

Partería urbana en Bogotá: Construcción y reconstrucción de representaciones y prácticas durante la gestación y el parto.

Monografía de grado  
Escuela de Ciencias Humanas  
Programa de Antropología

presentada por  
Camila F. Pieschacón Barrera.

Director  
Emilio Quevedo Vélez

Semestre II, 2013

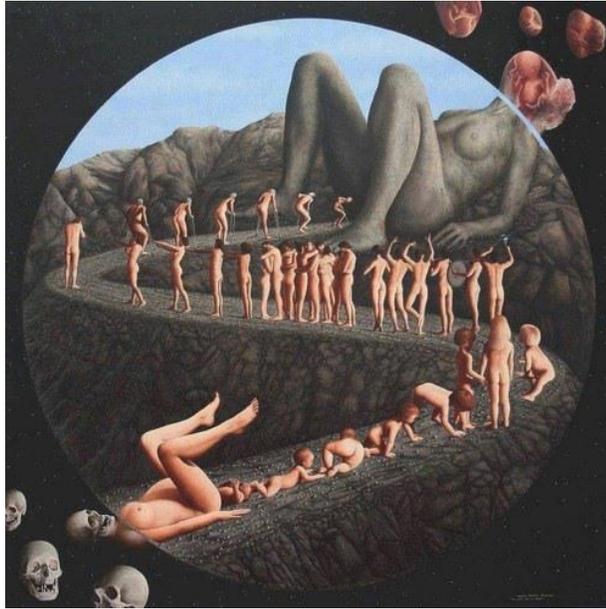
## Tabla de contenido.

<b>Introducción</b> .....	Pág. 1
<b>Capítulo I.</b> Partería urbana lugar de construcciones y reconstrucciones.....	Pág. 11
<b>i.</b> Partería en el mundo ¿Qué hay de nuevo?.....	Pág. 11
<b>ii.</b> Cuerpo, dolor y pudor: reconstruyendo nociones desde la partería.....	Pág. 19
<b>iii.</b> Metodología.....	Pág. 26
<b>Capítulo II.</b> Partería y obstetricia: Un escenario de amores y odios.....	Pág. 34
<b>i.</b> “Recordando los saberes de la maternidad”: Características de la partería urbana.....	Pág. 34
<b>ii.</b> “La idea es minimizar el riesgo”: Caracterizando la gineco-obstetricia.....	Pág. 36
<b>iii.</b> Compartir la ciudad como escenario: Luchas, tensiones y diálogos.....	Pág. 39
<b>Capítulo III.</b> Corporalizando la maternidad.....	Pág. 54
<b>i.</b> Reconstruyendo el día a día.....	Pág. 56
<b>ii.</b> Encuentros con la feminidad.....	Pág. 60
<b>iii.</b> Retornando a la animalidad.....	Pág. 64
<b>iv.</b> Redescubriendo el valor de la teta.....	Pág. 68
<b>Capítulo IV.</b> Repensando el dolor.....	Pág. 71
<b>i.</b> ¿Y quién maneja el dolor?.....	Pág. 73
<b>ii.</b> Del sufrimiento a la aceptación: caminos para resignificar el dolor.....	Pág. 77
<b>Conclusiones</b> .....	Pág. 82
<b>Bibliografía</b> .....	Pág. 86.

### **Agradecimientos.**

A mis padres y hermana, por apoyarme siempre, por creer en mí y sobre todo por creer en la antropología. A las parteras urbanas, Alejandra y Carolina, por enseñarme, guiarme, abrirme las puertas de la maternidad, de la feminidad y del instinto. A todas las mujeres que me abrieron las puertas de sus casas y de sus corazones, por responder a mis preguntas, atender mis eternas entrevistas y aceptar mi compañía. A mi director de tesis Emilio Quevedo por enseñarme, criticarme y exigirme. A Claudia Cortes, por guiarme durante este camino e incluirme en el mundo de la antropología médica. A Juliana, por su amistad incondicional, por las interminables jornadas de campo, por las risas, las rabias y las discusiones. A Ángel por oír mis quejas, mis ideas, por reírse conmigo y por siempre apoyarme. A Ana por ser mi eterna e incondicional compañera del camino que ahora finalizo. A Sebastián, por siempre apoyarme y ayudarme. A todos ellos gracias, mil y mil gracias.

## Introducción.



*“Ella las respira, las deja pasar, se familiariza con esa sensación. Después de unas cinco contracciones comienza a pujar muy espontáneamente. Su periné comienza a expandirse. La sensación de muerte llega a la habitación, llega el nacimiento, la luz. El portal se abre, siento ser canal, la facilitadora, la cuidadora de la vida y la muerte. [...] La madre puja en diferentes posiciones, facilitando los movimientos en espiral que Victoria debe hacer. Ella, la madre, se da cuenta que algunas posiciones favorecen su sensación de pujo, siente que puede expandirse más. Sale sangre preciosa de su vagina, con un pujo Victoria rompe las membranas que la separan de su mundo externo. Sale bastante agua de la fuente natural. Es clara, sana. El corazón de la bebé está feliz.”*

(Diario de una partera)

El parto más allá de ser un proceso quirúrgico que debe ser atendido en una sala especializada, con médicos especialistas, anesthesiólogos (en algunos casos), enfermeras y otras tantas mujeres pariendo cerca, es un fenómeno natural, un fenómeno que llama la animalidad y el instinto de las mujeres. La visión netamente biológica del individuo se ha constituido a partir de la fuerte medicalización que se ha vivido en los últimos siglos y es uno de los más generales puntos de discusión que enmarca la partería actual. Frente a este proceso de excesiva medicalización aparece la necesidad de entender la parte cultural y social de los individuos como elementos conformadores del ser humano en sí mismo. Con la introducción de esta nueva visión que incluye la dimensión socio-cultural del individuo se pretende disminuir el rechazo a prácticas médicas alternativas a la alopática, hecho característico de nuestra sociedad a partir del progresivo desarrollo de una mentalidad cartesiana y positivista que favorece un tipo de conocimiento basado en la racionalidad occidental y en la demostración científica (Martinez, 2004).

Ahora bien, la propia configuración de la biomedicina tiene implícita la dominación masculina (Hunter, 2007; Weitz y Sullivan, 1986; Ginsburg y Rapp, 1991) no sólo sobre el cuerpo, sino sobre una serie de procesos que han sido patologizados como lo son la higiene, la alimentación y la sexualidad. Se piensa, entonces, que la atención e intervención especializada en el proceso de parto, por ejemplo, es absolutamente necesaria para llegar al desenlace esperado, es decir el nacimiento saludable del niño y la continuación de la mujer con vida y salud. Desde estos autores se señala que la vuelta de la partería implica el empoderamiento de la mujer y la recuperación de espacios y procesos que le son propios. Lo anterior se configuró como la piedra angular sobre la cual construí el análisis que presentaré a continuación.

El desarrollo del trabajo de campo que realicé para poder cumplir con los objetivos de análisis del presente proyecto, fue hecho de manera conjunta con María Juliana Espinosa una de mis compañeras de carrera de la Universidad del Rosario. La razón de esto, más allá de un interés compartido por el tema, fue la realización del proyecto dentro del desarrollo de un macroproyecto de historia y sociología comparada de la medicina en América Latina del que las dos hacemos parte como asistentes de investigación. Sin embargo, el enfoque de cada investigación fue distinto pues teníamos intereses diversos con respecto al estudio del

tema de la partería en el área urbana. El proyecto de María Juliana se centró en el tema de la profesionalización y la consolidación de este conjunto de prácticas alternativas en el área urbana. Por esta razón, puede haber algunas similitudes en los análisis pues no sólo compartimos el trabajo de campo, sino que compartimos en más de una ocasión nuestras ideas, opiniones y perspectivas. Adicionalmente, la primera parte de mi trabajo que se refiere a los diálogos y tensiones entre partería y biomedicina, tiene que ver con el estudio comparativo que realizó Juliana para establecer sus ideas sobre profesionalización.

La partería urbana es un fenómeno reciente que apareció cerca de unos 5 años atrás, es un oficio que han incorporado Alejandra Montes y Carolina Zuluaga al contexto bogotano con el fin de acompañar partos de las mujeres, enseñarles a recordar sus instintos y establecer que el parto es un proceso propio de la mujer. La partería urbana es la combinación de distintos saberes que provienen de diversas tradiciones, la ayurvédica, la herbolaria, la meditación, etc., anudadas al conocimiento de la partería tradicional colombiana (especialmente la que pertenece a los grupos afro e indígenas) y parte de la herencia de la educación en la biomedicina que recibió Carolina. Estas prácticas condensadas conforman un conjunto de conocimientos que apropian y les permiten prestar un acompañamiento seguro a futuras madres. Es importante resaltar que este tipo de partería urbana se ha constituido como un grupo dirigido a las elites, que ha determinado precios altos para sus servicios, a pesar de hacer trabajos “pro bono” como ellas lo relatan, la mayoría de las parturientas que allí se encuentran son de las clases altas. Diferente a lo que sucede con la partería que se da en barrios populares de la ciudad como Usme. Esta constitución particular, enfocada hacia las clases altas de la ciudad, ha hecho de la partería urbana un tipo distinto de servicio.

La idea principal es guiar a las mujeres, prepararlas emocional, corporal y psicológicamente para el parto y para la nueva mujer que también se está gestando. La idea de que durante el embarazo se gesta una nueva mujer es clave, pues es allí donde se empieza a preparar a las mujeres para enfrentar el nuevo rol que deben adoptar como madres, que más allá de ser un deber externo debe ser un papel que debe inscribirse en el cuerpo y en los discursos. El nacimiento de esta nueva mujer se da a través del reconocimiento de la maternidad como el sello clave de la reconciliación de la mujer con su

feminidad y su relación con la maternidad. Aunque esta guía esté centrada en la mujer, las parteras se encargan también de guiar al hombre en el papel de acompañante fundamental y de enseñarle las maneras de contener tanto física como emocionalmente a la mujer. La idea de la partería urbana es lograr un parto en casa, acompañado de una doula<sup>1</sup>, una partera y una aprendiz de partera. Este tipo de partería confronta no sólo las ideas propias de la medicina alopática de entender el parto como un proceso que debe ser atendido, ayudado, por especialistas, sino de las parteras de antaño quienes se consideran herramientas necesarias para que una mujer preñada dé a luz.

Estas parteras se han agrupado en dos sociedades “Unkay” y “Artemisa” en la ciudad de Bogotá. Mientras Unkay es una asociación destinada al estudio de diversas problemáticas de la mujer, la gestación y el parto y la producción intelectual de información sobre estos, Artemisa funciona como una asociación de parteras urbanas que se dedica al acompañamiento durante la gestación y el parto. Estas mujeres han configurado un nuevo conjunto de prácticas y saberes aplicados a la gestación y al parto, que se ha creado a partir de la recolección de saberes de diversas disciplinas y tradiciones. Trabajan principalmente en el área urbana de Bogotá y ofrecen toda clase de servicios pre-parto y pos-parto; meditación, masajes, talleres, hipnosis, asesoría en nutrición, etc.

En Colombia, especialmente en las áreas urbanas, se ha dado una expansión fuerte de la atención a partos por parte de la obstetricia. Este tipo de especialización de la medicina se encarga de atender no sólo a las mujeres en el parto, sino también su proceso de gestación. Actualmente, la atención obstétrica depende en gran medida de la clase social a la que se pertenezca y de la capacidad de pago por parte de quienes buscan la atención médica. La fuerte medicalización que se ha vivido en el país, sobre todo en las ciudades, ha hecho que se considere a la obstetricia como la forma más adecuada de atención a partos, haciendo que otros tipos de práctica se configuren como poco eficaces y anormales.

Sin embargo, diversas críticas han surgido a las formas de atención altamente medicalizadas pues se les reclama haber olvidado la parte humana, social y cultural de la

---

<sup>1</sup> Es una figura femenina que acompaña, apoya y *entrena* a la mujer durante la gestación, el parto y el posparto. En este caso las doulas no acompañan solas el parto en casa lo hacen cuando el parto se hará en clínica.

atención a las parturientas. Es por esto que en el contexto internacional se ha dado un auge especial de conceptos como “humanización del parto” y oficios como la partería y el doulaismo, que han sido adoptados en un proceso lento en Colombia. Sin embargo, la aparición de la partería urbana en el contexto urbano y altamente medicalizado de Bogotá, nos permite entrever cómo se transforman los dos lados de la balanza, tanto la biomedicina como la partería y la manera en que entre ellos se establece una relación dada la necesidad de compartir un mismo escenario (la ciudad). Ahora bien, más allá de la biomedicina y la partería como conjunto de prácticas que se relacionan de distintas maneras, están quienes acuden a estas prácticas con la intención de obtener sus servicios. La elección entre una u otra práctica, o las dos al tiempo, se basa en una serie de opiniones y elementos asociados a la gestación. Durante la investigación previa a la escritura de este proyecto encontré tres elementos que son recurrentes en el discurso de las futuras madres: el cuerpo, el dolor y el pudor. Con respecto a esto se tejen diversas discusiones, qué pasará con su cuerpo después del parto, cómo manejar los cambios que están viviendo, cómo afrontar el dolor del parto, qué deben hacer para enfrentar la exposición corporal durante el parto, etc.

Con la aparición de la partería urbana en el contexto bogotano y su relación con la biomedicina, estas tres nociones se ven reconfiguradas en su nivel tanto analítico como operativo. Estos conceptos son relevantes en la medida en que hacen parte importante de los cambios que enfrenta la mujer durante el proceso de gestación y en el momento concreto del parto. La reconfiguración a la que me refiero se da a partir de una serie de procesos históricos, de prácticas, enseñanzas y vínculos significativos con el mundo, que hacen parte fundamental de una sociedad particular (Le Breton, 1999; Le Breton, 2002; Mischler, 1981). A partir de este proceso de reconfiguración se crean nuevas prácticas y definiciones con respecto a la gestación y el parto que promueven un cambio en la forma de actuar de estas personas. La cotidianidad cambia en la medida en que hay una transformación en la corporalización del embarazo, además de esto se da una nueva relación del embarazo y el parto con diversas imágenes, pensamientos y formas de actuar, lo que permite que haya un desde las mujeres mismas que eligen cómo parir.

Estas categorías de cuerpo, dolor y pudor son claves en el discurso sobre el embarazo pues el trato adecuado con respecto a estas se hace central para generar un

vínculo adecuado, de empatía, con las parturientas y crear un nuevo proceso de gestación y parto que resitúe a la mujer como protagonista. Esto busca transformar las ideas de objetividad y universalización sobre conceptos como dolor o cuerpo limitadas a la observación de procesos físicos y biológicos del ser humano. Tal noción proviene de la construcción de la medicina como una forma de conocimiento “objetiva” fundamentada en la base de la epistemología positivista (Moreno, 2006).

Partiendo de la idea de una convivencia de estas dos formas de organización (la obstetricia y la partería) en un mismo ambiente, la ciudad, y de la configuración de diversos conceptos en cada uno de ellos planteo como preguntas principales de mi investigación *¿Cómo se reconstruyen las representaciones sociales del cuerpo, el dolor y el pudor en relación con el proceso de gestación y el parto acompañado por parteras urbanas? Y ¿Qué variación, con respecto a la obstetricia, existe en las prácticas en relación con estos tres conceptos durante la gestación y el parto?*

La pregunta general se refiere principalmente a las parteras, pero el proceso que quiero analizar precisamente es de reconstrucción, lo que implica hablar de dos partes: parteras y obstetras, y por supuesto las mujeres que acompañan su parto con cada uno. Por ello, dentro de las preguntas específicas habrá algunas enfocadas a los obstetras y a las mujeres que acuden a ellos, de modo que puedo establecer esa línea comparativa entre ambos grupos. La elección de estas tres categorías: el cuerpo, el dolor y el pudor, y que son centro de la investigación, la hice basándome en la repetitiva aparición de estas en el discurso que manejan tanto las parteras como los obstetras. Ahora bien, cuerpo y dolor han sido dos categorías centrales en el desarrollo de la antropología médica como disciplina (Le Breton, 2002; Le Breton, 1999; Turner, 1989; Lock y Scheper Hughes, 1987; Bendelow y Williams, 1995; Callister, 2003; Del Vecchio, Brodwin, Good y Kleinman, 1992; Jackson, 2005; Moore, 2002), mientras que el pudor como categoría tiene una producción ínfima en la antropología y en las ciencias humanas en general. Por esto, retomo la idea de pudor y la incluyo en mi investigación, teniendo en cuenta que estoy estudiando procesos que son

altamente expositivos y que implican un borramiento de la línea divisoria entre lo público y lo íntimo, que es precisamente en donde se encuentra ubicado el pudor<sup>2</sup>.

Para aproximarme a estas nociones planteo las siguientes preguntas específicas: ¿Cuáles son las representaciones sociales del cuerpo, el dolor y el pudor que tienen las parteras y las mujeres que acompañan su parto con ellas? ¿Cuáles son las representaciones sociales del cuerpo, el dolor y el pudor que tienen los obstetras y las mujeres que acompañan su parto con estos? ¿Qué tensiones y relaciones se generan entre saberes expertos y saberes populares en la configuración del conjunto de saberes de las parteras urbanas? ¿Qué prácticas y mecanismos con respecto a la gestación y el parto comparten o no las parteras y los obstetras? A partir de estas preguntas planteo reflexionar sobre el papel de los actores (individuos e instituciones) que intervienen en este proceso.

En contraste a la perspectiva biomédica, constituida durante un largo período y apoyada en el “conocimiento objetivo” (propio de los siglos XIX y XX) que constituye la base epistemológica positivista de la medicina, existen una multiplicidad de visiones alternativas que conciben el cuerpo de formas distintas: la medicina china tradicional, la ayurvédica, la medicina tibetana, etc. (Moreno, 2006). Para entender esta multiplicidad de comprensiones del cuerpo desde las ciencias sociales, la antropología y la sociología se ha construido la idea de cuerpo como el reflejo de procesos históricos, sociales y culturales que vivencia una persona. Plantear que existen una serie de procesos históricos, que incluyen lo social, económico, político y cultural, que configuran las representaciones del cuerpo y el cuerpo en sí mismo, implica reconfigurar la perspectiva biológica de la medicina. Así, se abre paso a la comprensión del cuerpo en relación con un universo de prácticas y dinámicas que superan lo fisiológico y anatómico y frente al cual se crean referencias concretas (Le Breton, 2005).

Ahora bien, aunado a este concepto del cuerpo está la noción del dolor. El dolor aún más que el cuerpo ha sido asumido desde el punto de vista biopatológico, como una

---

<sup>2</sup> Esta falta de desarrollo teórico sobre el pudor desde las ciencias sociales, restringió el desarrollo de esta categoría en el presente trabajo. A través de la investigación me di cuenta que hace falta una investigación dedicada completamente a esta categoría con relación al embarazo y el parto. Por esta razón el desarrollo del pudor durante el trabajo no se hará de manera tan extensa como en las otras dos categorías (cuerpo y dolor).

respuesta sensorial a un estímulo físico. El significado que reviste al dolor depende de las situaciones y las relaciones que establezca el individuo con su entorno y una serie de prácticas y símbolos que se asocian a él (Le Breton, 1999). Quienes sufren algún tipo de dolor están en una constante búsqueda de un significado, de una combinación del lenguaje que les permita no sólo expresar su dolor de una manera concisa, sino también entenderlo e interiorizarlo. Este es un proceso de búsqueda que se hace en un nivel simbólico que más allá de servir para hacer entender a otros el dolor sirve para que quien lo sufra lo entienda más allá del sufrimiento físico (Del Vecchio, Brodwin, Good y Kleinman, 1994). Las personas dotan al dolor de significados y valores variantes que integran y vinculan el concepto con el mundo exterior en forma de metáforas, por ejemplo los sonidos como el martilleo para definir un dolor de cabeza pulsátil, el movimiento de las ondas del mar para definir el mareo, entre otras cosas (Kirmayer, 2008)

El dolor durante el parto es uno de los mayores miedos de las mujeres, las experiencias pueden resultar positivas o negativas y es esta angustia a sentir el dolor la que lleva a la intervención biomédica (la inyección epidural, por ejemplo). Esto implica una pérdida de decisión de la mujer sobre el control de sus sensaciones y del dolor, siendo así el parto alternativo con partera, una opción para manejar el dolor sin la intervención quirúrgica, alopática de los obstetras (Rocha, Franco, Baldin, 2011). Es relevante ver hasta qué punto encontrar nuevos significados en los dolores de la gestación y el parto, influye en la decisión de optar por un control alternativo que no implique la intervención biomédica sobre el cuerpo de la mujer.

Por otro lado, el pudor es un elemento que sí se considera parte de lo que se ha definido como cultural. Este se considera como la exteriorización de una serie de elementos culturales que han sido apropiados a través de la trayectoria personal, esto implica que el contexto socio cultural, especialmente la religión y las enseñanzas de la moralidad, tienen un fuerte impacto. El pudor se establece con el límite entre lo íntimo y lo público; más allá de ser una serie de prejuicios es un elemento que se corporaliza, se exterioriza y se manifiesta en situaciones concretas. Esta exteriorización es entonces la manifestación de una serie de procesos inscritos en el cuerpo y que están vinculados en una forma particular con el contexto. Durante el parto, la intimidad se hace pública y la mujer pierde el control

sobre su cuerpo y su manifestación propia del pudor se pierde en la situación de exposición en la que se encuentra.

El abordaje de estos tres conceptos lo hice a partir de una metodología cualitativa, centrada en dar voz a los agentes que participan en la investigación (Bodgan y Taylor, 1994), para llegar por medio de una relación de confianza a establecer cuáles son los elementos que constituyen el cuerpo, el dolor y el pudor. Principalmente partí del análisis del discurso de cada individuo, identificando: significados, metáforas, vínculos con elementos externos, prácticas y variaciones en ellas y elementos retóricos frecuentes. Para esto, diseñé entrevistas semi-estructuradas que me permitieron realizar un trabajo comparativo, en estas establecí ejes que permitieron la sistematización de la información. Ahora bien, el análisis de estos elementos discursivos no es suficiente, por esto recurrí a la observación participante que me permitió acceder y entender la cotidianidad y ponerla en perspectiva con la información obtenida en las entrevistas (Guber, 2005). Con esta observación además de acceder a prácticas, rutinas e interacciones, realicé un análisis sobre la disposición espacial y corporal en lugares específicos, centros de meditación, centro de atención de las parteras, consultorios, etc. De este modo, encontré vínculos entre los espacios, el cuerpo y los discursos.

Con el desarrollo de esta investigación planteo aportar al campo de estudios de la antropología médica y de las ciencias de la salud. Este aporte lo hago principalmente desde el ámbito teórico pues con el planteamiento del estudio de la partería en Colombia en las áreas urbanas, logro alejarme de la noción de partería como un resquicio permanente en las áreas rurales. Esto, partiendo de la idea de que este tipo de partería se encuentra en un panorama de debates, luchas y diálogos con otros tipos de formas de organización como la biomédica. Siendo, además, el resultado de la conjunción de distintos tipos de conocimientos provenientes de diversas clases de prácticas médicas alternativas.

De esto último, proviene un segundo aporte del proyecto, que tiene una base más práctica. Esto tiene que ver con la creación de un conjunto de información robusta sobre las prácticas, los significados y los conceptos relacionados con la partería urbana, que permita de cierto modo entrar en las discusiones sobre el panorama actual del modelo médico. La comprensión del cambio contextual en el oficio de la partería, áreas urbanas y áreas rurales,

permite establecer rutas y procesos diferentes en la discusión sobre la profesionalización y la inclusión del oficio en el modelo de salud. Adicionalmente este conjunto de información aporta una reflexión que permite pensar en nuevas formas alternativas de afrontar la maternidad y el parto, emulando situaciones que se están dando en otros lugares del mundo y que cada vez toman una fuerza mayor en países de Latinoamérica como Ecuador, Brasil y Puerto Rico.

Mi investigación se centra en la reconstrucción de conceptos claves durante la gestación y el embarazo, se propone mostrar cómo cada una de estas formas de organización (partería y biomedicina) promulga y promueve una serie de discursos que terminan por transformar prácticas y hábitos. Esto es el punto de partida para entender que la partería no hace parte de la medicina alopática y que por tanto debe ser entendida como un oficio fuera de este y que no pretende, más allá de la oficialización, entrar a hacer parte de las dinámicas propias de esa relación de dominación frente a la hegemonía de la biomedicina. Mostrando, dependiendo del nivel de divulgación de esta investigación, que hay que reformular y repensar cómo se debe incluir a este tipo de organizaciones médicas alternativas en un marco legal que les cubra y les contemple con la misma legitimidad que a la biomedicina.

Este texto que presento como el resultado de mi investigación se dividirá en cinco partes, la primera la dedicaré a establecer conceptualmente la triada cuerpo, dolor y pudor, igualmente haré referencia a los antecedentes sobre la partería y el trabajo teórico que se ha desarrollado en torno a esta y ampliaré la información sobre la metodología que seguí durante la recolección de datos. En el segundo capítulo retomaré el tema de la partería urbana y de la obstetricia caracterizándolos en un espacio compartido, en el que se establecen luchas, tensiones y diálogos que componen un escenario complejo.

El tercer capítulo se referirá específicamente al cuerpo, a los significados y valores que se le atribuyen de un lado y del otro (obstetricia y partería), qué elementos se comparten y cuáles son diferentes y cómo estos se corporalizan en una serie de comportamientos y de transformaciones propias del individuo. Expondré qué prácticas con respecto al cuerpo se transforman durante la gestación y el parto teniendo en cuenta siempre la línea comparativa que he propuesto. En el cuarto capítulo propongo un

seguimiento similar al anterior, pero con respecto al dolor. Es necesario aclarar que aunque he propuesto una tríada como base para mi análisis, no logré establecer al pudor como una categoría independiente de las otras dos, por esto aparecerá transversalmente durante los distintos capítulos. Finalmente, planteo una serie de conclusiones que retoman los capítulos y que además presentan mis reflexiones desde la antropología, como investigadora, sobre el modelo de salud y sobre este nuevo escenario que he propuesto.

## **Capítulo I.**

### **Partería Urbana el lugar de construcciones y reconstrucciones**

#### **i. Partería en el mundo ¿Qué hay de nuevo?**

*“hablar de partería es hablar de mujer”*

-Alejandra Montes, partera urbana-

Mi aproximación a la partería urbana se basó en distintos estudios realizados alrededor del mundo sobre fenómenos similares (Ginsburg y Rapp, 1991; Camacaro, 2009; Hunter 2007; Weitz y Sullivan, 1986; Laza, 2012; Laza Vásquez y Ruiz de Cárdenas, 2010; Vesga, 2005; Restrepo, 2006), que aportan discusiones como el protagonismo de la mujer en el parto, la comprensión de la multiplicidad de visiones culturales sobre el cuerpo y el embarazo, la inclusión de la partería en los modelos de salud etc. El primer planteamiento teórico que utilicé como base general para el análisis proviene del trabajo de Robbie Davis Floyd (2001) quien plantea que en la actualidad ha surgido un nuevo tipo de paradigma para entender el cuerpo en el campo de la salud, al que ha denominado como el paradigma holístico en el que se supera la división moderna, cartesiana, entre mente y cuerpo. Lo que sucede, entonces, dentro del paradigma holístico es la aceptación de una unidad conformada no sólo por el cuerpo y la mente, sino por el cuerpo, la mente y el espíritu. La denominación dada por la autora a este paradigma me parece adecuada a mi forma de trabajo, pues pretendo entender desde esa perspectiva holística el cuerpo de la mujer; sin embargo, considero que la dimensión espiritual a la que se refiere Davis-Floyd no es clara. La parte espiritual en este trabajo será entendida como parte de las mediaciones sociales y culturales en la configuración del cuerpo. Retomaré de Davis-Floyd, la idea de la unidad entre mente y cuerpo y añadiré que existe una mediación socio cultural que define las maneras de corporalización.

Según Davis-Floyd el paradigma holístico se contraponen a otros dos paradigmas existentes que ella ha nombrado como el paradigma tecnocrático y el paradigma humanista. El primero, es el que yo he tratado hasta ahora como la visión biomédica, que supone una división tajante entre la mente y el cuerpo, aceptando entonces las bases que se han

asentado desde la modernidad. El segundo es el paradigma humanista<sup>3</sup>, que acepta que existe un vínculo entre cuerpo y mente, es decir no son una unidad sino dos elementos que son unidos por un lazo. El uso de la palabra humanista en este caso puede resultar confuso porque no se corresponde con su concepción generalizada como la comprensión del cuerpo y la mente como una unidad, sino que se ve como una rama del paradigma tecnocrático. La idea del paradigma humanista de Davis-Floyd, se relaciona con la idea de humanización del parto que surge desde las entrañas de la biomedicina y acaba de configurarse como un paradigma distinto.

He recurrido a la idea de los paradigmas de Davis-Floyd, a pesar de no compartir del todo sus definiciones, para establecer que estos paradigmas son establecidos sobre un telón de fondo compartido. En este espacio se integran, se combinan, se rechazan y se acaban por configurar una serie de elementos completamente novedosos que implican cambios relevantes en las concepciones de diversas nociones. Adicionalmente, Davis Floyd (2004) ha caracterizado a las nuevas parteras dentro de una categoría que ha denominado como “Sistema de partería global-humanista”<sup>4</sup>. Esta categoría planteada por la autora, se configura dentro de un conjunto de cuatro tipos de partería. El primero de estos estadios son los sistemas de partería “ingenua”<sup>5</sup>, que se centra en ejecutar los saberes y prácticas aprendidas durante su entrenamiento, sin abrirse a nuevas posibilidades. El segundo son los sistemas de partería etnocéntrica,<sup>6</sup> que consideran sus saberes y prácticas como la única forma correcta y adecuada. El tercero son los sistemas de partería asociados al relativismo cultural, que se aseguran de abordar los problemas desde la forma que la parturienta considera adecuada (dado su contexto cultural). Por último están los ya nombrados sistemas de partería global humanista, a los que pertenecen mujeres con las posibilidades abiertas a adoptar distintas formas de conocimiento, saberes y prácticas. La característica principal de este tipo de partería es que hay un alto nivel de apropiación de la información que se encuentra a su alrededor.

---

<sup>3</sup> El nombre original en inglés de este paradigma es *humanistic paradigm*, por tanto utilice la traducción al español de humanístico; sin embargo, la acepción de Davis-Floyd se acerca más a la noción de humanización.

<sup>4</sup> Global humanist midwifery systems.

<sup>5</sup> Naive realist midwifery systems.

<sup>6</sup> Ethnocentric midwifery systems.

Es esta última categoría en la que he decidido ubicar a las parteras urbanas en Bogotá pues ellas incluyen en su acompañamiento una serie de prácticas que provienen de diversos tipos de medicina como el chino, tibetano, hindú, etc., y prácticas como la hipnosis, la danza y la musicología, entre otras. Es importante resaltar que más allá de estas prácticas médicas que consideramos alternativas, estas parteras han apropiado el concepto del partear como un arte manual, natural, que proviene de la partería tradicional y ancestral. Sin embargo, tratan de diferenciarse de la idea de matrona, que es tan común en las parteras, en la medida en que no quieren el protagonismo de haber “traído un niño al mundo”. La implantación de este tipo de sistema en Bogotá es interesante, en la medida en que convive en la misma área urbana con otro tipo de parterías, que ejercen una clase de partería completamente diferente. Considero que la condición principal que permitió la entrada de este tipo de partería a Bogotá, es el actual auge de las prácticas médicas alternativas que buscan una solución a la falta de versatilidad de la biomedicina. Esto se ve especialmente reflejado en las clases altas que han empezado a incursionar en prácticas como el yoga, el vegetarianismo, el reiki, la nutrición saludable, etc. Siendo precisamente este sector de la población el que se presentó como un nicho adecuado para la implantación y crecimiento de la partería urbana.

Durante la investigación y en el posterior análisis que presentaré a continuación, entendí la partería y la biomedicina como dos tipos de organización médica. Cada uno posee una serie de bases epistemológicas, prácticas, modos de transmisión del saber particulares y un cuerpo de agentes que los ejerce, estas formas de organización son cambiantes en su estructura y sus funciones.

Ahora bien, antes de continuar hablando de la partería, considero importante aclarar que ese telón de fondo compartido por la partería y la biomedicina está construido a partir de una ideología. Para efectos de este análisis entenderé ideología a partir de Gramsci (2009) como una concepción hegemónica del mundo que está presente y atraviesa todos los actos de un individuo, que ha sido naturalizada y entendida como si fuera una parte dada de la realidad. Esta ideología a la que me refiero entonces atraviesa el conjunto de prácticas tanto de la partería, como de la biomedicina y funciona como ese escenario compartido entre estos dos; a partir de la concepción gramsciana de ideología estableceré una

explicación a los diálogos y conflictos que se establecen entre estas dos formas de organización médicas.

Para entender este nuevo tipo de conformación médica denominada como partería urbana, debo hacer un recorrido sobre qué se ha dado alrededor del mundo en torno a este tema. La partería ha adoptado una serie de discursos y luchas en contra de la dominación masculina que ha sido ejercida sobre la mujer en la biomedicina. La primera discusión, que se ha convertido en un punto álgido de debate, es el desplazamiento del papel de la mujer durante la gestación y el parto, por el rol del hombre como profesional de la salud que debe intervenir en el proceso. La idea que plantean es que la gestación y el parto son ciclos propios de la mujer, que no requieren de ningún tipo de intervención externa (Hunter, 2007).

Gingsburg y Rapp (1991), extienden esta propuesta afirmando que la biomedicina se ha encargado de patologizar “procesos naturales”<sup>7</sup> de la mujer. Para Camacaro (2009) la mujer está naturalmente preparada para enfrentar el parto y la gestación y no requiere de ningún tipo de intervención médica. Para estas autoras dichos procesos han sido patologizados y convertidos en fenómenos extraños que deben ser atendidos hospitalariamente. Afirman igualmente que diversas prácticas como dar a luz en posición horizontal, se han dado a partir de la posición de dominación en la que se han ubicado los médicos y la anormalización del parto que implica la atención de un especialista (Davis-Floyd, 2001). Las afirmaciones de estas parteras pueden concluir en la idea de que el cuerpo embarazado de la mujer se convierte en un espacio de observación y de intervención.

Hunter (2007) ha planteado que los aparatos de alta tecnología que acompañan el parto y que se utilizan para monitorear al feto durante la gestación han disminuido la presencia consciente de la mujer en el parto. Es decir, ya no se requiere de la mujer hablando sobre lo que sucede o piensa que sucede con su cuerpo, sino que estos aparatos hacen este trabajo por ella. Esto acompañado de otro tipo de tecnologías como las

---

<sup>7</sup> Me refiero a la idea de procesos naturales entre comillas porque considero que todos los procesos biológicos del ser humano están mediados por elementos culturales y sociales. Sin embargo, no puedo evitar referirme a esta idea de “proceso natural” porque es base del discurso desarrollado desde la partería.

ecografías en tercera dimensión, la creación de moldes con la figura del bebé como sería al nacer o la congelación de células madres, son una demostración del proceso extremo de medicalización sobre la gestación y el parto que se sigue llevando a cabo a nivel mundial.<sup>8</sup> Hunter (2007) argumenta, finalmente que la alta tecnología además de silenciar logra que la mujer se convenza de que el bienestar del feto y el suyo propio dependen del trabajo de esta tecnología.

Siguiendo esta línea de debates Weitz y Sullivan (1986), responden a la idea de oficializar la práctica de las parteras a través de licencias de trabajo y de la profesionalización del oficio, con un no rotundo. Argumentan su idea, planteando que aceptar esta propuesta sería reproducir las relaciones de poder que se han creado entre el modelo de salud oficial y la práctica de la partería, más allá de esto sería la inclusión de la partería en las relaciones y dinámicas de dominación que hacen parte del pensamiento biomédico.

El tema de esta nueva partería en Colombia no ha sido tratado, por esto los estudios que tome como referencia tratan el tema de la supervivencia de la partería tradicional en áreas rurales. El trabajo de Laza Vázquez y Ruiz de Cardenas (2010) sobre las parteras en el valle del río del Cimitarra ha sido uno de los más destacados en este ámbito. Este se ocupa principalmente de la influencia de las dinámicas y elementos contextuales sobre la caracterización propia de las parteras tradicionales y de los distintos choques culturales por el desconocimiento del modelo oficial de las creencias y prácticas entorno al embarazo de las mujeres que son atendidas. Por otro lado, encontramos el estudio presentado por Vesga (2005) en el que se hace una observación profunda sobre las dinámicas de atención y la interacción entre partería y cultura en los grupos de parteras del pacífico colombiano. Es interesante ver que este trabajo conserva categorías de juicio sobre los tipos de conocimiento de la partería categorizándolos como “mitos, leyendas y creencias”. Tal y como lo afirma Byron Good (2003), aún en las investigaciones que se realizan y que dan

---

<sup>8</sup> Cuando me refiero a la idea de una extrema medicalización no incurro en juicios de valor sobre la medicalización en sí misma sino al machismo que se esconde detrás de ella. Recorro a los argumentos desarrollados por estas autoras para reflexionar sobre la necesidad de re pensar la atención al parto desde una perspectiva que favorezca la presencia de la mujer.

voz a otras formas alternativas al hegemónico, se conserva la noción de creencia para afirmar, de un modo directo o simbólico, que no hace parte de la categoría científica.

Es importante resaltar que la partería tradicional en Colombia ha tenido una gran importancia en las zonas rurales donde ha sido utilizada por el ministerio de salud desde 1984 (Laza, 2012) como herramienta para disminuir la mortalidad perinatal en vista de la falta de cubrimiento de atención médica especializada. Ejemplo de esto es el municipio de Quinchía en la zona cafetera de Colombia, en donde un gran porcentaje de los partos son atendidos por parteras que han sido capacitadas por el ministerio de salud para llevar a cabo su oficio (Hincapie y Valencia, 2000).

Además de esto, se presentan distintos trabajos desde una perspectiva histórica en los que se muestra el desplazamiento progresivo que se dio desde la partería hacia la obstetricia, convirtiéndose la partería tradicional en un oficio relegado a las áreas periféricas. Según Restrepo (2006) este desplazamiento incluyó también la creación de una compleja red de relaciones jerárquicas que logró la medicalización total del proceso de gestación y parto y, en gran medida, del cuerpo mismo de la mujer. Sin embargo, el conocimiento sobre el estado actual de la partería en Colombia es bajo, tal como lo plantea Laza (2012) con respecto a la partería tradicional, hace falta una aproximación profunda desde diversas perspectivas que dé cuenta no sólo de sus dinámicas y estructuras propias sino de las ventajas que representaría para complementar el modelo de salud en el país. Adicionalmente, debo agregar que existe una carencia aun mayor sobre la partería no tradicional que es un fenómeno, que si bien es incipiente en nuestro país, parece estar en progresivo crecimiento.

Con respecto a este último tema de la partería actual se realizó un trabajo de investigación en Arizona, (Weitz y Sullivan, 1986) que se ocupó principalmente de las políticas del nacimiento y de las luchas micro y macro que se configuran entre los obstetras y las parteras. De este trabajo es interesante retomar la puesta en perspectiva de las visiones de los obstetras y las parteras en un escenario urbano compartido. No obstante, quiero agregar que en este campo que ocupan tanto parteras como obstetras no sólo existen una serie de luchas, sino también diálogos y nuevas configuraciones híbridas.

Otra discusión que existe sobre el tema del nacimiento y que incluye a la partería es la idea del parto humanizado que se trabaja principalmente desde la medicina y la enfermería (Luque y Oliver, 2005; Alonso y Gerard, 2009; Wagner, 2007). En este campo la profundidad sobre los conceptos que crean y manejan las parturientas y las luchas y diálogos entre obstetras y parteras es poco. Trabajos de investigación como el que planteo todavía no han sido desarrollados. Existen algunos trabajos que tratan el tema del dolor relacionado con tratamientos alternativos (Da Rocha, Franco y Baldin, 2011) y, por otro lado, con el cuerpo, existe un trabajo desarrollado desde la enfermería sobre las representaciones sociales del cuerpo en mujeres embarazadas (Montes, Martorelli, Jimenez, Verdura y Burjáles, 2009). Pero no hay una profundización en las prácticas y mecanismos como manifestación de esas representaciones existentes. Con respecto al pudor no se han desarrollado trabajos en el campo de la partería, si bien se nombra como elemento tangencial, no se le proporciona un papel principal. Cabe resaltar que el pudor sí aparece como un elemento recurrente en el discurso de las mujeres embarazadas pues parece ser esencial durante el proceso de gestación y el ritual del nacimiento. En diversas revistas de maternidad y artículos en línea sobre la gestación y el post parto, el pudor aparece en varias ocasiones haciendo referencia especial a la exposición total durante el parto y de los senos durante la lactancia.

La oficialización de la partería en Colombia no ha sido un tema tan generalizado como en otros lugares del mundo como Australia, Holanda, Nueva Zelanda y en Latinoamérica países como El Salvador, Ecuador y Bolivia, en los que se ha hecho un esfuerzo progresivo por la inclusión y el respeto legal y social del oficio de la partera. Sin embargo, sí existe una lucha constante por el reconocimiento de su rol en las distintas áreas, tanto rurales como urbanas, del país. Distintas asociaciones reconocidas en el país como ASOPARUPA (asociación de parteras urbanas del pacífico), la red nacional de parteras tradicionales de Colombia, Artemisa, Unkay y Doula Caribe han iniciado una lucha tanto legal como social por el reconocimiento de su oficio, teniendo en cuenta la petición de no ser parte del modelo medicalizado sino de ser reconocidas como un las formadoras de un conjunto de prácticas y saberes diferentes a la biomedicina. Es interesante ver cómo distintos tipos de conocimientos como la partería tradicional campesina, indígena, afro,

urbana y del doulaismo se unen para lograr una voz mayor que se enfrente a ese modelo hegemónico reticente a su reconocimiento. Además de esto, esta red de asociaciones ha alcanzado un nivel internacional que le permite configurar una conexión global y entender cómo se presentan distintos modelos de convivencia entre formas de organización médica alrededor del mundo.

En el departamento del Chocó y en el Cauca, la extendida atención por parteras y la aceptación generalizada del oficio ha llevado a la exigencia de un tipo de entrenamiento e inclusión en el modelo de atención médica de cada lugar. En otros lugares del mundo como los países escandinavos, Francia y Australia, la preferencia por el parto con partera en lugar del parto biomédico es mucho mayor. Esto se ha logrado a partir de una lucha progresiva desde la partería por una aceptación generalizada del discurso del parto humanizado y más allá de esto, la aceptación por parte del modelo médico hegemónico de que la patologización del embarazo y el parto es innecesaria. Este fenómeno incluye no sólo a los dos conjuntos de prácticas: partería y obstetricia, sino a la sociedad en general, por esto se requiere además una aceptación generalizada, animada por programas y políticas, de la deshospitalización y desmedicalización del parto. (Wagner, 2007). Estos países se han ocupado de desarrollar una serie de programas y políticas que animan a la inclusión de la partería dentro del servicio de salud y en el sistema educativo de modo que existe un tipo de oficialización, que probablemente despierte una mayor confianza en su labor.

Es importante entender a partir de lo anterior de qué manera el rol social de la partera y su significado varía en cada contexto. En lugares como los mencionados anteriormente la partería ha llegado a representar una profesión oficial respaldada por un marco legal que le proporciona un estatus social determinado. Mientras que en países como Colombia el rol de la partería está ligado a las nociones de lo empírico y lo no científico, siendo su principal escenario de actuación las áreas en las que no hay cubrimiento de los servicios de salud. Sin embargo, con el ejemplo que planteo en este proyecto vemos que en un mismo país la práctica de la partería tiene dos significados distintos dependiendo si se habla de la partería tradicional o la nueva partería urbana. Entonces se hace necesario entender el contexto y el escenario en el que se desarrolla el oficio de la partería para

entender de qué formas se re significa su ejercicio y práctica. (Restrepo, 2006; Laza, 2012; Laza; 2011Hincapie y Valencia, 2000; Vesga 2005).

Todo este contexto que permite el desarrollo de nuevos tipos de partería, de la lucha constante por el reconocimiento oficial de la partería tradicional y los crecientes discursos sobre el parto humanizado, están dados por el enfrentamiento a un gran fenómeno que se ha desarrollado desde hace más o menos un siglo en el mundo entero. La medicalización extrema de la gestación y el parto que ha ocurrido a nivel mundial es un proceso un basado en el discurso de dominación sobre el cuerpo femenino y sobre proceso que son patologizados para ser debidamente controlados y regulados. Dentro de este discurso que se ha estructurado desde la medicina se empieza a controlar distintas variables de la mujer como la edad, el peso, la capacidad física, etc., dejando de lado la habilidad intrínseca y natural de la mujer de ser madre.

El proceso de patologización que se ha dado desde la biomedicina sobre el embarazo ha convertido el cuerpo de las mujeres en un objeto que debe ser tratado y, de cierto modo, curado. Según Schwarz (2010) el proceso de medicalización se construye a partir de la dicotomía masculino-femenino en el que lo masculino es superior y dominante, en la medida en que afirma que los procesos femeninos son desordenados y generan descontrol, por tanto deben ser dominados, controlados y administrados. Si bien actualmente tanto mujeres como hombres pueden estudiar y ejercer la medicina, las formas de control, disciplinamiento y dominación sobre los procesos propios femeninos siguen estando guiados por la idea de que la mujer no está en capacidad de controlar su cuerpo. Finalmente, la medicalización incluye ideas, que se han hecho hegemónicas, sobre el cuerpo y el dolor como universales, que son, y por tanto deben ser entendidos como, procesos netamente biológicos (Le Breton, 2002). Siendo esta última idea el centro principal de discusión del segundo eje temático de esta investigación y que desarrollo a continuación.

## **ii. Cuerpo, dolor y pudor: reconstruyendo nociones desde la partería.**

La investigación que realicé con respecto al cuerpo se fundamenta principalmente en los aportes teóricos constructivistas que se ocuparon de ubicar al cuerpo en el campo de lo cultural al igual que sucedió con lo biológico que antes se consideraba lejano a lo que se denomina como cultural (Pedraza, 2003). Nancy Scheper Hughes y Margaret Lock (1987) afirman que para comprender cómo se constituye el cuerpo el primer paso es superar la dicotomía cuerpo-mente, para unificarlos y entenderlos como un todo, tal como propone Davis-Floyd (2001) con su idea del paradigma holístico. Es precisamente la idea de Lock y Scheper-Hughes, la que yo retomé como base para el presente análisis, teniendo en cuenta que lo vería a partir de la explicación de los paradigmas de Davis-Floyd.

Para David Le Breton (2002) el cuerpo se constituye a partir de la asimilación y apropiación de una selección aleatoria de elementos sin que estos sigan, necesariamente, un orden coherente entre ellos; más bien, que mantenga una coherencia con las opiniones y pensamientos propios del individuo. El individuo, entonces, realiza vínculos diversos, relaciona su propio cuerpo con esquemas, elementos externos y con el orden social. De este modo, las parturientas han conformado de una forma particular su concepción de cuerpo, que corresponde a unas opiniones particulares que estarían relacionadas con la elección entre un obstetra o una partera o la combinación resultante de la elección de los dos al mismo tiempo

Según Le Breton (2002), en la sociedad occidental actual el cuerpo ha sido silenciado de modo que sólo se toma consciencia sobre él en medio de una situación límite. En este caso retomé el parto y la gestación como este tipo de situaciones, pues durante estos procesos, el cuerpo además de diversos cambios, algunos notorios otros no, atraviesa una serie de dolores y sensaciones que hacen que la mujer retome consciencia de su propio cuerpo. Este proceso implica un cambio consciente y objetivo de la cotidianidad de la mujer en lo que respecta a su cuerpo y el embarazo: la ropa, alimentación, rutinas de limpieza, etc. Es en principio la idea del cuerpo como un conjunto de significaciones aleatorias coherentes con un pensamiento propio, la que fundamentó mi exploración sobre el cuerpo. Adicionalmente, esto sostiene mi idea de que el proceso de gestación y el parto son momentos clave en los que se toma consciencia del cuerpo y la noción que se tiene sobre este se configura y reconfigura.

La reconfiguración constante de nuestros cuerpos que se traduce en una serie de corporalizaciones particulares se debe, según Goffman (1993), a la necesidad de adaptar el cuerpo a la gramática de situaciones particulares en las que nos vemos envueltos. Ante estos momentos particulares los seres humanos apropian una serie de acciones en su cotidianidad que constituyen, en términos de Goffman, el rol que debemos actuar. Ahora bien, según Turner (1989) los seres humanos tenemos cierta soberanía sobre nuestro cuerpo que en distintos momentos se ve amenazada por cambios corporales que pueden resultar en el estigma y eso nos obliga a re pensar y re corporalizar nuestro cuerpo forjando un camino para evitar el rechazo. En el caso del embarazo la mujer se enfrenta a la gordura, las manchas o las estrías, por esto empieza a constituir una nueva forma de pensar su cuerpo y de asumirlo en la búsqueda de no ser rechazada. Nuestro cuerpo más allá de ser un elemento de posesión, es un elemento de constitución de nuestra propia identidad social (Turner, 1989). Siguiendo la propuesta de Turner planteo que la mujer durante el embarazo debe repensar su cuerpo a partir de la cotidianidad y hacer cambios esenciales que le permitan asumir de una forma particular y satisfactoria el embarazo sin tener que percibir un tipo de rechazo social o estigma.

Por otro lado, Zandra Pedraza (2003) plantea que el cuerpo es el resultado de la unión de cuatro dimensiones: el tiempo, el espacio, el sexo y la identidad, que al conjugarse producen una serie de *hábitos* (que son las mismas prácticas cotidianas) que son apprehendidos corporalmente. Entonces, desde la misma modernidad, el cuerpo es la producción y reproducción de los elementos del orden social. Para Pedraza en la actualidad el cuerpo tiene inscritos procesos históricos relacionados con la medicalización, la ética y la moralidad impuesta por la iglesia católica y una estética que se corresponde con la sociedad de consumo. Es importante tener en cuenta estos procesos específicos que han conformado conceptos de cuerpo similares, para entender cuáles son los elementos particulares que logran o no, configurar nuevas nociones de cuerpo en individuos específicos. Ahora bien, lo central que retomaré de la teoría de Pedraza es la noción de *hábitos*, prácticas que se manifiestan en la corporalidad del individuo y profundizando sobre estas llegaré a entender los significados que se asocian al cuerpo.

La comprensión del cuerpo se hace a partir del discurso; de la exteriorización verbal de los significados del cuerpo, las analogías y los recursos retóricos que usa el individuo para caracterizar su propio cuerpo. A partir del análisis de esto es que se puede llegar a entender cuáles son los elementos que configuran la representación propia del cuerpo (Pedraza, 2003). No obstante, para Le Breton (2002) las actitudes, las rutinas, los movimientos, son un tipo de ritualización particular que sirve como método de abordaje de los significados que se crean del cuerpo. Es decir, elementos como el ejercicio, las formas de caminar, sentarse, de vestirse, de saludar, etc., son formas de expresar lo que se piensa sobre el cuerpo y los significados que a este se asocian. A partir de varios elementos de los anteriores planteamientos pude comprender que es tan relevante lo que piensan los individuos sobre su cuerpo como lo que hacen y expresan con él.

Con respecto a la noción de cuerpo relacionada con el embarazo se han realizado algunos trabajos importantes de los que quisiera retomar algunas ideas para complementar el marco teórico que sustenta mi investigación. En primer lugar el trabajo de Montes, Martorelli, Jiménez, Verdura y Burjalés (2009) que se centró en una investigación cualitativa sobre las representaciones sociales del cuerpo en un grupo de mujeres en embarazo en la ciudad de Tarragona, España. En sus resultados presentan cuatro ideas esenciales: que se comprende al cuerpo como una máquina cuyo funcionamiento es natural y que universaliza la corporalidad materna, que existe una ocupación parcial del cuerpo que incomoda y molesta pero debe ser aceptada, la inclusión inevitable del discurso tecnológico y médico sobre el bienestar del cuerpo y, finalmente, los vínculos del cuerpo cambiante con imágenes positivas o negativas.

La anterior investigación presenta un gran aporte al proyecto que realicé en la medida en que plantea el cuerpo desde el discurso constructivista y lo vincula fuertemente al embarazo, además de hacerlo en un escenario urbano similar al que trabajé. Sin embargo, encuentro que es un trabajo limitado en la medida en que no compara, ni observa las diferencias entre distintos conjuntos de prácticas entorno a la salud en el parto y el embarazo; por ello, en este proyecto trabajé una comparación entre dos de estas formas para entender la diferencia de la construcción de la representación del cuerpo entre uno y otro y, más allá de esto, ver su configuración cuando se combinan. Entender a partir de esto

qué pasa con las analogías resultantes de la anterior investigación como cuerpo-máquina, cuando se aleja de la idea del cuerpo como un objeto vacío y funcional; además de esto, ver de qué manera el discurso tecnológico es o no abandonado por las mujeres al alejarse del escenario particular de los hospitales y la alta tecnología de monitoreo de la gestación.

Por otro lado, en el escenario de la partería tradicional Güemez (2000) hace un estudio sobre las nociones de dolor y cuerpo vinculadas al embarazo en un grupo de mujeres indígenas maya de la península del Yucatán. Este estudio es interesante porque presenta los choques existentes entre la biomedicina hegemónica en el país y el conjunto de prácticas y saberes tradicional maya. Es importante ver de qué manera un escenario rural o un escenario urbano puede cambiar las formas de relacionarse entre estas formas, poniendo en perspectiva esa lucha constante que describe Güemez en el área rural con la situación de diálogo que se establece en algunos momentos entre la partería urbana y la medicina alopática en el contexto urbano. El análisis que realiza el autor sobre el cuerpo se basa en la forma de explicar el funcionamiento del organismo y sus funciones biológicas y sociales durante el embarazo a partir del lenguaje maya. De este estudio retomaré esta última idea de entender la noción de cuerpo desde el lenguaje, pero me ocuparé de cruzar en el análisis el discurso con las prácticas. Finalmente, este autor presenta las diversas palabras y significaciones que son utilizadas para describir el dolor como el medio más adecuado para entender la correlación existente entre un sistema lingüístico y uno fisiológico (Güemez, 2000). Este será uno de los pilares metodológicos y de análisis de mi trabajo pues a través de las prácticas y palabras que sirven para entender el dolor encontré las variantes sobre la representación que se daban de ambos lados (partería y obstetricia).

Ahora bien, esta categoría del dolor ha sido ampliamente discutida en la antropología médica y trabajada desde diversas enfermedades y en los últimos años se ha dado un desarrollo particular sobre el dolor crónico (Good y Kleinman, 1992). David Le Breton (1999) afirma que el dolor es una experiencia que se construye a partir de una serie de vínculos que se establecen con el exterior, estos lazos se crean principalmente con elementos religiosos, morales, materiales, etc., estos llenan y dotan de significación al dolor. De igual forma, son este tipo de concepciones (religiosas, espirituales, morales) las que guían y moldean las prácticas que se siguen para el tratamiento del dolor. Dentro de la

visión mente-cuerpo, el manejo del dolor y el tratamiento del mismo empiezan a acceder a las prácticas médicas que mencionaba al inicio, la medicina homeopática y la acupuntura sobre todo en Colombia se han convertido en tratamientos altamente recomendados.

Dependiendo de los significados que genere el dolor en un individuo las prácticas relacionadas con el tratamiento de este varían, las parteras en ciertos casos utilizan hipnosis, masajes, respiración, dependiendo de lo que busca la parturienta. Esto se relaciona con modos particulares de describir, denominar y tratar el dolor y generalmente estas maneras se vinculan con elementos específicos de contextos determinados (Delvecchio, Brodwin, Good y Kleinman, 1992). Por ejemplo, definir si un dolor de estómago “es como haciendo pizza o como amasando pan” tiene que ver con una serie de elementos contextuales que proporcionan una infinidad de significados al dolor que desbordan la explicación meramente fisiológica.

Según explica Jean Jackson (2005) el dolor en sí mismo, representa un reto para la dualidad mente-cuerpo de modo que quien lo sufre tiende a combinar todos los códigos y sistemas para dotarlo de un significado propio (Bendelow y Williams, 1995). La misma intensidad del dolor varía dependiendo de los significados que a este sean atribuidos a partir de un contexto cultural específico (Moore, 2002).

Según Callister (2003) el dolor durante el parto ha sido objeto de distintos estudios en diversos contextos culturales en los que dependiendo de distintos factores contextuales es asumido de una u otra manera. Dependiendo de estos elementos socioculturales se toma una actitud de sumisión, de lucha, se grita o se sufre en silencio. Siguiendo esta idea Callister, Khalaf, Semenic, Kartchner y Vehvilainen (2003) desarrollaron un estudio comparativo sobre los significados, actitudes y prácticas sobre el dolor del parto en mujeres en Norte y Centro América, los países Escandinavos, el medio oriente, China y Tonga. A través de este estudio encontraron que efectivamente existen modos distintos de apropiar y asumir el dolor durante el parto dependiendo de una serie de factores socioculturales como la religión. Sin embargo, este estudio tiene una gran limitación y es que no tiene en cuenta las diferencias dentro de las mismas poblaciones que estudia, es decir otras variables -como si los partos son medicados o no, si son en casa o centros de atención médica (públicos o

privados)-no son tenidas en cuenta como elementos que puedan afectar la construcción de la representación de dolor.

Diversos estudios similares a este se han desarrollado como una forma de entender qué factores contextuales influyen en las formas de entender y controlar el dolor en diversos grupos poblacionales (Kartchner y Callister, 2003; Niven y Murphy, 2000; McCrea, Wright y Stinger, 2000), encontrando tanto similitudes como diferencias en las actitudes hacia el dolor en diversos niveles que incluyen lo espiritual, lo físico y lo emocional. No obstante, la mayoría de estos estudios se centran en encontrar características particulares en distintos entornos socioculturales, dejando de lado el encuentro de diferentes conjuntos de prácticas y saberes en un mismo contexto y el impacto que esto puede causar en la construcción de la noción de dolor y por tanto, en las prácticas y actitudes que se configuran entorno a este. Finalmente, quiero señalar el estudio realizado en Buenos Aires por Patricia Schwarz (2012) en el que plantea que la forma de asumir el dolor durante el parto tiene una relación estrecha con la clase social a la que la mujer pertenezca y esto se vincula con una forma particular de vivir la medicalización extrema que se vive en el entorno urbano al que se refiere.

Los elementos desarrollados en todas las investigaciones mencionadas anteriormente presentan un reto a la división tajante mente-cuerpo y demuestran que el dolor a pesar de ser una categoría universal depende en su significación de elementos contextuales y socioculturales. Esta afirmación es la base primordial del desarrollo de este trabajo en el que me enfocaré en el dolor relacionado con el embarazo y el parto; no obstante, mi trabajo difiere de los anteriores en la medida en que ubico un grupo de mujeres que comparte una ideología que se refleja en particularidades socio culturales: religión, clase social, educación, edad, etc., pero que difieren en el conjunto de prácticas que han elegido para llevar su proceso de gestación y parto.

El último concepto al que quisiera referirme es al pudor. Aunque este difiere de los anteriores en que generalmente sí se considera un elemento propiamente cultural, tiene un desarrollo teórico mucho menor, por no decir nulo. La producción intelectual se ha hecho principalmente desde una perspectiva religiosa que no desarrollaré en este proyecto. Sin embargo, debo resaltar que la dimensión religiosa tiene un gran impacto en cómo se

entiende el pudor y qué significado tiene este para cada persona. Como bien lo señala Pedraza (2003) refiriéndose al cuerpo, la moralidad católica tiene un papel fundamental, así mismo cumple un rol particular en la configuración de la noción del pudor.

La concepción de pudor que retomaré es que este es la línea divisoria entre lo íntimo y lo público, pero lo íntimo no relacionado a la sexualidad sino a una serie de elementos que, se supone, no deben salir a la luz de lo que se considera es público (Choza, 1980). El pudor generalmente se relaciona con una serie de lineamientos educativos propios de un individuo correcto, estos lineamientos se aprenden en casa, en el colegio, la iglesia, manuales, etc. Ejemplo de esto es el manual de urbanidad de Carreño, que aunque haya caído en desuso es la manifestación pública de lo que se considera el pudor (aunado, también, a ideas de clase).

Es la elección entre lo que se considera íntimo y lo que no, lo que se relaciona precisamente con una serie de elementos contextuales e históricos. Como lo decía anteriormente los manuales de urbanidad, el tipo de educación, la religión que se profesa, la edad que se tiene, entre otras cosas, influyen en la elección de lo que creemos que hace parte única de la intimidad. El parto y algunos momentos durante el proceso de gestación, se convierten en momentos críticos en los que todo lo que generalmente se considera íntimo, de repente pasa a ubicarse en la dimensión de lo público.

Estos dos ejes de análisis que he planteado tienen como base teórica inicial la existencia de una unidad conformada por el cuerpo y la mente. Esta idea me permitió comprender distintas prácticas que las mujeres llevan a cabo durante el proceso de gestación y parto. Si bien es importante entender cómo se configura este paradigma y tenerlo como sustento inicial, mi propuesta central es ver cómo en el panorama de estos paradigmas (tecnocrático, humanista y holístico) propuestos por Davis-Floyd (2001), se configura un campo de luchas, diálogos y nuevos conjuntos de saberes. Así, podremos trascender a la discusión que plantea estos como conjuntos rígidos de prácticas que no dialogan, ni se enfrentan entre ellos.

La configuración de la partería urbana implica un nuevo conjunto de prácticas, mecanismos y representaciones novedosas, que han reunido y combinado saberes de diversos lugares, diferentes tipos de medicina y que utilizan la espiritualidad y otros

elementos para acercarse a las parturientas. Este tipo de partería empieza entonces a configurar nuevos conceptos que pueden o no oponerse a la biomedicina, encontrar las diferencias o similitudes entre estos dos campos, la partería y la obstetricia, fue uno de los objetivos de esta investigación. Finalmente es importante aclarar que según he planteado en los debates teóricos esta investigación se ocupó de dos niveles, el primero es tratar las representaciones sociales de los conceptos de cuerpo, dolor y pudor. A partir de esto, planteo cuáles son las diferencias y similitudes, entre la obstetricia y la partería, incluyendo claramente a las parturientas, de este modo planteo cuáles son los diálogos, luchas y combinaciones que se configuran entre los distintos paradigmas que se han propuesto inicialmente. El segundo nivel, es realizar un análisis sobre las prácticas que existen en estos dos campos, de modo que ese primer nivel que parece reducirse a lo discursivo, empieza a manifestarse en acciones concretas. Los mecanismos, las disposiciones corporales y espaciales, los diversos tipos de tratamiento, son las prácticas que exteriorizan y manifiestan esa parte discursiva que se ha tratado en un primer nivel.

### **iii. Metodología.**

Para abordar el tema de las representaciones sociales del cuerpo, el dolor y el pudor en las mujeres que atienden su parto con parteras urbanas, debemos pensar en primer lugar qué son las representaciones sociales y qué implica utilizarlas en el contexto de la partería. Las representaciones sociales son modelos de pensamiento que incluyen la apropiación de contenidos simbólicos, valores relacionados, conocimientos extraídos de diversos lugares, que son posteriormente materializados y que se apropian en el discurso colectivo como verdades dadas. Las representaciones se configuran en un doble proceso de apropiación: el primero es la objetivación, que se constituye en tres pasos i. selección, que es la depuración de la información, que implica que los elementos elegidos tengan coherencia con un forma de pensamiento propio; ii. Configuración del esquema figurativo, este es una simplificación del conjunto de conceptos que se ha conformado de modo que pueda ser accesible a todo un colectivo y iii. Naturalización, se da cuando la representación ya es utilizada como una herramienta del lenguaje cotidiano (Moscovici, 1979, Jodelet, 2008). El segundo paso es el

anclaje, que es definido como el enraizamiento de la representación dentro de un espacio social particular que empieza a hacer parte del uso cotidiano. Este proceso de anclaje implica, que hay una relación de doble transformación entre lo social y la representación, en primera medida porque lo social transforma el conocimiento en representación, y en segunda medida, porque durante el proceso de anclaje es probable que la representación cambie lo social. Este último paso de la teoría de las representaciones sociales está centrado en el ámbito discursivo de un grupo de personas, la idea de este proyecto es extrapolar la idea de las representaciones hacia el ámbito de las prácticas.

Para poder analizar el proceso de creación de una representación social que como lo mencioné implica dos pasos la objetivación y el anclaje, realicé un análisis del discurso a partir de la observación participante en diferentes eventos y lugares: clases, talleres, charlas, análisis de los talleres del entrenamiento a parteras, cursos psicoprofilácticos, controles entre otros, en primera medida. Pues allí, se encuentra la construcción de las diversas nociones, la conversión a un lenguaje cotidiano, que es parte esencial del proceso de objetivación. En segundo lugar, hice entrevistas a las parteras, obstetras y parturientas, además de observación en lugares cotidianos para ver como esos conceptos construidos durante la objetivación son anclados a la cotidianidad de la persona y son normalizados en cada caso.

Teniendo consciencia de la amplitud de la investigación que implica el planteamiento de este proyecto, me concentré en estudiar casos particulares, de modo que me fuera posible llegar a una comprensión profunda de todo el fenómeno que planteaba abarcar. Siendo así, elegí a dos parteras pertenecientes a la organización “Artemisa” y a dos mujeres que seguían su proceso de gestación y que llevaron, o planearon, a cabo su parto con estas parteras; por otro lado, dos obstetras y dos mujeres que acompañaban su proceso de gestación y parto con ellos. Como ya he mencionado, el grupo de parteras trabaja en el área urbana de Bogotá, por tanto la investigación se llevó a cabo en este lugar. Los obstetras y las parteras se encuentran en un rango de edad entre los 35 y los 50 años, esto se debe a que en el grupo de partería urbana la mayoría de las mujeres oscila entre esta edad, por tanto, el obstetra debía estar en este rango con el fin de evitar un impacto de la variable edad (y todo lo que ella implica) sobre la investigación.

Ahora bien, la elección de las parturientas dependió de la disposición de ellas para participar en el proyecto. Fueron mujeres entre los 28 y los 35 años que es un rango de edad en el que generalmente las mujeres buscan quedar en embarazo y con la condición de que se encontrara entre el sexto y noveno mes de embarazo, de modo que pudiera hacer un seguimiento durante un tiempo del embarazo, el parto y algún tiempo del pos parto. Este período de gestación lo elegí basándome en que la mujer ya ha afrontado por un tiempo su condición de embarazo y los cambios que esta implica.

La metodología, como ya señalé fue cualitativa y elegí como instrumentos principales la entrevista semi-estructurada, entendida como un tipo de entrevista que se realiza bajo el lineamiento de un guión preparado pero que no exige un seguimiento estricto y que proporciona la libertad de tratar la entrevista como una conversación espontánea (Corbetta 2007) y la observación participante que se centra en la participación respetuosa del investigador en una serie de situaciones que pueden ser cotidianas o no, pero que son particularmente importantes para el desarrollo del tema que ha elegido (Taylor y Bodgan, 1994). Utilicé estos para aproximarme a los dos momentos de la construcción de la representación social y además, para realizar el análisis sobre cambios en las prácticas o hábitos que se desprende del cambio en las representaciones sociales. La entrevista semi-estructurada, me permitió llevar un proceso comparativo entre el grupo de parteras-parturientas y el grupo de médicos-pacientes. Con las entrevistas quería aproximarme a los conceptos de cuerpo, dolor y pudor desde los siguientes elementos: en primer lugar concepciones, qué se piensa sobre estos temas, cómo se piensa, qué elementos y signos externos se relacionan a cada noción y qué significados y valores adjudica cada persona a los conceptos; en segundo lugar mecanismos: qué elementos utilizan para definir estos conceptos, a qué prácticas recurren, instituciones y personajes relacionados; en tercer lugar las prácticas: qué rutinas diarias cambian, cuáles continúan, a quién se recurre ante una situación fuera de la normalidad, relaciones con el parto y le gestación de cada uno de los temas y su materialización en estas prácticas.

Diseñé dos tipos de entrevista: uno para el primer grupo de parturientas, atendidas por obstetras y parteras y otro para el segundo grupo compuesto por médicos y parteras. Establecí preguntas particulares con respuestas abiertas, que pudieran ser fácilmente

respondidas y que se relacionaran con prácticas y mecanismos que por su cotidianidad son claros para la persona. Para preguntas sobre concepciones que incluyen valores, significados y vínculos a diversos elementos, recurrí al método asociativo para lograr respuestas más espontáneas, menos forzadas. Parte de este método asociativo es brindar al entrevistado una serie de palabras y lograr que asocien situaciones, conceptos, sentimientos, de manera espontánea.

Ahora bien, la observación participante me permitió recoger información suficiente para analizar cómo las representaciones de cada uno de los conceptos planteados se vinculan con prácticas diarias, se manifiestan en la cotidianidad y en la forma de llevar el embarazo; además de interacciones y componentes del contexto mismo. Como objetos de observación planteo en primer lugar, manifestaciones de los conceptos de cuerpo, dolor y pudor en formas de vestir, de alimentarse y rutinas diarias; en segundo lugar, interacciones específicas médico-paciente y partera-parturienta vinculadas a comportamientos y conversaciones, en estas últimas los consejos, tratamientos, expresiones verbales y los puntos de referencia externos; finalmente, las disposiciones espaciales en lugares como consultorios médicos, salas de partería, centros de atención de parteras, salones de meditación, etc., y disposiciones corporales, durante el parto y durante la atención en la gestación. Como última estrategia, realicé un cruce de información para ver de qué manera se articulan las manifestaciones verbales sobre los mecanismos, concepciones y prácticas, con lo que ocurre en la cotidianidad durante el proceso de gestación y el momento del parto.

El tiempo que me tomó recoger la información suficiente para poder realizar el análisis fue un poco más de cinco meses, en los que realicé seis entrevistas, que se plantearon como semi-estructuradas, pero que tuvieron una duración de entrevistas a profundidad. Asistí a cuatro talleres en el centro de partería urbana: un taller de nutrición, un taller de amamantamiento, un taller sobre movimiento y voz y finalmente, una espiral de aprendizaje<sup>9</sup>. Durante esta última observé dos videos de partos que las parteras urbanas acompañaron, aunque no estuve presente esta experiencia me transportó completamente al

---

<sup>9</sup> Espiral de aprendizaje es el nombre que estas parteras han dado a las clases de entrenamiento a otras parteras.

momento del parto y esto también sirvió como aporte para mi trabajo de investigación. Además de esto, asistí a charlas informativas a nuevas mamás que buscaban información sobre el trabajo de las parteras urbanas.

Más allá, de la participación en eventos particulares pasé largos ratos dentro del centro de partería observando las dinámicas propias del lugar. Del lado de la obstetricia entrevisté a un obstetra que trabaja en el Hospital Mayor de la red Méderi. Visité las TPR (habitaciones especializadas para trabajo de parto, parto y recuperación) de la Clínica Reina Sofía y las salas de parto de la Clínica del Country. Adicionalmente, asistí a dos cursos psicoprofilácticos de trabajo de parto y lactancia en la Clínica Reina Sofía. En el caso de la obstetricia tuve la oportunidad de recoger información aleatoria de distintos testimonios, no estipulados en la metodología, sobre el trabajo de parto en diversas clínicas y hospitales de la ciudad; esto sirvió para darme una idea más allá de lo visitado sobre cómo funciona y qué dinámicas tienen los hospitales.

Para analizar la información obtenida a lo largo del trabajo de campo realicé transcripciones de cada una de las entrevistas y a partir de estas cree una serie de categorías: obstetricia, partería, cuerpo, dolor y pudor. Estas cinco categorías fueron posteriormente divididas en subcategorías que me permitieran un análisis minucioso de las prácticas y discursos que se tejían en su interior. Además de clasificar y categorizar la información obtenida de las entrevistas, sistematicé la información recogida a través de mi experiencia en el diario de campo. Este diario contenía situaciones, conversaciones y reflexiones propias que se dieron fuera de la formalidad de las entrevistas realizadas. El diseño de este proyecto tuvo una base claramente etnográfica y por esto la narrativa del análisis de los resultados que presento a continuación se centra en dar voz a los actores y personajes que son el centro de la investigación. Son sus palabras, acciones y actitudes las que dan vida al análisis que realicé y que permiten ejemplificar, partiendo de la realidad, los resultados finales de este proyecto.

Otro asunto clave durante el desarrollo de la investigación y la escritura final de este documento fueron las consideraciones éticas. Al intentar explicar una realidad social a través de personas como investigador se corren infinitos riesgos éticos que incluyen la capacidad de malinterpretar, dañar y exponer a las personas. Para evitar este tipo de

situaciones tomé algunas precauciones, las entrevistas contaron con el consentimiento de los entrevistados, quienes aseguraron tener pleno conocimiento de que se expondrían algunas situaciones privadas y delicadas de su intimidad; me encargué de que conocieran cuál sería el nivel de divulgación de esta investigación y que serían consultados antes de tener una ampliación en este sentido. Las observaciones participantes contaron con el consentimiento de todas las personas presentes y fueron consultados en privado sobre la comodidad o incomodidad que podría generar nuestra presencia en ciertas situaciones. Adicionalmente, los nombres de las personas que participaron en la investigación fueron cambiados, al igual que las referencias a sus lugares de vivienda y trabajo. Esto último no incluyó a las parteras urbanas quienes no tuvieron ningún problema en ser reconocidas bajo sus nombres verdaderos. Para finalizar, quiero aclarar que este trabajo no tiene como objetivo juzgar como bueno o malo el proceso de medicalización o a la biomedicina en sí misma, así como tampoco pretende ser una apología al tipo de partería que he estudiado. Simplemente tiene como objetivo mostrar que existen otros caminos que deben ser tenidos en cuenta y que deben establecer lugares comunes con el tipo de medicina hegemónica para poder plantear nuevas respuestas y mejoras retomando elementos de cada lado.

Antes de terminar, quiero proporcionar un breve resumen sobre quiénes son esas personas<sup>10</sup> que permitieron el desarrollo de este trabajo de investigación.

**Lina.**

Es una arquitecta de 32 años que se casó hace poco más de 2 años, planeó la gestación de su bebé con mucha anticipación, antes de hacerlo se aseguró de tener una medicina prepagada y todas las comodidades necesarias para que su bebé naciera. Su hija nació hace poco en una de las habitaciones TPR de la clínica Reina Sofía. Para Lina los métodos alternativos para parir nunca fueron una opción, ni los consideraría siquiera como una alternativa. Más bien, se preocupa por tener una atención médica de la más alta calidad para asegurarse que su bebé venía sano y que no tendría inconveniente alguno durante su parto.

---

<sup>10</sup> Los nombres serán cambiados excepto los de las parteras urbanas quienes son reconocidas por haber sido entrevistadas en distintos medios de comunicación y por aparecer con sus nombres propios en su página de internet.

### **Ana.**

Es ingeniera ambiental y tiene 31 años. Su embarazo no fue planeado, pero fue bien recibido. Ana buscó afiliarse y pagar un plan complementario para mujeres gestantes en la medicina prepagada, de modo que pudiera acudir a cualquier médico que se ajustara a sus necesidades. Actualmente se encuentra en su octavo mes de embarazo muy cerca del día de su trabajo de parto. Aunque Ana no considera llevar a cabo su trabajo de parto en casa, no es reticente a recibir información de distintas fuentes y sobre métodos alternativos, de hecho ha consultado a una doula en Colombia durante su proceso de gestación.

### **Mariana.**

Es una antropóloga de 28 años a quien el embarazo cogió por sorpresa. Mariana conoció Unkay gracias a que las parteras comparten el espacio con una sicóloga que atendía un proceso de duelo que llevaban los hijos de su esposo. Al enterarse de su embarazo supo inmediatamente a quien debía recurrir. Mariana ha dedicado gran parte de su tiempo a la sanación de su feminidad y a la preparación de su cuerpo, su espíritu y su mente para recibir al hijo que viene en camino. Este es su primer hijo.

### **Pía.**

Profesora de inglés en un colegio privado de Bogotá, tiene 33 años y tuvo su primer bebé hace dos meses en casa y con el acompañamiento de una doula y partera en entrenamiento (Pepa). Se enteró de la existencia de las parteras urbanas buscando en internet y le inquietó la idea de tener el parto en casa porque su suegra lo había hecho con sus dos hijos. Siempre ha creído que la medicina alternativa es menos invasiva y que tiene una atención más humana que la alopática, por eso siempre recurre a tratamientos alternativos para sus enfermedades.

### **Alejandra.**

Es una de las fundadoras de Unkay y Artemisa, filósofa de profesión, por distintos motivos de su vida personal decidió investigar y aprender sobre el embarazo y el parto. Tuvo su formación como partera en distintas comunidades indígenas y afro de nuestro país, pero decidió adaptar todos estos saberes al contexto urbano. Hace más o menos quince años

que inició su proceso de aprendizaje del cual la conformación de Unkay como el centro de partería urbana ha sido el momento cumbre. Ha atendido distintos partos en casa y además, tuvo su primera hija hace más o menos seis meses en su casa y fue acompañada por su amiga y compañera de trabajo Carolina.

### **Carolina.**

Junto con Alejandra fundaron Unkay y Artemisa, es fisioterapeuta de profesión y tiene 34 años. Empezó a trabajar con un médico alternativo, Mauricio Espinosa, reconocido en la ciudad por su trabajo de acompañar partos acuáticos, hizo parte de su fundación “Procrear” y atendió diversos partos. Su parto fue acompañado por una partera, que atiende en Bogotá pero que no ejerce bajo la idea de la partería urbana, su hijo ya tiene unos 6 años y es su guía y su más grande experiencia. Actualmente acompaña partos en distintas ciudades del país, pero su centro de trabajo se encuentra en Bogotá.

### **Pedro.**

Es un ginecobstetra que trabaja en la Universidad del Rosario como profesor y además ejerce su profesión en el Hospital Mayor. Hizo su especialización en la Universidad en la que actualmente trabaja y allí dirige el grupo de noveno semestre quienes realizan su práctica en ginecobstetricia.

## **Capítulo II.**

### **Partería y obstetricia: un escenario de amores y odios.**

*“tu circulaste por mí, hiciste un camino divino,  
abriste un túnel, destapaste mi destino.”*

El objetivo de este capítulo es obtener una descripción de la relación, tanto dialéctica como conflictiva, de estos dos conjuntos de prácticas (Obstetricia y partería urbana), teniendo como base que el cuerpo y el dolor son dos conceptos básicos que funcionan como pilares fundamentales de la construcción de estas dos prácticas como un conjunto coherente de saberes. Por esta razón, no me refiero a procesos comparativos de profesionalización o de niveles de legitimidad frente a la sociedad, me centro en demostrar esas relaciones y dinámicas que se establecen entre estos conjuntos de prácticas en el área urbana como un escenario con textual compartido. Para lograr esto, ofrezco una descripción del panorama que ha creado la partería urbana y de esa parte de la obstetricia que yo pude observar a través de mi trabajo de campo y, finalmente, develo una serie de diálogos y tensiones que se crean entre estos dos conjuntos de prácticas, mostrando su permeabilidad y constante transformación.

**i. “Recordando los saberes de la maternidad”: Características de la Partería Urbana**

El centro de funcionamiento de Unkay y Artemisa es una casa cerca de la calle cien con carrera quince, comparten el espacio con diferentes profesionales que prestan distintos servicios: yoga, psicología, ventas, etc. En el mismo lugar queda un restaurante vegetariano. Es una casa que inspira tranquilidad, dentro las parteras tienen un consultorio con velas, dos sofás y una camilla para hacer sus masajes, es un lugar tibio, acogedor. Además, tienen espacios compartidos como unas salas en las que pueden dar sus charlas informativas a las parejas interesadas en parir con ellas y un pequeño salón de conferencias donde dan los distintos cursos de preparación para los futuros padres.

Más allá de los servicios que prestan a parejas que están esperando, las parteras urbanas trabajan un tipo de medicina que han denominado “medicina de mujer” y que se encarga de sanar y curar lo femenino en cada mujer. Esto significa reconciliar a las mujeres no sólo con su cuerpo femenino sino con todo lo que esto implica a nivel social y

sicológico. Para las parteras urbanas es fundamental devolverle a la mujer el poderío sobre su cuerpo y sus ciclos que, según ellas, ha sido tomado por una sociedad machista y alejado de su poder. Estos elementos que nombré son claves para entender el giro que se intenta hacer desde la partería sobre la noción de salud y bienestar, estos se relacionan directamente con la nivelación de las dimensiones física, espiritual y emocional de la mujer que la empoderan y la vinculan con su esencia individual femenina. Es por esto, que la idea de sanar desde la partería se relaciona esencialmente con la curación de las heridas y rupturas de la individualidad y colectividad femenina dadas por el crecimiento de una sociedad machista y patriarcal.

La denominación de partería urbana es propia de este grupo de mujeres que trabajan bajo el nombre de Unkay y Artemisa. Este tipo particular de adaptación de la partería al área urbana tiene como objetivo pasar del concepto de atención en el momento del parto, a la idea de acompañamiento durante la gestación y durante el parto. Este ideal de habla de proporcionar a la mujer el poderío sobre su ciclo y resalta que únicamente se requiere de una guía y un apoyo durante momentos difíciles. “[...] nosotras entendemos a las parteras urbanas como las mujeres sabias, las mujeres que saben de medicina de mujer, que acompañamos a las mujeres en otros ciclos vitales, que nos acompañamos en otros momentos de la vida, en el ciclo lunar o en el ciclo menstrual, el momento de lo que se llama la menopausia. En todos estos ciclos que son atravesados por ciclos biológicos pero también por ciclos simbólicos que han sido cegados y han sido...poco escuchados por un contexto patriarcal y lo que hemos escuchado son las voces de hombres las percepciones de los cuerpos femeninos desde los hombres...las percepciones de la sexualidad femenina desde los hombres” dice Alejandra.

En su oficio no está el enseñar a una mujer a ser mamá, a saber parir, está el guiarlas para que logren recordar y despertar los saberes y los instintos que, según ellas, son propios de la mujer. Para Alejandra se puede explicar en una frase “Somos mujeres en búsqueda de nuestras raíces femeninas”. Para lograr constituir el conjunto de conocimientos que las caracteriza, han retomado diversos saberes que provienen de distintas tradiciones a nivel global. Esta idea de partería se corresponde con el planteamiento de Davis-Floyd (2004) de un sistema de partería global humanista, que tiene la habilidad de retomar y repensar toda la

información que se encuentra a su alrededor. La facilidad del acceso a la información en nuestros días ha logrado que prácticas como la ayurvédica, la homeopatía, la acupuntura, la misma medicina alopática y distintas prácticas como los masajes chinos, los diferentes tipos de meditación y la nutrición se hayan convertido en las principales fuentes de información que han permitido a estas parteras la configuración de una red de saberes propios.

Este conjunto de saberes que se acoge bajo el nombre de partería urbana pretende conformar un nuevo oficio de acompañamiento durante el parto que se adapta al contexto de la ciudad. Esto se hace a partir de la recolección de conocimientos a través de dos trayectorias distintas: Alejandra por su parte hizo todo un recorrido geográfico en Colombia buscando el conocimiento para parrear en distintas comunidades afro e indígenas, mientras Carolina se formó en una escuela que provenía de la medicina alopática que aceptaba de cierto modo formas alternativas, como el parto en casa, pero que funcionaba bajo la lógica de la biomedicina. Al encontrarse tuvieron un conjunto de información disponible, al que debían darle coherencia y adaptarlo a su propia identidad de mujeres de ciudad, no afro, no indígenas, no enfermeras, no médicas. “[...] nosotras somos mujeres mestizas, mujeres urbanas, que beben de distintos conocimientos para poner el oficio de la partería como una oferta y como una posibilidad para las mujeres y las familias de la ciudad.” Explica Alejandra. Adicionalmente, tienen su propia escuela para entrenamiento de parteras urbanas que se denomina “Espiral de aprendizaje” y allí, tratando de olvidar los formatos tradicionales de la educación, transmiten y producen nuevo conocimiento.

## **ii. “La idea es tratar de minimizar el riesgo”: Caracterizando la obstetricia.**

Tratar de dar una caracterización general de la gineco obstetricia en el panorama Colombiano resulta mucho más complicado que hacerlo con la partería, pues no sólo existe una escuela de formación, ni estoy hablando de un único grupo de obstetras y tampoco de una sola clínica. Esta rama de la medicina se ofrece dentro del sistema educativo colombiano como una forma de especialización para quienes han terminado un pregrado en Medicina; a diferencia de otros países, en Colombia no se ofrece la especialización única en

obstetricia ni de ginecología así que el médico está obligado, de cierto modo, a atender en ambos ramos de la medicina. Los gineco-obstetras que hicieron parte de esta investigación atienden partos en clínicas de clase media y clase media alta.

Las clínicas a las que me refiero son la Clínica Reina Sofía y el Hospital Universitario Méderi. En cada una de estas existen diferencias de atención que dependen de la capacidad socioeconómica de la población. La Reina Sofía es frecuentada, en el caso de los partos, por mujeres que han pagado una medicina prepagada y un programa especial de atención a las mujeres gestantes y los neonatos. Por otro lado, el Méderi atiende a mujeres de clase socioeconómica media que utilizan los servicios de la EPS. La diferencia entre estas dos instituciones es notoria la primera ha acomodado una serie de habitaciones especializadas que buscan de la mejor manera acomodarse al ambiente hogareño y que se denominan habitaciones TPR (trabajo , parto y recuperación). Allí la mujer pasa el periodo de tiempo desde que llega al hospital hasta que ha pasado su recuperación, no es trasladada a ningún otro lugar de la Clínica. La segunda, cuenta con las acostumbradas salas de parto que son grandes habitaciones, con varias camillas que se separan en cubículos. En el Hospital Méderi hay por lo general dos o tres gineco-obstetras de turno que se encarga cada uno de atender de cuatro a seis mujeres en labor de parto. Pedro es uno de ellos y afirma “Es que para una mujer que no logra establecer este vínculo de confianza con su médico y que llega y le toca dejarse atender del que esté de turno, es difícil y uno entiende [...] pero eso ya es cosa del sistema de salud, ¿qué puede uno hacer ahí?”

Ahora bien, las mujeres que dan a luz en la Clínica Reina Sofía han tenido la posibilidad de elegir un gineco-obstetra con anterioridad y que ha llevado su proceso a lo largo del embarazo. Este médico conoce cada detalle del proceso tanto de la madre como del feto. Estas mujeres pueden decidir cambiar cuantas veces quieran el gineco-obstetra hasta llegar a encontrar el que verdaderamente logre satisfacer sus necesidades. “Cuando nosotros queríamos tener nuestro bebé, fuimos a un ginecólogo. Digamos que hicimos una selección; fuimos a varios ginecólogos hicimos una selección y nos gustó como uno [...] con el embarazo empezamos obviamente todo el seguimiento con el doctor y nos ha mandado una serie de exámenes, ecografías, etc.” relata Lina. Mientras que las mujeres que son atendidas sin pagar un servicio de medicina prepagada pueden llevar su proceso con un

gineco obstetra pero finalmente son atendidas por el médico que esté de turno en el hospital. Esto impide que se dé la misma relación de confianza médico-paciente que se da en el primer caso.

Retomando la idea de la gineco-obstetricia el parto se entiende como un proceso natural que se relaciona con distintas patologías que es necesario atender y regular. Esto abre paso a hablar sobre la normalidad y la anormalidad, pues un proceso de parto normal tiene que ver con un estado de salud, es decir de funcionamiento regular de los órganos, tanto de la madre como del feto; mientras que un proceso anormal tiene una relación directa con patologías como los embarazos ectópicos<sup>11</sup>, la enfermedad placentaria o la preclampsia<sup>12</sup>. De igual manera sucede con complicaciones durante el parto como una posición inadecuada del feto al nacer, la ruptura prematura de membranas, entre otros. Sin embargo, tanto partos normales como anormales son atendidos hospitalariamente con una serie de requerimientos vinculados a la asepsia y a profesionales de la medicina y la enfermería. Adicionalmente, en las últimas décadas se ha dado un fenómeno creciente de cesáreas programadas por la misma madre con el fin de evitar el trabajo de parto.

Más allá de la normalidad o anormalidad del parto, se asocian al embarazo ciertos riesgos que deben ser controlados y vigilados estrictamente por el médico. Por otro lado, es importante resaltar la idea de que a la mujer se le deben ofrecer ciertas posibilidades para manejo del dolor las cuales incluyen, por ejemplo la inyección epidural que es un anestésico, que si bien no deja a la mujer completamente inconsciente si disminuye su nivel de acción y respuesta. En lo referente a la preparación para el embarazo en la biomedicina es esencial que las mujeres tomen una serie de cursos a lo largo del proceso gestacional que les instruyen en las distintas formas de cuidado durante y después del embarazo. Estos cursos se llevan bajo la idea de la psicoprofilaxis que se basa en lograr una preparación integral que incluya lo físico, emocional y psicológico para las madres. Sin embargo, estos cursos se han convertido en un tipo de clases magistrales proporcionadas por enfermeras.

Para finalizar, quiero resaltar que más allá del funcionamiento regular de la gineco-obstetricia en Colombia que se ve altamente basada en la medicalización extrema, se ha

---

<sup>11</sup> Es un tipo de embarazo que ocurre fuera de la matriz.

<sup>12</sup> Hipertensión durante el embarazo.

dado una gran apertura a las nuevas ideas del parto humanizado. Ejemplo de esto son las salas TPR que mencionaba anteriormente, estas buscan lograr establecer un ambiente familiar y cálido a las mujeres en las que puedan estar en compañía de su familia y rodeadas de apoyo. Igualmente, se han dado a conocer gineco-obstetras que se inclinan hacia el lado alternativo del parto, Mario Galindo es un ejemplo reconocido de esto y que, además, comparte la atención de la mayoría de las parturientas con las parteras urbanas a pesar de nunca tener contacto con ellas.

### **iii. Compartir la ciudad como escenario: luchas, tensiones y diálogos.**

Adaptar este oficio a la ciudad implica nuevos retos, implica compartir el escenario con un discurso hegemónico que ha penetrado los pensamientos y los cuerpos. Esto le ha significado a la partería urbana convivir con la obstetricia, ese saber experto y central, y se ha convertido, de cierto modo, en una forma de conocimiento periférico, de acuerdo a una lectura desde los estudios de la colonialidad. La situación se complica cuando deben luchar por un lugar legítimo no sólo dentro de la estructura de poder que representa la organización actual del modelo de salud y la situación de dominación en la que se encuentran con los médicos, sino con la perspectiva que, en general, tienen las personas sobre su trabajo.

El sitio de encuentro entre estas dos formas de organización, gineco-obstetricia y partería, inevitablemente es el embarazo y de allí de donde parten en la construcción de dos conjuntos de conocimientos compartidos y diferentes. El embarazo tal y como lo entienden tanto parteras como gineco-obstetras es un proceso universal y fisiológico inherente a la mujer. Sin embargo, este nunca se da como un mero proceso biológico porque siempre tiene una carga cultural que lo dota de significados que determinan las prácticas que se construyen a su alrededor (Blázquez, 2005). Son estas significaciones y prácticas las que varían de un conjunto a otro, no obstante estas variaciones están mediadas por un escenario compartido que favorece tanto los diálogos como los conflictos entre estos.

Desde la biomedicina se ha vinculado fuertemente al proceso de gestación y parto la noción de riesgo y esto ha favorecido la medicalización y patologización. Siendo que este

es uno de los elementos que generan tensión entre partería y gineco-obstetricia, pues para la biomedicina el único control del riesgo es a través del saber, la institucionalización y el monitoreo médico. A partir de la consolidación de un vínculo estrecho entre riesgo, gestación y parto se ha implantado el miedo a la enfermedad y al peligro que enfrentan tanto la mujer como su hijo durante el proceso. “la idea de la atención hospitalaria del parto es minimizar el riesgo al máximo” afirma Pedro, de modo que se afirma que siempre existe una posibilidad de riesgo y que la hospitalización es la manera más adecuada de minimizarlo a probabilidades casi nulas.

A pesar de tener conocimiento sobre estos riesgos, las parteras urbanas disminuyen su importancia y afirman que estos pueden ser manejados en casa “[...] racionalmente sabemos que tenemos los mismos riesgos pero en la clínica hay permiso para que pase, en la casa no”. Argumenta Carolina, aun así, defienden que el parto en casa tiene grandes ventajas que no tiene en el hospital, “puedo decir que en casa hay menos riesgo tanto fisiopatológico como emocional ¿por qué? porque están acompañadas, en su hogar, porque se les respeta el proceso fisiológico y eso hace que sus hormonas se secreten de una manera adecuada lo cual por correspondencia hace que haya una cadena de procesos saludables que hace que se disminuyan los riesgos[...]<sup>13</sup>” continúa la partera en la defensa de su oficio.

No obstante, es importante entender que las complicaciones del embarazo se extienden más allá de una mala posición del feto, del meconio o de una falta de dilatación de la mujer. Es por esto, que diversos ejemplos a nivel global expresan un diálogo entre partería y obstetricia que permita tener un manejo de los riesgos que aproveche la capacidad de la biomedicina de prever y actuar con rapidez y la calidez, empatía y servicios que ofrece la partería. Si bien es cierto que cuando hay una situación de riesgo durante el parto, que puede ser prevista por la partera urbana, se acude al hospital pueden darse situaciones en las que no sea posible llegar al hospital a tiempo para lograr un desenlace correcto o que la situación de riesgo no haya sido prevista por la partera. Si bien es cierto que las parteras se han apropiado de una serie de herramientas biomédicas y se han entrenado para poder proveer a la mujer de una atención inmediata, en primeros auxilios por ejemplo, en ocasiones esto puede resultar insuficiente.

---

<sup>13</sup> Es importante aclarar que no he encontrado bibliografía que sustente estas afirmaciones.

La partería, entonces, ha aprendido a través de esta nueva forma de urbanidad a adaptarse a un contexto que implica nuevas exigencias que están atravesadas por todos estos discursos provenientes de la medicina alopática. El miedo es una constante durante el proceso de gestación, e incluso previo a esta gestación, temer al dolor, temer al riesgo, es una variable continua durante estos procesos. Este es uno de los elementos que conlleva al diálogo entre estas dos formas de organización. Carolina afirma que “tanto en la maleta de partera hay plantas y remedios de hierbas como también hay unas titulaciones de primeros auxilios, hay unas titulaciones en reanimación neonatal, en reanimación de adulto, hay unos instrumentos como el doppler fetal para escuchar el corazón del bebé y estar atentos[...] también hay un ambú, hay un oxígeno para tratar al bebé de una manera más adecuada si lo necesita[...]”. Ahora bien, frente a esto queda un vacío en el que no se explica cómo se enfrentarían complicaciones con respecto a la mujer durante el parto, la respuesta ante esto es trasladarse a la clínica para poder recibir atención médica. Sin embargo, esto presenta una grave falla ante situaciones de emergencia en las que no alcance la mujer a llegar a un sitio de atención médica adecuado. Adicionalmente, la explicación que ofrecen a la previsión de estos riesgos se centra en la comprensión, a través de la escucha y lectura del cuerpo, que no parece ser suficiente para afrontar las diversas complicaciones que pueden aparecer.

Estas formas de enfrentar los probables riesgos durante el trabajo de parto se muestran como una forma de hacerse simbólicamente<sup>14</sup> a la legitimidad, de situarse en un punto en el que hay una reconciliación con la medicina alopática que les permite calmar el temor de las madres y proporcionar tranquilidad. Estas herramientas han sido heredadas de la tradición biomédica, que como mencionaba al principio, también hace parte de este conjunto ecléctico de prácticas y conocimientos. La formación de estas parteras incluye además cursos y diplomados en primeros auxilios, atención médica para el neonato y la madre, sumándole a ello, la educación de Carolina como fisioterapeuta. Adicionalmente, y como se puede observar en las explicaciones proporcionadas por la partera, el discurso que

---

<sup>14</sup> Me refiero a esta forma de legitimidad como simbólica porque no es suficiente para afrontar todo el abanico de riesgos a los que se enfrenta una mujer durante el parto.

ofrecen sobre el riesgo se vincula claramente con una explicación que proviene de la biomedicina, siendo su forma de enfrentarlo un tipo de vínculo simbólica con la última.

Este abordaje, más simbólico que nada, del tema del riesgo durante el parto por parte de las parteras urbanas deja una serie de espacios en blanco, que no se resuelven completamente. El riesgo es entendido, según se muestra, como una construcción discursiva perteneciente a la biomedicina y que se enfrenta a través de una serie de símbolos que sirven para paliar la angustia y el miedo que pueden causar las complicaciones en la parturienta. Sin embargo, no hay un trato verdadero a través de acciones concretas de las situaciones de complicación tanto del feto como de la madre; si bien es cierto que se acepta que hay complicaciones que no pueden ser tratadas sino en el hospital, no se cuenta con la asistencia adecuada para lograr enfrentar situaciones de emergencia,

Aunque esto implique un cierto tipo de diálogo entre la medicina alopática y la partería urbana, el uso de este tipo de elementos es también un punto de tensión, es una forma de enfrentarse al modelo y plantear que hay otras formas de conocimiento y de parrear, en este caso, que pueden utilizar y retomar esas herramientas características de la biomedicina. La relación que se establece entonces con estas herramientas, pensándolas como símbolos, es un proceso de re-significación recíproca. Por un lado, el uso de estas herramientas médicas por parte de las parteras les proporciona legitimidad simbólica ante la noción de riesgo que está tan arraigada en nuestra sociedad. Por otro lado, las parteras están dotando a estas herramientas de nuevos significados, que se alejan del hospital y de los guantes de látex del médico. Las han sacado de su ambiente tradicional y las han hecho parte de un conjunto de prácticas distinto que se desarrolla en otros contextos y en manos de otros oficios.

Ahora bien, es importante resaltar que esta adaptación de herramientas que provienen de la biomedicina implica el establecimiento de un diálogo, el compartir escenario, con otro tipo de medios para detectar posibles complicaciones como la lectura del cuerpo, de sus signos, de sus manifestaciones, “¿cómo podemos detectar nosotros las posibles situaciones que nunca están descartadas totalmente?, y eso hace parte de trabajar el ego de la partera, básicamente porque tenemos, todos, unas herramientas terapéuticas de

lectura corporal y podemos antecederlos con bastante tiempo si estamos atentas a observar, a oler, a sentir, a percibir tocando ese cuerpo de la mujer previamente al parto, conociendo ese cuerpo[...]" explica Carolina. A través de esto, vemos como se empieza a conformar ese conjunto ecléctico de prácticas que provienen de tradiciones y de formas de conocimiento altamente distintas.

Tal como lo plantea Davis-Floyd (2001) hay un escenario con diversos paradigmas, pero estos no son rígidos, se combinan, dialogan, en medio de la situación de tensión, que los caracteriza. Esta tensión a la que me refiero se configura en una relación de crítica mutua: por parte de la partería a la dominación masculina, a la patologización de procesos que son "naturales", al olvido del papel central de la mujer, sus sentimientos y sensaciones durante el parto; y, por parte de la medicina, al ejercicio de un oficio poco fundamentado en la técnica y la teoría, que aumenta las posibilidades de riesgo y que obedece más que nada a un deseo necio de las mujeres. Estas características que he proporcionado de las tensiones que se producen entre estas prácticas han sido llevadas al extremo. Realmente existe una línea con dos extremos en las que oscilan tanto la obstetricia como la partería, siendo algunos altamente radicales con sus ideas, mientras otros intentan establecer diálogos y compartir ideas. Esta es la principal razón por la cual no utilizo el término, tan común en la antropología médica, de sistema médico, pues la idea de sistema proveniente del estructural-funcionalismo impide pensar en la obstetricia y la partería como conjuntos de prácticas y saberes que están en constante diálogo y tensión lo que los hace completamente cambiantes.

Desde la medicina, como ya lo mencionaba, los partos pueden ser normales o anormales, más allá de las patologías relacionadas al embarazo hay una serie de elementos que hacen que el parto sea anormal pero no patológico. Esto es por ejemplo que el feto tenga enredado en el cuello el cordón umbilical, que esté con los pies hacia abajo en lugar de la cabeza o que haya meconio. Sin embargo, para las parteras un parto siempre es normal, pues estos episodios diferentes son simplemente caminos diversos para seguir el

parto<sup>15</sup>. Desde la medicina de mujer este es el principal conflicto con la biomedicina y es que se patologiza cada uno de los procesos femeninos y se trata como una anomalía imposible de tratar si no es por medio del control biomédico. La anomalía entendida desde la biomedicina es un motivo de intervención, mientras que en la partería no lo sería hasta que se diera una situación riesgosa<sup>16</sup> lo cual seguiría estando entendido dentro de los límites de la normalidad.

Por esta razón y según explica Pedro, la partería urbana podría ser reconocida y aceptada siempre y cuando hubiese un seguimiento médico, durante la gestación que garantizara que el parto no tendría ningún riesgo de complicación. ¿Qué significa esto? Un proceso en el cual las mujeres tengan un obstetra que vigile las distintas etapas de su embarazo y que se realicen los exámenes pertinentes: de sangre, ecografías, etc. Esto nos lleva a pensar en la idea que planteaba al inicio sobre el tema de la oficialización y la profesionalización de la partería. Según la biomedicina la partería debe ser vigilada y controlada, para que pueda acompañar los partos normales, sin embargo, desde la partería todos los partos son normales y la idea de anomalía ha sido eliminada tanto discursiva como prácticamente.

La afirmación que Pedro hace sobre la partería, deja ver esas relaciones de dominación que se establecen entre la medicina alopática y la partería y que en términos de la teoría de las representaciones sociales, está en una fase de anclaje no sólo en la biomedicina sino en la sociedad en general que está bajo la sombra de su hegemonía. La partería puede existir y ejercerse como oficio siempre y cuando haya una supervisión médica y dicha supervisión se da desde la tecnología biomédica. Es precisamente a esta idea a la que se oponen las parteras, no sólo las urbanas, sino el resto de parteras del mundo, reflexionar sobre la idea de un conjunto de prácticas que debe ser entendido como diferente al de la biomedicina. Esto se relaciona con la generalizada negación a la profesionalización, pues tiene que ver con la comprensión (actual) de la “profesión” desde

---

<sup>15</sup> Estas parteras conocen una serie de técnicas como utilizar los dedos para, a través de una maniobra, desenredar el cordón mientras reciben al bebé, poner cascabeles en la cadera de la mujer y hacerla caminar para tratar de que el bebé se acomode con la cabeza hacia abajo, entre otras.

<sup>16</sup> Sin embargo, esa misma diferencia entre la anomalía de la biomedicina y la normalidad de la partería hace que la noción de riesgo que se maneja sea completamente diferente.

una perspectiva particular que se relaciona con una formación universitaria, que responde a ciertos estándares vinculados a la medicina, que se explica desde lo científico, siendo precisamente la idea del positivismo y de una visión universal de los cuerpos, que las parteras se niegan a adoptar (Weitz, Sullivan, 1986).

En gran medida y según explica Pedro esta visión universalista de los cuerpos y los casos se debe a fallas que trascienden a la relación partera-ginecobstetra y que se ubican en el panorama del modelo de salud en la actualidad. Para Pedro, el modelo de salud en Colombia no permite el establecimiento de una relación de confianza entre el médico y la parturienta (al menos no en todas las clases sociales, esto se reserva para quienes pueden pagar un servicio de medicina prepagada y un plan complementario para embarazadas). Simplemente la mujer llega y el médico obstetra de turno se encarga de atender su parto al tiempo que el de otras seis mujeres. Tanto para la gineco-obstetricia como para la partería establecer una relación de confianza y un vínculo afectivo con la parturienta es esencial para poder llevar un parto tranquilo y confiado, es supremamente importante entender los procesos individuales y particulares de cada mujer. Sin embargo, como lo señala Pedro, existe un problema en el modelo de salud que impide el establecimiento de este vínculo de confianza, pues la atención está completamente fragmentada: es distinto el que hace ecografías, al que toma la sangre, al que dicta los cursos, al médico que hace los controles y al que atiende el parto. La necesidad de esta relación de confianza médico-paciente o partera-parturienta, se basa en la idea de una comprensión tanto del proceso fisiológico como emocional.

Por esto, desde la partería urbana se han establecido una serie de cursos diseñados casi que como consultas individuales o de grupos muy reducidos, para poder guiar los movimientos según las necesidades específicas de cada mujer. Contrario a lo que sucede en los cursos psicoprofilácticos en los que hay varias mujeres que se sientan a aprender en un tipo de clases similares a las magistrales del colegio. Esto mismo sucede en el momento del parto, dependiendo del plan de salud que la mujer tenga puede o no elegir el obstetra que la va a atender, en el caso de que no pueda hacerlo, la atenderá el de turno y su mayor relación con él es su historia clínica. Además el volumen de mujeres que llegan a una sala de partos es muy alto y el número de pacientes por médico no le permite atender de una forma

particular y profunda cada caso. Aun así, como lo pude observar en el caso de Lina con las salas TPR de la clínica Reina Sofía hay una atención mucho mayor y esto depende en gran parte de la cantidad de dinero que la mujer pueda pagar por la atención.

Es importante retomar el tema de los cursos psicoprofilácticos y los cursos que se dictan en el centro de partería urbana. Según afirman Carolina y Alejandra estos cursos más que ser necesarios para que la mujer aprenda a dar a luz, son una seguridad en la que se apoyan ellas para que las mujeres empiecen a recordar su sabiduría femenina y a encontrarse con su propio cuerpo. Para la partería urbana todo este camino más que aprendizaje es de recordar, de traer de nuevo el “instinto” que se ha perdido en medio de la construcción del parto como una patología y de su medicalización; este instinto, se corresponde con la idea de la animalidad de la mujer que sale a flote en distintos ciclos, en especial durante el parto.<sup>17</sup> Mientras que los cursos psicoprofilácticos son simplemente un requisito obligatorio que pide la EPS a la mujer embarazada.

Durante el curso psicoprofiláctico de Lactancia en la clínica Reina Sofía la enfermera jefe quien estaba dictando el taller aseguró en tono un tanto burlón: “algunas mamitas llegan al parto sin la preparación de los cursos y es tan desastroso que es preferible mandarlas a cesárea”. Lina simplemente me miró con una expresión entre miedo y risa. (Enero, 2013)

Esto habla del trato que se les da a las mujeres durante su estadía en la clínica en el trabajo de parto. Las mujeres están desarrollando el papel de ignorantes, que deben ser intervenidas para evitar un desastre proveniente de su falta de conocimiento con respecto al embarazo y al parto.

De los cursos a los que asistí en el centro de partería quisiera resaltar dos, el primero fue un curso de amamantamiento<sup>18</sup> que se dictó en el salón de conferencias del lugar, por una doula y partera en entrenamiento, Pepa. Ella explicó muy bien la parte fisiológica del

---

<sup>17</sup> Con respecto a esta idea de instinto y animalidad que desarrollaré más adelante con mayor precisión, quiero aclarar que son tratadas como correspondientes con la naturaleza humana y estas mujeres no son conscientes que estos son discursos que se han construido desde lo social y lo cultural.

<sup>18</sup> El uso de la palabra amamantamiento en lugar de lactancia en este curso, se hace de manera deliberada por las parteras por sus raíces que se vinculan con la palabra amor.

seno, el funcionamiento de la lactancia y las dinámicas hormonales del cuerpo durante este período. Del mismo modo que sucede con algunas herramientas que se trasladan de la biomedicina a la maleta de la partera, el discurso y la explicación fisiológica funciona como un tipo de legitimador simbólico de un conocimiento profundo sobre la fisionomía humana por parte de quienes dictan estos talleres. La disposición de las sillas se hizo en un semicírculo ubicado de tal manera que se pudiera observar un computador en el que se presentaban unas diapositivas. Aunque para las parteras es primordial establecer estos cursos como diferentes a los cursos psicoprofilácticos se basan en la estructura propia de la psicoprofilaxis para realizarlos: el desarrollo integral y nivelado de la teoría y la práctica. Si existe una diferencia entre estos dos es que en los cursos de las parteras se da un esfuerzo por realizar al final una actividad que conecte a la mujer con su rol de mamá. En este caso, la parte práctica era moldear un seno en arcilla con los ojos cerrados. En el curso estaban Mariana, su esposo, otra mamá, Juliana (mi compañera en el trabajo de campo) y Pepa, la doula. Mientras Pepa hablaba sobre la lactancia, su hijo, de tres años, entró y le pidió leche, ella se levantó la camisa y lo amamantó, siguió hablando y aprovechaba la situación y explicaba distintas técnicas y posiciones de lactancia. Esto nos habla de la relación de confianza que se establece con la parturienta y de mostrar cómo llevar a la práctica lo que se explica con la teoría.

El segundo curso al que quisiera referirme es un curso de nutrición para preparar el cuerpo femenino para la fecundidad. Este curso fue interesante porque en él estábamos únicamente Pepa, la mujer que estaba en preparación, Juliana y yo. El curso fue guiado, más que nada, por las preguntas e inquietudes de la mujer. Durante el curso Pepa le explicó qué alimentos debía consumir y qué otros no, teniendo en cuenta sus gustos y las propiedades particulares de cada alimento. Dependiendo del ciclo lunar <sup>19</sup>(menstrual) en el que se encuentre debía consumir un tipo de alimentos particulares, fríos, calientes, verdes, etc. Y explicaba desde un discurso muy apegado a las reacciones químicas y a la biología las razones de consumir estos alimentos.

---

<sup>19</sup> Este nombre proviene de la relación que se establece entre el ciclo lunar que ocurre cada 28 días y el ciclo menstrual por el que pasa la mujer durante el mismo período de tiempo.

Para comparar los anteriores eventos con el lado de la obstetricia quisiera proponer un curso psicoprofiláctico al que asistí en la Clínica Reina Sofía. La clase se da en una habitación dispuesta como un salón, con sillas en líneas, había aproximadamente unas treinta mujeres, yo estaba acompañada por Lina que fue quien me invitó. El curso se dictó por dos enfermeras que con un seno de caucho en la mano explicaban el proceso fisiológico de la lactancia. Durante el curso se presentaron dos videos, uno de ellos en el que una mujer presentaba distintas posiciones para el amamantamiento. Los videos que se presentaban mostraban a mujeres que en sus rostros demostraban tanto dolor mientras su hijo se alimentaba, que Lina se volteó varias veces a decirme “ay no qué susto, qué voy a hacer”. Además de las explicaciones fisiológicas sobre este proceso, las enfermeras hablaban sobre los “mitos y las creencias populares” sobre la lactancia, por ejemplo tomar agua de panela o la dieta de los 40 días.

Con respecto a estos eventos que he descrito quisiera resaltar varios temas que considero son importantes y que se relacionan precisamente con la dominación a la que se refieren Ginsburg y Rapp (1991) entre biomedicina y las mujeres. El primero de ellos es la evidente dominación discursiva que se ejerce desde la medicina alopática, no sólo sobre otro tipo de organización médica, sino sobre las mujeres en sí mismas. De alguna manera el tono de voz, las expresiones, la forma exagerada de gesticulación y el uso recurrente de diminutivos, recuerdan una clase del pre escolar. En segundo lugar, el tipo de organización de los lugares en los que se dan las clases, hablan sobre esta dominación, sobre el conocimiento real y verdadero sobre este proceso fisiológico que los médicos y enfermeras tienen y las mujeres no. Aun así, como lo mencioné anteriormente la estructura de los talleres de la partería urbana de cierto modo utilizan este discurso fisiológico como modo de legitimación que no está del todo libre de ser una forma de dominación. La disposición de la habitación como un salón de clase magistral, restringe la relación y establece unos límites entre quien está de pie, en frente, explicando y las mujeres sentadas aprendiendo.

Esto se relaciona con la forma de entender al parto y la gestación como un proceso altamente complejo que no puede ser comprendido por una mujer sino a partir de la explicación clara y concisa proveniente de la biomedicina. Por ejemplo, la afirmación a la que me refería anteriormente sobre la obligatoriedad de los cursos para parir bien,

demuestra que se piensa que a la mujer se le debe enseñar sobre cómo ser mamá y cómo afrontar su proceso gestacional y el parto. Ahora, hablar sobre otro tipo de manejo, por ejemplo alimenticio, durante la lactancia o el embarazo, es un elemento que se comparte entre la partería y la obstetricia pues se inicia una guía sobre la alimentación.

El segundo tema al que quisiera referirme, es que en los cursos psicoprofilácticos hay una universalización de los procesos, a la que ya había aludido anteriormente, que impide que las mujeres vivan su propia forma de enfrentar distintas situaciones, como la lactancia. La presentación de estos videos durante el curso, aumenta el miedo al dolor, que implica el crecimiento de la sensación de necesidad de ayuda externa para enfrentar esos procesos propios del embarazo y la crianza. Los elementos de extracción que se vendían al finalizar el curso, se presentaban como una ayuda para combatir ese dolor tan profundo que se veía en los rostros de las mamás lactantes de los videos presentados.

El tercer tema es el uso de técnicas, esto implica pensar en un conjunto de herramientas, instrumentos y medios como verdaderos y efectivos, dejando de lado otro tipo conocimientos, que se denominan de modo peyorativo como creencias (Good, 2003). Así, vemos entonces que la psicoprofilaxis se centra en enseñar una técnica adecuada que debe ser seguida para mantener el procedimiento correcto. En oposición a ello, la partería urbana plantea el uso de distintas herramientas sin fijar un nombre particular, es decir, no hacen yoga prenatal o pilates prenatal, por nombrar algunos ejemplos, sino que en un instrumento como la danza o la meditación incluyen distintos elementos provenientes de varias técnicas. Esto permite proporcionar a la parturienta cierta flexibilidad sobre lo que se acomoda a sus necesidades, a su cuerpo, a sus creencias, a su instinto.

Finalmente, hay un tema que proviene de las distintas observaciones en los cursos que quisiera resaltar, este se refiere a la configuración de los espacios y su relación con la conformación de distintas prácticas. Desde mi llegada al centro de partería urbana, noté que había velas, muebles abullonados, las paredes estaban pintadas de colores terracota y los bombillos eran de color amarillo. Diametralmente distinto a lo que se puede observar en una clínica, ya sea en sus salas de espera, en los consultorios o en las mismas salas de parto, las paredes de color blanco, las luces alógenas y la indumentaria del personal.

Más allá del tipo de ambientación que se maneje y de la forma en que esto afecta las relaciones y el tipo de interacción que se establece entre las parturientas y sus médicos o sus parteras, la organización espacial es la materialización del proceso de cambio de esa relación de dominación que se ejerce entre quien da el curso y las mujeres que lo toman. El tipo de organización de las sillas durante los cursos sirve como ejemplo de una relación de dominación materializada. Es una enseñanza que se imparte de arriba hacia abajo, que de cierto modo intimida y además genera sensación de temor a no poseer el conocimiento adecuado para enfrentar determinadas situaciones. La organización de las sillas en círculo que utilizan las parteras es una forma de compartir el conocimiento, de demostrar que no hay una superioridad de quien está de pie, en frente. Este tipo de organización permite una interacción más dinámica, menos restrictiva. Aun así, esto no implica un cambio drástico en el modo de pensar de las parturientas, pero sí son intentos fructíferos de darle un papel central a la mujer gestante durante su proceso.

Parte de este tema que he presentado es la preparación y elección del lugar en el que se va a parir. Yo elegí una población que corresponde con una tipología de clase media, media-alta y alta, pues estas parejas tienen la posibilidad de elegir y pagar por los servicios que consideren necesarios para el parto. Quiero, para que se entienda este apartado, describir cómo se organizan estos lugares, cómo se escogen y cómo lucen. En primer lugar, me referiré a lo que las parteras urbanas llaman “el nido” este es el lugar escogido en el hogar de la pareja gestante para tener el bebé. Antes que nada las parteras van a la casa de la pareja y revisan el lugar, para determinar qué espacios son adecuados y asegurarse de que haya lugares en los que la mujer pueda tomar distintas posiciones para recibir las contracciones y finalmente dar a luz. Luego durante el proceso de gestación la pareja tiene que construir en ese lugar un altar que tenga distintos elementos que sean representativos de la etapa. Llegado el día del parto todo está preparado el nido es un lugar a media luz, con calentadores eléctricos para mantener una temperatura alta, velas, si es posible la chimenea encendida, cobijas y toallas<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> La construcción del nido es una forma de ritualización construida a partir de los discursos que promulga la partería urbana, que además se ha constituido como una forma de configurar una identidad propia de este tipo de partería.



Foto del nido de nacimiento de Ariel, pareja. (Tomada de la página web de Artemisa)



Foto del altar en el nido para nacimiento de Ariel. (Tomada de la página web de Artemisa)

Por otro lado, tenemos las salas TPR, salas que apuntan a la comodidad y privacidad de la mamá, tienen todos los elementos y herramientas necesarios para suplir sus necesidades. La preparación anterior a la llegada de la madre está en manos de las enfermeras y se centra sobre todo en la limpieza y en la asepsia. Esto tiene una estrecha relación con el color blanco y las luces halógenas. La habitación tiene una cama que se puede poner de todas las formas posibles, esto facilita la movilidad de la mujer durante todo el trabajo de parto y su descanso en el pos parto. Es importante ver que en el lugar hay una cama para el acompañante, que empieza a tomar un papel preponderante en el parto. El concepto de privacidad aparece como un elemento fundamental del parto en contraposición al tipo de exposición que se vive en las salas de parto corrientes en las que la mujer tiene

que compartir su espacio con otras mujeres que están en el mismo proceso de dar a luz. Todo esto hace parte de esas nuevas nociones de parto humanizado que han empezado a permear las instituciones clínicas en las que elementos particulares como la comodidad de la madre, la intimidad, la compañía (y la posibilidad de la madre de elegirla), son esenciales para proporcionar un ambiente que sea adecuado para el desenvolvimiento fisiológico y psicológico tanto de la madre como del hijo (Alonso & Girard. 2009).

Estas nuevas habitaciones de la Clínica Reina Sofía (que existen en otras Clínicas del mismo nivel socioeconómico como la Clínica de la Mujer y la Clínica Santafé) son una transformación espacial completa en las clínicas de lo que son las salas de parto. En otras clínicas -como la Clínica del Country o El Bosque, (que también son de un nivel socioeconómico alto) o como la Clínica Marly, el Hospital Universitario Mayor, el Hospital San Ignacio-existen unas salas convencionales divididas en cubículos en los que las mamás están en una camilla con estribos que les permitirá ubicarse en la posición tradicional de la biomedicina para dar a luz. Estos lugares son compartidos por varias madres y están a cargo de distintos médicos, los controles les son realizados normalmente por médicos practicantes que realizan tactos<sup>21</sup> continuamente para verificar la dilatación de la madre.

Es importante ver de las anteriores descripciones que la tendencia de las clínicas es incluir el discurso del parto humanizado dentro de su atención como se refleja en la idea de las salas. A diferencia de las salas de parto, este tipo de habitaciones permite un desarrollo mucho más tranquilo del trabajo de parto que evita la presión que genera la organización de las salas convencionales. Esto es una demostración del acercamiento del modelo de salud biomédico hegemónico hacia las ideas y los objetivos de otros grupos y formas de organización entre los cuales es predominante la partería.

Ahora bien, con respecto a la ambientación y la organización espacial de estos lugares, está relacionado con las nociones que tienen los individuos sobre lo frío y lo caliente. La ambientación con velas, chimenea, calentadores, se contraponen a las paredes y luces blancas, la indumentaria de colores claros y los pisos en baldosa. Esta relación entre lo caliente y lo frío en los lugares, se extrapola hacia el ámbito de las relaciones. Es decir,

---

<sup>21</sup> Es una técnica que consiste en la introducción de los dedos índice y corazón por el conducto vaginal para obtener información sobre la dilatación, principalmente, en el trabajo de parto.

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

Este escenario urbano se ha convertido en el telón de fondo perfecto para entender de qué manera distintos conjuntos de prácticas y saberes empiezan a convivir unos con otros. Para Davis-Floyd (2001) estas hacen parte de unos paradigmas, el holístico se correspondería con la partería y la biomedicina haría parte de lo que ella ha denominado como tecnocrático. Sin embargo, a través del anterior capítulo quise mostrar que a pesar de la insistente relación de dominación que se establece entre estos dos, se han empezado a permear lo cual ha generado tanto diálogos como tensiones entre ellos. El uso de instrumentos biomédicos por parte de las parteras y la inclusión de las salas TPR en algunas clínicas, es muestra de los diálogos que empiezan a partir de su convivencia en este escenario.

De cierto modo retomar elementos de un lado y de otro se ha convertido en una forma de legitimación del conocimiento en un escenario urbano que se encuentra en un proceso de cuestionamiento y cambio. Ante las críticas a la atención en el modelo de salud y a la intervención innecesaria de la biomedicina, el modelo ha respondido con la adaptación de distintas ideas que provienen de discursos del paradigma holístico como la partería. Estas habitaciones TPR son una acomodación del hospital del ambiente de la casa que juega con las ideas de la intimidad, la comodidad, la compañía y la posición central de la mujer, todas ideas provenientes de la lucha por el parto humanizado de la cual hace parte la partería. Es una forma de re legitimar su oficio y su profesión, respondiendo a una serie de fuertes críticas provenientes de la sociedad. Sin embargo, es una transformación que ocurre en los niveles más altos de la escala social, sólo pueden disfrutar de ellos quienes pagan grandes cantidades de dinero, no hay un cubrimiento humanizado homogéneo a todos los niveles socioeconómicos. Esta combinación de la biomedicina con ideas provenientes de otras configuraciones como la partería, sucede también hacia el otro lado

pues la partería empieza a adaptar instrumentos propios de la biomedicina y elementos discursivos provenientes de la nutrición y de la fisiología para legitimar su oficio y generar seguridad en cuanto al riesgo. Esto también se ve reflejado en las titulaciones y certificaciones que tienen en ámbitos como la reanimación neonatal y de adultos.

Es importante resaltar que a pesar de que la partería se manifieste como un movimiento contra hegemónico, en pro de la lucha del cambio en la estructura ideológica que atraviesa tanto social como políticamente nuestra sociedad (Gramsci, 2009), continúan haciendo parte de esta ideología y siguen buscando la legitimidad a partir del uso de discursos, herramientas y prácticas propias de la conjunto de prácticas y saberes hegemónico que conforma la biomedicina. La estructura ideológica persiste y subyace a los planteamientos y propuestas que tienen estas parteras en su oficio, esto demuestra que más allá de un cambio estructural ideológico que transforme la hegemonía biomédica, se están creando una serie de híbridos que se sitúan en lugares comunes. A partir de esta idea vemos que la lucha de las parteras se ha encaminado más hacia la mediación entre las dos formas de organización médica, a pesar de la inevitable relación de poder que se mantiene entre estos dos conjuntos de prácticas y que se establece a la biomedicina como el discurso central y legítimo y la partería como un tipo de conocimiento periférico. Adicional a esto, existe un problema de fondo que hace parte de esa ideología que hemos naturalizado como realidad y que se manifiesta en el modelo de salud colombiano. Este modelo no permite una atención igualitaria a todas las mujeres, siendo las clases socioeconómicas más altas las únicas que podrían gozar de los servicios de las habitaciones TPR, por ejemplo. De igual manera sucede con este nuevo modelo de partería que debido a sus precios se dirige a las clases media y alta, reproduciendo las desigualdades que produce el modelo de salud.

### Capítulo III. Corporalizando la maternidad.



*Bell, Jade. "A beautiful body Project" [fotografía]. Recuperado de <http://www.abeautifulbodyproject.com/>*

El cuerpo, según Le Breton (2002), se configura a partir de ciertos referentes que se desprenden de un pensamiento y opiniones propios del individuo que han sido amoldados por determinados discursos (ideología) que se hacen hegemónicos en una sociedad. En nuestra sociedad, que, podríamos decir, se ha desarrollado a la sombra de eso que denominamos "occidente", la idea de cuerpo se ha dado como un conjunto de órganos que funcionan correcta o incorrectamente dependiendo algunas veces de factores internos y otras de factores externos. Aunque con los años esta visión del cuerpo (de la salud y la enfermedad) ha ido cediendo paso a las perspectivas que incluyen la parte social y la parte psicológica-emocional del individuo como componentes fundamentales, aun predomina la idea del cuerpo como el producto del buen funcionamiento de un conjunto de órganos.

En la actualidad buscar una alternativa distinta a la medicina alopática se ve como una actitud disidente que de algún modo se entiende como contra hegemónica. Este tipo de pensamiento diferente corresponde con una forma distinta de entender el cuerpo, que recoge referentes desde otros discursos y otros ambientes que difieren del alopático. Las mujeres que acuden a la partería urbana en este caso corresponden con esta figura de la disidencia, que no sólo depende de una opinión propia sino de un estatus socioeconómico medio o alto que les permita elegir. Como bien lo explica Le Breton, la configuración de las representaciones del cuerpo, se hace a partir de un conjunto de referentes retomados de distintos lugares, que no necesariamente son coherentes, en este caso estos provienen no solamente de la partería urbana sino de un contexto general que se corresponde con la medicina alopática.

Esto quiere decir, que el cuerpo de estas mujeres es un constructo generado a partir del encuentro inesperado de la medicina alopática, la amalgama de saberes que se esconden bajo el nombre de partería urbana y una serie de elementos propios de su trayectoria personal. Efectivamente, estos referentes no son coherentes entre sí. La necesidad de un curso psicoprofiláctico sobre trabajo de parto no se corresponde con la idea de una serie de sesiones de hipnosis para la preparación para este momento; aun así, estos sí son coherentes con la situación de diálogo entre la partería urbana y la medicina alopática que se ha establecido de alguna manera en la ideología de la mujer.

A partir de los planteamientos de Le Breton (2002) entenderé la maternidad y el parto como un momento límite que debe vivir la mujer. En este caso la mujer debe afrontar fuertes cambios internos y externos del cuerpo y esto les lleva a repensar su cuerpo recurriendo a sus significados para enfrentarse a la nueva situación que supone el embarazo. Esto implica, entonces, la transformación de distintos elementos de la vida cotidiana, los hábitos deben modificarse para afrontar un cuerpo nuevo que se enfrenta a situaciones desconocidas y dichos cambios dependen de esos referentes según los cuales la mujer entiende su cuerpo.

Lo anterior, se refleja hasta en los detalles más mínimos de la rutina diaria, por ejemplo Pía, no se ocupó, ni preocupó por evitar la salida de estrías pues para ella eran los recuerdos, las marcas, de su embarazo; Mariana, botó todos los productos químicos que

tenía y adquirió nuevos productos naturales para evitar las estrías, para cuidar su cuerpo sin dañar de ningún modo al bebé; mientras que Ana compró todos los productos especializados del mercado, para lograr salir “invicta” del embarazo y recuperar su cuerpo de antes. Estas prácticas y cambios en los hábitos diarios se corresponden precisamente con una forma particular de entender no sólo al cuerpo sino al embarazo, asimilar las estrías como una forma de huella que recordará siempre ese momento o hacerlo como una simple cicatriz producto de un proceso fisiológico como el estiramiento excesivo y rompimiento de la piel, habla de estas formas de comprender. Igualmente estas ideas se vinculan con elementos hegemónicos de la ideología que atraviesa nociones como la estética, la salud, el bienestar, etc. Pero son precisamente los cambios propios del embarazo los que llevan a estas mujeres a tomar consciencia de su cuerpo, de sus significados, a repensarlo y cambiar sus hábitos. A continuación estableceré una serie de elementos particulares que las mujeres empiezan a encontrar en esta reconfiguración corporal que implica el embarazo y la transformación en la representación social del cuerpo que estos conllevan.

**i. Reconstruyendo el día a día.**

Para Zandra Pedraza (2003) los hábitos se crean a partir de cuatro elementos particulares: el tiempo, el espacio, el sexo y la identidad, los mismos que hacen parte de un proceso necesario de reconstrucción en diferentes situaciones. Los cambios corporales a los que se enfrenta una mujer embarazada implican, irremediamente, un ajuste en sus hábitos y cotidianidades. Esto quiere decir, desde la perspectiva de Pedraza, que hay un cambio en alguno de los elementos que configuran esos hábitos, en este caso hay una transformación en la situación espacio temporal de las mujeres y esto, aunado a una identidad, produce modificaciones particulares en los hábitos cotidianos. Las transformaciones que se realizan en la vida cotidiana son el medio por el cual las mujeres empiezan a corporalizar y a asumir los cambios que implica su proceso de gestación, es en este momento cuando las representaciones sociales penetran el cuerpo y en este nivel logran pasar de la objetivación al anclaje (Moscovici, 1979).

Es por esto, que los nuevos hábitos producidos difieren no sólo entre las mujeres que acompañan su parto con las parteras urbanas y las que lo hacen con obstetra, sino entre

ellas mismas. Ana y Lina se centraron cada una por su parte en mejorar su condición física a partir de una rutina más saludable y menos sedentaria que la que llevaban con anterioridad. Para lograr esto Lina se inscribió en un curso de yoga y pilates prenatal al que trató de asistir cada semana al menos una vez, con el fin de mejorar su flexibilidad para el momento del parto. Es importante aclarar que antes de su embarazo Lina no hacía ejercicio con regularidad. Adicionalmente, su obstetra le indicó una forma saludable de alimentarse en la que incluía una porción alta de vegetales y frutas. Esto con el fin, primero, de no subir de peso de manera exagerada en el proceso de gestación y, segundo, para asegurar una buena alimentación para el bebé. La idea del ejercicio y la alimentación adecuada durante el proceso de gestación, se dirige más hacia la parte estética y funcional de evitar una subida de peso exagerada y con el fin de garantizar que el cuerpo volviera a ser tal como antes poco tiempo después del embarazo.

Ana, por su parte, incluyó en su rutina diaria una serie de caminatas largas, que antes no realizaba, con el fin de mejorar su estado físico y de evitar la gordura excesiva. Adicionando una serie de masajes, con una gran variedad de cremas especializadas para evitar las estrías al máximo posible, tanto en la mañana, antes de ir al trabajo, como en la noche, antes de ir a dormir. Ana seguía los consejos de todas sus amigas y familiares para evitar la salida de estrías. Además de esto, mejoró su alimentación en la medida en que empezó a comer a horas determinadas y disminuyó el nivel de dulces y comidas rápidas en su dieta.

Contrario a lo que sucedía con Mariana y Pía, quienes no tuvieron una rutina particular de ejercicio, precisamente porque la forma de aceptar los cambios corporales difiere totalmente de la de Ana y Lina. Mariana sí adoptó una rutina de masajes con aceites naturales y orgánicos, de hecho afirma haber desechado todos los productos de aseo personal que contuvieran algún tipo de químico. Sin embargo, Mariana afirma que las estrías no le incomodan de ninguna forma y que los cambios que tiene su cuerpo los ha tomado como una parte especial de su desarrollo como mujer. Pía, por otra parte, no cambió de ningún modo su rutina diaria, excepto por las clases que tomaba en el centro de

partería, que se centran más en la meditación y en una alimentación acorde con los ciclos lunares<sup>22</sup>.

Hanna es una mujer embarazada que entrevisté y no incluí en el análisis pues la partera que la acompañaba no hace parte del grupo de la partería urbana<sup>23</sup>. Ella relataba que su partera se inclinaba hacia un entrenamiento físico más que nada, en el que se preparaba a la mujer para lograr asumir el dolor del parto de una manera calmada y lograr disminuirlo y acompañarlo con la respiración necesaria para beneficiar al bebé. A partir de este relato yo pregunté en el centro de partería si allí también había un acondicionamiento físico especial y la respuesta de las parteras fue que el parto se daba de manera “natural” y que no era necesario ningún acondicionamiento (a no ser que fuera en casos extremos) pues el cuerpo de la mujer estaba diseñado para aguantar lo que el parto conllevaba. En palabras de Carolina “acá no entrenamos a nadie, no se trata de hacer durante el embarazo todo el ejercicio que no hice en toda mi vida. Nuestro cuerpo está diseñado para parir y podemos hacerlo sin ninguna clase de entrenamiento físico”.

Esta declaración de Carolina, explica la razón por la cual Pía y Mariana no buscaron ningún tipo de entrenamiento, ni rutina diaria de ejercicio para mejorar su condición física. Simplemente se corresponde con la idea de que el cuerpo está preparado para afrontar todos los cambios que sufre y las exigencias del parto, por tanto no hay necesidad de prepararlo. La idea de dejar fluir todo lo que sucede durante el parto de la manera más tranquila y lograr una sincronía perfecta entre el cuerpo, la mente y las emociones, es la clave que, según la partería urbana, logrará que el parto llegué a feliz término. Distinto a lo que pasó con Lina y Ana quienes no buscaron este tipo de acondicionamiento para enfrentar el parto, sino por recomendación de su obstetra para que su cuerpo volviera a estar igual que antes. Para Pía (quien ya tuvo a su hijo), volver a su cuerpo ha sido cuestión de esperar y dejar actuar a su organismo, pues con la lactancia se pierde el peso que se ha subido, de la misma

---

<sup>22</sup> El tipo de alimentación que proponen en el centro de partería depende del objetivo que tenga la mujer, es decir, si quiere quedar en embarazo o está en proceso de gestación. Esta depende exactamente del ciclo menstrual de la mujer y dependiendo de la etapa del ciclo en la que se encuentre debe aumentar el consumo de alimentos fríos o calientes, verdes o de colores, granos o carnes, etc.

<sup>23</sup> La partera de Hanna se llama Diana y trabaja de forma independiente, no hace parte del grupo de la partería urbana y tiene una forma particular de ejercer su oficio. Aun así, Diana trabajó con Carolina en el grupo del Dr. Mauricio Espinoza en la fundación “Procrear” y fue la partera que acompañó el parto de Carolina en casa.

manera que no le preocupa de ninguna forma mostrar, ni llevar, con orgullo, las estrías que le dejó el embarazo.

Estos cambios en las prácticas cotidianas sobre el cuerpo se relacionan con las nociones de salud, bienestar y embarazo que se constituyen en cada una de estas dos formas de organización médica. Lina y Ana, han empezado a constituir una forma de vida que genera una sensación de cambio sobre el control del cuerpo que está entrando en una situación de anormalidad con respecto a la cotidianidad. Sin embargo, no estamos hablando de un cambio referente a medicamentos o tratamientos médicos porque su embarazo no se relaciona con una patología, pues no hay una enfermedad relacionada. Adicionalmente, estas mujeres deben ser estrictas con el ejercicio y la alimentación en la búsqueda de garantizar el funcionamiento regular de todos sus órganos, por esto los cambios tienden más hacia la alimentación y el ejercicio diario. Mientras que las transformaciones que hicieron Pía y Mariana fueron nulas en este sentido, pues según las parteras el embarazo hace parte de la normalidad fisiológica de una mujer y el cuerpo puede adaptarse por sí mismo a esta situación. Adicionalmente, las nociones de salud y bienestar relacionadas con el embarazo, y que subyacen a estas prácticas, se entienden desde la partería y la medicina de mujer a partir de la reconciliación de la mujer consigo misma y con sus ciclos, proceso que depende más del control, del empoderamiento, del conocimiento de estos y de la espiritualidad y emocionalidad.

Más allá de esta idea de cuerpo individual que se vincula directamente a la naturalidad del proceso fisiológico del parto, hay un cuerpo social que está en juego constante y que se define por unos estereotipos y limitaciones particulares del contexto, además de un cuerpo político que es vigilado y que debe ser apto, disponible y saludable para la reproducción (Scheper-Hughes y Lock, 1987). El objetivo final de la partería es cambiar la estructura de pensamiento y la forma de corporalización de las mujeres con respecto a estos tres cuerpos, dotando al cuerpo embarazado de una estética y sensualidad que le habían sido amputadas y re afirmando que el cuerpo femenino no requiere de la vigilancia ejercida desde la medicina para lograr un embarazo normal, sin patologías.

La estética del consumo que señala Pedraza (2003) ha constituido una imagen corporal hegemónica que define el cuerpo social aceptado y estigmatiza a quienes se salen

de los límites establecidos por ella (Goffman, 1993; Turner, 1989). Los cambios en estas prácticas cotidianas se desarrollan en pro de mantener un cuerpo durante y después del embarazo que le evite a la mujer una situación estigmatizante. Por ejemplo, la gordura excesiva es un elemento que puede traducirse en estigma. Son este tipo de cambios inevitables causados por el embarazo los que llevan a una toma de consciencia sobre el cuerpo (Le Breton, 2002) y a la elección consciente de cambios sobre los hábitos cotidianos. Estas decisiones que se toman para cambiar la rutina diaria durante el embarazo son influidas de una manera amplia tanto por la familia como por los amigos que rodean a las mujeres. Además de la trayectoria personal, que inevitablemente se ve influida por la biomedicina y las imágenes asociadas normalmente al embarazo y al cuerpo. Es precisamente, la confluencia de estos elementos: familia, amigos, trayectoria, imágenes del embarazo y en el caso de Pía y Mariana, la partería urbana, lo que constituye unos hábitos cotidianos particulares distintos en cada caso. Siendo el objetivo de cada uno distinto y dependiente del ambiente y el modelo en el que se encuentren ubicados.

## **ii. Encuentros con la feminidad.**

Uno de los objetivos principales de la partería urbana es lograr acercar a la mujer a esa esencia femenina, que de cierto modo había sido encubierta y opacada por una sociedad machista, esta esencia está presente en distintos ciclos de la mujer incluyendo, y como momento crucial, la gestación y el parto. Un ejemplo de esto es la reconciliación con el ciclo lunar, la menstruación, la sangre, que ha sido tratada por tanto tiempo como un tabú, una vergüenza. En este caso la reconciliación con la feminidad empieza por el cuerpo, por encontrar en la maternidad la particularidad del cuerpo de la mujer que le permite gestar y dar a luz una nueva vida. Sin embargo, esta noción de feminidad trasciende la idea del embarazo como la capacidad única de la mujer de gestar una cría hacia una reconciliación de la mujer con distintos elementos que le habían sido lacerados. En primer medida, con la idea de belleza que se había desvinculado completamente del periodo gestacional, desplazando a la mujer embarazada hacia nuevas categorías como la de la ternura. En segundo lugar, logra reconciliar a la mujer en estado de embarazo con el poder que le otorga su propio instinto, la capacidad, esto implica una reconciliación del embarazo con la

fuerza y su desvinculación de la debilidad. Finalmente, lo anterior logra una conciliación entre la lucha feminista basada en la reivindicación del rol fuerte de la mujer en la sociedad con la idea de la maternidad, llevando a una lucha por los derechos de la mujer embarazada y del reconocimiento del poder que esto les otorga.

Las imágenes recurrentes del embarazo: la ternura, la gordura, las estrías, las manchas, etc., deben ser desdibujadas para vincular al embarazo con la feminidad y con la belleza. Estas imágenes se corresponden generalmente con un tipo de “liminalidad” estética, una etapa en la que la mujer no es ni linda, ni fea, es simplemente una embarazada. El ideal de la partería urbana es, entonces, mostrar a las mujeres que esa etapa de gestación es un momento de demostración total de lo femenino que incluye lo bello, lo estético, aunque construido sobre otras bases, que se configura en algo que he denominado como la estética del embarazo. Esto es la comprensión de un cuerpo redondo, de caderas anchas, barriga salida y senos grandes, como una particularidad única de la mujer que materializa y expresa la totalidad de lo femenino. Este tipo de estética que se crea desde la partería urbana se contrapone claramente a la estética creada por la sociedad de consumo a la que se refiere Pedraza (2003), una estética que es temporal pero que desembocará en un cuerpo con un pasado y una historia que contar, no un cuerpo estático como los que vemos a diario en vallas, revistas y programas de televisión. Además que es un estado en el que no sólo se gesta y se pare un hijo, sino que, según las parteras, también se crea y se pare una nueva mujer, pues nunca ella nunca será la misma de nuevo.

Esto último es el elemento clave para entender que ese proceso de gestación y parto están materializando la feminidad en el cuerpo y que ese cuerpo nunca volverá a ser el mismo de antes, así como la mujer tampoco lo será. Pía recuerda que Carolina después de un masaje le hizo verse desnuda frente a un espejo y le dijo “ahora te vas a ver en un espejo y te vas a reconocer como la mamá que eres y abraza esa imagen”, “[...] y sí, yo reconocí que nunca iba a ser la misma que era antes, pueda que en medidas sí pero nunca más seré la persona que fui” afirma Pía.

Ahora bien, la noción de la maternidad vista desde el ambiente de la partería urbana empieza a convertirse en un asunto de reconocer y empoderar lo femenino de las mujeres. Para Mariana, el asunto de la feminidad había resultado conflictivo en distintos niveles, no

sólo porque su cuerpo no correspondía con la voluptuosidad del estereotipo femenino, sino porque laboralmente se había tenido que abrir camino en un campo académico al que ella denomina “altamente machista y patriarcal”. Entonces la llegada de su embarazo le abrió la mente a encontrar en su cuerpo esa capacidad única femenina de dar a luz y encontrarse y reconstruirse como la mujer que es. Afirma “ahorita siento como que el embarazo emocionalmente me ha empoderado mucho con el tema de ser mujer. Me siento más guerrera, que puedo tener mi chinito, que soy capaz de todo”.

La idea de empoderamiento es un elemento central en el proceso de reconciliación con lo femenino. Esto implica dejar de lado la idea de debilidad (que está tan arraigada en el constructo de lo femenino, en especial durante el embarazo) (Montes, 2007), logrando plantear la idea de poderío y capacidad total de la mujer. Esto se vincula también, con un concepto esencial en este contexto de la partería urbana, que es el instinto, la capacidad instintiva de responder a cualquier manifestación de peligro, pero esta idea la desarrollaré en el siguiente apartado con mayor profundidad.

Pía y Mariana, hacen referencia a la incomodidad con la ternura y la idea de incapacidad vinculada inmediatamente al estado de preñez, en contraposición a Ana y Lina quienes encuentran en esto la idea más encantadora del embarazo. “la ternura a veces es lo peor porque uno a veces no quiere que lo traten sólo como ay si ‘la mamita’ y ‘la mamita’...” dice Pía, contrario a lo que plantea Lina “me parece rico que la gente todo el tiempo te coja la panza y te consienta, esté pendiente de ti todo el tiempo porque le pareces tierna”. Esto muestra dos formas de entender el cuerpo y de comprender y afrontar los cambios corporales, mientras Pía y Mariana han apropiado el discurso de la partería urbana afirmando y viviendo su proceso de gestación y parto como una forma de recuperación del poder sobre su cuerpo y su feminidad, Ana y Lina reconocen que la vivencia del proceso de gestación y parto se da a partir de la generación de sentimientos de ternura que normalmente se vinculan a la feminidad.

La reconciliación y el encuentro con esa feminidad, al que me he referido durante todo el apartado, es un fenómeno un poco incomprensible al ser explicado porque más allá de ser algo teórico, conceptualizable, es una forma de vivir cada experiencia relacionada con el embarazo de maneras particulares. Es por esto, que denominé el apartado como

encuentros, en plural, con la feminidad, porque más allá de ser la conciliación de la feminidad un objetivo de la partería, las trayectorias personales son, inevitablemente, las que guían este proceso y las que determinan de qué manera la feminidad va a ser aprehendida por la mujer.

En medio de la discusión sobre la feminidad y la reconstrucción de la noción de cuerpo aparece la idea de sexualidad, sensualidad y erotismo, volviéndose un tema recurrente durante las entrevistas. Las parteras urbanas se ocupan sin ningún tapujo de reconciliar la figura de la mujer embarazada con una vida sexual activa, sensual y erótica, lo cual ha hecho que en el discurso de las mujeres sobre su cuerpo embarazado aparezca esta noción como una idea clara y vinculada al embarazo. Mariana señala “me siento muy cómoda con mi cuerpo, reconciliarme con mi cuerpo, con la feminidad, me siento súper, me siento sexy [...] yo antes decía como sí las mujeres embarazadas son como otro grupito, no son bonitas, no son feas, no son nada... ¡son embarazadas! Pero no es verdad, yo me siento sexy, linda, deseada.”

Esta sensualidad que identifica Mariana en su cuerpo, se vincula con un tipo de erotismo particular que se corresponde con el embarazo y que genera una forma de relacionarse no sólo sexual sino emocionalmente con su pareja. Este erotismo se traduce en una relación sexual centrada en las necesidades de un cuerpo particular que está presente en ese momento y que no es el cuerpo regular al que están acostumbrados. Esto implica para Mariana, en este caso, que haya una agudización de los sentidos y de las emociones, que permiten una compenetración mayor con su pareja. Para Pía, aunque no ha sido tan clara la situación del desarrollo de un cuerpo físico erótico, si existe la configuración de unos vínculos emocionales estrechos relacionados con la sexualidad, que ha cambiado inevitablemente la forma de relacionarse sexualmente con su pareja. Esto implica encontrar en el cuerpo no sólo una forma de compenetración emocional que logra aflorar los sentimientos paternos, sino explotar el erotismo que se desprende de ese nuevo cuerpo empoderado y bello que se ha construido a partir de la conciliación de la mujer embarazada con la feminidad.

Todo este proceso de reconciliación con la feminidad, de repensar el embarazo vinculándolo a nuevas imágenes, tiene que ver con un proceso de objetivación de las

representaciones sociales, en el que la representación que es transformada, en este caso tanto cuerpo como embarazo, empiezan a cambiar en el discurso y en las imágenes a las que se asocian para pasar a la posterior corporalización que llevará al anclaje final (Moscovici, 1978), a esa cotidianidad a la que me refería en apartados anteriores. Finalmente es importante aclarar que aunque esta idea de reconciliarse con lo femenino es tan propia de la partería urbana, no quiere decir que la feminidad en el embarazo de las mujeres que acuden a la biomedicina no esté presente, es más bien la idea de que no se hace consciencia de esta noción.

### **iii. Retornando a la animalidad<sup>24</sup>.**

La partería urbana plantea como base y pilar de su oficio que la mujer tiene intrínsecamente la capacidad de ser madre, por el simple hecho de ser mamífero, de hacer parte de del grupo de los animales. Para ayudar a estas mujeres a recordar su saber ancestral, animal e “instintivo” se da una aparente acomodación de los distintos tipos de cursos que se dictan, que intentan ser, de cierta forma, distintos que los cursos psicofilácticos que se proporcionan dentro de la biomedicina. En el caso de la partería urbana el cambio es que desde el inicio se prepara a la mujer para recibir unas ciertas guías que sólo despertaran su instinto “dormido”. A pesar de que la diferencia entre estos dos cursos no es mucha, sí hay una clara diferencia en cómo las mujeres se piensan y entienden su capacidad para afrontar no sólo los cambios corporales sino emocionales que implica la gestación y el parto. Según Mariana “yo creo que lo más importante, lo más lindo y lo que resume todo es volverse a conectar con el instinto casi que uno no necesita que le enseñen nada [...] volverse a conectar con uno mismo, con la mujer que es uno y dejarlo fluir”.

Es importante partir del hecho que en cualquier ámbito el embarazo se relaciona con el cuidado instintivo del bebé, vinculado a comportamientos animales como la defensa de la cría. Ana afirma “no pude dormir nunca igual que antes, el sueño no es tan profundo porque estoy siempre consciente de las posiciones en las que duermo, me angustia el bebé” esta

---

<sup>24</sup> La idea de animalidad es un concepto básico sobre el que se ha construido todo el discurso perteneciente a la partería urbano, en el que se llega a una idea de naturaleza que es extrema y que emula a los animales. Esto no tiene en cuenta que sus ideas sobre animalidad están mediadas por las ideas sociales y culturales sobre lo que pensamos en occidente que es un comportamiento animal.

frase tiene intrínseca esa idea de lo instintivo que supera hasta las necesidades básicas como el sueño. Esta idea de animalidad, a pesar de partir de la base que es completamente natural y biológica, está atravesada por una serie de elementos culturales que se refieren tradiciones heredadas y enseñadas a través de las generaciones. De hecho las mismas parteras les enseñan a estas mujeres que posiciones, emulando a los animales, podrían ser más cómodas y apropiadas para lograr un parto fluido. Entonces, a pesar de que la idea de animalidad parta de lo fisiológico, también es un discurso construido a partir de lo que creen que es lo animal y lo que conocen sobre técnicas para parir.

La diferencia entre el discurso de animalidad entre partería y obstetricia es que en la partería urbana el cuerpo es tratado desde esa misma animalidad, se reconstruye como un elemento esencial de lo femenino. Esta inclusión deliberada de los instintos y lo animal en lo femenino se da a partir de la necesidad de reivindicar el rol femenino de la maternidad en medio del machismo hegemónico de esta sociedad. Este trato animal desde la corporalidad se hace evidente en la mayoría de encuentros y clases que ocurren entre parteras y parturientas.

La clase de movimiento y voz fue bastante interesante sólo estábamos Alejandra, Andrea y yo. La clase se centró todo el tiempo en qué quería Andrea, qué necesitaba y cuáles eran sus mayores miedos y habilidades. A partir de esto Alejandra empezó a enseñarle una serie de posiciones y a animarla a probarla y a dejar salir a través de la voz todas las emociones que sentía en ese momento. Fue una especie de simulación para el parto. Todas las posiciones se relacionaban con movimientos animales e instintivos, al igual que sucedía con la voz que emitía una serie de sonidos gruesos y algo guturales (Mayo, 2013).

Esta clase fue especial porque es un tipo de situación que no se desarrolla durante un curso psicoprofiláctico y es enseñarle a la mujer a entender de qué manera actúan sus instintos en determinadas situaciones. Entonces es aprender a manejar la voz para encontrar los sonidos que se logren más placenteros, en términos de desahogo y a emular posiciones

animales con el cuerpo, para practicar situaciones que resultarán cómodas durante el parto. Si bien, estas situaciones son simuladas y aun no es posible decidir si las posiciones y sonidos practicados serán útiles durante el parto, sí vuelve a la mujer hacia ese concepto idealizado de animalidad y logra que se apropie en su discurso de la idea de que hay un instinto dormido que se empieza a despertar.

Este mismo instinto es la base del empoderamiento de la mujer no sólo sobre su cuerpo sino sobre todo el proceso: apropiarse de la idea de que lograr escuchar al cuerpo y entender sus manifestaciones, sin necesidad de elementos externos le proporciona tranquilidad frente a la ausencia de elementos externos que aseguren que no hay riesgo. Lo anterior, implica la superación de un primer nivel en un proceso hacia el momento del parto. Esto se debe precisamente a que durante el parto saber comprender el cuerpo implica que va a haber una mayor sincronía entre el trabajo de parto y las posiciones que se toman para ayudarlo. Una palabra recurrente tanto entre parteras como parturientas es que durante el parto todo debe “fluir” y para lograr ese flujo tranquilo la mujer tiene que aprender a leer su cuerpo, a saber lo que necesita.

El momento del parto es esencial en la corporalización de esta animalidad a la que me refiero, pues es en esa situación en la que de manera casi involuntaria las mujeres producen una serie de sonidos guturales y su mismo cuerpo les lleva a moverse, acomodarse y realizar acciones determinadas, como pujar.<sup>25</sup> Además de esto, durante este tipo de partos, acompañados por las parteras urbanas, se crea un ambiente en el que la desnudez, la sangre, los pelos y los fluidos corporales son permitidos. Esto quiere decir, que contrario a lo que sucede en una clínica, durante los partos no hay necesidad de una antisepsia extrema con respecto a la limpieza constante del ambiente, de la madre, del niño o de los acompañantes, sino que todo esto hace parte de este lugar y esa situación.

Lo anterior tiene que ver, en gran medida, con la noción de pudor que establece que este tipo de elementos hacen parte de lo privado y que no deben ser expuesto a la luz pública y en caso de serlo deben ser limpiados y manejados con la mayor discreción. En

---

<sup>25</sup> Debo resaltar en este punto que esta necesidad de pujar o gritar son parte de procesos culturales. Los sonidos guturales o los gritos no se dan en partos de mujeres pertenecientes a otras culturas o religiones (como la cienciaología, por ejemplo) estas respuestas que las parteras tratan como naturales y casi biológicas, han sido aprendidas y transmitidas por distintos medios.

este caso la mujer, quien pare y se encuentra en ese trance animal, está en un límite en el que esa división ha desaparecido y todos los elementos que son parte de su privacidad han sido expuestos, pero estos no suponen ningún tipo de sentimiento negativo por parte de la madre ni de los presentes debido al bloqueo temporal de la noción de pudor como la entendemos regularmente en nuestra sociedad. La idea de animalidad y el extremo uso de nociones como “procesos naturales y fisiológicos” ayudan a legitimar y respaldar la idea de las parteras de que en este tipo de partos el pudor desaparece.

Opuesto a esto, el papel de paciente pasivo que debe desarrollar la mujer dentro de la medicina alopática le obliga, de cierto modo, a ejercer plena consciencia de lo que está sucediendo y de si esto debería ser o no expuesto a quienes la están rodeando. Quiero decir con esto, que la mujer está en un estado de consciencia que le remite a las ideas de pudor y le obliga a pensar en quién está viendo, quién está a su alrededor, qué se está viendo y oyendo, etc. Sin embargo, en el ambiente en el que se encuentra esto se sale de su capacidad de acción y recae en manos externas, es responsabilidad en ese momento de las enfermeras, atender y asegurarse de limpiar y mantener el área despejada, por ejemplo. Adicionalmente, la mujer en el espacio que se le ha asignado dentro de la biomedicina, no tiene una capacidad de decisión sobre los movimientos corporales que siente instintivamente hacer. La mujer embarazada en su rol de paciente pasivo debe obedecer, se le dice cuándo pujar y cuándo no, cómo respirar, qué posiciones adaptar, etc.

Esta categoría de animalidad vinculada al cuerpo, es esencial para entender el concepto de pudor. La animalidad se ha desarrollado en la partería como el motor para que las mujeres desarrollen la idea de naturalidad y normalidad del parto, para que aprendan a seguir sus instintos durante la gestación, el parto y el pos parto. Entonces esta idea convierte estos tres momentos en un período de liminalidad en el que se desdibujan las normas sociales sobre lo íntimo y lo público con lo que se empiezan a permitir una cantidad de cosas que fuera de ese momento liminar no deben ser expuestas. Por ejemplo, se pueden sacar los senos en público para alimentar al bebé sin ninguna restricción porque hace parte de un “reflejo animal” de alimentar a la cría cuando este tiene necesidad, de igual manera se le permite a la mujer comer cuánto quiera, a la hora que lo desee y en las cantidades que su cuerpo le pida, pues esto hace parte de su necesidad biológica vinculada al embarazo.

Del mismo modo, sucede durante el parto, cuando se lleva a cabo en el ambiente de la partería, pues es el momento de eliminación completa de la barrera entre lo íntimo y lo público y todos los elementos que resultan tabú en otros escenarios en este son parte de la normalidad del parto: pelos, sangre, flujo, saliva, etc.

No sucede lo mismo en el ámbito de la biomedicina, en donde como decía antes, se relaciona el proceso del embarazo con la naturalidad del cuerpo fisiológico, pero no se eliminan las barreras sociales construidas entre lo íntimo y lo público. Entonces las necesidades fisiológicas de la mujer continúan estando mediadas por lo que se ha constituido desde la biomedicina como saludable y desde la sociedad como pudoroso. Taparse mientras se lacta, comer de manera regular y adecuada, controlar el cuerpo y modular la voz durante el parto, regular la entrada de familiares a presenciar el proceso de dar a luz, controlar que el lugar en el que se pare esté limpio, etc.

#### **iv. Descubriendo el valor de la teta.**

La preparación física, emocional y mental que se da para afrontar el amamantamiento es un objeto de observación interesante en la medida en que hace parte de un doble proceso de resignificación del cuerpo. Por un lado, se trata de deserotizar completamente el cuerpo durante la lactancia, lo cual implica repensar el cuerpo femenino lejos de la sexualidad y encontrar en él un medio para establecer un vínculo afectivo dentro de la maternidad lejos de la sexualidad y el erotismo. Por otro lado, la mujer tiene que reivindicar su sexualidad, erotismo y sensualidad durante y después del embarazo aceptando los cambios corporales que ha sufrido, siendo esto parte de la reivindicación de la feminidad durante la gestación de la que hablaba anteriormente. Esta explicación del doble significado que adquiere el cuerpo durante el amamantamiento se da únicamente desde el lado de la partería urbana.

Durante el desarrollo del curso [de amamantamiento] mientras Pepa le daba teta a su hijo Tomás, hablaba sobre la necesidad de encontrar el lado deserotizado de sus senos. Aunque se refería constantemente a lograr descubrir el placer de lactar, este placer era

relacionado con la idea de lo afectivo y lo vinculante del acto de lactar (Marzo, 2013).

La noción de la lactancia como primer medio para la creación de un vínculo afectivo entre la madre y el hijo, está presente generalmente en todas las mujeres y en las narrativas de la partería y la obstetricia. Durante el curso psicoprofiláctico de lactancia se hizo referencia varias veces a este acto como una situación vinculante y afectiva. Sin embargo, la idea de repensar el cuerpo como deserotizado y de pensar los senos fuera del ámbito sexual, no se toca de manera directa en la obstetricia, como bien se hace en los cursos de las parteras.

Lograr repensar la lactancia desde la re significación deserotizante del cuerpo, implica que hay un cambio en la representación social del cuerpo pues se cambia tanto la narrativa como la forma en la que las mujeres corporalizan la lactancia. Vinculado a esto se encuentra la reconstrucción de la noción de pudor aunada al cuerpo y al amamantamiento. Esta reconfiguración de la idea de pudor se hace desde varios niveles, empezando por el lenguaje y terminando en la misma disposición corporal de las mujeres. El lenguaje que se utiliza en los cursos dictados por las parteras, y de hecho en su cotidianidad misma, relaciona directamente todas las situaciones del parto con la animalidad de la mujer, pero de una manera completamente directa, cuando se refiere a lactancia, cuando palabras como ordeñar aparecen recurrentemente.

Durante el curso psicoprofiláctico sobre lactancia al que asistí con Lina, todas sus referencias incluían la palabra “seno” al igual que esta fue la palabra utilizada por las enfermeras que dictaban el curso; sin embargo, durante la entrevista y los momentos de privacidad que tuve con Lina habló siempre utilizando la palabra “teta”, como si esta sólo estuviera permitida en momentos cotidianos y de intimidad. Por otro lado, en el centro de partería la palabra “teta” era recurrente tanto en las entrevistas, como en los cursos y en las conversaciones cotidianas. Esto muestra una eliminación activa a partir del lenguaje de la barrera que se establece entre lo íntimo y lo público.

Ahora bien, durante el curso de amamantamiento también se dio una explicación completamente fisiológica del proceso de lactancia explicado desde el momento en el que el bebé succiona hasta la salida de leche, pasando por el papel de las hormonas, el estímulo

cerebral, etc. No obstante, distinto a lo que sucedía en el curso psicoprofiláctico, se recurre constantemente a la idea de que este proceso fisiológico recuerda lo animal, lo instintivo, tanto de la madre como del hijo. La palabra “mamar” es la más adecuada que encuentra Pepa (quien dicta el curso) para explicar este fenómeno tan mamífero de los niños. Entonces encontramos de nuevo esas palabras que usamos para referirnos a los animales comúnmente: mamar, ordeñar, teta, etc.

Los senos son una parte del cuerpo femenino que ha estado destinada a estar cubierto en la mayoría de las ocasiones y en la mayoría de las culturas, pero con el estado de lactancia es inevitable tener que destaparlos, en algún momento, en un sitio público. Estas son situaciones que durante el curso psicoprofiláctico de lactancia fueron tomadas en cuenta y de una manera tan importante que se dedicó una parte del curso a enseñar a las mujeres diversas posiciones en las que podrían dar leche a su hijo de una manera cómoda, adecuada y sin tener que exponer los senos a los ojos públicos. Contrario a esto durante el curso de amamantamiento no se hizo ni siquiera referencia a estas situaciones, más aun durante el curso Pepa dio leche a su hijo y al final las mujeres se quitaron las camisas con la intención de sacar un poco de calostro con las técnicas de “ordeño” que acababan de repasar. La lactancia, desde la partería urbana, se convierte en un momento de bloqueo total del pudor, de esa barrera que divide lo íntimo de lo público, dadas las circunstancias fisiológicas instintivas que la animan. Este ejemplo del amamantamiento en el ámbito de la partería es el proceso perfecto para ejemplificar la reconstrucción de la representación social del pudor, se empieza por crear un discurso vinculante entre la lactancia y la animalidad que posteriormente empieza a ser adaptado a través del lenguaje animal como “ordeño y mamar” y finalmente penetra el cuerpo y se corporaliza logrando que la mujer amamante a su hijo en público o en privado sin la necesidad de taparse, ni de recurrir a maniobras extremas para no exponerse en público. Como había mencionado anteriormente esta narrativa creada sobre la animalidad vinculada al embarazo, lograr crear la sensación de bloqueo total del pudor, en la medida en que la mayoría de acciones “impúdicas” desde el punto de vista social, son animadas por una necesidad fisiológica e instintiva que trasciende a las barreras establecidas entre lo que es íntimo y lo que no lo es.

## Capítulo IV. Resignificaciones del dolor.



*Bell, Jade. "A beautiful body Project". Recuperado de <http://www.abeautifulbodyproject.com/>*

Pensar en el parto inevitablemente remite a la palabra dolor pero no es el mismo dolor que produce el proceso de extracción de una muela, no es el mismo dolor de estómago que se puede describir de una forma u otra, es un dolor que precede al momento que más ha esperado una familia durante nueve meses. Muchas mujeres afirman que después del parto no recuerdan cómo era el dolor, que inmediatamente dieron a luz a su hijo el dolor quedó bloqueado y se olvidó por completo. Sin embargo, durante el embarazo a muchas traspasa y también tiene un papel fundamental en la elección de cómo parir; aunque esto no tiene que ver en la elección entre el obstetra y una partera, más bien en si dar a luz naturalmente o simplemente planear una cesárea con anticipación.

¿Cómo pensar este dolor? ¿Cómo enfrentarlo? Estas son las preguntas que guiaron mi investigación con respecto a este tema, tratando de entender cómo se configura una nueva representación a partir del lenguaje, de las prácticas y de los roles que tomaba cada

uno de los individuos con respecto a esto. Trabajarlo no fue fácil pues fue enfrentarme a lo obvio y tratar de escudriñar en rutinas que no eran claras ni siquiera para las mismas mujeres. Sin embargo, a partir de la observación constante y del establecimiento de relaciones de confianza logré descubrir una maraña de elementos que configuran, finalmente, nociones nuevas del dolor y entender que más allá de ese dolor físico asociado al embarazo y el parto existe un tipo de dolor emocional que está escondido detrás de todas las imágenes que se vinculan a estos momentos.

El dolor como categoría en las últimas décadas ha logrado salir del área restringida de la fisiología y la biología y se ha situado en un espacio que le permite ser entendido a partir de los contextos socio-culturales de quienes lo sufren. A partir de los factores contextuales los individuos generan significados y prácticas de control y paliación del dolor (Moore, 2002; Bendelow y Williams, 1995). Este tipo de construcción social del dolor será asumida en mi investigación desde la teoría de las representaciones sociales, pues considero que en primera medida se constituyen elementos narrativos, de pensamiento, que luego penetran los cuerpos y son corporalizados de distintas maneras desde la cotidianidad (Moscovici, 1987).

Le Breton (1999) ha planteado que la experiencia del dolor se vincula y busca significados a partir de una serie de elementos recogidos del exterior y la trayectoria del individuo, experiencias religiosas, morales, espirituales, etc. En el caso que desarrollo en este trabajo, las mujeres logran esa significación del dolor vinculado al parto a partir de su trayectoria que combina sus experiencias culturales (religiosa, educativa, espiritual, etc.), con el contexto altamente medicalizado en el que se han desenvuelto y el encuentro en este proceso con la partería urbana. Es una combinación no consciente de todos los modelos y códigos posibles para dotar al dolor de un significado satisfactorio para el individuo (Jackson, 2005). Esta premisa teórica es el principal punto de partida para el desarrollo de los siguientes apartados y para la comprensión del cambio en la representación social de la categoría de dolor en el caso que aquí trabajo.

**i. ¿Y quién maneja el dolor?**

“No, pues pienso que el dolor hace parte como de ser mamá también. Yo quisiera tener mi parto natural, si fuera cesárea, por alguna complicación o algo, se haría. Pero,

digamos, los partos naturales te generan un dolor, que también pienso yo, hacen parte de todo este proceso. Como de ser mamá, de tener tu hijo y que es un dolor que debo sentir un día y ya, se me va a pasar” afirma Lina. Pensar en qué puedo tomar, quién me puede ayudar, de qué manera puedo disminuir el dolor durante el alumbramiento no es un pensamiento recurrente entre las mujeres. De hecho, el dolor del parto es un elemento que se da por hecho y que se enfrenta o no se enfrenta, es decir, las mujeres paren por vía vaginal o se les practica la cesárea.

Diferentes técnicas como el yoga o el pilates prenatal, sí tienen algún tipo de connotación sobre este dolor, pero más en la medida de acondicionar el cuerpo, lograr mayor flexibilidad, manejo de la respiración para hacer frente a ese dolor inevitable. Para Lina, otro tipo de prácticas como por ejemplo, la hipnosis, utilizada por las parteras urbanas, son “prácticas raras”, en palabras de Lina, que no tienen la capacidad de disminuir, de ningún modo, ese dolor. “Yo pienso que la medicina, hoy en día, está muy avanzada y en los hospitales, bueno, en la medicina, y todo lo que uno tenga ya hace que el dolor sea lo menos posible. O sea, que si eso no existe en un hospital, es porque no existe. O sea, si a uno le ponen la epidural, para ayudarlo, es lo que científicamente está más apto para que a uno no le duela tanto. Si no hay nada más, en la medicina de hoy en día, es porque no existe nada más.” Concluye Lina.

Esta última afirmación de Lina es el ejemplo más adecuado para entender esa aseveración de Hunter (2007) sobre la dependencia de las mujeres durante el embarazo de la tecnología y que ha sido producida por la excesiva e innecesaria medicalización en las sociedades actuales. Lina ha apropiado, siguiendo su contexto y trayectoria de vida, la narrativa medicalizada que niega la existencia de otras formas efectivas de control del dolor y que además, las constituye como asuntos raros, creencias y tradiciones que han sido descartados por la ciencia occidental. La narrativa de Lina es la materialización del proyecto hegemónico de la tradición positivista reflejada en la biomedicina de establecerse como camino de conocimiento único y verdadero.

Para Ana, por otro lado, animarse a recurrir a distintas prácticas que no pertenezcan a la biomedicina está bien, pues tiene un gran miedo a enfrentar al dolor. Tomar “agüitas”, hacer yoga, meditación o practicar la hipnosis servirían como una opción y no “pierde

nada” al hacerlo, sin embargo, finalmente reconoce que es la biomedicina la que en última instancia servirá realmente para paliar el dolor que tiene que enfrentar. “Pues yo creo que [la forma más acertada de manejo del dolor] es la que yo conozco en este momento, que es la epidural<sup>26</sup>” afirma Ana. Para ella, finalmente, la mayor tranquilidad que le produce es que no será un dolor que dure mucho tiempo y señala “no es un dolor que dure 12 horas”. Esto es cierto en la medida en que un parto que sea atendido en una clínica no dura doce horas pues es animado también por el pitocin<sup>27</sup> para aumentar la dilatación y acelerar todo el proceso. El uso de este medicamento, además de evitar complicaciones, también tiene como objetivo disminuir el sufrimiento de la parturienta durante el proceso de parto.

En oposición a esto el parto en casa que se acompaña con las parteras urbanas tiene una duración más o menos de un día completo, puede ser más o puede ser menos. En este caso no hay pitocin y la oxitocina tiene que ser producida de manera natural, para esto se utiliza una serie de elementos en el ambiente que generen tranquilidad y, de cierto modo, placer a la madre. Durante el tiempo del parto hay un aumento progresivo del dolor, las contracciones se vuelven cada vez más intensas y ocurren en períodos menores de tiempo. Para manejar el dolor que producen las contracciones estas mujeres, tienen que adoptar distintas posiciones de las que han sido practicadas con las parteras, para lograr elegir cuál es la adecuada tienen que probar con distintas hasta encontrar la que más se acomoda a las necesidades de su cuerpo. En este proceso el padre desempeña un papel muy importante pues, en palabras de las parteras, es quien “contiene” el que sirve de sustento y apoyo no sólo emocional, sino físico, pues en diversas posiciones se requiere de su presencia para servir como punto de apoyo.

El parto de Pía duró aproximadamente dos días, desde que sintió la primera contracción hasta el alumbramiento de la placenta, estuvo acompañada de Pepa, su doula y después de haber dado a luz a su hijo, llegó Carolina, la partera. Durante este tiempo Pepa le dio diferentes tipos de infusiones hechas con diversas hierbas que son requisito de las parteras para poder realizar el parto en casa y que se utilizan para lograr dar un

---

<sup>26</sup> La inyección epidural es un tipo de anestesia que se introduce directamente en el espacio epidural ubicado en una de las cubiertas de la medula espinal.

<sup>27</sup> El pitocin es un medicamento que contiene oxitocina artificial que ayuda a inducir o acelerar el proceso de dilatación vaginal y, por tanto, el parto.

acompañamiento acertado el dolor, con el objetivo de tranquilizar, más que nada. El cambio constante de posiciones, el sueño, salir, caminar y subir escaleras fueron los elementos que acompañaron el ritual de parto de Pía. Después de su experiencia Pía afirma “el cuerpo es muy sabio y lo prepara a uno para todo lo que viene [...] es increíble pero el umbral del dolor siempre se amplía más.”

Pía recuerda segundo a segundo el momento de su parto, pero le cuesta trabajo lograr describir el dolor, Aun así sabe que fue alto y afirma “hay que fluir con él [con el dolor].”. Esta noción de fluir hace parte de una nueva configuración de esta idea de dolor que se hace desde el ámbito de la partería y que las mujeres que hacen parte de este han apropiado y manejan no sólo en su discurso sino en momentos de dolor extremo como el parto. Para lograr fluir con el dolor, hay que aceptarlo, hay que saber que es inevitable, pero no es la misma inevitabilidad fatal del sufrimiento al que se refería Lina en su entrevista, sino una inevitabilidad que se vincula al ser madre y que debe ser repensada y resignificada desde el cuerpo y desde las emociones.

Al iniciar mi trabajo de campo empecé a indagar por el dolor físico y me encontré con que más allá de referirse al dolor que ocasionaban las contracciones, la dilatación o la salida misma del bebé, se referían a los tipos de dolores emocionales de una mujer en su trayectoria de vida que les impedía lograr una conexión total con su feminidad, su cuerpo embarazado y su nuevo rol como madre. Es por esto que se utilizan herramientas como la hipnosis o la meditación, con el fin de lograr establecer qué eventos del pasado (o hasta de vidas pasadas en el caso del que lo crea) pueden traumatizar u obstaculizar el proceso de gestación y el parto. Este tipo de dolores emocionales generados por eventos pasados son los que generan una seguidilla de miedos que impiden que una mujer confíe plenamente en su proceso de parto en casa.

Los traumas familiares con respecto a la feminidad o al hecho de ser madres generan miedo sobre las parturientas impidiendo la conexión con el cuerpo y la feminidad que se han puesto como objetivo. Madres solteras, partos dolorosos y traumáticos, abortos anteriores, etc., vinculan el embarazo y el parto con el sufrimiento tanto emocional como físico impidiendo que se genere ese cambio de la noción de dolor tan necesario para poder afrontar un parto en casa. Mariana, por ejemplo, tuvo un aborto provocado años antes de su

embarazo actual, durante el tiempo que pasó ella enterró completamente ese recuerdo pero cuando quedó embarazada empezó a afectarle. Esto se debe, según ella, a que ese dolor emocional no le permitía reconocerse como madre y vincularse correctamente con el lado positivo de la maternidad. Son este tipo de dolores emocionales los que se tratan desde la partería urbana y que intentan sanarse y reconciliarse con esa nueva situación de maternidad que afrontan las parturientas. Sin embargo, el trabajo que se realiza depende directamente de la disposición propia de la mujer y de las intenciones que tengan de realizar una reconexión con su cuerpo animal y con la maternidad.

En el lado de la partería no encontré la relación del dolor y el embarazo con algún tipo de dolor emocional. El parto desde la obstetricia se trata exclusivamente como el resultado fisiológico de la reproducción, que no tiene que ver con una trayectoria pasada o heredada que pueda generar algún tipo de trauma para el desarrollo saludable del embarazo. Precisamente porque la noción de salud desde la obstetricia se relaciona con el funcionamiento correcto de los órganos, en el embarazo tanto de la madre como del hijo; ese tipo de dolores emocionales no tendrían por qué irrumpir con el buen proceso de desarrollo del embarazo y tampoco con el momento del parto. Esta idea, se hace evidente en la narrativa de Ana y Lina, quienes sólo logran relacionar algún tipo de dolor emocional con el embarazo, en la medida en que se diera la pérdida o una patología que afectara el buen curso de la gestación. Esto es precisamente la diferencia entre las nociones de salud de la biomedicina y la partería urbana: para la medicina la salud se relaciona con el funcionamiento normal de los órganos, mientras que en la medicina de mujer de la partería urbana, se crea la idea de que la mujer debe encontrar el equilibrio emocional para lograr un estado bueno de salud. Por esto, Pía y Mariana reflexionan acerca de los dolores emocionales que pueden convertirse en una barrera para el buen desarrollo del proceso de gestación y parto.

A través de las anteriores descripciones y de las declaraciones discursivas hechas por las madres podemos ver que el manejo del dolor asociado al parto varía en distintos niveles. El primero de estos es que en el lado de la obstetricia el dolor es algo que debe ser entregado al manejo externo al cuerpo que en este caso es representado por la ciencia, por los avances técnicos y disponibles en la clínica en la que van a dar a luz. Además de la

pericia y de la forma de manejo que tenga el cuerpo médico que la atenderá. Mientras que en el lado de la partería hay una mayor participación de la mujer en la aceptación de ese dolor y el manejo de sus emociones y su corporalidad para aceptarlo. Si bien hay una intervención de las parteras en la guía de las mujeres en medio de este proceso, es la conexión de la mujer con su instinto lo que le llevaría a lograr reconciliarse con el dolor del parto y responder a él a través del cuerpo y la emocionalidad. El segundo nivel, es la resignificación total del dolor (asociado al embarazo) a través del discurso, en primer lugar, logrando vincular nuevas palabras al significado de dolor, como placer, amor, aceptación, fluidez, etc.; en segundo lugar, por medio de las imágenes asociadas al parto y al dolor, cambiando las imágenes de inmovilidad, camillas, ambulancias, gritos, desespero, etc. Por tranquilidad, calor, apoyo y confianza; finalmente, cambiando la disposición corporal del sufrimiento a la aceptación.

## **ii. Del sufrimiento a la aceptación: caminos para resignificar el dolor.**

La significación del dolor, al igual que el cuerpo, se relaciona con una serie de elementos retomados de distintos modelos que se codifican para conformar una idea particular, que es luego corporalizada. Estos códigos provienen de diversos modelos con los que los individuos tienen contacto a lo largo de su trayectoria de vida (Le Breton, 1999), por tanto en este caso las mujeres logran establecer nuevos códigos para entender el dolor partiendo de la profesión biomédica hegemónica y del conjunto de prácticas y saberes que ha conformado la partería urbana. Entonces esto se relaciona más allá del conjunto de prácticas con la trayectoria del individuo. Por ejemplo, la vida de Pía ha estado estrechamente relacionada con la biomedicina por la tradición de su familia y su acercamiento hacia otros tipos de prácticas como el yoga y la meditación nacieron de una curiosidad propia. Pero su acercamiento final hacia el parto en casa y la partería urbana se dio por su compañero quien había sido parido, al igual que su hermano, en casa bajo la supervisión de su padre quien era enfermero. Esto se refleja en muchos recursos discursivos que aún permanecen en su historia, Pía quería que durante su parto en casa hubiese una ambulancia esperando en caso de que hubiera alguna complicación. Sin embargo, terminó por desvincular su proceso de la idea de riesgo.

Por otro lado, Mariana debido a su carrera y a su propia historia de vida, se había acercado a los caminos alternativos de la medicina y del manejo del dolor, tanto físico como emocional. Antes de conocer a las parteras, Mariana, por motivos de trabajo, había tenido un proceso de reconstrucción emocional del pasado con los indígenas de la Sierra Nevada, lo cual fue un comienzo en su proceso de re significación del dolor. El proceso de Pía y Mariana se encuentra en el punto en el que llegan al centro de partería e inician el camino hacia el parto con Alejandra y Carolina. En este momento empiezan a trabajar con distintas herramientas como la meditación y la hipnosis para trabajar la curación de heridas emocionales del pasado y de la reconciliación con la feminidad.

En este proceso son claves dos ideas particulares: la intuición y la introspección. Estos dos elementos, según Carolina, han sido bloqueados y han perdido espacio en la vida de las mujeres debido a la imposibilidad del desarrollo empoderado de la feminidad de la mujer en una sociedad patriarcal y machista. Estas dos ideas logran establecer un vínculo entre el sentir de madre instintivo que se vincula con el afecto, el amor, el empoderamiento y lo femenino, logrando dejar de lado las ideas del sentir materno relacionado con el sufrimiento tanto emocional como físico.

La finalidad del proceso que se lleva con las parteras es lograr la introspección de la mujer, el encuentro con el instinto y la intuición, que hacen parte de la feminidad. A partir de dicha introspección se da una significación particular del dolor del parto en la que se logra asociar nuevas imágenes positivas con la idea, no necesariamente de disminuirlo, pero sí de lograr que la mujer deje fluir el proceso de parto y lo acompañe con una corporalización particular. Esto se relaciona con la idea de animalidad e instinto a la que me refería en el capítulo anterior, esto quiere decir que la mujer a través de su instinto logra mediar el dolor con su cuerpo y empieza a adoptar las posiciones que favorezcan la manifestación (que desahoga) del dolor.

Según Moore (2002) la intensidad del dolor puede variar dependiendo del contexto cultural al que pertenezca un individuo y es precisamente esta la premisa en la que se basa el análisis de las prácticas y los discursos de estas mujeres. El contexto cultural al que me refiero en este caso se configura a partir, además de otros elementos, por dos conjuntos de prácticas y conocimiento distintos: la biomedicina y la partería, que tienen códigos tanto

similares como divergentes y que se apropian de diversas formas por los individuos. Es entonces a partir de esto que el dolor del parto se configura con un significado particular que se mueve en una línea entre el sufrimiento y el placer. Para las parteras el objetivo final del proceso que se lleva con las mujeres es lograr la asociación directa del dolor del parto con placer, siendo esto, según ellas, una capacidad innata del ser humano, que implica simplemente re pensar y re asociar nuevas imágenes a una noción.

Entonces esta intensidad del dolor a la que se refiere Moore (2002), se deriva esencialmente de la asociación de imágenes y nociones a una sensación, es por esto que en el caso de la partería la mujer durante el parto debe hacer movimientos, debe estar en una situación de actividad y debe permanecer en un estado de lucidez total, lejos de la anestesia. Se entiende que el dolor del parto, debe ser un dolor placentero, no incapacitante. Distinto a lo que sucede en el lado de la obstetricia, en el que la mujer está sufriendo un dolor en extremo fuerte, que debe permanecer en reposo y que se le debe proveer anestesia si ella lo pide. Sin embargo, la afirmación que realiza Moore se refiere únicamente a sistemas culturales pero este caso es ejemplo de que mujeres que comparten un contexto cultural pueden apropiarse el dolor de formas distintas a partir de la combinación de códigos y referentes que provienen de diversas ideologías.

Cercano a esta idea Bendelow y Williams (1995) proponen que los individuos logran la combinación de códigos y modelos para dotar al dolor de un significado particular, sin embargo, a partir del caso estudiado puedo plantear que esta significación del dolor se hace dependiendo de la categoría del dolor sobre la cual se trata. Es decir, cada tipo de dolor puede tener una significación distinta y cada una se hace a partir de la combinación de modelos diversos. El significado que adquiere el dolor de parto y las nuevas asociaciones que se hacen a él puede no corresponderse con el dolor que causa la extracción de una muela o la migraña. Tal como lo mencionaba, el proceso de Pía responde a una tradición personal y familiar que se asocia a la biomedicina, lo cual implica que para el manejo del dolor proveniente de otras causas ella acude a los medicamentos y tratamientos propios de la biomedicina. Esto sirve para ejemplificar como los individuos no sólo tienden a combinar los códigos y modelos para significar al dolor, sino que logran generar categorías de dolor para los cuales algunos códigos son eficaces y otros no lo son.

Para finalizar quiero referirme al dolor asociado a la lactancia, ya que he hablado únicamente de dolor y parto. Al igual que el dolor del parto el dolor de la lactancia tiene componentes tanto emocionales como físicos y encontramos una significación particular de este dentro de la partería urbana. En primera medida, debo resaltar que dentro de la partería urbana el dolor que se asocia a la lactancia es totalmente evitable y que no es la norma, como se establece en la obstetricia. Alejandra relata desde su experiencia personal que el dolor es evitable pues “primero hay una disposición mental, un pensamiento”, siendo el dolor causado por la ausencia de una disposición mental que se refleja en la indisposición corporal.

Ahora bien, según las explicaciones que se dieron tanto en el curso sicoprofiláctico como en el taller de amamantamiento, el dolor de la lactancia se produce porque no hay una correcta succión de la leche por parte del bebé, por ejemplo porque no logra abarcar el pezón completamente con la boca. Sin embargo, Alejandra y Carolina afirman que esto es una cuestión de intuición tanto del bebé como con la madre y está en la mujer lograr que en el proceso de lactancia se logre evitar completamente el dolor. Esto quiere decir que hay no una re significación del dolor, sino el intento de lograr una eliminación total de la noción en el proceso. No obstante, contrario a lo que sucede con la re significación del dolor del parto, esta eliminación del dolor del proceso de lactancia no se logra en todos los casos y es por esto, que se enseñan maneras particulares de disminuirlo y de remediar los daños causados en los pezones. Por ejemplo, se les aconseja a las mujeres que durante el baño usen el estropajo sobre los pezones con el fin de endurecerlos y prepararlos para la succión del bebé y que usen su propia leche para sanar las heridas de los pezones.

Contrario a esto, en la obstetricia este dolor se explica y se entiende como un sacrificio que debe realizar la madre en pro de generar un vínculo con el niño y de continuar contribuyendo a su desarrollo correcto fuera del útero. Más allá de las recomendaciones para evitar o disminuir el dolor de la lactancia, se dota al dolor que produce de significados cercanos al afecto y al amor que resultan en connotaciones cercanas al sacrificio propio. Similar a lo que sucede con el dolor del parto en la partería, el dolor de la lactancia en la obstetricia se acerca a un dolor asociado al placer que en lugar de

generar sufrimiento, debe ser aceptado, más que con resignación, con la alegría de la terminación del proceso de gestación del bebé.

## **Conclusiones.**

Con el trabajo de investigación anteriormente presentado quise cumplir tres objetivos particulares el primero establecer el escenario urbano de Bogotá como el telón de fondo perfecto para la creación de una serie de relaciones entre la medicina alopática tradicional y hegemónica y la partería urbana que se instala en la ciudad como una alternativa válida para el acompañamiento a partos. Para entender estas relaciones partí del planteamiento de Davis Floyd (2001) para comprender la existencia de diversos paradigmas, agregando a su propuesta que cada uno de los conjuntos que se establecen en tales paradigmas, son permeables y corruptibles.

Estos paradigmas se han ubicado bajo una ideología hegemónica que se ha naturalizado en nuestra cotidianidad (Gramsci, 2009) y que se manifiesta de diferentes formas a través de este tipo de paradigmas. Mi percepción inicial de estas parteras como un movimiento contra hegemónico se fue desdibujando con el desarrollo de la investigación, pues entendí que estos diálogos que se establecían entre los diversos paradigmas (siendo ellas parte del holístico) se deben a que comparten dicha ideología y que no han logrado salirse de esa realidad entendida como natural. Por esa razón utilizan elementos y discursos de la biomedicina como legitimadores simbólicos de su oficio y tratan de trazar un camino distinto al marcado por el sistema educativo hegemónico, pero que resulta, en gran medida, una imitación de este mismo sistema que les proporcionará una entrada en el modelo capitalista.

Por su parte, el modelo de salud en general en Colombia atraviesa una crisis tanto epistemológica como social (Quevedo, 2002) que se debe a la insatisfacción de los pacientes en la medida en que las nociones positivistas cartesianas del cuerpo no son suficientes y la situación empeora con las falencias claras en la atención y los altos costos que hay que pagar por ella. Esto ha hecho que los médicos y el modelo en general, empiecen a buscar otras salidas y alternativas para lograr satisfacer de manera adecuada las necesidades de los pacientes. Por esto, aunque la partería no esté aceptada legalmente dentro del modelo, sí existe un mayor acercamiento entre los oficios y un diálogo que se establece entre ellos. Lo que ha causado, por ejemplo, el boom del parto humanizado y la

creación de salas TPR como la existente en la Reina Sofía. Aún así, es importante resaltar, que estos servicios están a disposición de quien pueda pagarlos y no de todos, aún el sistema elige por quienes no pueden pagar por elegir.

El segundo objetivo era determinar si existía una reconfiguración de la noción de cuerpo y de ser así establecer cómo se daba y cuál era. Con respecto a esto pude extraer tres conclusiones relevantes. En primer lugar, hay una reconfiguración de los hábitos y de la rutina diaria que en el caso de estas mujeres, que acompañan su proceso con las parteras, se convierte en dar la bienvenida a un nuevo cuerpo y a una nueva mujer que nace y que no será nunca más la de antes. Esta rutina no se concentra en acondicionar el cuerpo físico como si se fuera a una batalla, sino de respetar los procesos naturales de su cuerpo durante el embarazo y dejar que el mismo se acomode a lo que ella será después de haber dado a luz. Esto se relaciona con la noción de salud que se maneja desde la medicina de mujer que parte de la idea de respetar los procesos femeninos y de la noción de que el cuerpo está preparado naturalmente para afrontar el embarazo y el parto, que se opone a la idea de cambiar hábitos para lograr un proceso de gestación saludable proveniente de la biomedicina. El cambio en estos hábitos es la corporalización de las representaciones sociales la cual se ubica en la fase de anclaje de la representación, es su penetración final en los cuerpos.

En segundo lugar, hay un encuentro de la mujer con su feminidad que ha sido disminuida a lo largo de su trayecto de vida, en el cual el cuerpo es el mediador y en el que se reflejan las transformaciones que esta nueva relación causa. Siendo este cuerpo cargado de una nueva fuerza erótica y sensual basada en una nueva estética que se encuentra en las características propias del embarazo. Sin embargo, este significado pervive con una noción de cuerpo deserotizado, especialmente eliminando la carga sexual de los senos, al tener la madre que establecer una nueva relación con su cuerpo durante la lactancia. Por otro lado, la feminidad se refiere también a una reivindicación y resignificación del embarazo como un empoderamiento y una demostración de la fortaleza de la mujer que se enfrenta a la imagen común de la debilidad y la fragilidad de la mujer, especialmente durante el embarazo.

En tercer lugar, todo el discurso referente al instinto que se despierta y el regresar a esos saberes primarios que han sido olvidados, termina por corporalizarse y esto se demuestra más que nunca en el momento del parto y de la lactancia. En estas situaciones la mujer que sabe escuchar su cuerpo y seguir su instinto, empieza a adoptar una serie de posiciones y a emitir sonidos determinados que recuerdan lo animal.

Vinculado a este tema del cuerpo está la noción de pudor que al principio intenté tratar como una categoría aparte, pero en medio del trabajo de campo comprendí que el pudor está inevitablemente asociado al cuerpo. Durante el proceso de gestación y parto las mujeres que llevan su proceso con las parteras logran vincularse con la animalidad y el instinto de la mujer, esto lleva a que haya una eliminación temporal de las barreras que dividen lo íntimo y lo público. Este bloqueo temporal del pudor se escuda bajo la primacía de las necesidades fisiológicas e instintivas que llevan a comportamientos animales que se encuentran fuera de la categoría de lo que se construye conscientemente desde la sociedad como el pudor. Mientras que del lado de la obstetricia no existe este tipo eliminación y el pudor sigue estando latente en los procesos de gestación, parto y lactancia, a pesar de la comprensión fisiológica del proceso natural, la patologización histórica que se ha dado del proceso impide que se aleje de la construcción social de lo que es el pudor y de lo que no debe ser expuesto en público.

Finalmente, con respecto a la categoría del dolor hay dos grandes conclusiones que debo resaltar. La primera de ellas es que durante el proceso de gestación existen diversos tipos de dolores, de los cuales me referí particularmente a dos: el dolor en la lactancia y el dolor en el parto, cada uno de los cuales adopta códigos diversos y por tanto significaciones distintas, que conllevan a unas prácticas particulares. Por ende, el individuo tiende a cambiar la noción de dolor dependiendo de la categoría a la que este pertenezca, en este caso se asocian al embarazo y sus distintas etapas. Otro tipo de dolor particular, es el dolor emocional que tiene que ver con la sanación de heridas pasadas que le permitan a la mujer encontrarse con su maternidad y su feminidad de una manera adecuada, pero este es una categoría de dolor que aparece únicamente en el ámbito de la partería urbana, al menos de manera explícita.

La segunda conclusión, es que la representación de dolor que se reforma en la partería se basa en la desvinculación total del dolor con el sufrimiento y el mayor acercamiento posible del dolor con el placer. Para esto, el primer paso es que las mujeres logren interiorizar que el dolor asociado al parto no debe afrontarse, enfrentarse, ni sufrirse, sino que debe ser aceptado y “abrazado”. Esto último se hace a partir de la unión entre cuerpo, feminidad, instinto y dolor que logra confluír en el momento del parto y que sólo puede ser logrado por el trabajo personal de la madre. Entonces vemos que en esa transformación del significado del dolor se da un desplazamiento en el que el manejo del dolor pasa de estar en manos ajenas, de los obstetras, las enfermeras y los medicamentos, a estar en manos, únicamente, de la mujer.

Finalmente, es importante concluir que cada uno de estas formas de organización médica llevados al extremo produce vicios y vacíos en la forma de atención a las mujeres gestantes. Por tanto, debe haber una reconciliación de estos dos (partería y obstetricia) en la que encuentren un lugar común en el que establezcan una relación de igualdad que le permita a las mujeres gozar de la seguridad frente a los riesgos que se han establecido a partir de la biomedicina y de un papel protagónico dentro de un proceso que le es tan propio como el embarazo y el parto.

## Bibliografía.

- Abric, JC. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. Ediciones Coyoacán, S.A: México, D.F.
- Alarcón, AM; Vidal, A; Neira, J. (2003) “Salud intercultural: elementos para la construcción de bases conceptuales. *Revista médica de Chile* 131(9). Pp1061-1065.
- Alonso, C; Girard, T. (2009). “El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil”. En *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México.
- Bendelow, G; Williams, S. (1995). “Transcending the dualism: Towards a sociology of pain”. *Sociology of health and illness*17(12).
- Blázquez, MI. (2005). “Aproximación a la antropología de la reproducción”. AIBR Revista de antropología iberoamericana. Ed. Electrónica. No.42. Madrid.
- Camacaro, M. (2009). “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...Improntas de la praxis obstétrica”. *Revista venezolana de Estudios de la Mujer* 14(32). Caracas.
- Campbell, J; Fauveau, V; Hoop BP; Matthews, Z; McManus. (2011). *El Estado de las parteras en el mundo. Cuidar la salud, salvar vidas* [Documento en línea disponible en [http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main\\_report/es\\_SoWMy\\_Full.pdf](http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/es_SoWMy_Full.pdf).] UNFPA
- Charry, C. (2006). “¿Nuevos o viejos debates? Las representaciones sociales y el desarrollo moderno de las Ciencias Sociales”. En *Revista de Estudios Sociales* No.25. Pp. 81-94.
- Callister L. (2003). “Cultural influences on pain perceptions and behaviors. *Home health care management & practice* 15(3). Pp. 207-211
- Callister, L; Khalaf, I; Semenic,S; Kartchner, R; Vehvilainen, K. (2003). *Pain management nursing Journal* 4(4).
- Choza, J. (1980). *La supresión del pudor, signo de nuestro tiempo y otros ensayos* Eunsa: Pamplona, España.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGraw Hill Latinoamericana: España.
- Da Rocha, R, Franco, S, Baldin, N. (2011). “El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto”. En *Revista Brasileira de anestesiología* 61(3)
- DelVecchio, MJ; Brodwin, P; Good, B; Kleinman,. (1992). *Pain as a human experience. An anthropological perspective*. University of California Press. Berkeley: Los Angeles.
- Davis-Floyd, R. (2001) “The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth”. *International Journal of gynecology & obstetrics* No. 75. Pp S5-S23.
- Davis-Floyd, R. (2004). “Ways of thinking: Open and closed systems”. En *Midwifery today*. Issue 69.9-13.
- Desjarlais, R; Throop, J. (2011). “Phenomenological approaches in Anthropology”. *Annual review of anthropology*. Pp 87-102.

- Foucault, M. (1987). "Historia de la medicalización". *Educación médica y salud* 11(1). Pp. 152-169
- Ginsburg, F; Rapp, R. (1991). "the politics of reproduction". *Annual Review of Anthropology*. Pp 311-343.
- Goffman, E. (1993). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*". Buenos Aires: AMORRORTU
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia; Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Paidós.
- Gramsci, Antonio. (2009). *Obras de Antonio Gramsci 5. Cuadernos de la cárcel: pasado y presente* 2ª Ed. Madrid: Casa Juan Pablos
- Guber, R.(2005). *Método, campo y reflexividad*. Ed. Norma: Colombia.
- Güemez, M. (2000). "La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre las mujeres mayas yucatecas". *Revista Mesoamericana* 21(39) Pp. 305-333
- Hincapié, E; Valencia, C. (2000) "Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal del municipio de Quinchía." *Colombia médica*, 31. Pp. 11-15. Colombia.
- Hunter, C. (2007). *The doula as educator: labor, embodiment, and intimacy in childbirth*. UMI microform.
- Hunter, L. (2002). "Being with woman: A guiding concept for the care laboring women". *Journal of obstetric gynecologic & neonatal nursing*,31(6). Pp 650-657.
- Jackson, J. (2005). "Stigma, liminality, and chronic pain. Mind-body borderlands". *American ethnologist* 32(3) Vol.32. No.3. Pp 332-353.
- Jodelet, D. (2008). "El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales". *Connexion* 89(1) Editorial Éres. Pp25-46.
- Kartchner, R; Callister, L.C. (2003). "Giving birth: the voices of Chinese women". *Journal of holistic nursing* 21(2). Pp. 100-116
- Kirmayer, L. (2008). "Cultural and metaphoric mediation of pain". *Transcultural Psychiatry* 45(2) Pp. 318-338
- Laza, V. C. (2012) "Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia". *Index de Enfermería* 21(1-2).
- Laza, V. C; Ruiz, C. (2010). "Entre la necesidad y la fe. La partería tradicional en el Valle del Rio de Cimitarra". *Revista Ciencia y Enfermería XVI*.
- Latour, Bruno. (2007). *Nunca fuimos modernos: Ensayo de la antropología simétrica*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Ed.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Ed. Nueva Visión: Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_ (1999). *Antropología del dolor*. Ed. Seix Barral: Barcelona.
- Lock, M; Scheper-Hughes, N. (1987). "The mindfully body: A prolegomenon to future work in medical anthropology". *Medical Anthrology Quarterly* 11(1). Pp 6-41.
- Luque, F, MA; Oliver, MI. (2005). "Diferencias culturales en la revista percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas." *Revista indexada de enfermería*, Vol.14.
- Martínez, A. (2004). "La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas." *Papers* 73. Pp127-152.

- Mc. Crea, H; Wright, M; Stringer, M. (2000). *The development of a scale to asses control in pain management during labor*. Journal of reproductive and infant psychology, 18(2). Pp. 105-115
- Moore, M. (2002). "Cross-cultural conceptions of pain and pain control". *BUMC proceedings*. Pp 143-145.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Ed. Huemul: Buenos Aires (2da Edición).
- Montes- Muñoz, MJ. (2007). "Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos". Tesis doctoral. Tarragona.
- Móntes-Muñoz, MJ; Martorell-Poveda, MA; Jiménez-Herrera, MF; Verdura-Anglada, T; Brujáles-Martí, D. (2009). "Representaciones del cuerpo en el embarazo. Experiencias de las mujeres". *Revista matronas de profesión*; 10(3):5-10.
- Mora, M. (2002). "La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici". *Athenea Digital* No.2 otoño. México.
- Moreno, CJ. (2006). "Salud-Enfermedad y Cuerpo-Mente en la medicina ayurvédica de la India y en la biomedicina contemporánea". *Revista Antípoda* No.3.Pp 91-121.
- Niven, CA; Myrphy-Black, T. (2000). "Memory for labor pain: a review of literature". *Birth* 27. Pp.244-253
- Pedraza, Z. (2003). "Cuerpo e investigación en teoría social". Semana de la Alteridad. Universidad Nacional de Colombia sede Manizales. Octubre. (Paper).
- Quevedo, E. (2000). "La crisis social de la medicina y la medicina en la crisis social". *Revista del Colegio Mayor del Rosario*. 93(586).
- Restrepo, L. (2006). *Médicos y comadronas o el arte de los partos. La ginecología y la obstetricia en Antioquia, 1970-1930*. Medellín: La carreta editores.
- Schwarz, P. (2012). "Experiencias y significados del dolor durante el parto en mujeres jóvenes de sectores socioeconómicos medios y bajos de la ciudad de Ciudad de Buenos Aires". Exposición oral presentada en Encuentro Latinoamericano de investigadores sobre cuerpos y corporalidades en las culturas. Ed. Investigaciones en artes escénicas y performáticas
- \_\_\_\_\_ (2010). "La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media". *Argumentos, Revista crítica social* No.11.
- Taylor SJ, Bogdan R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Turner, BS. (1989). *El cuerpo y la sociedad: Exploraciones en teoría social*. México: Fondo de cultura económica.
- Trnka, S. (2007). "Languages of Labor. Negotiating the 'real' and the relational in Indo-Fijian women's expressions of physical pain". *Medical anthropology quarterly*, 21(4). Pp 388-408.
- Vesga, A. (2005). "La partería, una experiencia de investigación social". *Revista Entramado* 1(1). Pp. 104-117.
- Viveros, M. (1993). "La problemática de la Representación Social y su utilidad para los estudios de Salud y Enfermedad". En *Boletín Socioeconómico*. N° 26.

- Weitz, R; Sullivan, D. (1986). "The politics of childbirth: The re emergence of Midwifery in Arizona". *Social Problems*, 33(33). Arizona State University: Arizona.
- Wagner, M. (2007) "La partería global-tradicional y oficial-y la humanización del nacimiento". En *Midwifery Today* Issue 83.