, tal como se ha visto en este capítulo.

Capítulo 7. Conclusiones

Este estudio abordó las trayectorias de atención a la salud de mujeres embarazadas después de los 35 años en la Ciudad de México de un modo relacional que permitió comprender el tema desde distintos niveles analíticos. En términos teóricos se partió de dialogar con la Salud Colectiva y el género como los ejes o antifaces fundamentales a partir de los cuales observar el objeto de estudio. Ambas permitieron asumir una mirada crítica del embarazo y el parto, que a priori o desde el sentido común podrían parecer hechos sociales sin demasiada relevancia. Pero es justamente el abordaje sociológico lo que le brinda complejidad y permite un análisis profundo de los hechos sociales.

El objetivo de esta investigación era entender cómo experimentan las mujeres el proceso de atención a su salud, partiendo de conocer que la edad se constituye en un factor de riesgo en el embarazo después de los 35 años de edad. Teniendo como referente las narrativas de las mujeres que realizan el itinerario de atención, la relación médico/a paciente y el diálogo con la institución; también es importante tener presente que se buscaba conocer cuál era la respuesta del sistema de salud a este grupo específico. Por lo tanto, una conclusión ineludible de este análisis es que la maternidad después de los 35 años tiene especificidades que no pueden ser soslayadas al momento de revisar el proceso de atención a la salud.

A través de una mirada cualitativa, que implicó la realización del trabajo de campo desde el encierro, debido a la pandemia COVID-19 y de las entrevistas realizadas en línea, recurriendo a elementos relativamente novedosos para la investigación social, se apeló al uso de las redes sociales tanto para contactar a las entrevistadas como también para conocer el contexto en el cual se sitúan las personas del estudio. Es así que se visitaron páginas de YouTube que contienen información sobre el tema, cuentas de Instagram de parteras, doulas, y pláticas que brindan las desde las instituciones de salud sobre maternidad después de los 40. De este modo se analizaron y describieron las narrativas con el objetivo de reconstruir las trayectorias de atención, el eje de este trabajo.

Aunque indudablemente la Ciudad de México es compleja e inabarcable, las mujeres estudiadas permiten acceder a cierta diversidad en tanto se domicilian en diferentes zonas de la misma. Esto habilitó el estudio de distintos tipos de trayectorias de atención en un escenario complejo como la Ciudad de México. Este análisis hizo posible dilucidar aquello que opera por detrás de los procesos de atención a la salud, como es el caso del *vía crucis*²⁴ que implica el trámite de incapacidad o licencia por maternidad. Así como también se observó cómo las condiciones estructurales de desigualdad que caracterizan al sistema de salud, permean las experiencias del proceso de atención del embarazo post-35.

El conjunto de las personas entrevistadas a lo largo de los tres años que duró esta investigación permitió situar y analizar el mundo de la maternidad después de los 35 años en relación con la salud. A partir de establecer la relación entre salud y maternidad se profundizó en los procesos que se observó en la reconstrucción de las trayectorias de atención. Además, ha sido clave comprender el contexto en el cual estas mujeres deciden llevar adelante su embarazo y parto. En primer lugar, el lugar que ocupa el feminismo en la sociedad ha permitido la amplitud de ciertas libertades para las mujeres, como la posibilidad de cuestionar la maternidad o las tareas de cuidado que recaen sobre las mujeres, entre otras. En segundo lugar, se encontró el acceso a la información disponible en internet como un bastión para la toma de decisiones sobre el embarazo, más allá de las opiniones de los familiares, del personal de salud u otras personas cercanas a ellas.

De esta manera, ha sido posible estudiar la atención a la salud en un contexto de una pandemia mundial, lo que implica un escenario de adversidad para la sociedad en general y de la investigación social en particular. Este estudio cualitativo da cuenta de las experiencias de las mujeres que llevan adelante la atención de sus embarazos y sus partos en la Ciudad de México. Pensar y reconstruir las trayectorias de atención y contribuir a la reflexión sobre el fenómeno de la salud ha sido un desafío. Sin embargo, cabe destacar la pertinencia de las trayectorias como recurso metodológico y como producto de la investigación social. Este análisis posibilitó poner el foco en

²⁴ Se llama **via crucis** al recorrido de cruces que señalan un camino o una ruta.

procesos complejos, de múltiples aristas, que fue necesario desarmar para poder comprender. También fue posible integrar la literatura contemporánea sobre maternidad para profundizar la comprensión del contexto social y cultural en el que se inscribe el grupo estudiado.

A su vez es preciso destacar que las trayectorias de atención a la salud son diversas, incluso cuando se refiere – como en este caso- a un grupo de mujeres con características de clase homogénea, con un nivel educativo medio alto en casi todos los casos. Aquí la clave radica en el peso de los sujetos y sus biografías. Hay mujeres que por sus condiciones laborales se encuentran eximidas de realizar ellas mismas el trámite de licencia por maternidad, mientras existen otras mujeres que, si no se ocupan de realizarlo, se encuentran impedidas de acceder a su licencia de maternidad. Algunas de las mujeres decidieron ser madres solteras, e incluso buscan organizarse colectivamente para demandar al gobierno un reconocimiento por el rol social que ocupan. Otras, en cambio, están en pareja, casadas y desde ahí ejercen su maternidad. En relación a las formas de parir, algunas estuvieron más cercanas al diagnóstico médico que indicaba cesárea, mientras que otras se prepararon para acceder a su derecho a un parto natural. Además, varias de las mujeres destacan la centralidad que su formación profesional y el trabajo tiene en sus vidas. Sin embargo, en la gran mayoría de los casos se observó que accedieron a sus redes de cuidado, aunque éstas tomaran distintas formas. Otra narró con cierta vergüenza durante la entrevista que todo el apoyo y acompañamiento lo recibió de su papá. Algunos mencionaron la importancia de poder pagar a una persona para que le ayude en las tareas de cuidado y limpieza.

Si bien es posible identificar matices dentro del grupo, la clase social juega un papel fundamental en este trabajo porque es un factor que las homogeniza. En efecto, este punto puede generar cierta tensión en relación al campo de estudio de la salud colectiva, dado que la mayor parte de los estudios realizados desde esta perspectiva teórica tienden a revisar lo que acontece con la salud de los grupos sociales más vulnerables y desplazados de una sociedad. Sin embargo, precisamente uno de los hallazgos de esta tesis ha sido fundamentar la pertinencia que tiene el análisis de la salud de un grupo social de clase media porque, a pesar de contar con ciertos

privilegios o ventajas otorgados por su condición de clase, se encuentran expuestas a situaciones de vulnerabilidad producto de las condiciones estructurales en las cuales se encuentran. Un claro ejemplo de esto son las situaciones críticas que deben atravesar en el momento de recibir los diagnósticos de salud vinculados a su edad. En otras palabras, las emociones -nada placenteras- y las dificultades que implica atravesar el diagnóstico en relación a posibles riesgos.

Es importante enfatizar la relevancia que tuvo para este análisis la indagación sobre el significado de la maternidad. Profundizar en este punto fue clave ya que permitió situar la mirada en estas mujeres y cuáles eran sus motivos para embarcarse en el proyecto de la maternidad. Uno de los hallazgos en este sentido fue corroborar que ellas no tenían en cuenta el elemento del riesgo asociado a su edad previamente al embarazo. Sino que la conciencia y la racionalidad asociada al riesgo, y al miedo, aparecía al realizarse el ultrasonido. Claro que ese momento puede ser crucial dado que pueden recibir un diagnóstico de malformación, u otro tipo de enfermedades que no desean recibir. Por lo tanto, se ubica el ultrasonido como un *turning point* en la trayectoria de atención.

Los matices entre las distintas formas de significar la maternidad permiten reflexionar de manera crítica acerca del orden social de género. Es posible observar cómo funcionan los juicios normativos, los símbolos en torno a la maternidad, las instituciones sociales que contribuyen a modelar este orden de género y también las formas en que el mismo es transgredido y/o transformado. Estos procesos sociales se pueden observar en este grupo de edad fehacientemente dado que se trata de mujeres que transgreden aquella norma tácita (o no tanto) que indica la existencia de un momento 'ideal' para embarazarse. Además, algunas de ellas transgreden o disputan el orden de género que señala ciertos roles para una mujer que ellas cuestionan al momento de desobedecer, o no, según sea el caso, tal como lo indican las prerrogativas.

De acuerdo con los resultados de esta investigación, es posible sostener que las mujeres que tuvieron a sus hijos después de los 35 años planearon su decisión, inclusive algunas de ellas se habían realizado con anterioridad interrupción de sus embarazos por considerar que no era el momento propicio para llevar a cabo ese

proyecto. También se encontraron dos casos particulares, en uno de ellos la mujer recurrió a métodos de fertilización asistida y en el otro la mujer decidió -junto a sus convivientes porque eran 4 padres- atender su parto en casa con una partera tradicional. Estos ejemplos sirven para mostrar que se trata de mujeres que deciden sobre su salud reproductiva, incluso cuando estas decisiones pueden ser juzgadas por otros actores sociales como el personal médico/a o incluso el propio entorno de las mujeres.

Es por ello que el recurso de las narrativas sobre la maternidad posibilita ahondar en los modos en los cuales estas mujeres interiorizan el orden de género, ya sea para reproducirlo tal cual o para cuestionarlo y luego transgredirlo. Como parte de este proceso se distinguieron tres elementos: el posicionamiento sobre la maternidad, es decir el lugar que ocupa en sus vidas, la incorporación de la dimensión política que motorizó el movimiento feminista, la información a partir de diversos recursos, como las redes sociales para definir el tipo de maternidad que querían ejercer, que les permite también reproducir o re-estructurar el orden social de género en el que se encuentran.

En esta línea, las narrativas hicieron observable la vigencia del mandato que implica la maternidad. Resulta muy difícil escapar del peso social que tiene, sobre todo en mujeres de más de 35 años. Porque en su caso la responsabilidad es mayor al implicar – esa gestación- una posibilidad de alto riesgo. Si bien siempre el peso de lo social es insoslayable en el caso particular de este grupo de mujeres se torna más evidente.

El logro de esta investigación y su relevancia radica en el aporte a la concepción del proceso de atención a la salud, incorporando una mirada que tiene en cuenta la experiencia de las mujeres de sectores medios. Porque a pesar de reconocer los privilegios que otorga la clase social -vinculado a la condición económica o al desarrollo profesional- es todavía sumamente significativa la carga de la maternidad en la vida de las mujeres. Ya sea mental, emocional como de trabajo extra vinculado puntualmente a las tareas de cuidado.

Esta investigación añade también el estudio de la salud en relación a la literatura sobre maternidad, a los espacios digitales con los que cuentan las mujeres en su

trayectoria de atención a la salud, en tanto éstos se erigen como fuentes de información y contención, elementos imprescindibles en ese itinerario. A su vez, la mirada crítica de las mujeres sobre su propio proceso resulta un elemento novedoso que involucra la capacidad de agencia. Y esa perspectiva crítica permite cuestionamientos a la mirada tradicional de maternidad, lo que se constituye en un aporte de este trabajo dado que expresa la contradicción de emociones que implica ese proceso; haciendo hincapié en emociones que no suelen ser aquellas que comúnmente se asocian a este evento. Referirse al agotamiento, a la cantidad de trabajo que recae mayormente sobre las mujeres, a las emociones contradictorias, entre otros elementos, ha sido un hallazgo de este trabajo. Las mujeres comienzan a visibilizar las complejidades que implica la maternidad y junto a ello a desmitificar las ideas que la ubican tradicionalmente como una emoción uniforme, asociada al amor incondicional, que siempre debe ser recibida con felicidad. De esta manera comienza cierta reconfiguración de los imaginarios sociales sobre maternidad, abriendo paso nuevas maneras de habitarla y experimentarla.

En este sentido, se observa también que la maternidad y su consiguiente proceso de atención pueden ser entendidos como objetos de consumo o mercancías. En otras palabras, se trata de fenómenos perfectamente adecuados a la sociedad de consumo que convierte estos eventos en objetos de compra y venta. De allí que exista enorme variedad de servicios y productos para cubrir la necesidad de consumo en este nivel para acompañar las distintas etapas de la trayectoria de embarazo y el parto. Lo que genera cierta *trivialización* en el embarazo y el parto. En otras palabras sería quitar relevancia a este evento que podría ser concebido como un fenómeno de relevancia social, en tanto genera el crecimiento de la población. Esta situación se traduce en que muchas mujeres no perciban a la salud como un derecho, sino -por el contrario- en una diversidad de productos para consumir. Es por ello que cabe recordar que “La salud no es un privilegio, no es una mercancía. Es un derecho humano fundamental” Etienne (2018)²⁵.

²⁵Extraído de:

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14759:health-is-a-right-of-the-people-and-a-responsibility-of-government-says-paho-director&Itemid=1926&lang=es

Otro elemento a destacar de esta investigación es la fuerza y la presencia del discurso médico en el sentido común y en redes sociales. Las mujeres tienen que lidiar no sólo con los comentarios que reciben por parte de los profesionales de la salud sobre su edad, sino que también reciben opiniones por parte de personas cercanas de su entorno que se involucran en emitir juicios y prejuicios incluso cuando no han sido consultados. Es como si existiera una licencia para hablar sobre la salud de una mujer embarazada que es otorgada a todas las personas que deseen hacerlo, incluso cuando no pertenecen al campo de la salud.

En resumen, la propuesta teórico-metodológica consistió en entretelar los hallazgos obtenidos a partir del análisis de tensiones y contradicciones del significado de la maternidad, así como de la reflexión sobre las prácticas, interacciones y convenciones que subyacen a las trayectorias de atención a la salud en este grupo específico de mujeres. Se mostró la relevancia que tiene poner el foco en estos aspectos, ya que resulta esencial para la reconstrucción de las trayectorias de salud de los sujetos y para el rastreo de los factores culturales y estructurales que inciden en el proceso estudiado.

Se ha mostrado a lo largo de los capítulos, que se trata de un proceso relacional, que involucra a distintos actores sociales: las mujeres, el/la médico/a, la pareja, la familia, la doula, la asesora de lactancia, el equipo de salud que interviene en la realización de los estudios, la institución laboral que otorga la licencia, la institución de salud que interviene en la legitimidad de ese proceso, y todos ellos generan las condiciones de posibilidad para el desarrollo del embarazo y el parto que se reconstruyen en estas trayectorias. En las narrativas de las mujeres surgen momentos que cruzan y moldean sus trayectorias de atención y que determinan la variación de sus experiencias y percepciones, por ejemplo, en relación a la forma de experimentar un diagnóstico de riesgo, porque lo perciben con miedo, angustia o incertidumbre. Dicha experiencia está mediada también por los discursos médicos que inciden en la forma en que se transita el itinerario de atención a la salud.

En esta tesis los alcances del esquema conceptual analítico utilizado y los hallazgos encontrados se circunscriben a un grupo de mujeres específico que, como ya fue señalado, es relativamente pequeño y homogéneo. Sin embargo, el esquema

conceptual analítico podría utilizarse realizando las adaptaciones pertinentes según el contexto y el grupo de estudio, para estudiar el proceso de experiencia de otros grupos de mujeres. Ninguna mujer cumple estrictamente con el modelo de maternidad tradicional que es un modelo ideal e inalcanzable: por más que una mujer intente cumplirlo, o visto desde afuera pareciera que lo cumple, siempre existen resistencias. La realidad social es compleja y el punto radica en analizar cuáles son los elementos en tensión para cada caso y cada contexto ya que, como se dijo previamente, las construcciones son diversas y lo que sea considerado tradicional y no tradicional varía de acuerdo al contexto y al grupo de estudio.

Por último, uno de los grandes puntos que se desprenden de este estudio es que las mujeres buscan construir, cada una a su manera, diversas formas de realizar el tránsito de atención a la salud aportando distintas posibilidades de movimiento y agencia y de esta modo contribuir a la construcción de formas más libres e integrales de acceso a la salud. Las preguntas que aparecen son: ¿Qué impacto pueden tener efectivamente estas críticas que ellas perciben sobre sus procesos de atención en las mujeres que vengan después? ¿Las próximas mujeres en los años subsiguientes deberán atravesar los mismos prejuicios dentro del proceso? Respecto a la mirada crítica de la maternidad, ¿Logrará su transformación en el ámbito cotidiano, familiar y también político público un efecto en la producción de nuevas subjetividades que permitan resistirse a los condicionamientos estructurales y socioculturales hegemónicos que existen actualmente en la sociedad mexicana? Se considera que la relación entre género, maternidad, salud y trayectorias de atención que incorporen las emociones, el cuidado y la empatía, es una de las líneas que se abre a partir de esta tesis.

Bibliografía

- Agoff, C., & Herrera, C. (2019). Entrevistas narrativas y grupos de discusión en el estudio de la violencia de pareja. *Estudios Sociológicos De El Colegio De México*, 37(110), 309–338.
- Ahmed, S. (2017) La política cultural de las emociones. Universidad Nacional Autónoma de México Programa Universitario de Estudios de Género. México, 2015
- Almaguer J. A., Vargas V, & García H. (2005) Interculturalidad en Salud (marco conceptual y operativo). Modelo para su implementación en los Servicios de Salud. *Campaña Nacional por la diversidad cultural de México*. México, DF: Secretaría de Salud, 20p.
- Almeida Filho, N. de, & Castiel, LD, & Ayres, J. R. (2009) Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3),323-344.[fecha de Consulta 8 de Marzo de 2022].
- Araya, S. (2002) *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. San José, Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)
- Arganis, E. (2003) Las enfermedades desde un enfoque antropológico: epidemiología sociocultural y síndromes de filiación cultural. *Servicios de Salud con calidad Intercultural en Pueblos Amerindios, YACHAY TINKUY*, 231p.
- Ariza, M. (2016) Introducción. Emociones, afectos y sociología : diálogos desde la investigación social y la interdisciplina / Primera edición. México : UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales.
- Ariza, M. (2000) Ya no soy la que dejé atrás. Mujeres migrantes en República Dominicana. Instituto de Investigaciones Sociales, Editorial Plaza y Valdés. México.
- Asakura, H. (2000) Hacia la transformación de la identidad: el significado de la maternidad en la identidad femenina. Un estudio de caso: mujeres profesionales en los sectores medios de la ciudad de México, México, Flacso México.
- Asakura, H. (2005) *Cambios y continuidades: el empoderamiento de las mujeres mixtecas en la sexualidad y la maternidad en el contexto migratorio transnacional*. Tesis para optar al grado de Doctora en Antropología. Ciudad de México, CIESAS
- Atkin, L.; Ehrenfeld, N. y Pick de Weiss, S. (1998). “Sexualidad y fecundidad adolescente”. En: Langer, A. y Tolbert, K. (eds.). *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. País: México.The Population Council – Edamex, 39-84.
- Ayres J. R. (1997) Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo:Hucitec;1997.
- Ayres J.R. (2005) Capitulo 2: “Para la interpretación del concepto de riesgo”, p:21-40. Acerca del riesgo, para comprender la epidemiología. Lugar editorial
- Ayres, J. R. (2002) Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(2), 67-82.

- Ayres, J. R. (2018) El cuidado. Los modos de ser (del) humano y las prácticas de salud. En Paiva, V. *et al. Prevención, Promoción y Cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos.* (pp. 111-140). Temperley, Argentina: Capriati, TesseoPress.
- Badinter, E. (1991) [1981] ¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX, España, Editorial Paidós.
- Baer, H. A., Singer, M., & Susser, I. (1997). Medical anthropology and the world system: A critical perspective. Westport, Conn: Bergin & Garvey.
- Balestena, J.; Pereda, Y. y Milán, J. (2015). “La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento”. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, vol. 19, Núm. 5: 789-802.
- Ballesté, M. (2003). Analizando la mortalidad materna en el Distrito Federal.
- Baranda, N.; Patiño, D.; Ramírez, M.; Rosales, J.; Martínez, M.; Prado, J. y Contreras, N. (2014). “Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica”, *Evid Med Invest Salud*, vol. 7, Núm. 3: 110-113.
- Barbalet, JM. (2001) “Emotion, Social Theory and Social Structure: A Macrosociological Approach”. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barbieri, de, T. Mujeres y vida cotidiana. México : SEP/FCE, 1984.
- Bardin, L. (2002). *El análisis de contenido*. Madrid: Ediciones Akal.
- Barreiro, A.M. (2004) La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. Vol. 73.
- Bautista Jimenez, E. (2017). “Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos en salud”, *Revista Salud Problema*, Año 11, Núm. 21: 28-53.
- Beets, G. (2010) “The demography of the age at first birth: The close relationship between having children and postponement”, En: Beets, G., Schippers, J. y Le Velde, E. (eds.), *The Future of Motherhood in Western Societies*. Nueva York: Springer, 61-90.
- Benadiba, L. y Plotinsky, D. (2005) De entrevistadores y relatos de vida. Introducción a la Historia Oral, Imago Mundi/Facultad de Filosofía y letras de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Berrio Palomo , L. (2013) Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la costa chica de guerrero, Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas. México: UAM. Unidad Iztapalapa.
- Bertaux, D. (1989) Los Relatos de vida en el análisis social. *Historia y Fuente Oral*, 1, 87–96.
- Bertaux, D. & Bertaux-Wiame, I., (1987) Heritage and its Lineage: A Case History of Transmission and Social Mobility over Five Generations. In D. Bertaux & P.

Thompson, eds. Pathways to social class: a qualitative approach to social mobility. Oxford: Oxford University Press.

- Bertolozzi (2012) Salud Colectiva: fundamentos conceptuales. Salud Areandina, Bogotá (Colombia). 1 (1): 24-36, julio-diciembre de 2012.
- Billari, F., Liefbroer, A. y Philipov, D. (2006), "The postponement of childbearing in Europe: Driving forces and implications", *Vienna Yearbook of Population Research.*, vol. 4: 1-17.
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. Revista Latinoamericana de Población, 5(8),5-31.
- Blázquez Rodríguez, M. y Montes Muñoz, M^a J. (2010) *Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres*. Ankulegi 14, 2010, 81-92. ISSN: 1138-347
- Bodoque, Y. Montes, Ma J. (2003). "El cuerpo del embarazo: poder, discursos y representaciones". *IX Congreso de Antropología FAAEE. Simposio 6: Cultura, poder y salud*. Soporte CD.
- Bongaarts, J. y Sobotka, T. (2012). "A demographic explanation for the recent rise in European fertility", *Population & Development Review*, vol. 38, No 1, 83-120.
- Bourdieu, P, Chamboredon J-C y Passeron J-C. (2002), *El Oficio del Sociólogo*, México, Ed. Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (1980). Le capital social. Notes provisoires. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 31, pp. 2-3.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Braun, A. Vincent, C.y Ball, S. (2008). 'I'm so much more myself now, coming back to work' – working class mothers, paid work and childcare, *Journal of Education Policy*, Vol. 23, No. 5, pp. 533-548.
- Bringas, Á, Espinosa, S., Islas, S., Ezcurdia, C., & Torres, E. (2004). Nuevas maternidades o la desconstrucción de la maternidad en México. *Debate Feminista*, 30, 55-86.
- Brofman, M., López, S., & Magis C. (2003). Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Pública México*, Vol. 45, 445-454.
- Buquet, A.; Cooper, J.; Mingo, A. y Moreno H.(2013). *Intrusas en la universidad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación.
- Butler, J. (2005). *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*. París, Francia: La Découverte.
- Caballero, M. (2004). *Abuelas, madres, nietas: trayectorias y transiciones en el ciclo de vida de las mujeres y la familia*. Tesis de doctorado, El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos.

- Canguilhem, G. (2011) [1966]. Lo normal y lo patológico. Ciudad de México, México: Siglo XXI Editores.
- Capdevielle, J. (2014) Capital social: debates y reflexiones en torno a un concepto polémico. *Revista de Sociología e Política* [online], v. 22, n. 51 [Accedido 9 Marzo 2022] , pp. 3-14.
- Cárdenas R (2000) La práctica de la cesárea en las áreas urbanas de México, pp. 301-28. In C Stern & Echarri C (comps.). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. El Colegio de México, México.
- Chávez M. Sánchez G., Romero, E., Torres, J., González, I. (2010) “Propuesta metodológica para el estudio de muerte materna desde la perspectiva antropológica y social”. *Revista perinatología y reproducción humana*. Enero-Marzo, Vol. 24, Núm. 1:67-75.
- Casini, S. & Lucero Sáinz, G. A., & Hertz, M. & Andina, E. (2002). Guía de control prenatal. Embarazo normal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 21(2),51-62.
- Castrillo, B. (2015). Desafíos metodológicos de investigar la intervención médica en el parto. IV Jornadas Internas del CIMECS, 30 de abril de 2015, La Plata, Argentina. En: Reflexiones metodológicas situadas en torno de los procesos de investigación. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IdIHCS-UNLP-CONICET). Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales.
- Castrillo, B. (2019). Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos. Experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de La Plata (2013-2019). Tesis de posgrado para optar al grado de Doctora en Ciencias Sociales presentada en Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- Castro R. & Bronfman M. (1999) Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud, pp. 49-64. In M Bronfman & R Castro (coords.). *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. Edamex, México.
- Castro, R. y Erviti, J. (2014). “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, *Revista CONAMED*, vol. 19, Núm. 1: 37-42.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Castro, R. (2013). De cómo la sociología construye sus objetos: El carácter problemático de los “determinantes” sociales de la salud-enfermedad. *Ideas*, 4(1), 15-40.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Rev. Mex. Sociol*, 76(2), 167-197.

- Castro, R. (2016). De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: Apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. *Salud Colectiva*, 12(1), 71-83.
- Castro, R., y Erviti, J. (2002). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En B. Rico, M.P. López, y G. Espinoza (coords.). *Hacia una política de salud con enfoque de género*. México: SSA-UNIFEM.
- Censos de Población y Vivienda, INEGI, consultado el 17 de mayo de 2021
- Cervantes Carson, Alejan (1998). "De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México", *Ética y salud reproductiva*, México, PUEG, Programa Universitario de Investigación en Salud UNAM, Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Chamberlain, G., Wraight, A. y Crowley, P. (1994): *Home Births. The report of the 1994 Confidential Enquiry by the National Birthday Trust Fund*, Nashville, Parthenon Publishing.
- Clandinin, D.J. (2007) *Handbook of Narrative Inquiry. Mapping a Methodology*. Sage Publications.
- Collins, Randall. 1975. *Conflict Sociology: Toward an Explanatory Science*. Nueva York: Academic Press.
- Conde, A. (2001). Embarazo de alto riesgo. *Carta de la Salud Fundación Clínica Valle del Lili*, Vol. 61, 1-4.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annu. Rev. Sociol.*, Vol. 18, 209-232.
- Contreras Tinoco, K. A. & Castañeda Rentería, L. I. (2018). Espacio y cuerpo embarazado: aproximaciones a las prácticas, dispositivos y tecnologías de cuidado de sí en mujeres embarazadas. Cuicuilco. *Revista de ciencias antropológicas*, 25(72), 31-50. Recuperado en 04 de marzo de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-84882018000200031&lng=es&tlng=es.
- Cordeiro, H. y Zavaleta, H. (1976) "Análisis de la práctica médica actual en América Latina", *Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 13, Costa Rica.
- Cortés, F. (2000), —Algunos aspectos de la controversia entre investigación cualitativa y cuantitativa, *Argumentos: Estudios críticos de la sociedad*, núm. 26, agosto, pp. 81-108.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.
- Crozier, G. (2010). Careworkers in the global market: appraising applications of feminist care ethics, *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, Vol. 3, No. 1:113-137.

- Dávila, O.; Ghiardo F. y Medrano, C. (2005), Los desheredados. Trayectorias de vida y nuevas condiciones juveniles, Valparaíso, Chile: Cidpa.
- De Beauvoir, S. (2015). El segundo sexo, Debolsillo, México.
- Denzin (1989) Interpretative Biography, Sage Publications, Qualitative Research Methods, Vol. 17.
- Dey, I. (1998), Qualitative Data Analysis. A user-Friendly Guide for Social Scientists, New York, Routledge.
- Díaz Gorfinkiel, M. (2011). Migrant domestic work and changes in the ideas of childcare, *Journal of Comparative Family Studies*, Vol. 42, No. 5, Septiembre-October, 739-749.
- Díaz Herrera, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista *Universum*. *Revista General de Información y Documentación*, 28(1), 119-142.
- Díaz-Cruz, R. (2012) La huella del cuerpo. Tecnociencia, máquinas y el cuerpo fragmentado, en *Los archivos del cuerpo ¿cómo estudiar el cuerpo?*, R. Parrini (coord.). Universidad Autónoma de México. México: 51-72.
- Donnangelo, C., (1994) [1975] *Medicina e sociedade*, Sao Paulo, Pioneira.
- Echarri, C. (2004), "Estratificación socioeconómica y salud materno infantil en México". *Papeles de población*, enero-marzo, Núm. 039: 95-128, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México,.
- Elder G. (1999) The life course as developmental theory. *Child Dev.* 69:1-12.
- Elder, G. (1985) Perspectives on the life course, en Glen, Elder (ed.), *Life course-dynamics, trajectories and transitions*. Cornell University Press, pp.23-49.
- Elder, G. (1991) "Lives and social change". En: Walter Heinz (ed.) *Theoretical advances in life course*. Wheinheim: Deutscher Studies Verlag, 58-86.
- Elú M. (1993). La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala. *Fondo de Cultura Económica S. A. de C. V., México*, 197.
- Escobedo, E., et al. (1995). "Embarazo en adolescentes: Seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 5, núm. 7:14-19.
- Espinosa Cortés, L M, Mora Rios, Jazmín y Salas Valenzuela, Monserrat (2013) Saberes y trayectorias de atención a la salud de poblaciones vulneradas en México: un abordaje interdisciplinario. *Saúde e Sociedade [online]*, v. 22, n. 2 [Accedido 9 Marzo 2022] , 590-602.
- Esteban ML (1994). La salud de las mujeres. *Relecturas y revisiones necesarias*. *Salud 2000*; VIII: 45:5-8.
- Esteban ML. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico feminista. *Salud Colectiva*, Vol. 2(1), 9-20.

- Esteban, ML (2000) “La maternidad como cultura”, in E. PERDIGUERO; J. M. COMELLES (comps.) Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina, Barcelona, Bellaterra, 207-226.
- Esteban, ML (1999). A favor de las malas madres, *Hika*, Vol. 98, pp 28-30.
- Fainsod, P. (2006) Embarazo y maternidad adolescente en la escuela media. Una discusión sobre las miradas deterministas de las trayectorias escolares de adolescentes embarazadas y madres en contextos de pobreza. Argentina: Miño y Dávila Editores.
- Fernandes, B. (2005) “Movimientos socioterritoriales y movimientos socioespaciales”. OSAL N°16, Buenos Aires.
- Fernandez Pujana, I. (2014). Feminismo y maternidad: ¿Una relación incómoda? Conciencia y estrategias emocionales de mujeres feministas en sus experiencias de maternidad, Vitoria-Gasteiz, Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer.Ferrarotti,
- Ferrarotti, F. (1991), La historia y lo cotidiano. Barcelona, Península.
- Figueroa, J. G.; Aguilar, Blanca Margarita e Hita, G. (1994). Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos por medio de un enfoque de conflictos, en Estudios sociológicos de El Colegio de México, México, Vol. 12, No. 34.
- Fothergill, A. (2013). Managing childcare: the experience of mothers and childcare workers, *Sociological Inquiry*, Vol. 83, No. 3, pp. 421–447.
- Foucault M. (1987) El orden del discurso, Tusquets, Barcelona.
- Foucault, M. (2013). La verdad y las formas jurídicas. Gedisa. (Argentina).
- Foucault, M. (2003) [1975] Vigilar y castigar. Siglo xxi Editores. México.
- Fraisse, G. (2003). Los dos gobiernos: la familia y la ciudad, Madrid, Institutode la Mujer, Universitat de València, Cátedra.
- Franco (1988) —Biografía y ciencias socialesII, en Joutard, P. et al. Historia oral e historia de vida. Cuadernos de Ciencias Sociales número 18, Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO.
- Freidson, E. (1970). La profesión médica, Barcelona: Península.
- Freyermuth, M.y Contreras M. (2014). “Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. Realidad, datos y espacio”, *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, vol. 5, Núm. 3: 34-43.
- Fuentes, A., Sequeira, K., Tapia, A. (2021). Efectos demográficos, clínicos y biológicos de la postergación de la maternidad. *Revista Médica Clínica Condes*. Vol, 32 (2):146-160.
- García-Puga, J. Figueroa-Ibarra, C. ; Quintana-Zavala, M. O., Padilla-Langure, M.; Salazar-Ruibal, R. E., Tinajero-González, R. M.(2016) Trayectorias de atención de mujeres con preeclampsia en Hermosillo Sonora ISSN 1665-1456, Vol. 18, N°. Extra 1

- García, B. y De Oliveira, O. (1994). Trabajo femenino y vida familiar en México, México, El Colegio de México.
- García, B. y Oliveira, Orlandina de (1994), *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, D.F, El Colegio de México.
- García, J.C. , "Crecimiento y transformación de la medicina estatal", Revista Latinoamericana de Salud, vol. 1 y 2, México, Nueva Imagen, 1981-1982.
- Gavensky, R. (1968) Parto sin temor y sin dolor. El Ateneo, Buenos Aires, Argentina.
- Gerhards, J. (1986). "Georg Simmel's contribution to a Theory of Emotions". Social Science Information, vol. 25, n.o 4, p.901-924.
- Glickman, Rose (1995). Daughters of feminist: Young women with feminist mothers talk about their lives, New York, St. Martin's Press.
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, Victor M., Knaul, F. M., Arreola, H., Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. Salud Pública de México, 53(2), S220-S232.
- González, H. (2000) Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente. *Frontera Norte*, Vol. 12, Núm. 23:65-85.
- González, J. (1998), Características demográficas y socioeconómicas del embarazo adolescente en México, Tesis de maestría del Colegio de la Frontera Norte, México.
- Gordon, T. (1990). Feminist Mothers, New York, New York University Press.
- Guber, R. (2015). La etnografía método, campo y reflexividad. Editorial Norma.
- Guber, R. (2004) El salvaje metropolitano reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. 1a ed. Buenos Aires: Paidós.
- Gutiérrez, A. (2005). Acerca de la noción de capital social como herramienta de análisis. Reflexiones teóricas en torno a un caso empírico. Revista Perspectivas, 2(2), 7- 26.
- Gutiérrez Martínez, A. P. (2015). Identidades trans femeninas. Sociabilidades, internet, narrativas y tránsitos de género en la Ciudad de México, tesis de doctorado en ciencia social con especialidad en sociología, Centro de Estudios Sociológicos-El Colegio de México, México
- Gutiérrez Martínez, A. P. (2020). "¿Y tú das pecho o biberón? Narrativas, identidad de género y lactancia materna" Revista Desacatos 63 mayo-agosto, pp. 104-121
- Guzmán, R. G. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Medicina Social*, 4(2): 135-143.
- Haraway, D. (1990). "A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and SocialistFeminism in the Late Twentieth Century" in Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature (New York; Routledge,), 149-181.
- Hareven, T. y Kanji M. (1988). Turning Points and Transitions: perceptions of the Life Course, en Journal of Family History. Vol. 13, núm. 1, marzo, pp.271-289.

- Hautecoeur M, Zunzunegui M, & Vissandjee B. (2007). Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Pública de México, Vol. 49(2)*, 86-93.
- Heinz, W. y Marshall V. (eds.) (2003). *Social Dynamics of the Life Course. Transitions, institutions and interrelations*. New York. Aldine de Gruyter.
- Hernández Corrachano, E. (2016). “La maternidad después de... Estudio etnográfico de la maternidad primípara “tardía” en España”, *Revista Antropología Iberoamericana*, vol.11, Núm.1:79-103.
- Herrera, C., & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública De México*, 44(6), 554-564.
- Herzlich, C. y Pierret, J. (1988). De ayer a hoy: la construcción social del enfermo. *Cuadernos Médicos Sociales*, 43, 21-29.
- Heyman, J. (2012), —Constructing and using typologies: unequal geography mobility in the México-US. Border Landsll, en Marina Ariza y Laura Velasco (coords.) *Métodos Cualitativos y Migración Internacional*, UNAM (en prensa).
- Hochschild, A. R. (1975) “The Sociology of Feeling and Emotion: Selected Possibilities”. En *Another Voice: Feminist Perspectives on Social Life and Social Science*, compilado por M. Millman, y Rosabeth M. Kanter, 280-307. Nueva York: Doubleday.
- Hochschild, A. R. (2011). “Amor y oro”, La mercantilización de la vida íntima. *Apuntes de la casa y el trabajo*, España, Katz Editores.
- Hondagneu-Sotelo, P. y Ávila, E. (1997) “‘I’m Here, but I’m There.’ The Meanings of Latina Transnational Motherhood”. *Gender & Society* 11, núm. 5 (Octubre): 548-571. SAGE Publications, Inc.
- Infante C. (1990). Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Pública de México, Vol. 32(4)* 419- 429.
- Imaz, E. (2010). *Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas*, Leioa, Universidad del País Vasco.
- Irigaray, L. (1985) *El cuerpo a cuerpo con la madre. El otro género de la naturaleza, otro modo de sentir*. Barcelona: Lasal.
- Jelin, E. (1984). *Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada*. Buenos Aires: Estudios CEDES. Documentos de trabajo.
- Jerez, C. (2014). Partos empoderados: clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.
- Juárez F et al. (2010) *Barreras para la Maternidad Segura en México*, Nueva York: Guttmacher Institute, 6-36.

- Kemper, T. D. (1978) *A Social Interactional Theory of Emotions*. Nueva York: John Wiley & Sons Inc.
- King, G., Keohane, R. y Sidney V. (2000), *El diseño de la investigación social: La inferencia científica en los estudios cualitativos*, Madrid, Alianza Universidad.
- Kleinman A., Benson P. (2004), "La vida moral de los que sufren de la enfermedad y el fracaso existencial de la medicina", *Monografías Humanitas*, núm. 2, pp. 17–26.
- Knaul, F. y Parker, S. (1996). *Cuidado infantil y empleo femenino en México: evidencia descriptiva y consideraciones sobre las políticas*, *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 11, No. 3, pp. 577-607.
- Lamas M. (2002). *La antropología feminista y la categoría de género. *Cuerpo Diferencia Sexual y Género*. Editorial Taurus.*
- Lamas, M. (1986). *La antropología feminista y la categoría "género"*. *Nueva Antropología*, VIII(30), 173-198.
- Lamas, M. (1992). *El feminismo mexicano y la lucha por legalizar el aborto*, *Política y cultura*, No .1, pp. 9-22.
- Lamas, M. (2007). *El género es cultura [ponencia]*. *Cooperación y diálogo intercultural*. V Campus Euroamericano de Cooperación Cultural, Almada, Portugal. Recuperado de
- Lamas, M. (2009). *La despenalización del aborto en México*, *Nueva sociedad*, Vol. 220, pp. 154-172.
- Laurell A.C. (1978) *Cuadernos Políticos*, número 17, México, D.F., editorial Era, julio-septiembre de 1978, pp.59-79. Asa Cristina Laurell *Proceso de trabajo y salud*.
- Laurell AC. (1994) *Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad*. En: *Lo biológico y lo social*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101. Washington D.C.: OPS-OMS,234-256.
- Laurell, A.C. (1982). *La salud y la enfermedad como proceso social*. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2, 7-25.
- Lazcano-Ponce, Eduardo, & Schiavon, Raffaella, & Uribe-Zúñiga, Patricia, & Walker, Dilys, & Suárez-López, Leticia, & Luna-Gordillo, Rufino, & Ulloa-Aguirre, Alfredo (2013). *Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna*. *Salud Pública de México*, 55(2),S214-S224.[fecha de Consulta 4 de Marzo de 2022]. ISSN: 0036-3634. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331019>
- Le Breton, D. (1995). *Anthropologie du Corps et Modernité*. París, Francia: PUF.
- Le Breton, D.(2012) *Personalizar el cuerpo*, en *Los archivos del cuerpo ¿Cómo estudiar el cuerpo?*, Rodrigo Parrini (coord.). Unam-pueg. México: 37-50.
- Le Breton D. (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Lerussi, R. (2008). Trabajo doméstico y migraciones de mujeres en Latinoamérica. El caso de las nicaraguenses en Costa Rica. Punteo para un enfoque de reflexión y acción feministas, Anuario de Estudios Centroamericanos, Vol. 33/34, pp. 183-203.
- Lira, P.; Delgado, G.; Aguayo, G.; Conesoto, I.; Zambrano, C.; Ibarguengoitia, O. et al. (1997). "Edad materna avanzada: ¿Qué tanto es tanto?", *Ginecol Obstet Mex*, vol. 65, Núm. 9: 373-378.
- Llanes-Díaz, N. (2012). "Acercamientos teóricos a la maternidad adolescente como experiencia subjetiva", *Revista Sociológica*, Núm. 77: 235-266.
- López Arellano, O. (2013) Determinación social de la salud: desafíos y agendas posibles. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 49, p. 150-156, outubro.
- López O, Blanco J, Garduño MA, Granados JA, Jarillo E, López S, et al. (2008). Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia. *Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud. Universidad Autónoma Metropolitana ALAMES, México.*
- López-Coterilla, Borjón I. (2005). "Derechos humanos y la perspectiva de género sobre el aborto en México (1975 a 1994)", *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, México, El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
- Magnone Alemán, N.(2010) "Derechos y poderes en el parto : una mirada desde la perspectiva de Humanización". Tesis de maestría. Universidad de la Republica (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología.
- Mallimaci F. y Giménez Beliveau, V. (2006) Cap. 5, Historia de vida y métodos biográficos. en *Estrategias de investigación cualitativa*. Vasilachis de Gialdino (coord.) Gedisa.
- Manzanal, M. et al. (2011). "Poder y conflicto en territorios del norte argentino. Estudios Socioterritoriales", *Revista de Geografía*, Núm. 9: 57-81.
- Martínez, A. (2004) La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas, en *Papers. Revista de Sociología* (73): 127-152.
- Mc Kinney (1954) *Constructive Typology and Social Research*ll, en John T. Doby (ed.) *An Introduction to Social Research*, Harrisburg, Penn. The Stackpole Company, pp. 139-198.
- MCQuillan, Julia, Greil, Arthur, Shreffler, Karina y Tichenor, Veronica (2007). The importance of motherhood among women in the contemporary United States, *Gender & Society*, Vol. 22 No. 4, pp. 477-496.
- Méndez L, Mozo C. (1999) *Cuerpos, géneros y sexualidades: encrucijadas teóricas y políticas*. En: Díaz Mintegui C, Esteban Galarza ML (coords.). *Antropología del género*. 2. VIII Congreso de Antropología. Santiago de Compostela. Asociación Galega de Antropología.

- Mendoza G. (2005) Determinación de los factores de riesgo más importantes en pacientes de alto riesgo, Hospital de la mujer de la ciudad de la Paz. *Médica - Órgano Oficial del Colegio Médico de La Paz*, Vol. 11(2), 41-46.
- Mendoza G. (2010) La muerte materna en México, Expectativas de solución más allá de los servicios de salud, elementos de comprensión teórica e interpretativa para un abordaje cualitativo necesario. *La Medicina Social en México I. Experiencia, subjetividad y salud*. Florencia Peña Saint Martín y Beatriz León Parra (Coord.) ALAMES-México, ENHA, Programa del mejoramiento del Profesorado de la Secretaría de Educación Pública y la Universidad Autónoma de Tamaulipas, 177-189.
- Menéndez, E. (1994) Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7),71-83.[fecha de Consulta 3 de Marzo de 2022]. ISSN: 0188-7017. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>
- Menéndez, E. L. (1981) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria [ponencia]. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, E. L. (1990) Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. Ciudad de México, México: Alianza.
- Menéndez, E. L. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência yamp; Saúde Coletiva*, 8 (1), 185-207.
- Menéndez, E. L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14(),33-69.[fecha de Consulta 17 de Marzo de 2022]. ISSN: 1131-558X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801402>
- Menéndez, E. L. (2011). Las idas y vueltas del conocimiento: el caso de los determinantes sociales de la salud. *Global Health Promotion*, 18(4), 49–58.
- Menkes, C. y Suárez, L. (2003). “Sexualidad y embarazo adolescente en México”, *Papeles de población*, vol. 9, Núm. 35: 233-262.
- Menkes, C., Suárez, L. y Nuñez, L. (2002). “Embarazo y fecundidad adolescente en México”. En: Lozano, F. (coord.) *El amanecer del siglo y la población de México*. MoreLos: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Mutidisciplinarias, Sociedad Mexicana de Demografía:109-129.
- Mercadillo Caballero, R.E.; Díaz J. L.; Pasaye E. H.; y F. A. Barrios. (2007) “Perception of Suffering and Compassion Experience: Brain Gender Disparities”. *Brain and Cognition* 76, núm 1: 5-14.
- Mercer, H. (1984) Hospitales y práctica médica en la ciudad de México *Estudios Sociológicos VOL. Vol. II*, núm. 5, mayo-diciembre, Colegio de México, México.
- Michalewicz, A., Pierri, C., y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, XXI, 217-224.

- Miranda, G. (2015) Lectura Sociocultural del Riesgo durante el embarazo: La experiencia de dos grupos de mujeres en México. Tesis Maestría. UAM-Xochimilco. México.
- Montes-Muñoz, M^a & Martorell-Poveda, Maria-Antonia & Jiménez-Herrera, M^a & Verdura-Anglada, T. & Burjalés-Martí, D. (2009). Representaciones del cuerpo en el embarazo. Experiencias de las mujeres. *Matronas Profesión*. 10. 5-10.
- Mora, M. y Oliveira, O. (2009) “Jóvenes en el inicio de la vida adulta: trayectorias, transiciones y subjetividades”, *Estudios Sociológicos*, vol. XXVII, Núm. 79: 267-289.
- Muñoz-Enciso JM, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, et al. (2011) Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada?. *Ginecol Obstet Mex.*;79(02):67-74.
- Muñoz Rondón, C. y Garduño Andrade, M.A. (2018) Complejo político-académico/médico-corporativo en la implementación de la política de vacunación contra el VPH en Colombia. Capítulo 3. pp:77-103. *Salud Colectiva en México*, UAM Xochimilco.
- Muraro, L. (1994). *El orden simbólico de la madre*. Madrid: horas y horas.
- Nathan, M (2015). “La creciente heterogeneidad en la edad al primer hijo en el Uruguay: un análisis de las cohortes de 1951 a 1990”, *Notas de Población*, Núm. 100: 35-59.
- Ní Bhrolcháin, M. y Beaujouan, E. (2012). “Fertility postponement is largely due to rising educational enrolment”, *Population Studies*, vol. 66, Núm. 3: 311-327.
- Nichiata I, Bertolozzi M, Takahaski R, & Fracolli L. (2008) La utilización del concepto de vulnerabilidad por enfermería. *Rev. Latinoam Enfermagem*. Brasil, Vol. 16(5),1-7.
- Nindi SJ, Mhando DG, Kayombo AJ. (2011) The role of quality obstetric care services on reducing maternal mortality in rural areas of Tanzania. *East Afr J Public Health*;8(4):286-293.
- Norma Oficial Mexicana Núm-007SSA2-1993. (1995) Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. *Diario Oficial de la Federación*.
- O’Reilly, A. (2006). *Rocking the cradle. Thoughts on feminism, motherhood and the possibility of empowered mothering*, Canada, Demeter Press.
- O’Reilly, A. (2008). *Feminist mothering*, New York, State University of New York Press.
- Obregón-Yañez, L. (2007). “Primigestas de edad avanzada”, *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, vol. 67, Núm. 3: 152-166.
- Oliveira, O. y Gómez, L. (1989) "Subordinación y resistencias femeninas: notas de lectura", en O. de Oliveira (coord.). *Trabajo, poder y sexualidad*, México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, 33-50.

- Osorio Carranza, R. (2017) El significado del diagnóstico en la trayectoria del enfermo reumático: De la incertidumbre a la disrupción biográfica. *Salud Colectiva*, 13(2), 211.
- Osorio Carranza, R. (2001) *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. Ciudad de México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Instituto Nacional Indigenista, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Parella Rubio, S. (2012). Familia transnacional y redefinición de los roles de género. El caso de la migración boliviana en España, *Papers*, Vol. 97, No. 3, pp. 661-684.
- Palma, Y. (2004) "Políticas de población y planificación familiar". DEMOS, México Universidad Nacional Autónoma de México.
- Palma, Y. (1994). "De la planificación familiar a la salud reproductiva: retos y obstáculos", *Papeles de población*, Núm. 005: 68-72.
- Patton, M. (2002) *Qualitative research and evaluation methods*, p. 452-471. London, Sage.
- Paz, A. y Ramirez, C. (2019) Riesgo(s) en disputa: el poder de definir el futuro deseable en Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización. Pp: 89-100 - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Tinta Limón.
- Peláez Gonzáles, C. (2017) Las emociones están íntimamente relacionadas con las normas sociales, nota periodística disponible en: <https://www.aulamexiquense.com/las-emociones-estan-intimamente-relacionadas-con-las-normas-sociales/>
- Peláez Gonzáles, C. (2017) *Vivir entre mar y tierra: cambio social y continuidad del oficio de la pesca industrial del camarón en Sinaloa*. Tesis Doctorado. Colegio de México.
- Peña-Ayudante, W. R., Palacios, J. J., Oscuivilca, E. C., Peña, A. (2011). *El primer embarazo en mujeres mayores de 35 años de edad*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [en línea] , 57.
- Prado, A. (2016). "Mujer y salud. Miradas en torno al nacimiento. Clivajes", *Revista de Ciencias Sociales*, Núm. 6: 79-91.
- Portes (1999). *Immigration and Theory for a New Century: Some Problems and Opportunities*, *The Handbook of International Immigration: the American Experience*, pp.21-33.
- Pujadas, J. (1992). El método biográfico, el uso de las historias de vida en las ciencias sociales, Madrid: Cuadernos Metodológicos, número 5, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Read, G. D. (1968). [1945] *Childbirth without fear*, 4th ed. Harper and Row, New York 1972; *Revelation of childbirth*, William Heinemann Medical Books.
- Rich, A., 1976, *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*, W.W. Norton & Company, Nueva York y Londres (en español: *Nacida de mujer*, Noguer).

- Rodrigañez, C. (2009). Parto orgásmico: testimonio de mujer y explicación fisiológica.
- Romero, G.; Bibesca, L.; Ramos, P. y Bravo, A. (1997). "Morbilidad y mortalidad en embarazos de edad avanzada", *Ginecol Obstet Mex*, vol. 67, Núm. 6: 37-38.
- Rose, G. (1985) Individuos enfermos y poblaciones enfermas. OPS. Boletín Epidemiológico;6(3), 1-8.
- Rubin, G. (1986) *El tráfico de mujeres: notas sobre una economía política del sexo*. Vol. 2. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer.
- Ruddick, S. (1989) *Maternal Thinking*, Boston: Beacon Press.
- Sabido Ramos, O. (2010) Una reflexión teórica sobre el cuerpo. A propósito de una contingencia sanitaria. *Estudios sociológicos XXVIII*:84. México.
- Sabido Ramos, O. (2013) Los retos del cuerpo en la investigación sociológica. Una reflexión teórico-metodológica. En M.A. Aguilar y P. Soto (Eds.), *Cuerpos, espacios y emociones. Aproximaciones desde las ciencias sociales* (pp. 19–54). México: Miguel Ángel Porrúa, UAM-Iztapalapa.
- Sabido Ramos, O. (2016). *Cuerpo y sentidos: el análisis sociológico de la percepción*. *Debate Feminista*, 51.
- Sadler, M. (2004). "Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario". En: Sadler, M.; Acuña, M. y Obach, F. *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Santiago de Chile: Catalonia: 15-66.
- Saletti Cuesta, Lorena (2008) Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad, CLEPSYDRA, enero, pp. 169-183.
- Salles, V. y Tuirán, R. (1997). Dentro del laberinto. Salud reproductiva y sociedadII, en *Estudios Demográficos y Urbanos*. Volumen 12, números 1 y 2, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, pp.11- 68.
- Sampedro, R. et al (2002). "Maternidad tardía: Incidencia, perfiles y discursos". *Empiria. Revista Metodología de Ciencias Sociales*, Nro. 5:11-36.
- Sánchez Bringas, Á. (2003). *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*, México, UNAM-UAM- X.
- Sánchez Bringas, Ángeles (2005). "Prácticas reproductivas en el Distrito Federal a finales del siglo xx", *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, México, El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
- Sánchez, M. (2016). "Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad", *Opción*, vol. 32, Núm. 13:921-953.
- Sánchez-Bringas, A. (2009). Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad. *Revista Perinatología Reproducida Humana*, vol.23, Núm. 4: 237-246.

- Sancho, J., Baixauli, C., Minguez, J. García, N. Plana, A. (2002). “El concepto de primípara a añosa” *Revista Progresos Obstetricia y Ginecología*, vol. 45, Núm. 9:384-90.
- Santa María, J. et al (2019) “Desenlaces maternos y neonatales relacionados con edad materna avanzada” *Ginecología y Obstetricia México*, vol. 88, Núm. 2: 80-91.
- Sarrible, G. (1995). “Maternidad e infecundidad: Más madres, menos hijos”, *Revista Internacional de Sociología*, Núm. 11: 115-137.
- Sau, V., (1991). “La ética de la maternidad”. En: Luna (comp). *Mujeres y sociedad*. Universitat de Barcelona, Barcelona: 177-182.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., y Elbert, R. (2005). *Manual de metodología*. Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-CLACSO.
- Scheper-Hughes, N. (1997). *Death Without Weeping: the Violence of Everyday Life in Brazil*, University of California Press, Berkeley.
- Schraiber, B. L., y D’Oliveira, A. F. P. L. (2014). La perspectiva de género y los profesionales de la salud: Apuntes desde la salud colectiva brasileña. *Salud Colectiva*, 10(3), 301.
- Schwarz, P., (2010). Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica con mujeres de clase media de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana* 2010, (Diciembre).
- Scott, J. (1996) El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas Marta Compiladora. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, México. 265-302p.
- Scott, J., (2008). *Género e historia*, Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Sesia, P. y Freyermuth, G (2009). La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. *Mujeres y hombres en el siglo XXI*. Ciudad de México Comité Promotor por una maternidad sin riesgos en México. CIESAS.
- Shaw D, Cook RJ. (2012) Applying human rights to improve access to reproductive health services. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* S55–S59.
- Snitow, A. (1992). “Feminism and Motherhood: An American Reading”, en *Feminist Review*, núm. 40: 32-51.
- Sobotka, (2004). *Postponement of Childbearing and Low Fertility in Europe*, Amsterdam, Dutch University Press, 1-100.
- Sobotka, T. (2010). “Shifting parenthood to advanced reproductive ages: Trends, causes and consequences”. En: Tremmel, J. (ed). *Young Generation Under Pressure? Berlin-Heidelberg*. Germany: Springer-Verlag, 129-154.
- Sola, B. (2015, agosto, 12). Embarazo Adolescente riesgo para mamá y bebé, *Notimex Crónica México*.

- Spinelli, H., Urquía, M., Bargalló, M., y Alazraqui, M (2002). *Equidad en salud: teoría y praxis*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Serie Seminarios salud y política pública. CEDES.
- Stern, C. (1997). "El embarazo en la adolescencia como problema público. Una visión crítica", *Salud Pública de México*, vol. 39, Núm. 2: 137-143.
- Stern, C. (2004). "Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México", *Papeles de población*, vol. 10, Núm. 39: 129-158.
- Stern, C. (2007). "Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México", *Estudios Sociológicos*, vol. XXV, Núm. 73: 105-129.
- Stern, C. (2013) Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso. Notas de investigación, Colegio de México. México
- Stern, C. y Menkes, C., (2008). "Embarazo adolescente y estratificación social", en Susana Lerner e Ivonne Szasz (coords.) *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, tomo I. El Colegio de México, 347-396.
- Stolcke, V. (2003). La mujer es puro cuento: La cultura de género. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 19, 69-95.
- Strauss, A., y Corbin, J. (1990). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Surkyn, J. y R. Lesthaeghe (2004). "Value orientations and the second demographic transition (SDT) in Northern, Western and Southern Europe: An update", *Demographic Research*, Special Collection Núm:3.
- Sy, A. (2017) "Desafectivas, eróticas y agresivas" cuerpo y género en la construcción de la locura durante el siglo XX. A propósito del "Asilo de Alienadas de Lomas" en la provincia de Buenos Aires, Argentina., in: Nunes de Torrenté, M., Pires Marques, T. (Eds.), en prensa. EDUFBA, Bahia, Brasil.
- Sy, A., Gutierrez, M., Naszweski, M., Barrio, A., (2016). Signos, síntomas y estereotipos. Entre la locura y la normalidad de las mujeres en el siglo XX, in: IV Encuentro Internacional de Investigación de Género: Cultura, Sociedad y Política En Perspectiva de Género". Mesa Temática: Investigaciones En Género y Salud. Universidad Nacional de Luján.
- Szasz, I y Pacheco, E. (1995). "Mercados de trabajo en América Latina" en *Perfiles Latinoamericanos*, No. 6, México: FLACSO.
- Szasz, I, (1998). "Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México", en I. Szasz y S. Lerner (comps.), *Sexualidad en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, México.

- Szasz, I. (1996). Sexualidad, embarazo, maternidad y anticoncepción en mujeres de un contexto rural en el Centro de México, *Sexualidad y reproducción humana en México*, Vol. 2: 149.
- Tajer, D., Gaba, M. & Reid, G. (2011). Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres. Informe Final de Investigación Dentro del proyecto PNUD y Consejo Nacional de la Mujer de Argentina.
- Tájer, D. (2004). "Construyendo una agenda de género en las políticas publicas en salud" En "Políticas Públicas, Mujer y Salud" Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán , Colombia.
- Tamayo CT, Lee GM, Cisneros AR, Castolo MC, Darwich A, Queralt S, et al. (2004). Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. *Ginecol Obstet Mex*, Vol. 72 295-331.
- Tamez S, Valle R, Eibenschutz C, & Méndez I. (2006). Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud Pública México*, Vol. 48, 418-429.
- Tarlov, A. (1996). Social determinants of health: the sociobiological translation. *Health and social organization. London: Routledge*, 71-93.
- Taylor y Bogdan.(1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.
- Therborn G (2015) La desigualdad mata. Alianza Editorial. Madrid, España.
- Thoits, Peggy A. (1989) "The Sociology of Emotions". *Annual Review of Sociology* 15. 317-342.
- Tipiani, O. (2006). "¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales?" *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, Vol. 52, Núm. 3:179-185.
- Torres-Tovar, M. H. (2014). ¿Y qué es eso de los determinantes sociales de la salud? *Duazary*, 11(2), 75.
- Torres, M. (2005). Introducción, Nuevas maternidades y derechos reproductivos, México, El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. Tubert, Silvia "Introducción" en Figuras de la madre, Madrid, Ediciones Cátedra.
- Turner BS. (1989). El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social. Fondo de cultura económica.
- Turner, J. H., y Stets. J. E. (2006) "Moral Emotions". En *Handbook of the Sociology of Emotions*, compilado por Jan E. Stets y Jonathan H. Turner, 544-566. *Handbooks of Sociology and Social Research Series*. Nueva York: Springer Science+ Business Media, LLC.
- Uribe M, Rodríguez K & Agudelo M. (2013) Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el seguro popular: Estudio de caso en el municipio de León-Guanajuato (México). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales México. 66p.

- Vallarta-Vázquez, M. (2005). "El Consentimiento Informado: Un Derecho Reproductivo en México", Nuevas maternidades y derechos reproductivos, México, El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
- Valles MS. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. *Capítulo 6: "Técnicas de conversación, narración (I): Las entrevistas en profundidad"*.
- Valles, M. (2000). Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis.
- Vega, R.A. (2017) I(nter)dentificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México. Revista Salud Colectiva. Vol. 13, Número 3. UNLA. Argentina.
- Vela Peón, F. (2013). "Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa", *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México, El Colegio de México - Flacso México.
- Velasco Ortiz, M (2004). Un acercamiento al método tipológico en sociología en María Luisa Tarrés (coord.) *Observar, Escuchar y Comprender: Sobre La Tradición Cualitativa en la Investigación Social*, México, El Colegio de México/Flacso-México/Miguel Ángel Porrúa librero-editor, pp 289-32.
- Vereza Palomar. C. (2004) "Malas madres": la construcción social de la maternidad, *Debate feminista*, Vol. 30, pp. 12-34.
- Wajszczuk, A. (2021). Las madres salen del closet. Revista Digital La agenda, Buenos Aires.
- Weeks, J. (1998). La invención de la sexualidad. En Weeks, J. *Sexualidad*. (pp. 21-46) Ciudad de México, México: Paidós.
- Welti, C. (1992), "La fecundidad adolescente en México", en Humberto Muñoz (comp.), *Población y Sociedad en México*. UNAM, pp. 55-79.
- Welti, C. (2000) "Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México", *Papeles de Población*, núm. 26, pp. 43-87.
- Yañez, S.S. (2016) De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta. Tesis Doctorado. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. Inédita
- Zamora-Escudero, R., López-Rioja, M. D. J., Acosta-Martínez, M., y Covarrubias-Haiek, F. (2013). Incapacidad laboral durante el embarazo y la lactancia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81(8), 461-471.
- Zegers-Hochschild, F. Dickens, B. , Dughman-Manzur, S. (2014) El derecho humano a la fecundación in vitro.
- Zúñiga, E., Delgado, D. y Zubieta, B. (2000), "Tendencias recientes del embarazo adolescente en México", en *Antología del Foro Embarazo en Adolescentes: Avances y retos*. Secretaría de Gobernación-Comisión Nacional de la Mujer.

Anexo I Guía de Entrevistas

Características socio-demográficas

Edad:
Escolaridad:
Profesión/ ocupación:
Número de hijos:
Fecha y lugar de la entrevista:
Entrevistadora:

Bloque 1: Maternidad y proceso de atención a la salud durante embarazo

- ✚ Percepción sobre maternidad
 - Significado sobre la maternidad
 - Sentimientos y emociones que le despierta
 - Llegada de los hijos
 - Concepción de ser una mujer de edad avanzada para el embarazo
- ✚ Planeación del embarazo
 - Controles previos
 - Proceso decisión
 - Anticoncepción
 - Percepción sobre embarazo
 - Cuidados durante el embarazo (personales y con respecto a la institución o médico/a donde se atiende)
- ✚ Percepción sobre el Proceso atención a la salud durante el mismo
 - Elección de la institución de salud (ventajas y desventajas)
 - Selección y percepción sobre el médico/a, (recomendaciones familiares, amigos, internet, etc.)
 - equipo de salud (en quiénes estás pensando, sólo para que lo pongas en la guña).
 - Acompañamiento de la pareja
 - Acompañamiento de la familia
- ✚ Embarazo y riesgos
 -
 - Señales, indicadores sobre el riesgo a la salud en el embarazo
 - Percepción e internalización del riesgo
 - Problemas de salud
 - Complicaciones durante el embarazo
- ✚ Parto
 - Percepción sobre equipo de salud
 - Sentimientos sobre la atención durante el parto.
 - Percepción sobre equipo de salud e institución
 - Descripción de las intervenciones recibidas durante el parto

✚ Para mujeres no primigestas:

- Embarazos anteriores: problema, síntoma, dolor, molestia en el parto o después de él.
- Tratamientos clínicos específicos.
- Sentimientos sobre embarazo anterior y último.

Anexo II: Datos Entrevistadas

Núm.	Edad actual	Edad al momento	Maximo Nivel de escolaridad	Fecha de la entrevista	Colonia	Duración de la entrevista	Estado civil	Hospital donde fue el parto
1	36	35	Licenciatura	01/07/20	Actipan	51:22:00	Casada	Sedna Coyoacan
2	36	35	Maestría	01/07/20	Narvarte	52:43:00	Casada	No recuerda
3	39	39	Maestría	02/07/20	Atizapan	82:24:00	Casada	
4	38	36	Licenciatura	03/07/20	Nonoalco	33:19:00	Casada	Hospital Angeles Metropolitano
5	38	36	Licenciatura	04/07/20	Lomas verdes	55:37:00	Casada	Bité Médica
6	40	39	Licenciatura	05/07/20	Santa María de la Rivera	32:17:00	Casada	Hospital Español
7	36	35	Maestría	06/07/20	Polanco	44:00:00	Casada	Hospital Español
8	40	38	Doctorado	06/07/20	Alamos	1 hora	Casada	ISSSTE
9	40	37	Licenciatura	06/07/20	Girasoles 3	65:38:00	Unión Libre	Sanatorio Durango
10	40	38	Preparatoria	07/07/20	Tecamachalco - Nahucalpan	43:47:00	Casada	Clínica
11	38	35	Licenciatura	07/07/20	Azcapotzalco	47:21:00	Unión Libre	Hospital de Tacuba ISSSTE
12	40	37	Doctorado	08/07/20	Narvarte	39:45:00	Soltera	No tiene el dato
13	39	36	Doctorado	09/07/20	Del Valle	48:10:00	Casada	Hospital Español
14	38	39	Maestría	13/07/20	Lomas de las Águilas	52:42:00	Soltera	ISSSTE
15	40	38	Licenciatura	12/07/20	San Pedro de los Pinos	1:26:00	Soltera(separada)	Grand Hospital Roma
16	39	38	Maestría	09/07/20	Portales	51:45:00	pareja)	Hospital Durango
17	42	39	Doctorado	16/07/20	Letrán Valle	1:13:00	Unión Libre	Bité Médica
18	39	38	Doctorado	08/07/20	Tecamachalco	50:55:00	Casada	Hospital Español
19	37	37	Licenciatura	28/10/20		58:00:00	Unión Libre	En su casa
20	37	37	Maestría	17/07/20	Arboledas del sur - Tlalpan	43:34:00	Unión Libre	San José
21	39	36	Maestría	17/07/20	Moctezuma 1a sección	42:27:00	Divorciada	Angeles México
22	38	37	Especialidad médica	10/11/20		27:30:00	Casada	Angeles Acoxpa
23	40	38	Doctorado (en curso)	21/07/20	Del Valle	48:36:00	Soltera	Médica Sur
24	41	39	Licenciatura	06/03/20	Iztapalapa	46:44:00	Soltera	ISSSTE
25	40	39	Maestría	20/07/20	----	39:03:00	Casada	Maria José . Roma
26	38	38	Maestría	17/03/20	Escandón	43:27:00	Casada	Angeles México
27	38	36	Maestría	03/08/20	Del Valle	42:10:00	Casada	Angeles Metropolitano
28	39	38	Doctorado	23/07/20	----	54:15:00	Casada	Seguro Social
29	42	38	Licenciatura	16/07/20	----	41:22:00	Soltera	Privado
30	38	36	Maestría	23/07/20	Letrán Valle	35:00:00	Casada	Angeles México

Anexo III: Literatura revisada

Nro	Título	Autor/a	Año impresión	Editorial	País autor/a
1	El tapiz amarillo	Charlotte Perkins	2002	Siglo Veintiuno Editores	Estados Unidos
2	Linea Negra	Jazmina Barrera	2020	Almadía	México
3	El nudo materno	Jane Lazarre	2019	Las afueras	Estados Unidos
4	Maternidad	Sheila Heti	2019	Lumen	Canadá
5	Tsunami	Gabriela Jauregui (edición)	2018	Sexto Piso	México
6	Mi madre	Yasushi Inoue	2020	Sexto Piso	Japón
7	La mujer helada	Annie Ernaux	2019	Cabaret Voltaire	Francia
8	Matate, amor	Ariana Harwicz	2018	Mardulce	Argentina
9	Distancia de rescate	Samantha Schweblin	2014	Almadía	Argentina
10	El quinto hijo	Doris Lessing	2017	Penguim Random House	Persia (hoy Irán)
11	Casas vacías	Brenda Navarro	2019	Sexto Piso	México
12	El matrimonio de los peces rojos	Guadalupe Nettel	2019	Páginas de espuma	México
13	Tres Mujeres	Sylvia Plath	2013	Nórdica Libros	Estados Unidos
14	Nueve Lunas	Gabriela Wiener	2009	Seix Barral	Perú
15	Los argonautas	Maggie Nelson	2018	Tres puntos ediciones	Estados Unidos
16	Diario de quedar embarazada	Claudia Apablaza	2017	Ediciones B	Chile
17	Poesía no eres tú	Rosario Castellanos	2004	Fce (Fondo De Cultura Economica)	México
18	El bebé	Marie Darrieussecq	2004	Anagrama	Francia
19	Pequeñas Labores	Rivka Galchen	2018	Antílope	Canadá
20	Nacemos de mujer	Adrienne Rich	2019	Traficantes de sueños	Estados Unidos
21	Un cuarto propio	Virginia Woolf	2020	Seix Barral	Inglaterra
22	Una muerte muy dulce	Simone de Beauvoir	1987	Hermes/Sudamericana	Francesa
23	El idioma materno	Fabio Morabito	2014	Sexto Piso	Italomexicano
24	Apegos feroces	Vivian Gornick	2017	Sexto Piso	Estados Unidos
25	La mejor madre del mundo	Nuria Labari	2019	Literatura Random House	España
26	Quien quiere ser madre	Silvia Nanclares	2017	Alfaguara	España
27	Mama desobediente	Esther Vivas	2018	Capitan Swing	España
28	Masa Madre, diario de una maternidad	Iguázel Elhombre	2019	DosCuartos Editorial	España
29	Las madres no	Katixa Aguirre	2019	Editorial Tránsito	España

30	Su cuerpo y otras fiestas	Carmen Machado Macia	2017	Anagrama	España
31	Sigo aquí	Ofarrell, Maggie	2020		Irlanda
32	La hija única	Guadalupe Nettel	2020	Anagrama	México
33	Paremos con placer	Casilda Rodríguez			
34	El vientre vacío	Noemí López Trujillo	2020	Capitan Swing Libros	España