

UAM



Facultad de
Filosofía y Letras

**Departamento de Antropología Social y Pensamiento
Filosófico Español**

**GRADO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y
CULTURAL**

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2021-2022

EL OLVIDADO POSPARTO

Formas de violencia obstétrica y sexismo: el impacto en la
subjetividad de las madres

Raquel Luna Serra

Tutor: Javier Rodríguez Mir

Mayo de 2022

Resumen

La perspectiva y experiencia de las madres en lo que rodea al nacimiento es un área de estudio emergente en el ámbito de las ciencias sociales, en particular en lo que se refiere a revelar las formas de desigualdad que las atraviesan. En el presente Trabajo de Fin de Grado se propone el estudio del posparto como periodo en el que las madres “metabolizan” los acontecimientos del embarazo y el parto, interpretando sus vivencias y elaborando sus relatos, y en el que se producen formas específicas de sexismo y violencia obstétrica. Se emplea el concepto de luz de gas para entender el modo en que los discursos y necesidades expresados por las madres son silenciados, ninguneados o impedidos. Se exploran también otras dificultades a las que se enfrentan una vez que reciben el alta hospitalaria, así como el papel de los grupos de acompañamiento, la información y las redes sociales en el empoderamiento de sus relatos y la mejora de sus experiencias de maternidad.

Palabras clave: violencia obstétrica, posparto, luz de gas, antropología del nacimiento, antropología de la reproducción

*A mi madre, que me trajo a este mundo
y me ha acompañado hasta aquí.*

Agradecimientos

Gracias a todas las mujeres que han hecho posible este Trabajo de Fin de Grado:

A aquellas que han colaborado directamente en él, brindándome generosamente su tiempo y depositando en mí su confianza para compartir pedazos tan importantes e íntimos de sus vidas. Espero que el resultado de este TFG, para el que han sido imprescindibles, las enorgullezca a ellas también.

A aquellas que hicieron posible que en primer lugar el problema de la *violencia obstétrica* llegase a mis oídos, por su dedicado e incansable activismo, por su entrega a la investigación y divulgación.

A aquellas que, desde el lugar que ocupan en el mundo y con los recursos de los que disponen, ponen su granito de arena para mejorar las vidas de las demás.

Gracias, por último, a Javier Rodríguez Mir, mi tutor, por su acompañamiento a lo largo del desarrollo de esta investigación. Sus consejos y contribuciones han sido de gran valor para su desempeño.

Índice

1. Introducción: tema y justificación.....	5
2. Metodología	5
2.1. Enfoque, hipótesis y objetivos de investigación.....	5
2.2. Diseño de la investigación.....	6
3. La dimensión cultural del nacimiento	9
3.1. Antropología del parto o de la reproducción	10
3.1.1. Antropología de la reproducción en España	13
3.2. Cultura del nacimiento hegemónica contemporánea.....	14
3.2.1. Contexto hospitalario, modelo biomédico hegemónico.....	14
3.2.2. Dos ejes de desigualdad	15
3.3. Medicalización y tecnocracia	22
4. Violencia obstétrica.....	26
4.1. Violencia obstétrica como violencia de género.....	28
4.2. El problema de la “violencia” en el concepto de violencia obstétrica.....	28
4.2.1. La cuestión de la intencionalidad.....	29
4.2.2. Modelo triádico de la violencia de Galtung.....	30
4.2.3. Dimensión socio-antropológica de la violencia obstétrica	31
5. La “dureza” del posparto.....	33
5.1. Las mamás llegan a casa: ¿qué se encuentran?	33
5.2. “Es cuando empieza lo difícil”: ¿qué hay que metabolizar?	39
5.2.1. La mente y las emociones	40
5.2.2. El cuerpo, la autonomía y la sexualidad	44
5.2.3. Nadie me había hablado de esto. ¿Por qué?.....	48
5.2.4. Metabolizar una experiencia de violencia obstétrica	48
6. Luz de gas y ninguneo: el silenciado de las voces de las madres	50
6.1. Luz de gas desde las instituciones	50

6.1.1. Qué es la luz de gas.....	50
6.1.2. Luz de gas y violencia obstétrica.....	51
6.1.3. La postura de la SEGO y del CGCOM: luz de gas institucional.....	54
6.2. Ninguneo desde el entorno familiar.....	57
7. La construcción afirmativa de los relatos.....	58
7.1. Accesibilidad de la información.....	60
7.2. Importancia del acompañamiento.....	61
7.3. Activismo virtual.....	62
7.4. Haciendo valer la propia historia.....	64
8. Discusión.....	65
9. Bibliografía.....	67
10. Tabla de gráficos.....	74

1. Introducción: tema y justificación

El presente Trabajo de Fin de Grado se inscribe en el contexto de las investigaciones que desde las ciencias sociales en las últimas décadas se han ido elaborando en torno a la cuestión de la maternidad y, más concretamente, del proceso biológico del nacimiento. En este ámbito, el de la violencia obstétrica es un problema emergente no sólo en lo académico, sino también en lo legal y en el debate público, especialmente a partir de su pionera legislación en regiones de Latinoamérica, como Venezuela, Argentina y México. Ante la existencia de este problema y del interés por hacerle frente, que se manifiesta en las crecientes reivindicaciones por parte del activismo feminista, la necesidad de la investigación es ineludible.

En el contexto español, la necesidad de llevar a cabo estas investigaciones se ha visto confirmada por la polémica levantada por la propuesta presentada en 2021 de incorporar el concepto de violencia obstétrica en la reforma de la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Ante la negación de esta realidad por parte de algunos sectores de la sociedad, especialmente de ciertas instituciones representantes de colectivos sanitarios (como la SEGO y la CGCOM), profundizar y abrir nuevas líneas de investigación es una herramienta para contribuir a una transformación social.

El presente TFG se centrará en un aspecto específico de este tema emergente: la vivencia del periodo del posparto, como parte igualmente crucial en la exploración de las dimensiones social y cultural de la maternidad biológica. Esta elección responde a dos observaciones: la necesidad expresada por las propias madres de que sea mayor la atención y la circulación de información en relación con esta etapa y la escasez de estudios focalizados en los aspectos particulares de la misma, en comparación con la cobertura recibida por el evento del parto. Lo que se pretende con esta contribución es ampliar la mirada en la investigación sobre la violencia obstétrica y sexismo en la atención a la maternidad biológica a través de la consideración del posparto como objeto de estudio en el que se manifiestan y expresan las desigualdades sociales de género.

2. Metodología

2.1. Enfoque, hipótesis y objetivos de investigación

El enfoque de este estudio es antropológico, es decir, lo que se pretende es atender a la dimensión social y cultural del fenómeno que se estudia, otorgando gran relevancia a las experiencias y discursos de las agentes por cómo estos reflejan el modo en que se construyen y articulan socialmente sus subjetividades.

La hipótesis principal sobre la que se construye la presente investigación es que existiría una relación entre el periodo del posparto y la desigualdad de género, una de cuyas expresiones es la violencia obstétrica, desde un doble ángulo:

- a) Por cómo el posparto se presenta como el periodo en el que la madre “metaboliza” los acontecimientos del embarazo y el parto, lo que implica una construcción dinámica de su relato y su puesta en juego.
- b) Por cómo en el posparto acontecen formas específicas de violencia obstétrica y sexismo.

Por tanto, el principal objetivo será verificar esta hipótesis y, en tal caso, examinar qué forma(s) adopta dicha relación y qué impacto social y emocional tiene en las mujeres que la experimentan.

Hipótesis secundarias que guiarán el estudio serán:

1. Una sensación de aislamiento experimentada por las madres en posparto dificultaría que reconociesen posibles malos tratos sufridos. Alternativamente, sentirse acompañadas (por profesionales, familiares y otras madres) las dotaría de recursos para identificar los problemas y hacerles frente.
2. Existiría una carencia de mecanismos sociales e institucionales para señalar los posibles malos tratos sufridos, lo que daría lugar al desamparo o, incluso, a que las madres dudasen o no lograsen articular su propia perspectiva de lo que ocurre.

2.2. Diseño de la investigación

Para la realización de esta investigación se han empleado tres fuentes de investigación:

1. Estudio intensivo de la existente literatura en materia de antropología y sociología de la reproducción y violencia obstétrica.
2. Realización de entrevistas cualitativas a cuatro mujeres que han colaborado en el estudio.
3. Observación de discursos e interacciones en redes sociales.

Las tres entrevistas realizadas han tenido aproximadamente una hora de duración, mientras que la cuarta de ellas ha tenido lugar por escrito. En los cuatro casos, las entrevistas se han visto

complementadas por conversaciones informales o comentarios publicados en redes sociales, todos ellos recogidos para elaborar la información.

Las entrevistas han sido semiestructuradas, adaptando las preguntas a las características de cada una de las mujeres y siguiendo los razonamientos e intereses que iban expresando a lo largo de la misma, conforme con la propuesta antropológica de Sanmartín Arce:

“La entrevista más que buscar información sobre hechos busca un discurso nativo que los comente, que los valore, que los relacione y contraste con otros, de modo que en dicho discurso nos vierta el actor modos de categorizar su experiencia” (2000: 111).

Tanto las entrevistas como los contenidos en redes sociales han sido examinados mediante la técnica de análisis del discurso, atendiendo a las tres dimensiones señaladas por Jociles Rubio (2005): *referencial*, por cuanto hacían referencia a hechos; *expresiva*, en tanto que sus discursos son producto de sus subjetividades, condicionadas por sus posiciones sociales; y *pragmática*, por el impacto que tienen en las conductas y en los procesos socioculturales estudiados.

Se han escogido las redes sociales como campo de investigación por dos de las razones esgrimidas por Michaela Fay (2007): porque consideramos los espacios *offline* y *online* como interrelacionados y porque la conectividad *online* está jugando un papel creciente en la creación de un sentimiento de pertenencia (*belonging*) feminista que atraviesa fronteras. La realización de etnografía en el espacio virtual permite el acceso a fenómenos emergentes cuya difusión se está viendo favorecida por la red (Ruiz Méndez y Aguirre Aguilar, 2015), y este es el caso del activismo feminista en general y el activismo en relación con la atención obstétrica en particular. Una de las ventajas, señaladas por algunos autores (Beaulieu, 2004), de la recogida de discursos que se encuentran publicados *online* es que en su elaboración no interfiere el observador. No obstante, de forma *online* también son posibles las interacciones y estas son productivas en la generación de discursos y el establecimiento de vínculos.

A continuación, se presenta una relación de los actores cuyos discursos se ven reflejados en el cuerpo de este estudio:

- **Verónica**, ilustradora gráfica, dio a luz en un hospital público de Úbeda a su único hijo hace cuatro años. En su cuenta de Twitter, comparte sus experiencias de maternidad y crianza. Compartió su experiencia por escrito vía chat privado.

- **Doris**, ama de casa y madre de dos hijos, de veintidós y quince años respectivamente, nacidos en dos diferentes hospitales privados de la ciudad de Madrid. Entrevistada presencialmente.
- **Jenifer**, fisioterapeuta especializada en suelo pélvico con estudios en psicología perinatal, madre de dos hijos nacidos en la ciudad de Madrid y cocreadora de un centro privado de “cuidado de la mujer y del bebé”. Entrevistada presencialmente.
- **Virginia**, madre de dos hijos de siete y tres años cuyos nacimientos fueron atendidos en los hospitales públicos de Puertollano y Ciudad Real, ama de casa durante los primeros años de crianza y posteriormente reincorporada al trabajo como camarera. Entrevistada telemáticamente.
- **Cristina**, prima de Virginia. Comunicación vía chat privado a través de la cual fue posible entrar en contacto con Virginia.
- **Ana**, fisioterapeuta residente en España especializada en suelo pélvico y activista feminista en Twitter. Discurso recogido de una publicación en Twitter.
- **Sandra** (pseudónimo), matrona en atención primaria residente en Galicia. Discurso recogido de una publicación en Twitter.
- **Morfeo** (pseudónimo *online*): anestesista cuyo perfil de Twitter está dedicado a temas sanitarios. Discurso recogido de una publicación en dicha red social.
- **Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos**, instituciones representantes de los correspondientes profesionales sanitarios colegiados. Discursos recogidos de sus declaraciones públicas en relación con la propuesta de tipificar legalmente la violencia obstétrica.

En los capítulos tercero y cuarto de este trabajo se presentarán los resultados del estudio y elaboración de los materiales bibliográficos escogidos, que constituyen el marco teórico desde el cual se han interpretado los discursos recogidos en las entrevistas y espacios *online* mencionados. En el tercer capítulo, se examinará la dimensión cultural del nacimiento y la caracterización del mismo en nuestro contexto de interés y, en el cuarto, se propondrá un modelo de conceptualización de la violencia obstétrica operativo para nuestro enfoque antropológico.

Sucesivamente, en los capítulos quinto, sexto y séptimo se verán reflejados los resultados de la parte empírica de la investigación. En el quinto capítulo, se abordarán las problemáticas específicas del periodo de posparto por cómo impactan en las vidas de las madres. En el sexto,

se propondrá el concepto de *luz de gas* como descriptivo de la dinámica por la cual las mujeres ven sus necesidades y experiencias ninguneadas en su entorno. En el séptimo, se explorará la contraparte y alternativa a esos obstáculos, relacionada con el acompañamiento (profesional y de otras madres en una situación similar) y la accesibilidad de la información. Por último, en el octavo capítulo se esbozarán unas conclusiones finales.

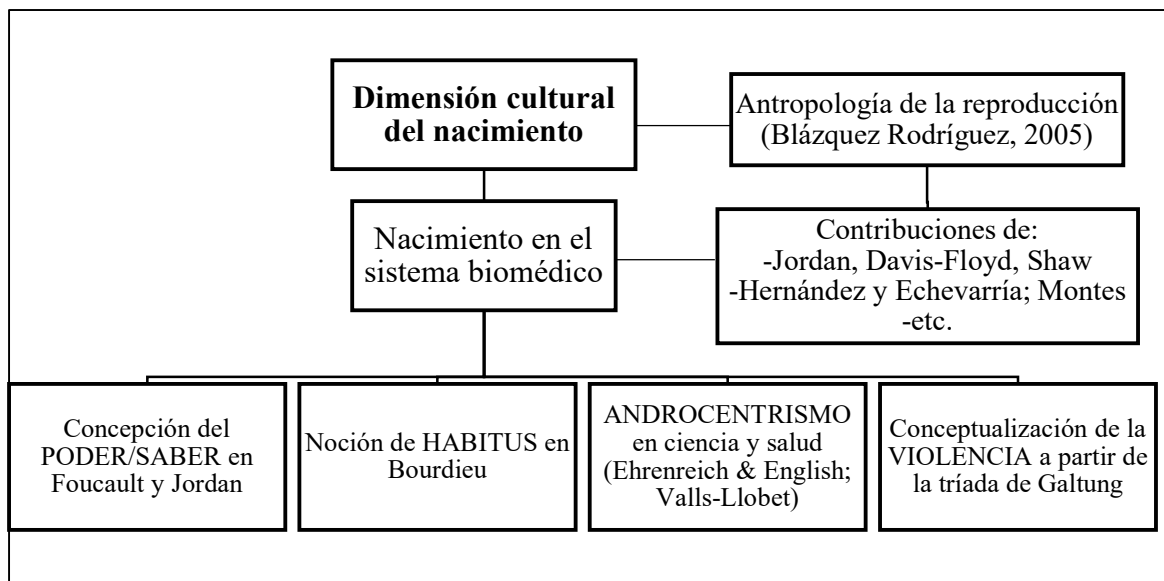


Tabla 1. Mapa del marco teórico

3. La dimensión cultural del nacimiento

*Although a society's core value system is visible in many areas of cultural life, it is nowhere more evident than in the cultural treatment of the human body, most especially when that body is giving birth to the new social members that will ensure the future of the society in which they are born.*¹

Robbie E. Davis Floyd, "The Technocratic Body" (1994: 1125).

Procesos como la gestación y el alumbramiento pueden parecer hechos de carácter fundamentalmente biológico. Sin embargo, estos acontecimientos (y los inmediatamente anteriores y posteriores), que tienen lugar en el cuerpo de las mujeres, están ante todo cargados

¹ "Aunque el núcleo del sistema de valores de una sociedad es visible en muchas áreas de la vida cultural, en ningún lugar es más evidente que en el tratamiento cultural del cuerpo humano, más especialmente cuando el cuerpo está dando a luz a los nuevos miembros sociales que van a asegurar el futuro de la sociedad en la que nacen" (traducción propia).

de significados culturales (Montes Muñoz, 2007) y se producen con unas condiciones materiales y en un entramado de relaciones sociales determinados (Blázquez Rodríguez, 2005). En general, la corporalidad humana y las vivencias corporales no son hechos meramente biológicos, fruto directo de una programación genética innata, sino que requieren siempre un aprendizaje cultural y tienen lugar en un contexto humano atravesado por la cultura (Ingold, 2008). De ello se desprende que las experiencias del cuerpo serán vividas de forma distinta según los saberes y percepciones que sobre el cuerpo se tengan (Imaz Martínez, 2001; Lazaré-Boix, 2016) y tales saberes son intrínsecamente culturales.

Por esta razón, todo lo que tiene que ver con la llegada al mundo de un nuevo ser humano es un fenómeno de interés para las ciencias sociales y puede ser observado con una mirada antropológica, en un doble sentido: porque los significados adscritos a estos procesos nos dicen mucho sobre aspectos más amplios de la cultura en que ocurren (como, por ejemplo, su concepción del género, de la salud, de la vida, del cuidado, del parentesco, etc.) y porque, a su vez, un análisis desde estas categorías nos permite comprender mejor lo que ocurre en tales procesos por cómo tienen lugar concretamente (Sadler, 2004).

Partiendo de esta premisa, en el presente capítulo se hará referencia a la ya existente línea de investigación en este ámbito, conocida como *antropología del parto* o *antropología de la reproducción*, y sucesivamente se examinarán algunos de sus principales aportes conceptuales, que nos permitirán dibujar un modelo de las prácticas y representaciones hegemónicas en torno al nacimiento en el contexto occidental contemporáneo del que se parte en la presente investigación.

3.1. Antropología del parto o de la reproducción

La dimensión cultural del nacimiento humano ha sido investigada por antropólogas desde los años 60 del siglo pasado con publicaciones pioneras como las de Margaret Mead y Miles Newton en *Childbearing—its social and psychological aspects* (1967). No obstante, de acuerdo con Blázquez Rodríguez (2005: 2), es sobre todo a partir de los años 70 cuando las investigadoras comenzaron, en primer lugar, a explorar etnográficamente las costumbres relacionadas con el nacimiento en culturas no occidentales. Según Davis-Floyd y Sargent (1997), un momento decisivo en la apertura de este nuevo campo fue la publicación en 1978 de *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*, de Brigitte Jordan. Este texto no sólo dio pie a que se considerase con mayor interés la posibilidad de enfocar la atención de la antropología social y cultural sobre

el nacimiento como un tema merecedor de ser estudiado mediante un trabajo de campo exhaustivo, sino que también fue uno de los primeros en estudiar la especificidad de las costumbres propias de países occidentales. Esta línea de investigación, que ya había sido emprendida previamente por Nancy Stoller en 1974 con *Forced Labor: Maternity Care in the United States* experimentó una auténtica explosión durante los años 80, en buena medida gracias al interés creciente del movimiento y de las pensadoras feministas del contexto euronorteamericano blanco, que hasta los años 70 se habían alineado con una visión negativa y tecnocrática del parto (De Andrade De Ramos Cavalcanti, 2019). En estos años, antropólogas como Sheila Kitzinger, Robbie Davis-Floyd y Carolyn Sargent sentarían las bases para la incipiente subdisciplina a la que llamarían antropología del nacimiento (*anthropology of childbirth*) (Davis-Floyd y Sargent, 1997).

Desde entonces, y sobre todo en las dos últimas décadas, el foco de atención para los antropólogos y científicos sociales se ha expandido más allá del nacimiento hacia otras áreas estrechamente relacionadas, haciendo que algunos autores hayan sugerido ampliar el campo de investigación con denominaciones de mayor alcance. Es el caso de la *pre- and perinatal anthropology* propuesta por Charles Laughlin, en paralelismo con la delimitación de esta subdisciplina en el ámbito de la psicología (Laughlin, 1989), o la aún más abarcadora *antropología de la reproducción* sugerida por María Isabel Blázquez Rodríguez (2005).

Siguiendo a Sarah Lazaré-Boix (2016) consideraremos que esta subdisciplina de la antropología de la reproducción se halla en una intersección entre la antropología del parentesco y la antropología médica, aunque añadiremos a esta ecuación la antropología del género, por la razón esgrimida por la propia Blázquez Rodríguez (2005: 12):

“La conexión de la atención sanitaria al proceso reproductivo con el sistema de género se da como dicen Browner y Sargent (1990: 219), ya que se articula una construcción social de la maternidad y paternidad, además de una relación entre biología y cultura. [...] A través del estudio de estos comportamientos se puede dar cuenta del tipo de sistema de género que las sociedades informan y educan a sus miembros y de los modos de hacerlo en fases específicas de la vida, en este caso particular, durante la procreación.”

Investigando las modalidades culturales de la reproducción humana en diálogo con los estudios en antropología del género podemos entender cómo el embarazo y el parto, más allá de sus implicaciones biológicas, se constituyen como un rito de paso (Imaz Martínez, 2001) o, en términos de Bourdieu (1982), un acto de institución, fundamental en la construcción cultural del rol de la mujer en la sociedad. La interacción entre ambas subdisciplinas es, por tanto, imprescindible.

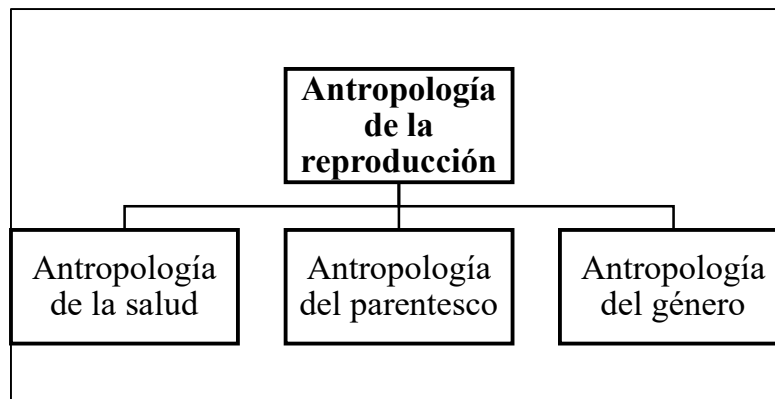


Tabla 2. Vínculos de la Antropología de la reproducción con otras subdisciplinas

Las autoras y autores que se han ocupado de la antropología del nacimiento han definido su objeto de estudio con diversos conceptos. Carol McClain habló de *etno-obstetricia* (1975) para referirse a “... las diferentes praxis e itinerarios asistenciales que cada cultura particular establece para dar cobertura a los nacimientos” (Hernández Garre y Echevarría Pérez, 2016: 2). Más recientemente, M^a Jesús Montes Muñoz ha propuesto el concepto de *culturas del nacimiento*, entendiéndolas como “... los conocimientos, las costumbres, las creencias, los valores, las prácticas y las experiencias que quienes hemos definido como actores/as manifiestan en la actualidad respecto al nacimiento en nuestro contexto” (Montes Muñoz, 2007: 10). Por su parte, Hernández Garre y Echevarría Pérez, desde la sociología han empleado la categoría de *cosmovisiones del parto* para indicar los “... patrones culturales de atención, en consecuencia con las representaciones que los alimentan, [que] cristalizan en diferentes arquetipos asistenciales” (Hernández Garre y Echevarría Pérez, 2014: 330).

En el presente trabajo estos términos se considerarán prácticamente sinónimos, aunque daremos prioridad al concepto de “culturas del nacimiento” de Montes Muñoz por parecernos el más adecuado para nuestro propósito: mientras que el concepto de *etno-obstetricia* hace énfasis en el carácter diferencial de los distintos modelos asistenciales y el de *cosmovisiones del parto* en

las representaciones que entran en juego, la denominación *culturas del nacimiento* engloba estos dos aspectos junto con la dimensión práctica a la que alude.

A partir de esta área de estudios y gracias a las aportaciones realizadas por algunos de los autores ya mencionados podemos acercarnos a dibujar un modelo de la cultura del nacimiento en el ámbito de los países occidentales, entre ellos España, para contextualizar la presente investigación.

3.1.1. Antropología de la reproducción en España

Blázquez Rodríguez (2005) recoge a Michael Kenny como autor de los primeros trabajos sobre las costumbres en torno al embarazo y al parto en España desde principios del siglo XX. Serían Mari Luz Esteban y Susana Narotzky las primeras investigadoras autóctonas en empezar a producir, en los años 90, análisis sobre la atención a la salud reproductiva y sexual de las mujeres y las percepciones de las mismas en relación con dichos ámbitos.

A partir de los 2000 surgieron algunas tesis doctorales más focalizadas en la atención a los procesos de embarazo y parto y, central o colateralmente, en el problema de la violencia obstétrica, estudiándolos mediante el método etnográfico. Así, María Montes Muñoz (2007) ha analizado las percepciones y prácticas de las mujeres gestantes en nuestra “cultura del nacimiento”, María Isabel Blázquez Rodríguez (2009) ha hecho lo propio con las ideologías y prácticas en la atención sanitaria, Eva Margarita García García (2018) ha estudiado la violencia obstétrica entendiéndola como una forma de violencia de género y Virginia Murialdo Miniello (2019) ha examinado la construcción cultural del parto respetado. Paralelamente, desde el ámbito de la sociología se han hecho importantes aportaciones teóricas como las de Hernández Garre y Echevarría Pérez (2014, 2016) en el análisis del carácter productivista y tecnocrático del parto institucionalizado y su relación con el “abuso institucional”. Todas estas obras son de referencia para la elaboración de la presente aportación.

Este objeto de estudio ha ido recibiendo mayor atención durante la última década dando lugar a líneas de investigación estables. Es el caso de la Universidad Autónoma de Madrid, cuyo Observatorio de Antropología Médica, liderado por Javier Rodríguez Mir y Alejandra Martínez Gandolfi, en los últimos años ha recogido y promovido en los últimos años investigaciones de estudiantes y profesionales en torno a la atención obstétrica. De esta iniciativa nace este Trabajo de Fin de Grado.

3.2. Cultura del nacimiento hegemónica contemporánea

Tal y como se ha mencionado en el precedente epígrafe, una de las investigadoras pioneras en el ámbito de la antropología de la reproducción fue Nancy Stoller, quien en 1974 estudió el sistema estadounidense de atención al parto y lo caracterizó con cinco rasgos fundamentales: institucionalización, medicalización, monopolio médico, tecnologización y fragmentación del cuidado (Hernández Garre y Echevarría Pérez, 2016). Estas características son extrapolables a otros países como España, cuyo modelo asistencial se da en el marco de las instituciones médicas modernas. Dicha extrapolación tiene lugar a causa de la pretensión universalista de la concepción occidental de la ciencia, que es la que ha impulsado su implantación por todo el mundo y le ha conferido la posición hegemónica que actualmente ostenta.

En esta línea, Virginia Murialdo Miniello habla de una “cultura biomédica de atención al parto” (2019: 61) a la que atribuye unos rasgos similares a los identificados por Stoller: contexto hospitalario, jerarquización, tendencia intervencionista y tecnologizante y expropiación de las subjetividades de las mujeres frente a la centralidad del médico.

En los estudios sobre la asistencia al embarazo, parto y posparto en el contexto occidental, por tanto, es de obligada consideración lo que en ciencias sociales se ha venido llamando “modelo biomédico hegemónico” y sus implicaciones en la percepción y prácticas implicadas en el nacimiento.

3.2.1. Contexto hospitalario, modelo biomédico hegemónico

A este modelo de parto al que nos hemos referido, que tiene lugar en un contexto hospitalario y con un enfoque que hemos llamado biomédico, lo calificamos de *hegemónico* en el sentido de que no sólo es el más extendido y generalizado en nuestro contexto, sino que además se considera el único modelo válido en la atención a los procesos de embarazo y parto, confiriéndole una legitimidad que no se le reconoce a formas de asistencia alternativas, que no son solamente marginalizadas, sino que también son penalizadas mediante la crítica y la presión social (Murialdo Miniello, 2019).

Esta hegemonía se debe a, y a su vez alimenta, unas relaciones jerárquicas que inevitablemente dan lugar a un esfuerzo conservador por parte de los actores sociales que detentan dicha hegemonía y, consecuentemente, a una gran dificultad de hacer valer mediante la introducción de nuevos modelos las necesidades de los actores que, por el contrario, se encuentran en la base de la pirámide de autoridad. En este sentido, cuando hablamos de un “modelo médico

hegemónico” nos referimos a lo que Eduardo Menéndez, especialista en antropología médica y uno de los principales contribuidores a la caracterización de este modelo (1992, 1998, 2020), definió como:

“... el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (1988: 1).

Esa forma única de entender la enfermedad de este modelo (también llamado medicina alopática, moderna u occidental) consiste en considerar cada enfermedad como una entidad definida producida por causas únicas, en el marco de una concepción cartesiana que separa el cuerpo de la mente (Comelles y Martínez, 1993; citado en Obach y Sadler, 2009), adoptando así la postura biologicista, a-histórica y a-social basada en la eficacia pragmática que actualmente tiene (Sadler, 2004), aunque no siempre haya tenido estas mismas características a lo largo de su proceso de constitución (Comelles, 2003).

La obstetricia como disciplina médica cuenta con una historia de este tipo, por la cual desde el siglo XVII los aparatos estatales y la comunidad científica (exclusivamente compuesta por varones de clase alta) dirigieron sus esfuerzos conscientemente, mediante sucesivas campañas legislativas o propagandísticas, para desplazar las prácticas de uso común hasta entonces, hasta convertirlas en marginales o, incluso, clandestinas (Ehrenreich y English, 2010a, 2010b).

Un análisis antropológico de esta cultura del nacimiento y del modelo sanitario al que está asociado requiere, en consecuencia, “... mirar a la medicina como un sistema afectado por valores sociales y personales, influenciada por la política y la economía” (Bellón Sánchez, 2015: 97). A su vez, de las interacciones humanas y técnicas que tienen lugar en la asistencia al nacimiento podemos inferir los valores hegemónicos del contexto hospitalario (Hernández Garre y Echevarría Pérez, 2016), lo que significa que tendremos que examinar qué relaciones de poder entran en juego, cómo se configuran y en qué valores y representaciones se basan.

3.2.2. Dos ejes de desigualdad

En *Birth in Four Cultures*, Brigitte Jordan identificó la existencia de unos *patrones de diferenciación social* en la atención al parto que contribuirían a jerarquizar las relaciones

sociales entre los distintos actores involucrados en las escenas de asistencia (1978, visto en Murialdo Miniello, 2019: 63-64). En estos patrones podemos distinguir dos jerarquías que interactúan entre sí y se interrelacionan dando lugar a la particular configuración de relaciones que tiene lugar a lo largo de todo el proceso de atención a la reproducción y el nacimiento. Por un lado, el saber/poder médico y la jerarquía sanitaria, presente en todas las interacciones que tienen lugar en el contexto de las instituciones médicas y del ámbito de la salud, y que ubica en rangos de autoridad diferenciados a las distintas profesiones sanitarias entre sí y con respecto a los usuarios y usuarias. Por otro lado, se entrelaza el poder masculino y una jerarquía basada en los roles de género: la feminización de la matronería frente a la tradición masculinizada de la ginecología obstétrica, el género femenino de la usuaria y el carácter exclusivamente femenino del proceso al que se asiste convierten la atención al embarazo, parto y posparto en un escenario donde las relaciones de poder basadas en el género se despliegan bajo la forma de unas representaciones y prácticas particulares.

3.2.2.1. El saber/poder médico

Pese a que existe una percepción generalizada de que la ciencia médica es objetiva y ajena a las condiciones sociales, la medicina es un “... sistema atravesado por valores sociales u personales, influenciada por la política y la economía” (Bellón Sánchez, 2015: 97), es decir, se trata de una institución caracterizada por formas de poder a las que nos referiremos como *saber/poder médico*, del que nos ocuparemos bajo la forma que adopta en el modelo médico hegemónico.

Para acercarnos a definir este saber/poder médico es necesario detenernos primero sobre el concepto de *poder*. El modo en que entenderemos esta noción clave será a partir de la propuesta teórica de Foucault, por la cual no debemos concebirlo simplemente como una fuerza restrictiva y normativa emanada de una institución gubernamental o de una clase social y ejercida de forma unidireccional contra una “masa” de personas subalternas. Más bien, se trata de pensar en términos de *relaciones* de poder, o lo que es lo mismo, de “relaciones de fuerza ejercidas en múltiples lugares y por diversidad de sujetos” (Macaya-Aguirre, 2021: 16). En otras palabras, el poder del que hablaremos tiene lugar en las relaciones entre individuos, aunque se basa en las posiciones de los mismos en el complejo –y jerarquizado– entramado de lo social.

El modo en que este poder se ejerce tiene que ver con el fenómeno descrito por Bourdieu mediante el concepto de *habitus*. Este término sintetiza la idea de que los individuos *incorporan* (en un sentido estrictamente etimológico: *in corpore*, integrar en el cuerpo) unas disposiciones

o “esquemas de percepción, apreciación y acción” (Bialakowsky, 2016: 15) determinados cuyo origen está en las estructuras o relaciones sociales externas al individuo y que son el “... resultado histórico de muchas generaciones” (ibídem). No se trata de “hábitos” tal y como comúnmente los entendemos, puesto que no consiste en la repetición automática de unos patrones heredados. Aunque estos “esquemas” estén fuertemente arraigados y no muten con facilidad, tienen un carácter que Bourdieu llama “generativo”, de innovación (se actualizan a sí mismos al ponerlos en práctica) y a través de ellos los individuos se subjetivan, es decir, hacen propias las estructuras objetivas o externas a ellos y construyen su identidad.

El *habitus* incorporado por cada cual depende de su posición en las relaciones de un determinado espacio social, por lo que está vinculado a diferencias de género, clase, profesión, lugar de proveniencia, etc. De este modo, la adquisición de unas disposiciones y esquemas concretos ajustados a las correspondientes posiciones sociales y su puesta en juego es la que asegura las trayectorias vitales diferenciadas de los individuos y la reproducción de las relaciones sociales desiguales en que se basan.

Un aspecto a tener en consideración es el hecho de que estos esquemas incorporados constituyen lo que Bourdieu denomina un “sentido práctico” (Bourdieu, 2007), que

“... invisibiliza sus determinaciones tanto históricas (sociales e individuales) como las consecuencias de su discurrir (la reproducción o transformación de los modos de la dominación social). Este ocultamiento emerge de forma explícita en el *sentido común* que naturaliza a través de lo “ya conocido”, de la “verdad evidente”, las disposiciones y taxonomías prácticas puestas en juego en las relaciones sociales, al volver obvias y “dadas” las arbitrariedades de la dominación social” (Bialakowsky, 2016: 23; énfasis ausente en el original).

Así pues, las expresiones de poder, tal y como lo hemos conceptualizado, no son siempre ni necesariamente una elección deliberada fruto de un deseo voluntario de ejercer un dominio, sino que forman parte de un *habitus* dado y se justifican en un “sentido común” incorporados a lo largo de un proceso de socialización específico determinado por factores de clase, género, formación, etc.²

Otra característica de este modo de entender el poder es su relación con los saberes. Esta, siguiendo de nuevo a Foucault, no es una mera relación de utilidad (no se trata de que el poder

² Este punto será relevante de nuevo en un epígrafe sucesivo en el que se abordará el modo de entender la *violencia*.

emphée el saber porque sea útil), sino que saber y poder se constituyen entre sí: “... no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y constituya al mismo tiempo relaciones de poder” (Foucault, 2009: 37). Lo que esta afirmación recoge es la idea de que no existe un conocimiento *a priori*, elaborado por fuera de los condicionamientos sociales y guiado por un impulso puro hacia el saber entendido en abstracto, sino que los conocimientos están vinculados a las prácticas y relaciones de dominación del contexto social en que se construyen, por lo que no son neutrales (Toscano López, 2008) y su aplicación implica, en alguna medida, la reproducción de esa dominación.

Bajo esta lente nos concierne el concepto de “conocimiento autorizado” (*authoritative knowledge*) acuñado por Brigitte Jordan que ha sido clave en el ámbito de los estudios de la antropología del nacimiento para entender el modo en que se articulan las desigualdades de saber/poder. Con este término, Jordan observa que, aunque para cualquier particular dominio existen varios sistemas de conocimiento, algunos tienen más peso que otros ya no sólo porque sean más eficaces, sino sobre todo porque poseen una “superioridad estructural”, es decir, están asociados a una base de poder más fuerte (Jordan, 1997). Estos saberes son sancionados socialmente adquiriendo incluso la posición de saber “oficial” y se toman como la base para para la acción legítima porque, como ocurre con el *habitus*, son naturalizados y por tanto se considera que su legitimidad se basa en que son razonables y construidos por consenso. El poder del conocimiento autorizado, afirma Jordan, no se basa en que sea el correcto, sino en que es el que cuenta (*ibídem*).

Estas consideraciones nos permiten mirar hacia las instituciones sanitarias, su composición humana, sus saberes y sus prácticas desde una óptica sociológico-antropológica atenta al modo en que se insertan en las estructuras y relaciones de dominio en la sociedad y cómo las incorporan y reproducen.

Retrocediendo al proceso histórico de constitución del sistema biomédico, emerge la idea foucaultiana de *biopoder*, que describe una determinada lógica del poder, desarrollada en Occidente a partir de los siglos XVII y XVIII, en la cual

“... la especie humana y las condiciones biológicas de la existencia pueden ser consideradas como parte de una estrategia política [i.e. de poder] en que la vida es susceptible de ser intervenida a través de una serie de mecanismos que permiten su mantenimiento y control” (Macaya-Aguirre, 2021: 18).

Según esta concepción, el cuerpo es un “territorio de regulación social” (Obach y Sadler, 2009). Para aplicar este biopoder aparecen una serie de “dispositivos” o estrategias (constituidas por discursos y prácticas) llevadas a cabo principalmente por instituciones del Estado, que tienen por fin esta intervención y regulación sobre los cuerpos y la población con miras a decidir quién vive y quién no y producir y reproducir las vidas de quienes se decide que deben vivir. El sistema médico, por supuesto, es una de estas instituciones. En una conferencia de 1974 Foucault explicó los principios “disciplinarios” en que se basa la medicina moderna (a la que llama “medicina hospitalaria”) mostrando cómo provienen de principios que inicialmente fueron diseñados para la modernización de los ejércitos en el siglo XVIII:

Principios de disciplina	Aplicación a la medicina hospitalaria
Un arte de distribución espacial de los individuos. Es preciso estudiar la distribución de los individuos y colocarlos debidamente en el lugar en que su eficacia pueda llegar al máximo.	Localización del hospital y distribución interna del espacio. La arquitectura hospitalaria debe ser factor e instrumento de cura.
No se ejerce el control sobre el resultado de una acción, sino sobre su desenvolvimiento.	Desarrollo de un arte del cuerpo humano. Observación de los movimientos que se hacen para identificar cuáles son los más eficaces, rápidos y mejor ajustados.
Vigilancia perpetua y constante de los individuos. Es preciso vigilarlos durante todo el tiempo que se realice la actividad y someterlos a una pirámide perpetua de vigilantes.	Ritual codificado de la “visita” que toma la forma de un “desfile” de la jerarquía del hospital con el médico a la cabeza, seguido de ayudantes, alumnos, enfermeras, etc.
Registro continuo: anotaciones sobre el individuo y transferencia de la información en escala ascendente.	Organización de un sistema de registro permanente: etiqueta en la muñeca del enfermo, ficha en la parte superior de su cama, registros de ingresos y altas, etc.

Tabla 3. Síntesis de los principios de la disciplina en el sistema médico recogidos en Foucault, 1978

Este poder disciplinario descrito por Foucault es conferido a los médicos, en lo que constituye la jerarquía de “vigilantes” que sería la jerarquía médica. La vigilancia médica se traduce en el pautado (y la imposición) de tratamientos, el control y seguimiento de los mismos, la programación de visitas al centro de salud, etc.

Retomando la noción de *habitus*, es importante señalar de nuevo que el “poder disciplinario” no es ejercido por el médico individual por un deseo deliberado de dominio e imposición sobre los pacientes, sino que forma parte de las disposiciones que ha adquirido fruto de la *socialización médica*. Esta socialización médica, según Castro (2014), incluye un “entrenamiento para la ‘atención distante’ consistente en “aprender a regular su involucramiento personal con los pacientes”, lo que daría lugar para algunos individuos a un “cierto cinismo” respecto al propio trabajo, los otros colegas y los pacientes y a un “estilo profesional autoritario”.

Tales rasgos son adquiridos, concluye en su investigación, por un lado, a causa del “*burnout*” o desgaste sistemático al que los estudiantes son sometidos durante su formación y, por otro, a través de la *agenda o currículum oculto* impartido en esta. Por currículum oculto se entiende el conjunto de “... procesos, presiones y restricciones que caen fuera de o están incorporadas al currículum formal y que con frecuencia están desarticulados y [quedan] inexplorados” (Cribb y Bignold, 1999; citado en Castro, 2014). Son estas disposiciones adquiridas en la facultad de medicina y en los años de residencia, y que se recrean día a día a través de la práctica profesional, lo que constituye y reproduce lo que hemos llamado *poder médico*.

En conclusión, el poder médico es un saber/poder erigido en nuestro contexto como el *conocimiento autorizado* en lo que tiene que ver con el cuerpo humano, la salud y la enfermedad, lo que coloca a los sanitarios como detentores de este saber/poder y subordina a los pacientes y sus saberes (por ejemplo, lo que ellos mismos conocen de sus propios cuerpos). Esto se refleja en una jerarquía inter-sanitaria entre los saberes y posiciones de los distintos profesionales (por ejemplo, la jerarquía médico-enfermero) y de estos, a su vez, con los pacientes; así como en una jerarquía intra-sanitaria (como la que tendría lugar entre un cirujano y una médica de familia rural).

3.2.2.2. Desigualdad de género y androcentrismo en la salud

El poder, tal y como lo hemos definido, es entonces producto de unos procesos históricos determinados. En este caso, el poder médico y la ciencia de la salud que conocemos hoy día se han constituido mediante la negación sistemática de la presencia de las mujeres. Cuenta de ello dan Barbara Ehrenreich y Deirdre English, en cuya paradigmática obra *Por tu propio bien* exponen cómo la medicina científica se impuso mediante el desplazamiento de las matronas y sanadoras que en la temprana modernidad fueron acusadas de brujas y más tarde sufrirían

intensas campañas de propaganda contra sus métodos (Ehrenreich y English, 2010a). En palabras de Alexandra Obach y Michelle Sadler:

“Este control sobre los cuerpos por parte del modelo biomédico no se ejerce de manera homogénea sobre toda la población, sino que trata de manera diferencial los cuerpos de distintos sectores y actores sociales. En este marco, los cuerpos femeninos han sido históricamente los más intervenidos por la medicina (2009: 82)”.

Siguiendo a la epistemóloga Sandra Harding, entendemos que las ciencias “... llevan consigo las huellas de sus creadores culturales característicos” (Harding, 1996: 216). El saber médico moderno fue construido por varones blancos de clase alta a partir del siglo XVIII y, sobre todo, el XIX, y en consecuencia ha sido engendrado con unos determinados valores asociados a dicha posición social. Valores como el racionalismo, el desinterés y el desapego que caracterizaron la “mística” científica desde su fundación, presuponían un sujeto de ciencia masculino que debía someter o poner bajo control a la mujer-naturaleza, ambas identificadas entre sí (García Dauder y Pérez Sedeño, 2018: 198-199).

Como consecuencia de esto, la ciencia médica ha construido en sus saberes y prácticas a las mujeres como invisibles, inferiores y controladas (Valls-Llobet, 2009), a través de la milenaria (rastreada al menos hasta Aristóteles) representación de su cuerpo como desviación de un supuesto universal, el masculino. Por esta razón la “disciplina” administrada por el sistema sanitario hacia las mujeres adquiere una fuerza adicional, que se manifiesta en un doble estándar en el modo de tratar y evaluar a los pacientes en función de su sexo: “... quejas masculinas y femeninas no son atendidas por igual, buscándose más componentes psicosomáticos en las mujeres y prescribiéndose un mayor número de psicofármacos en mujeres ante iguales síntomas que varones” (García Dauder y Pérez Sedeño, 2018: 200). Este fenómeno se inscribe en la “estrategia” de la “histerización del cuerpo de la mujer” (Toscano López, 2008) descrita por Foucault como parte del proceso de construcción de las subjetividades modernas.

En el contexto de la atención al parto, Sara Cohen Shabot (2021) señala la existencia de dos tipos de prejuicios que sustentan la desautorización de los conocimientos de las parturientas: el *sistemático*, que tiene que ver con el hecho de que son mujeres y ello implica una pérdida de credibilidad y de “autoridad epistémica” bajo el patriarcado atribuida a su supuesta irracionalidad, y el que llama *incidental*, basado en el hecho de que el tipo de conocimiento que las mujeres poseen durante este proceso es un conocimiento incorporado (*embodied knowledge*), más emocional y menos inhibido, que desafía los paradigmas y sesgos médicos.

En suma, existen unas relaciones de poder basadas en el género que tienen lugar en la asistencia al embarazo, parto y posparto en un sentido estructural y de origen histórico. Estas tienen lugar, aunque la atención en un caso particular sea administrada por una ginecóloga en vez de un ginecólogo, por razones subjetivas (la adquisición de un determinado *habitus* constituido históricamente con base en asimetrías patriarcales de poder que permite que, aun siendo mujer, ejerza un poder simbólicamente masculino) y objetivas (la posición de poder que le confiere la estructura con que se desarrolla la atención obstétrica). A su vez, la modalidad médico-hospitalaria de asistencia al embarazo, parto y posparto configura las subjetividades de las mujeres-madres de una determinada manera que está impregnada de significados patriarcales por cómo se ha constituido históricamente. Todo ello implica que debemos emplear un enfoque de género en nuestro estudio. Y, por supuesto, también significa que este fenómeno no tiene por qué continuar siendo así.

3.3. Medicalización y tecnocracia

Ya se ha señalado que la cultura hegemónica del nacimiento en nuestro contexto se caracteriza por dar asistencia en el marco del sistema sanitario configurado según un modelo biomédico. En otras palabras, se trata de una etno-obstetricia *medicalizada*, o lo que es lo mismo, una cultura del nacimiento basada en la "... idea de que el parto es *en todos los casos* un evento médico, necesitado de monitorización continua, administración de medicamentos e intervención profesional" (Bellón Sánchez, 2015: 108; énfasis ausente en el original).

Esta vigilancia médica continuada se justifica en la lógica de *prevención* de la biomedicina, construyendo así una imagen de lo que tiene que ver con el nacimiento humano como un acontecimiento marcado por el *riesgo* (Montes Muñoz, 2007). La centralidad del riesgo configura la modalidad medicalizada de atención obstétrica. Los procesos involucrados se ven envueltos en un enfoque patologizante.

Ante este riesgo, derivado de la asumida y enfatizada falibilidad del cuerpo, la tecnología se erige como el medio privilegiado de control y contención. La mujer se ve expuesta a toda una serie de pruebas y monitorizaciones sistemáticas que tienen por objetivo la recolección de datos biométricos que permitirían la "decodificación" de su cuerpo. En consecuencia, el discurso materno, basado en las percepciones que las mujeres tienen sobre sí mismas, se ve desautorizado por considerarse poco fiable y, por tanto, prescindible en favor de los "datos objetivos" proporcionados por la biometría (Jordan, 1997). Montes Muñoz describe los efectos de este fenómeno en las subjetividades de las mujeres como una "encarnación tecnológica":

“La experiencia del cuerpo pasa por la definición de la tecnociencia, esto es, lo que dicta que está pasando en el cuerpo se convierte en realidad” (2007: 196). Esta primacía de lo tecnológico, además, descuida los aspectos emocionales del proceso (Hernández Garre y Echevarría Pérez, 2016) al desplazar las miradas de los profesionales hacia los “artilugios mecánicos” y “disolver” así a las usuarias (Hernández Garre y Echevarría Pérez, 2014).

Esta modalidad de saber y praxis asistencial se basa en tres ideologías o concepciones estrechamente relacionadas entre sí: el posthumanismo, el productivismo y la tecnocracia.

La ideología posthumanista es aquella “... que pretende la superación de lo humano a través de la exaltación de la tecnología, como medio de liberación de la persona frente a sus limitaciones y deficiencias físicas y morales” (Hernández Garre y Echevarría Pérez, 2014: 338). Pese a su aparente neutralidad, en la práctica es particularmente agresiva hacia los cuerpos de las mujeres y los procesos fisiológicos exclusivamente femeninos, por el modo en que interseca con la ya mencionada idea patriarcal de que el cuerpo femenino es, de por sí, un cuerpo desviado, deficiente o defectuoso respecto al cuerpo “normal” identificado con el masculino:

“... the technocratic model of the body has been differentially applied to women and men, so that the male body is metaphorized as a better machine than the female body. (...) Males, because they are the most machine-like, not only set the standard for the properly functioning body-machine, but also are thought best-equipped to handle its maintenance and repair. Because of their extreme deviation from the male prototype, uniquely female anatomical features (...) and uniquely female biological processes (...) are seen as inherently subject to malfunction” (Davis-Floyd, 1994: 1126)³.

Complementariamente, el productivismo es aquella perspectiva según la cual “... la productividad medible es el último fin de la organización humana, entendiendo que la mayor producción posible es necesariamente buena para la sociedad, por lo que el trabajo debe organizarse en pos de este objetivo” (Hernández Garre y Echevarría Pérez, 2014: 340). Los

³ “... el modelo tecnocrático del cuerpo se ha aplicado de forma diferencial a mujeres y hombres, de tal manera que el cuerpo masculino es metaforizado como una máquina mejor que el cuerpo femenino. (...) Los hombres, porque son los más semejantes a una máquina, no sólo establecen el estándar para el cuerpo-máquina que funciona adecuadamente, sino que también son considerados los mejor capacitados para manejar su mantenimiento y reparación. A causa de su extrema desviación respecto del prototipo masculino, los rasgos anatómicos únicamente femeninos (...) y los procesos biológicos únicamente femeninos (...) son vistos como inherentemente sujetos a malfuncionamiento” (trad. propia).

itinerarios asistenciales, organizados como un trabajo más, han adquirido como elementos centrales el tiempo, el coste y el rendimiento.

Finalmente, la tecnocracia, tal y como la caracteriza Peter C. Reynolds (en Davis-Floyd, 1994), es un sistema culturalmente específico que se basa en la transformación ritual de la naturaleza para ajustarla a imágenes culturalmente construidas. Este proceso ritual consistiría en tomar un proceso natural exitoso y volverlo disfuncional mediante la tecnología y, después, buscar una solución tecnológica para el nuevo problema. En el núcleo de esta concepción se encontraría la *separación*: de los seres humanos respecto a la naturaleza, de la mente respecto al cuerpo y de la madre respecto a la criatura. Para Davis-Floyd, esto se aplica al modo en que son entendidos y atendidos los partos en occidente, en el seno de un “modelo tecnocrático” de la atención sanitaria.

Modelo tecnocrático
1. Separación mente-cuerpo.
2. El cuerpo entendido como una máquina.
3. El paciente como objeto.
4. Alienación del profesional respecto al paciente.
5. Diagnóstico y tratamiento desde fuera hacia dentro.
6. Organización jerárquica.
7. Estandarización del cuidado.
8. Sobrevaloración de la ciencia y la tecnología.
9. Intervención agresiva con énfasis en los resultados a corto plazo.
10. La muerte entendida como derrota.
11. Sistema motivado por el beneficio ⁴ .
12. Intolerancia hacia otras modalidades.

Tabla 4. Caracterización del modelo tecnocrático de atención sanitaria adaptado de Davis-Floyd, 2001.

Una de las consecuencias directas del enfoque productivista es el enfoque en el “producto”, que en este caso sería el embrión, el feto o la criatura (Blázquez Rodríguez, 2009). Bajo este modelo,

⁴ Si bien es cierto que en España contamos con un sistema sanitario público mucho más robusto que el estadounidense, lo que permite una atención gratuita y no motivada por beneficios económicos por parte de los centros de salud, la lógica de costes-beneficios propia de la ideología productivista sigue vigente en la distribución de los tiempos y recursos que se destinan a cada paciente y en las decisiones presupuestarias.

el feto es el paciente con el que establece el diálogo los profesionales, puesto que las interacciones médicas que se realizan en los cuerpos de las mujeres se centran en el útero como soporte que lo contiene. Crudamente sintetizado por Hernández Garre y Echevarría Pérez, “Lo importante, pues, es la obtención de un producto sano, el bebé, en el menor tiempo y con las menores interferencias posibles” (2016: 9). Se produce así para las mujeres una experiencia de “cuerpo escindido”: la madre es “un vientre que debe amoldarse a las necesidades de ese habitante interior” (Imaz Martínez, 2001: 108).

Este entramado de ideas y prácticas que construyen el cuerpo de las mujeres como poco fiable y/o deficiente en su funcionamiento siembra para ellas una desconfianza en su propio cuerpo y, por tanto, en sí mismas (Murialdo Miniello, 2019: 210). Al verse despojadas de la validez de su propia percepción (Jordan, 1997) se ven en una situación de dependencia técnica hacia los “expertos” y, por tanto, asumen a menudo una obediencia pasiva basada en esta desconfianza adquirida (Casal-Moros y Alemany-Anchel, 2014; Davis-Floyd, 1994; Hernández Garre y Echevarría Pérez, 2016).

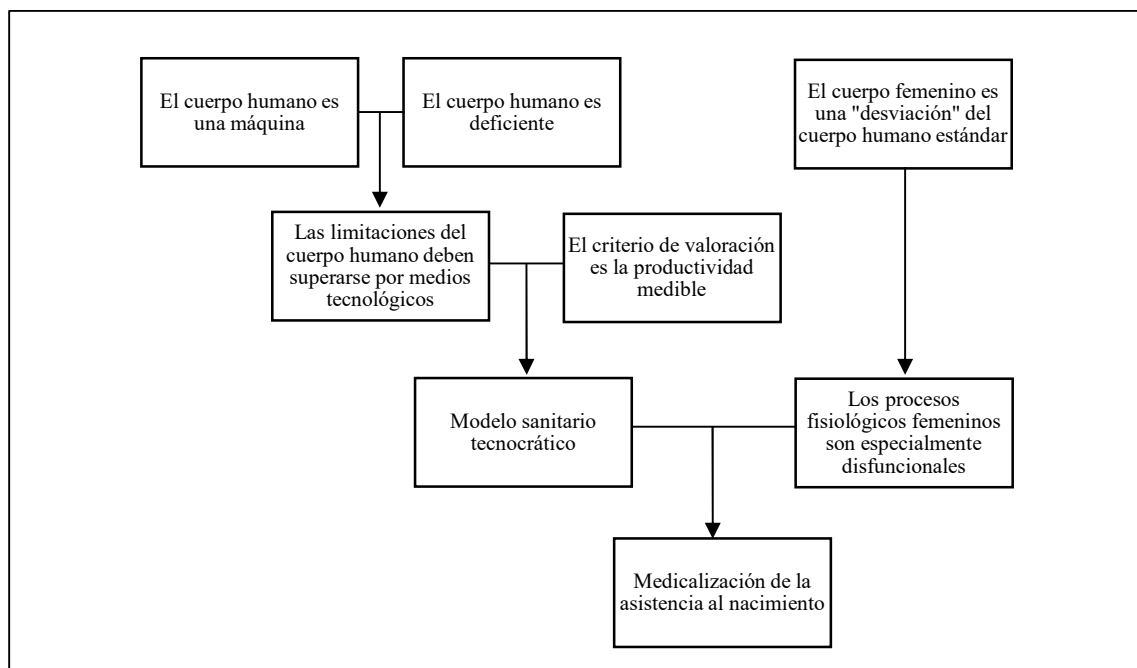


Tabla 5. Relación entre las ideas posthumanistas, productivistas y tecnocráticas que configuran la medicalización del nacimiento

La caracterización recién realizada de la asistencia medicalizada del nacimiento –que hunde sus raíces ideológicas y prácticas en concepciones del cuerpo, de la feminidad, de la maternidad y de la salud culturalmente específicas y que es ejercida mediante un saber/poder médico atravesado e históricamente constituido por relaciones de poder basadas en el género– nos

permite identificar la existencia de una vulnerabilidad estructural, institucionalizada, de las mujeres en el embarazo, el parto y el posparto. Es en este contexto donde emerge la noción de *violencia obstétrica*.

4. Violencia obstétrica

La expresión *violencia obstétrica* data de al menos dos siglos de antigüedad, siendo la fuente conocida más reciente los escritos de James Blundell, un médico inglés de principios del siglo XIX (Ruiz Berdún en Goberna-Tricas y Boladeras, 2018). No obstante, para la consolidación de su uso en el activismo feminista y como concepto académico y legal habría que esperar al inicio del siglo XXI.

Una de las definiciones paradigmáticas del concepto de violencia obstétrica, empleado por asociaciones (El Parto Es Nuestro) e investigadoras (Bellón Sánchez, 2015), es aquella dada por la pionera legislación venezolana, que en su Artículo 15.13 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de 2007 establece que:

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

Otras investigadoras y activistas optan por el concepto más amplio de *violencia gineco-obstétrica*, como es el caso de Emilia de Sousa (2022), que puede dar cuenta del *continuum* existente entre la asistencia al embarazo, parto y puerperio y la atención sanitaria al resto de procesos que tienen que ver con la sexualidad y salud femenina. Desde la antropología médica, Alejandra Martínez Gandolfi y Javier Rodríguez Mir, en su análisis sobre las histerectomías forzadas en la India, también abogan por la ampliación del concepto de violencia obstétrica más allá del ámbito biomédico y de la atención al embarazo, parto y posparto:

“Sin lugar a duda, la violencia obstétrica se despliega cuando las mujeres atraviesan por estos estados, pero consideramos que es necesario tener una visión más amplia del fenómeno y que no deberíamos olvidar otras prácticas gineco-obstétricas que se extienden por todo el mundo, tales como las esterilizaciones forzadas. Además, una muestra de que el concepto de violencia obstétrica se torna insuficiente es que debería trascender el ámbito de la medicina y la atención de la salud e incluir las prácticas

sociales y culturales que impactan en la salud femenina como pueden ser las mutilaciones genitales femeninas” (Martínez Gandolfi y Rodríguez Mir, 2022).

Emplearemos aquí exclusivamente el concepto de “violencia obstétrica” por ser esta la expresión más conocida y por pertinencia al ámbito concreto de esta investigación, pero no ignoramos el mencionado vínculo entre las problemáticas específicas que tienen lugar en la atención obstétrica y el campo más amplio de la ginecología en sus prácticas y saberes, que han sido constituidos en el ya descrito proceso de modernización de la medicina y exclusión sistemática de las mujeres.

En los sucesivos epígrafes, se explorará y profundizará el modo de entender la violencia obstétrica, enmarcándola como una forma de violencia de género y desgranando la propia noción de violencia implicada. El uso que se realizará de estos conceptos no debe entenderse desde la perspectiva de la discusión jurídica que, aunque no se encuentre taxativamente separada, no coincide plenamente con la discusión académica y activista emprendida en las últimas dos décadas. No se trata, en el presente texto, de hacer un alegato en favor o en contra de un determinado acercamiento jurídico u otro (como el debate que plantea si es necesaria una legislación específica para afrontar la violencia obstétrica o si ya existen otros cauces legales), sino de articular y disponer de una categoría analítica que sea útil para los fines que nos proponemos.

Así pues, se empleará el concepto de “violencia obstétrica” con un enfoque de carácter *antropológico o sociológico*, atendiendo a sus vínculos culturales y su lugar en el entramado de la vida social, y *activista*, considerando, en línea con Carme Valls-Llobet (2009), crucial poner nombre a las “microviolencias” que tienen lugar en el medio sanitario para poder erradicarlas. En palabras de Celia Amorós:

“Lo que no podemos denominar no entra en nuestras posibilidades epistémicas pero tampoco de acción y transformación social [...]. Bajo esta premisa se desarrolla todo un entramado de términos y textualidades que más allá de la claridad conceptual sobre la violencia de género aspira a intervenir en los discursos que la reproducen y, con mayor o menor acierto, erradicarla” (citado por Adán en Goberna-Tricas y Boladeras, 2018: 84).

4.1. Violencia obstétrica como violencia de género

Pese a que en la actual legislación española por “violencia de género” se entiende sólo aquellas formas de violencia machista que se producen en el ámbito de las relaciones de pareja⁵, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su histórica Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), definió la violencia de género como:

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción, la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada”.

Al igual que en la ley venezolana, y como han argumentado otras autoras (Belli, 2013; Cohen Shabot, 2016; García García, 2018), consideraremos la violencia obstétrica como una forma de violencia de género en el sentido amplio dado por la mencionada Declaración, puesto que:

- a) El ámbito de la atención obstétrica se ocupa de procesos fisiológicos exclusivamente femeninos.
- b) Tal y como se ha argumentado en epígrafes precedentes, la moderna medicina (y, más aún, el ámbito de la ginecología y la obstetricia) se ha constituido a través de una historia de invisibilización y control sistemático de las mujeres y sus cuerpos.

En consecuencia, la violencia obstétrica es un tipo de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino y no es necesario que el perpetrador sea un varón para que podamos considerarla como tal.

4.2. El problema de la “violencia” en el concepto de violencia obstétrica

La creciente visibilidad del concepto de violencia obstétrica en el debate público ha suscitado polémica y rechazo en algunos sectores de la sociedad, particularmente entre profesionales relacionados con el ámbito de la obstetricia. Una parte del mencionado rechazo tiene que ver con la negación de la existencia de la violencia obstétrica en sí, de la que nos ocuparemos más adelante en el cuerpo de este trabajo, mientras que para otros el problema reside en la idea misma de *violencia* aplicada en este contexto. Por esta razón, se definirá aquí el modo de

⁵ Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género de 28 de diciembre de 2004.

entender el concepto de violencia y, en consecuencia, se justificará el uso de la expresión “violencia obstétrica”.

4.2.1. La cuestión de la intencionalidad

Payà Sánchez y Martín Badía (en Goberna-Tricas y Boladeras, 2018) recogen la “incomodidad” que el concepto de violencia obstétrica suscita entre matronas y obstetras, en razón de su “carga semántica fuerte”, su “subjetividad” y la implicación de una “voluntad de daño que no se da”. Como alternativas, proponen expresiones como “falta de respeto”, “invasión de la libertad o intimidad” o, más genéricamente, “violencias”. En una línea similar, Obregón Gutiérrez (ibídem) rechaza el término por considerarlo “inoperativo para generar cambios” por la defensividad que genera en el personal sanitario, y prefiere hablar de “mala praxis obstétrica” o “prácticas obstétricas abusivas”. Más vehementemente se ha pronunciado también la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia calificando el término de “inapropiado, tendencioso e injusto” (2021).

En efecto, la categoría de *violencia* es una “expresión de contenido desbordante” (Birulés, en Goberna-Tricas y Boladeras, 2018), pero no por ello debemos renunciar necesariamente a su uso en el contexto académico y activista, sino que más bien debemos perseverar en teorización y operativización.

La “carga semántica fuerte” que puede acarrear el concepto de violencia obstétrica se puede explicar por la normalización de violencias cotidianas a la que se refiere Ruiz-Berdún:

“La violencia en infinitud de formas nos rodea cotidianamente y la inmersión obligada en esa realidad violenta aumenta nuestra tolerancia y nos impide reaccionar más que ante casos extremos y que manifestaciones menos llamativas de violencia pasen desapercibidas o sean normalizadas” (en Goberna-Tricas y Boladeras, 2018: 31).

No obstante, existe otro factor, alegado por la propia SEGO en su comunicado, que es el “significado jurídico doloso” que se suele achacar al concepto de violencia. La Organización Mundial de la Salud define la violencia como:

“El uso *deliberado* de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Organización Panamericana de la Salud, 2002: 4; énfasis ausente en el original).

Conferir a la idea de deliberación o *intencionalidad* en el ejercicio del poder o de la violencia un carácter definitorio y central es problemático en un buen número de situaciones, porque exige que, para que un acto sea considerado violento, el perpetrador deba ser autoconsciente, y esto no siempre se da. Esta situación la encontramos en las violencias que reciben una justificación del tipo “por tu propio bien”⁶, como ocurre en el abuso de progenitores a hijos. Ocurre así también en este caso, donde “... los profesionales en obstetricia no manifiestan una intencionalidad explícita de querer infligir ningún tipo de daño a las mujeres a las que asisten” (Casal-Moros y Alemany-Anchel, 2014: 63); es más, su intención explícita es la de no dañar, en conformidad con el principio de “*primum non nocere*” del juramento hipocrático.

No consideramos, por tanto, útil incorporar la noción de intencionalidad en la definición general de violencia puesto que hace recaer sobre el nivel de autoconsciencia del perpetrador la posibilidad de definir o no un acto como violento. Será necesario entonces emplear un paradigma conceptual diferente que permita nombrar y explicar este tipo de situaciones.

4.2.2. Modelo triádico de la violencia de Galtung

Al igual que Eva Margarita García García (2018), consideraremos apropiado partir de un concepto de violencia enmarcado en el modelo propuesto por Johan Galtung, considerando la existencia de una *violencia directa*, una *violencia estructural* y una *violencia cultural*:

- **Violencia directa:** es un *evento*, visible y reconocible empíricamente (Galtung, 1990).
- **Violencia estructural:** es un *proceso*, con subidas y bajadas, y tiene que ver con el daño causado por una estructura o institución social por impedir que ciertas personas vean realizadas sus necesidades básicas (Galtung, 1990; Sinha et al., 2017).
- **Violencia cultural:** es una *invariante* o “permanencia” basada en la esfera simbólica de la existencia, ya sea en la religión y la ideología, en el lenguaje y las artes o en las ciencias empíricas y formales (Galtung, 1990).

Estos tres tipos de violencia se encuentran interconectados y se necesitan los unos a los otros para explicarse y comprenderse. La representación clásica de este modelo, originada en el propio Galtung, es triangular, pero la representaremos aquí de forma circular para evitar lecturas jerárquicas o estáticas de las relaciones existentes entre los tipos de violencia.

⁶ Nótese que este, *Por tu propio bien*, es el título que Ehrenreich e English dan a la obra en que examinan cómo se ha constituido históricamente el saber/poder médico en relación con las mujeres.

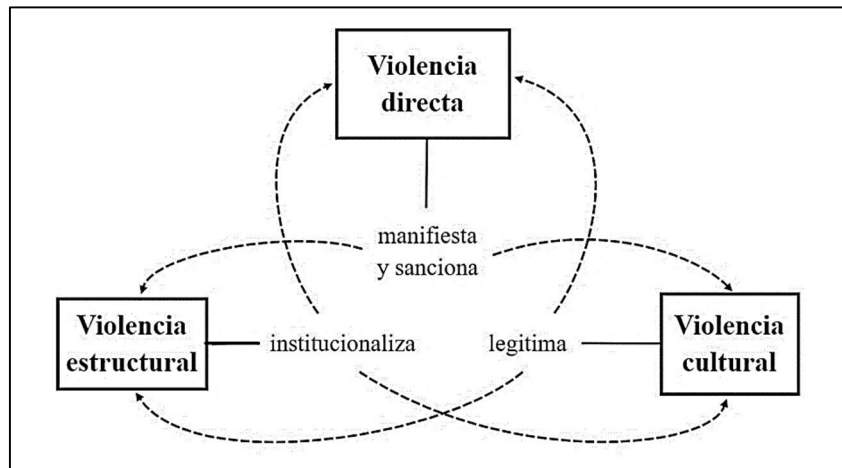


Tabla 6. *Elaboración propia del modelo triádico de la violencia de Galtung*

Este modelo nos permite entender la violencia como algo que va más allá de los acontecimientos concretos de agresión física o psicológica más directamente visibles y espontáneamente reconocibles. Cuando pensamos en “violencia”, este es el tipo que nos solemos imaginar (y de ahí quizá la “incomodidad” reportada por algunos profesionales y corporaciones médicas en relación con el concepto de violencia obstétrica), pero eso puede impedirnos cómo llega a tener lugar. En el ya citado artículo, Galtung explica cómo con la institucionalización de la estructura violenta y la interiorización de una cultura también violenta, la violencia directa se vuelve institucionalizada, repetitiva y ritual (1990: 302), por lo que no podemos comprenderla sin atender a esos procesos de institucionalización e interiorización. El tipo de análisis que caracteriza a las ciencias sociales (antropología, sociología) es el que mejor nos puede permitir comprender esta faceta “oculta” o normalizada de la violencia.

4.2.3. Dimensión socio-antropológica de la violencia obstétrica

En epígrafes precedentes se ha hecho una caracterización del modelo hegemónico de asistencia al nacimiento propio de nuestra cultura, atendiendo a sus vínculos históricos, sociales e ideológicos. Un análisis de este tipo nos permite identificar la existencia de una relación asistencial inherentemente asimétrica que, por la propia dinámica con que está configurada, disuelve el protagonismo de las madres en favor de las rutinas de un orden clínico preestablecido (Hernández Garre y Echevarría Pérez, 2016). Estas disposiciones, institucionalizadas y normalizadas pueden ser descritas como estructuralmente violentas por establecer como rutinaria la reducción o pérdida de agencia de las mujeres, en el proceso hábilmente sintetizado por Michelle Sadler:

“En el modelo alópata de atención al parto se conjugan diversos elementos para despojar a las mujeres y sus familias de cualquier autoridad para conducir el proceso. En este sentido, la ideología androcéntrica y fragmentaria sobre la que la ciencia médica occidental se basa se traduce en una organización de la atención donde: lo fisiológico es lo esencial, se patologiza a los individuos transformándolos en enfermedades aisladas, y se les transforma en pacientes que deben acatar las normas médicas sin posibilidad de intervención. *Se entiende que la mujer debe hacer ingreso a un sistema diferente al familiar y habitual para someterse a otras leyes y acatar lo que le dicen que tiene que hacer*”. (2004: 31).

En la actualidad, el enfoque socio-antropológico nos permite ahondar en la que Galtung ha llamado violencia cultural, pero que en ciencias sociales, a partir de las aportaciones de Bourdieu, ha sido más comúnmente denominada *violencia simbólica*. Esta forma de violencia requiere particularmente nuestra atención como investigadoras y antropólogas por ser “amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas” (Sadler, *ibídem*), pues es aquella que “... se ejerce, sin mediación de la fuerza física, sobre un agente social con su complicidad” (Fernández, 2005). La complicidad e invisibilidad que caracterizan a la violencia simbólica se basa en la existencia de un sentido común, que naturaliza y disfraza la dominación social y de la interiorización en el *habitus* de “... gestos, actitudes, posturas corporales, etc., cuyo significado es comprendido e interpretado dentro de la propia cultura (u otras), y es transmitido de generación en generación mediante la educación” (*ibídem*).

La posibilidad de ejercer violencia simbólica se basa en la posesión de lo que Bourdieu denominó *capital simbólico*, “... una propiedad cualquiera [...] que, percibida por unos agentes sociales dotados de categorías de percepción y de valoración que permiten percibirla, conocerla y reconocerla, se vuelve simbólicamente eficiente, como una verdadera fuerza mágica” (Bourdieu, 1999; citado en Fernández, 2005). Gracias a él, los agentes dominantes dentro de un determinado espacio social pueden monopolizar la producción del sentido común (Bialakowsky, 2016).

En el ámbito de la atención al nacimiento, entonces, se dan, además de una violencia estructural dada por la asimetría relacional, las condiciones del ejercicio de la violencia simbólica, porque se encuentran los tres elementos básicos que la conforman: un agente dominante que ejerce el poder simbólico, un agente dominado y un capital simbólico (Casal-Moros y Alemany-Anchel, 2014).

En términos socio-antropológicos podemos entender la violencia obstétrica con este enfoque para, así, no recoger sólo los ejemplos de violencia directa. El resultado sería un esquema de este tipo:

- Violencia directa: realización de prácticas desaconsejadas o prohibidas (como la maniobra de Kristeller) e injustificadas (como las episiotomías y cesáreas rutinarias), aceleración innecesaria del parto, formas de humillación física y verbal, privación de la información, ignorar y/o culpabilizar a la madre, etc.
- Violencia estructural: jerarquía médica, protocolos y estandarización de corte productivista, localización hospitalaria, etc.
- Violencia simbólica: construcción infantilizada de la mujer como “irracional”, cuerpo femenino como deficiente o impotente, saber/poder médico, etc.

Es esta la óptica, de lo social-estructural y lo cultural, desde la cual se entenderán en lo sucesivo la violencia obstétrica, la desigualdad o la vulnerabilidad de las mujeres en sus vivencias en el proceso de ser madres biológicas.

5. La “dureza” del posparto

5.1. Las mamás llegan a casa: ¿qué se encuentran?

*Da la sensación de que pares y ya está, te vas a tu casa.
Pero tu mundo entero cambia, tu vida y tu forma de ser,
y estaría bien que nos avisara alguien (Verónica).*

Las madres en España vuelven a sus casas tras una media de 2,75 días hospitalizadas en caso de parto vaginal o 4,41 días en caso de cesárea (Ministerio de Sanidad, 2021). En esos días ha tenido lugar de forma concentrada el culmen de la serie de transformaciones físicas, psicológicas y sociales que dieron comienzo desde que se advirtió el embarazo y que se desplegaron paulatinamente durante los meses previos. Por esa razón, entendemos que la llegada a casa no es tanto un “regreso” como un marcado inicio, con la nueva criatura en brazos, tras ese rito de pasaje que ha sido el parto.

La experiencia del parto, con sus situaciones inesperadas, su complejidad añadida, y sus posibles expectativas defraudadas es el primer bloque a partir del cual se construye la experiencia del posparto. Además, en el caso de haber sufrido complicaciones, negligencias o

formas directas de violencia obstétrica, al periodo de posparto se le añade la identificación y el enfrentamiento de las secuelas psíquicas y físicas del trato recibido.

Las madres que han colaborado en esta investigación aludieron de forma recurrente a la inesperada “dureza” específica del posparto, especialmente sufrida por su lejanía respecto a un ideal de maternidad que se revela irreal:

Verónica: “... **se supone que te enamoras del bebé** en cuanto nace y sólo de verle la cara, se te quitan todos los males. Pues no, te encuentras con el bebé que ni sonríe ni se comunica contigo y de repente pasa las 24 horas del día pegado a ti, un día tras otro⁷”.

Lo que emerge de relatos como este es una impresión de que *el amor no basta*, es decir, que la alegría por el nacimiento del bebé o el amor por él no anulan el resto de las emociones de un complejo abanico al que las madres se enfrentan una vez llegan a casa. No obstante, esto parece chocar con un relato social que las mujeres perciben como normativo, el de que el amor maternal todo lo puede. La normatividad de dicho relato instiga en ellas un sentimiento de culpa que adopta una forma similar a la siguiente: *si no me siento bien, significa que mi amor no es suficientemente grande, lo que implica que no soy una buena madre*. Este razonamiento constituye un sentimiento de culpa que, como veremos, está presente diversamente en las experiencias de posparto de las madres y tiende a reproducir su aislamiento psicológico, al dificultarles expresarse o pedir ayuda.

Es importante recalcar que dicho razonamiento no es de carácter individual, sino que se basa en la histórica construcción del rol femenino en Occidente como entregado a una maternidad abnegada que constituye la fuente natural de realización de la mujer. La imposición de este ideal de realización en el amor doméstico es aquello que hace ya más de medio siglo fuera señalado por Betty Friedan como la *mística de la feminidad* (Friedan, 2018) y sigue presente en la actual concepción de la maternidad, como atestiguan en sus propias vivencias estas mujeres.

Este poderoso obstáculo para la expresión de su malestar (las llamadas “quejas”) se acompaña de otros, que se interrelacionan con él:

⁷ En todas las citas de informantes, la fuente en negrita no refleja el énfasis de las hablantes, sino las expresiones que consideramos relevante resaltar por ser particularmente representativas de las cuestiones que se están señalando.

Jenifer: "... sobre todo del posparto, porque la parte dura... en el parto tienes allí a la ginecóloga, a la matrona, a los médicos para ayudarte, **pero en el posparto ya dan por hecho** que te vas para casa y ahí tú con tu familia y antes yo creo que las familias estaban como más a lo mejor en un espacio y en un pueblo o en un sitio pues que estabas más acompañada, pero ahora estás que **hay mucho individualismo**, entonces tú te metes en tu piso y como **no está bien visto ni quejarse ni pedir ni...** pues bueno como que te lo comes tú sola".

En este fragmento se articulan tres importantes factores, presentes en el relato de muchas madres, que constituyen el escenario adverso al que se enfrentan las madres una vez que han dado a luz:

- 1) La interiorización de que no pueden quejarse o pedir ayuda, a la que ya nos hemos referido.
- 2) Las condiciones de aislamiento estructural dadas por la organización individualista del espacio urbano y de atomización de los lazos sociales propios de la sociedad contemporánea, que coloca sobre los progenitores (y, en muchos casos, fundamentalmente sobre la madre) la carga total del cuidado.
- 3) La percepción de abandono de los profesionales en la atención y el cuidado durante el posparto.

Una de las madres entrevistadas se expresaba así en relación con la falta de seguimiento durante el período de posparto:

Verónica: "Una amiga se ha quedado embarazada, primeriza. Lo primero que me ha salido decirle es que lea mucho sobre crianza y alimentación. Que el parto y el embarazo ya lo **controlan** los médicos. Que de lo que se tiene que preocupar es del **olvidado** postparto. Es cuando empieza lo difícil".

Emerge en sus palabras el binomio control/abandono como explicativo del contraste entre sus experiencias de embarazo y parto, por un lado, y la de posparto, por otro. Frente a las prácticas de control exhaustivo propias del procedimiento médico rutinario, se presenta repentinamente una especie de vacío para el que no se estaba preparada. Este contraste, aunque pudiera parecerlo, no es paradójico ni contradictorio, sino coherente con la que hemos descrito como lógica productivista de la atención al parto:

“Las criaturas y los costes económicos se instituyen, pues, en los ejes de la asistencia, determinando, una vez nacido el bebé, e independientemente de las demandas y necesidades maternas, la clausura del itinerario asistencial bajo criterios de coste-efectividad” (Hernández Garre y Echevarría Pérez 2014: 342).

Así pues, el enfoque productivista se opone (o, por lo menos, fracasa en el intento) de velar por las necesidades físicas y emocionales de las mujeres una vez que dan a luz. La ejecución de dicho enfoque recae sobre los profesionales que, por tanto, aunque no lo deseen explícitamente, pueden “herir” a las madres con gestos y palabras que en el contexto en el que tienen lugar no son inocuos:

Verónica: “... acabas de parir y entra la enfermera y te dice ‘venga, a levantarte y a pasear con el bebé, que no estás enferma’ y estás dolorida, te duele el cuerpo y con las hormonas todo te marca intensamente, y **algunas palabras te hacen daño**”.

A causa del excesivo énfasis puesto por parte de los médicos sobre un control de carácter biométrico y centrado en el bienestar del bebé, las madres pueden sentirse descuidadas y sin una figura de referencia a la que acudir para expresar sus preocupaciones y ser atendidas en sus necesidades específicas:

Verónica: “... tienes citas cada poco con los médicos, para la prueba tal o cual. Llevas un carnet donde se apunta todo y cuando el bebé nace tiene su propio carnet de medidas y vacunas, todo muy centrado en la fisiología otra vez. Y das a luz y te mandan a casa con ese carnet y diciéndote que tienes que volver en 3 días para la prueba del talón, y al mes para la visita del niño sano. **Más medidas y datos técnicos.** Y tú vas al cabo de un mes o dos al ginecólogo para ver que todo ha quedado en su sitio. Una vez has parido **nadie te pregunta cómo estás**, cómo han sido tus loquios, si estás cansada o cómo te sientes”.

Todo ello da lugar a una emoción compartida por las cuatro mujeres entrevistadas: la de sentirse perdidas y, en cierto modo, superadas por las nuevas circunstancias, para las que no sienten haber sido suficientemente preparadas pese a los libros leídos, a las consultas médicas pasadas, a los consejos recibidos o a los cursos de preparación asistidos:

Jenifer: “... simplemente como no te has visto en la circunstancia no lo entiendes, no le das valor, y cuando ya pues estás ahí [...] con un bebé en brazos que muchas veces

no sabes ni qué hacer y empiezas pues eso [...] en el embarazo pues te recomiendan libros, te lees libros, pero hasta que no tienes el bebé te das cuenta que estás un poco como perdida”.

Cuando la violencia obstétrica tiene lugar de forma directa y se presenta de la mano de una serie de negligencias y mala praxis, dejando secuelas físicas importantes en la madre y/o el bebé, el tipo de experiencias y emociones que ya hemos descrito se vuelven mucho más intensas y complejas. La expectativa de una maternidad agradable se ve más claramente trastocada al enfrentarse a una situación que rompe mucho más seriamente con la “normalidad” que se tenía y que se esperaba:

Virginia: “La vuelta a casa fue como llevarse a casa un extraterrestre total [...]. Es un niño pequeño que tú esperas de él verlo bien, llevas nueve meses esperando este momento, llevas... y directamente yo prácticamente no lo vi, estuve con él unos segundos hasta que se lo llevaron. Yo de él lo que vi fue, pues eso, su... un proceso de agonía”.

Una consecuencia particularmente dolorosa para la madre en esta situación es la de no poder disfrutar de la cercanía del bebé. El bebé que padece importantes secuelas y que, en un caso como este, debe estar ingresado en una unidad de cuidados intensivos, aparece ante la madre como una criatura extremadamente frágil y al límite de la supervivencia. Esto la aleja de ser la principal figura de cuidado (pues serán los sanitarios quienes deberán ocuparse de él hasta que esté fuera de riesgo) e instala en ella emociones de mayor extrañeza y alienación ante la situación, así como, sobre todo, de miedo, todo ello emociones que marcarán profundamente la vivencia del posparto y la relación con la criatura durante este periodo:

Virginia: “La primera vez que cogí a Eric⁸, lo cogí con un miedo horrible, porque me lo dieron entubado [...]. Y, bueno, ojalá yo no lo hubiera cogido ese día, la verdad”.

Si, como hemos visto, en la vivencia “normal” del nacimiento las madres ven cómo las atenciones son sistemáticamente dirigidas de forma casi exclusiva hacia el bebé, en un caso donde la vida de éste está en riesgo esto ocurre aún más y, además, la propia madre lo puede encontrar aún más justificado, siendo que también su propia atención y emociones están volcadas en sacar adelante al bebé como principal prioridad.

⁸ Los nombres reales de los menores han sido sustituidos por pseudónimos en todos los casos.

El regreso a casa supone un gran nuevo reto para el que las madres despliegan estrategias emocionales y conductuales que les permitan afrontar las sensaciones de estar confusa, perdida y/o desbordada y alcanzar formas de equilibrio o de normalidad. Frente a la falta de preparación (en términos de información, de acompañamiento y/o de disposición emocional), las madres refieren una resolución en términos de “improvisación” o “buscarse la vida”, en muchos casos por cuenta propia o con apoyos limitados:

Verónica: “... hay mil cosas que no sabes y que te pillan desprevenida cuando el bebé ya está en casa, y toca **improvisar y sobrevivir**. Y mandar a tomar por saco a las visitas y sus comentarios. De verdad que no ayudan nada”.

Doris: “... pues nada, me imagino que como muchas, **buscándote la vida**”.

Si el impacto de la llegada a casa ha sido mucho mayor a causa del delicado estado de salud del bebé, el esfuerzo demandado por la situación aumenta notablemente. En el caso que hemos estudiado, la principal estrategia escogida por la madre fue la de la *normalización*, con el objetivo de preservar al máximo la propia fortaleza limitando así el descontrol o “desbordamiento” de las circunstancias que no están bajo el propio control:

Virginia: “... yo quería normalizar ya una situación que estaba tan desbordada que no... no la quería en mi vida (...) Y creo que eso un poco es lo que nos ha hecho seguir así adelante, además de ver al niño bien, lógicamente”.

Como parte de esta búsqueda de normalidad, para esta madre fue crucial ocuparse de sí misma. Entre las formas de hacerlo que mencionó se encontraban el cuidado de su imagen y la recuperación de otro tipo de actividad mediante la reincorporación al trabajo:

Virginia: “... me llevé mi maquillaje, me llevé todo, me dije ‘no... no puedes caer, porque el día que él esté tú tienes que estar y tienes que estar bien, no puedes estar ni a medias ni...’”.

“... cuando vi que el niño estaba un poco mejor dije ‘ahora es el momento’ y sí que volví a trabajar, porque ahí sí que me apetecía ya volver otra vez a tener un poquito de actividad diferente [...]. Pues eso, **yo quería ser normal**”.

Lo que emerge de los relatos de las cuatro madres entrevistadas es que todas ellas identificaban, de maneras distintas y con distintos grados de consciencia, que si bien en el entorno las

atenciones y la preocupación se dirigen fundamentalmente hacia el bebé, dejando a las madres en una posición más marginal, el bienestar de las madres es fundamental tanto para ellas como para sostener adecuadamente el cuidado de la criatura.

Aquí es entonces donde se da uno de los nudos principales de la experiencia del posparto: las demandas de cuidado y bienestar de las madres a menudo no son atendidas y ellas mismas pueden sentirse sin derecho a expresarlas, motivadas por emociones de vergüenza, confusión o culpa, o absorbidas por la prioridad de sacar adelante un bebé marcado por las secuelas de un parto mal atendido. Ante esta situación, las madres despliegan sus recursos psíquicos y físicos hasta el límite, experimentando a menudo un desbordamiento o agotamiento que, de nuevo, no se sienten el derecho de expresar o hacer valer a causa de la interiorización de la mística del amor maternal.

5.2. “Es cuando empieza lo difícil”: ¿qué hay que metabolizar?

“¿Y de mí quién cuida?” (Doris).

El puerperio o posparto fisiológico se define clínicamente como el periodo aproximado de seis semanas inmediatamente posteriores al parto durante el cual el aparato reproductor femenino recupera sus condiciones pregestacionales. Informalmente se habla de la “cuarentena” en referencia a los cuarenta días aproximados que duraría esta etapa. No obstante, desde la fisioterapia especializada en suelo pélvico, sector profesional de la salud que atiende, entre otras cosas, a la recuperación de las mujeres tras el parto, esta definición es considerada obsoleta o limitada:

Jenifer: “El posparto de cuarenta días pues a los profesionales nos entra la risa. El posparto de cuarenta días es como muy acotado a la clínica médica, a que [...] tu útero cicatrice y que tus cicatrices de episiotomía o cesárea digamos que físicamente aparentemente estés recuperada. Un posparto, para mí un posparto, si un embarazo son nueve meses, para mí un posparto son por lo menos otros nueve meses [...] puede haber una mamá que sea seis meses y otra que sean dos años [...] **una cosa es que cicatrices y otra cosa es lo que tú necesites para volver a sentirte**, no la de antes, que nunca vas a ser, pero sí **con las fuerzas un poco**”.

En el discurso de esta madre, fisioterapeuta de suelo pélvico y psicóloga perinatal, se contraponen dos concepciones del cuerpo: una visión de la clínica médica para la cual el criterio

de valoración es la recuperación física entendida como recuperación o cicatrización de los órganos más directamente implicados en la gestación y el parto, y la propia visión, que integra como criterio las “fuerzas”, entendidas ya no sólo como recuperación de la funcionalidad elemental de los órganos involucrados, sino como un sentir global de la madre de recuperación y bienestar general. Esta contraposición es clave y revela la creciente puesta en discusión de los criterios de valoración de la salud y de la comprensión del cuerpo característicos del que hemos definido como modelo médico hegemónico o biomedicina.

Entre las madres entrevistadas, el periodo de posparto no evocaba meramente un proceso de recuperación de sus órganos, sino sobre todo un periodo atravesado de emociones y desafíos cotidianos característicos que comprometían sus mentes y cuerpos de forma global.

5.2.1. La mente y las emociones

La vivencia emocional que del posparto se tiene comienza con la experiencia del periodo de hospitalización. En este sentido, el trascurso del parto y la atención recibida por parte del personal en los momentos inmediatamente posteriores son centrales a la hora de sentar las bases para que unas u otras emociones sean las predominantes para las madres y serán estas emociones las que posteriormente coloreen sus recuerdos. Tres de las mujeres entrevistadas refirieron haber experimentado emociones negativas en el periodo de hospitalización posterior al parto causadas por el trato de enfermeras o matronas o por las decisiones de estas en relación con el modo de afrontar este momento clave que las madres identificaban como de especial sensibilidad. Por ejemplo, ante la separación entre la madre y el bebé emergían emociones de preocupación y tristeza:

Doris: “... me dijeron que no me podía levantar de la cama por el tema de la anestesia epidural [...] y no me dejaron tampoco darle el pecho, no recuerdo exactamente los motivos, pero me dijeron que no [...] y todo esto yo sin poder verla, sin poder cogerla, porque no me acercaban la cuna [...] y entonces bueno, pues estuve un poco ese día **triste**”.

Otro tema, presente con distintos matices en las conversaciones de las mujeres entrevistadas, que aparece en el entramado de dificultades psicológicas para las madres en esta etapa es la propia cuestión de la maternidad, que se podría articular alrededor de la siguiente pregunta: ¿qué clase de madre voy a ser? El miedo a no ser una buena madre (o a no serlo suficientemente) en algunos casos se entrelaza con la introspección alrededor de la relación con los propios

padres, la propia vivencia de la niñez y la educación recibida, haciendo “aflorar recuerdos” con una alta carga emotiva que se agregan al proceso. Así lo expresaba una de las mujeres:

Verónica: “Cuando tienes un hijo, afloran tus recuerdos de la infancia, las cosas buenas, pero también tus **miedos**, tus **traumas**, tus **inseguridades**. Así que durante el postparto te enfrentas a los cambios enormes en tu vida actual y al resurgir de traumas de tu infancia que habías olvidado”.

De estas palabras podemos inferir que hacer frente a la elaboración de la nueva identidad o posición de madre (en el caso de una madre primeriza) se encuentra, a nivel subjetivo, estrechamente entrelazado con una reelaboración o resignificación de las propias vivencias en la anterior identidad/posición como hija.

Esta complejidad de emociones y procesos psicológicos, que contiene una variedad de emociones consideradas negativas (preocupación, miedo, tristeza, confusión, culpa, etc.) parecen alimentarse entre sí a causa de la interiorización del ideal de maternidad feliz que ya hemos mencionado. Este ideal asumido impide, por un lado, que las madres puedan comprender y aceptar sus necesidades como normales y legítimas (en vez de ser producto de una supuesta incompetencia como madre) y, por otro, que los expresen o busquen apoyo explícitamente:

Doris: “... tienes momentos como de tristeza, de llorar y realmente te sientes mal **porque no sabes**, claro, no sabes que en realidad es tema hormonal, son las hormonas que están alteradas y eso es lo que dicen, ¿no?, pero tú como eso no lo sabes, te sientes mal y piensas que es que a lo mejor eres mala madre”.

5.2.1.1. Depresión posparto: el factor sociocultural

“Hablan de depresión posparto, sí, pero ¿a consecuencia de qué?” (Doris).

En el ámbito de las emociones y el estado mental de las madres durante el posparto es insoslayable el tema de la *depresión posparto*, cuya definición en relación con la depresión es la siguiente:

“La depresión es una enfermedad caracterizada por presentar ánimo deprimido y/o anhedonia, la mayor parte del día, prácticamente todos los días, durante al menos dos semanas, con angustia significativa y/o alteración del funcionamiento personal. La depresión posparto (DPP) se diferencia de cualquier otro cuadro depresivo, porque

aparece entre las 4 y 30 semanas del puerperio con síntomas incapacitantes como irritabilidad, rabia, anhedonia, abulia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente, pensamientos suicidas” (Dois Castellón 2012).

Si bien a menudo se han señalado los intensos cambios hormonales y fisiológicos como una fuente de predisposición hacia los trastornos afectivos tras el parto, así como el estado de salud mental previa al mismo (ibídem), un enfoque antropológico del problema nos obliga a atender a los factores socioculturales que entran en juego. La experiencia del posparto, tal y como venimos considerándola, no puede separarse de la violencia obstétrica sufrida durante la atención al parto y, por tanto, debe señalarse como factor de predisposición a la depresión posparto, como ya empiezan a apuntar algunos estudios (Junqueira de Souza, Rattner, y Bauermann Gubert 2017). Si bien no toda depresión posparto es fruto del padecimiento de alguna forma de violencia obstétrica, pues existen otros factores (Dois Castellón, op. cit.), consideramos que el diagnóstico durante este periodo de depresión posparto u otros trastornos afectivos desde una perspectiva exclusivamente biomédica puede enmascarar en algunos casos las secuelas psíquicas del sufrimiento de este tipo de violencia.

Así, en uno de los casos estudiados, el sufrimiento de un parto negligido a causa de la violencia obstétrica con secuelas físicas importantes para el bebé está en la base de la experiencia claramente marcada por emociones negativas en el posparto:

Virginia: “... era una situación límite. Yo cada vez que entraba en la habitación lloraba, a ver, lógico, lo veía así”.

Aunque obtuvo atención psicológica y psiquiátrica durante las semanas en que el bebé recibía cuidados intensivos, las profesionales que la atendieron no lo hicieron desde la óptica de que ella y su bebé hubieran sido víctimas de violencia obstétrica. La psiquiatra consideró el tratamiento farmacológico como primera opción, que ella rechazó por preferir “estar consciente” de lo que ocurriera:

Virginia: “Ella, no sé, consideraba que al estar en una **situación límite** tenía que tomar medicación por la mañana, por la tarde, por la noche, y yo no, **quería estar consciente en todo momento** y no quería estar adormilada ni muchísimo menos. [...] ...dentro de lo que cabe yo creo que siempre controlé y que pude mantener aquello sin tener que... que hacer lo que me pidieron, que era, eso, pues estar más bien tranquilita. No, yo prefería estar, pues eso, consciente todo el tiempo”.

No obstante, en la relación entre la violencia obstétrica y el sufrimiento psíquico posparto no debemos considerar sólo la forma en que se manifiesta de forma más directa, como en el caso recién mencionado, sino también en su forma estructural y cultural.

Ya hemos mencionado más arriba la sensación de “abandono” por parte de los profesionales experimentada por algunas madres, lo que puede considerarse una forma de violencia institucional, al ser causa de malestar para ellas y, a su vez, estar relacionado con el infradiagnóstico de los trastornos afectivos que pudieran experimentar durante este periodo (Junqueira de Souza et al. 2017). No obstante, la violencia institucional va más allá de los límites de las instituciones sanitarias y entronca con otras instituciones sociales más amplias como el trabajo. Según la experiencia clínica de la fisioterapeuta y psicóloga entrevistada, al ser preguntada por la depresión posparto, este es un factor relevante:

Jenifer. “... por la experiencia después de ver tantas madres... Las mamás que, por ejemplo -no podemos generalizar y hay mil excepciones- **no se cogen la baja maternal** hasta el último momento, mamás que dicen ‘**yo estoy bien, yo voy a trabajar hasta el último momento**’, pues es que al final no conectan con el embarazo porque sólo están pensando en ‘yo tengo que ser igual que antes de estar embarazada porque como el embarazo no es una enfermedad’. El embarazo no es una enfermedad, pero es un periodo en el que estás gestando a un bebé y no es una enfermedad pero hay que dedicarle tiempo a esa conexión [...] porque al final como que pasan de estar embarazadas de 37 semanas a tener un bebé en brazos y no han tenido tiempo ni para escucharle, ni para leer ni para ir a ningún grupo [...] Cuando tú ya tienes un parón físico y psíquico en tus obligaciones pues como que te permites un poco conectar más con tu momento [...], al final que haya pues una conciencia, como una **mentalización** previa”.

Cuando las bajas maternales están garantizadas legal y materialmente⁹ para las madres y, aun así, estas las rechazan, puede estar entrando en juego la violencia cultural que también desborda los límites del ámbito de la gineco-obstetricia y tiene que ver con la relación culturalmente existente entre las mujeres y la esfera laboral. Siendo que los principales obstáculos a los que se enfrentan las mujeres para su promoción profesional tienen que ver con la responsabilidad de ser madres y cuidadoras en general, así como por la socialización de género en rasgos y

⁹ Consideramos relevante este matiz, puesto que la garantía legal no supone siempre una garantía efectiva, como en casos de precariedad laboral u otros supuestos.

habilidades orientados al cuidado (Barberá Ribera, Estellés Miguel y Dema Pérez, 2009) ante las mujeres se presenta implícitamente una disyuntiva entre la maternidad y el éxito profesional.

Esta situación ya fue señalada por Davis-Floyd (1994), a partir de cuyas conclusiones podemos afirmar que la construcción del ideal “tecnocrático” del cuerpo es una forma más de violencia cultural hacia las mujeres: independientemente de que sufrieran o no discriminación laboral, han interiorizado que deben responder a un rendimiento productivo en conflicto con la realidad biológica del embarazo.

Así pues, las mujeres se enfrentan a una violencia cultural que toma dos expresiones: la de la “mística de la feminidad” (el ideal de maternidad feliz y de realización a través de ella) de la que ya hemos hablado y la del “cuerpo tecnocrático” (la expectativa de un rendimiento productivo estable en el tiempo e independiente de los procesos psicofísicos que se experimentan). Estas presiones –difusas culturalmente y por tanto ejercidas no sólo por los individuos particulares que rodean a las madres– sobre las mujeres se pueden dar de forma simultánea, imponiendo sobre ellas unas expectativas de difícil cumplimiento cuya consecuencia pueden ser emociones de impotencia, fracaso, agotamiento y culpa que, en sus versiones más intensas e incapacitantes, pueden ser constitutivos de un cuadro depresivo.

Como apunte final de este epígrafe, nótese cómo en el último fragmento citado se contraponen al cuerpo tecnocrático la visión del embarazo como espacio o tiempo de transición de un estado bio-psico-social a otro durante el cual informarse y prepararse. Este tipo de discurso se inscribe en lo que Virginia Murialdo Miniello ha identificado como una “cultura del parto respetado” que se propone como alternativa al parto violento (2019).

5.2.2. El cuerpo, la autonomía y la sexualidad

El posparto se presenta como el momento en el que construir una relación con la nueva criatura, separada ahora del propio cuerpo en términos biológicos, pero también, sobre todo en el caso de un primer parto, de afrontar la relación con el propio cuerpo, que ha cambiado. Entre las mujeres entrevistadas han emergido sensaciones de extrañamiento hacia el propio cuerpo e insatisfacción por los cambios asociados a un “envejecimiento” repentino:

Verónica: “... parece que estás en el cuerpo de otra persona”.

Doris: “... no te sientes bien [respecto a tu propio cuerpo], porque parece que de repente se te han caído años y peso encima [...] La verdad que bueno, te dejas, no... no quieres estar así, pero tampoco sabes qué puedes hacer ni qué te vendría bien hacer”.

En la relación con el propio cuerpo que se instaura durante este periodo parece jugar un importante papel la sensación de pérdida de autonomía causada por la elevada demanda de tiempo y energías que supone el cuidado de un bebé, frente al cual la madre puede llegar a sentir su cuerpo reducido exclusivamente a las funciones requeridas por la criatura:

Verónica: “Pasas de ser una persona independiente que puede estar sola cuando le dé la gana a ser responsable de un ser de 4 kilos que siempre tienes que llevar encima [...] Y tú, como madre, te sientes eso, una **teta con patas**”.

La “dureza” del posparto, entonces, se experimenta también como una pérdida total de la autonomía debida a la dependencia total de las madres hacia el bebé:

Doris: “... esas **semanas** [fueron] duras, **meses** incluso, porque claro, yo no tenía a nadie con quien dejar, iba a todo, a revisiones médicas, a todo, absolutamente todo, con ellos”.

Por supuesto, no puede soslayarse el impacto de las secuelas físicas del parto en el bienestar general de las madres y, en particular, en la relación con sus cuerpos. Una de las regiones del cuerpo que más sufre en este sentido es el suelo pélvico, cuyo debilitamiento o lesión puede tener consecuencias que van desde disfunciones sexuales hasta la incontinencia urinaria y fecal. En la actualidad, algunas profesionales consideran insuficientes los recursos de la sanidad pública en esta área, tanto por la falta de unidades de fisioterapia de suelo pélvico como por su atención poco orientada a la prevención:

Sandra: “No sabes lo frustrante que es trabajar de matrona en primaria y no tener siquiera una unidad de suelo pélvico a la que derivar a la mujer. Van dando tumbos de gine a urología, incluso al médico rehabilitador”.

Jenifer: “... cuando yo me especialicé en suelo pélvico, sólo había dos unidades de suelo pélvico en los hospitales de Madrid y afortunadamente a día de hoy hay en casi todos los hospitales. Que pasa que para que te manden tienes que estar bastante fastidiada [...] Yo creo que lo más importante en el suelo pélvico es que las matronas en su parte de preparación al parto pues siempre haya una fisio que colabore con ellas”.

Especialmente grave es la desatención recibida respecto a secuelas físicas de prácticas no recomendadas sufridas durante el parto, como es el caso de la episiotomía rutinaria. La episiotomía consiste en una “cirugía menor realizada para ensanchar la abertura de la vagina mediante una incisión en el periné” (Rodrigues Ribeiro 2020) y su realización rutinaria, no justificada y sin el consentimiento informado de la madre es considerada por la ONU como “violencia de género y un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante” (Organización de las Naciones Unidas 2019). Este fue el caso de una de las madres entrevistadas:

Doris: “... me hicieron una episiotomía ya en prevención a un desgarró, es una técnica que suelen hacer mucho, por lo menos en aquel momento [...] **yo no recuerdo que preguntaran nada sobre la episiotomía**, no. Yo de hecho supe que me hicieron la episiotomía cuando después de dar a luz me están cosiendo y luego pues me dijeron [...] pues cómo me tenía que curar la episiotomía y ya está, o sea que de eso no me hablaron”.

Dicha episiotomía fue causa de una serie de disfunciones por las que, durante seis años y hasta su siguiente parto, ningún ginecólogo le preguntó. Una vez más, el “abandono” de los profesionales y la falta de información impiden ver atendida una necesidad (necesidad que, además, en este caso es de carácter yatrogénico, es decir, un problema causado por la propia praxis médica) y la madre interioriza que el malestar es algo que simplemente le corresponde sufrir:

Doris: “... tenía problemas con utilizar tãmpax, me notaba la vagina muy dilatada, también para las relaciones sexuales era como si aquello se hubiera quedado como totalmente distendido, y es algo que me ha durado pues hasta el siguiente embarazo, porque yo todas las revisiones que he tenido, luego he cambiado también de ginecólogo, **y nadie se percató ni me preguntó si notaba algo raro ahí**. Entonces para mí era algo que había **normalizado**, que a consecuencia de que, claro, **ya era mamá, mi cuerpo había cambiado**, y bueno, pues nada, tampoco lo comenté con nadie”.

Esta situación hace que la detección de problemas de salud vinculados a la maternidad biológica se dilate durante años o, incluso, no llegue nunca y, de producirse, muchas veces tenga que ver principalmente con la iniciativa de la madre y la investigación en Internet:

Doris: “... yo a partir de que, bueno, me empecé a preocupar ya cuando mis hijos eran más mayores a decir ‘yo es que me encuentro muy mal, a nivel físico, no puede ser que

me sienta tan mal...’ [...] me puse a investigar, que con el tema de Internet es más fácil, descubrí el tema pues de la diástasis abdominal¹⁰”.

Algunas de estas secuelas tienen un impacto directo, como hemos visto, sobre la sexualidad, ámbito de la salud femenina que, sin embargo, se ve descuidado o tradicionalmente abordado desde la óptica de las expectativas de la pareja masculina:

Jenifer: “... parece que hablamos de la sexualidad por la cuarentena de nuestra pareja, cuando tenemos que hablarla desde nuestro punto de vista, físico, emocional, de que es también ese posparto”.

Así, las fisioterapeutas de suelo pélvico encuentran numerosos casos de mujeres cuya sexualidad en el posparto es origen de malestar a causa de este tipo de secuelas, pero en buena medida también a consecuencia de una historia vital de sumisión de la propia sexualidad a la del hombre:

Jenifer: “... es que hay mujeres que vienen a consulta y nunca han tenido un orgasmo, entonces pues eso, hay que hablarlo, y luego ya mejor mandarla a una sexóloga o algo”.

Ana: “Una mujer me cuenta, en pleno posparto, que tiene dolor en vulva y vagina durante la penetración MUY intenso, derivado de la episiotomía que le hicieron en el parto. Le explico cosas que puede hacer para aliviar el dolor y la importancia de acudir al fisio de suelo pélvico. Ya que tener dolor durante la relación sexual NO es aceptable en ningún caso, ni tenemos que resignarnos a que el sexo en el posparto es sufrimiento. Semanas después me entero de que **para soportar las relaciones sexuales con su pareja (hombre) se tiene que tomar un diazepam** Esta mujer consiente tener relaciones sexuales sin deseo y con dolor, simplemente por complacer las "necesidades" de su marido. [...] Historias así me encuentro cada día en consulta (soy fisio de suelo

¹⁰ La diástasis abdominal consiste en el “deterioro caracterizado por la separación de los rectos abdominales a lo largo de la línea alba”, dando lugar a un espacio entre estos y una distensión del tejido que “puede provocar la herniación de las vísceras abdominales” (Serrano Sánchez y Zurita Cortejosa, 2015: 19). Aunque no es el único origen, la diástasis abdominal está vinculada a los procesos hormonales y físicos del embarazo y el parto y puede verse agravada por la ejecución de técnicas de asistencia al parto como la maniobra de Kristeller (ibídem: 12).

pélvico) y cada vez lo llevo peor, mujeres violadas en sus propias casas, para ellas es el día a día, está NORMALIZADO”.

5.2.3. Nadie me había hablado de esto. ¿Por qué?

Una observación común y habitual entre las madres, como hemos visto, es la de sentir que no estaban preparadas o no poseían la suficiente información como para afrontar lo que se han encontrado una vez que han llegado a casa. Su perplejidad nace sobre todo del hecho de que otras madres de su entorno, que deberían haber tenido experiencias similares, no les hayan advertido o, incluso, hayan contribuido a la normalización de su malestar o esgrimido reproches o críticas.

Verónica: “... tienes la impresión de que el resto de madres han **escondido** esa dureza del postparto. Nadie habla de ello. Es como si las madres tuvieran **vergüenza** o sintieran **culpa** de pasarlo mal porque **se espera de nosotras que estemos muy felices** de tener un bebé (que es muy cuqui!). Y tú sólo sobrevives e intentas ubicarte en tu nueva vida y cambias”.

Doris: “Las mujeres lo hemos pensado siempre pero no nos hemos atrevido a expresarlo porque te van a decir ‘qué quieres, es normal’, **van a pensar que eres una floja**”.

Si bien algunas de estas madres durante el propio proceso del posparto interpretaron esta sensación que podríamos llamar de falta de solidaridad por parte de otras madres como un posible indicador de que sus malestares eran exclusivos e individuales y, por tanto, indicadores de un defecto personal, lo que se trasluce de estos comentarios es que, con el paso del tiempo han llegado a la conclusión de que en realidad se trata de vivencias comunes que las madres seguirán “escondiendo” mientras se sigan sintiendo “defectuosas” y, en consecuencia, potenciales blancos de críticas en su entorno.

5.2.4. Metabolizar una experiencia de violencia obstétrica

Cuando tiene lugar un caso de violencia obstétrica directa y con consecuencias graves, la generalizada “dureza” del posparto alcanza un nivel mayor, al constituir el momento inmediatamente posterior a un suceso traumático cuyas secuelas psicológicas y físicas empezarán a manifestarse. Las semanas posteriores al parto serán claves en la elaboración del recuerdo y el relato que la madre haga de los acontecimientos, aunque la comprensión de lo

sucedido o el acto de “ponerle nombre” puede llegar a dilatarse mucho más en el tiempo. No es así para el caso estudiado, donde la madre identificó tempranamente el trato negligente sufrido:

Virginia: “Al día siguiente de... en el momento en que me vi con un poquito de fuerza, porque yo tenía super claro que todo había sido un despropósito tras otro, no había pasado nada azarosamente ni mucho menos”.

Esto fue posible al menos en parte gracias a que no era su primer parto:

Virginia: “...como tuve primero a Inés, a mi hija, puedo comparar, tengo la perspectiva de un parto bueno, en el que no tuve problema alguno y todo fue genial”.

Esto no fue así en el caso de Doris, que, al ser madre primeriza, identificó como normales o no tuvo la ocasión de cuestionar las prácticas no recomendadas y peligrosas a las que fue sometida (episiotomía rutinaria mal suturada y maniobra de Kristeller) hasta que tuvo un segundo parto:

Doris: “... pues lo fui tirando hasta que tuve el segundo embarazo y en ese parto el ginecólogo me dijo que me había vuelto a hacer la episiotomía pero porque la tenía mal [...] y me dijo que me iba a arreglar porque **no me habían dejado muy bien del anterior parto**, y eso que era un ginecólogo de urgencias [...] y a raíz de ahí del segundo parto pues mejoró mi situación”.

Cabe preguntarse, ya que durante seis años en sus revisiones ningún ginecólogo identificó los signos de una episiotomía mal practicada, cuánto podría haberse alargado dicha identificación en el tiempo de no haber sido por la atención recibida durante este segundo parto. Mientras tanto, habría seguido padeciendo las mencionadas secuelas.

Por otro lado, cuando la violencia sufrida tiene consecuencias para el bebé, la metabolización de la experiencia se complica aún más, pues el trauma es revivido a través del sufrimiento de la criatura:

Virginia: “... como experiencia, **traumática** a tope [...] no sabía hasta dónde podía haber llegado su daño cerebral, si físicamente podría estar afectado o a nivel psíquico o... Todo eso era una incertidumbre y lógicamente como familia aquello nos destruyó absolutamente”.

Una situación de este tipo genera un choque mucho mayor respecto de las expectativas de normalidad de la madre y demanda una implicación y esfuerzo por parte de los padres también mucho mayor. Por fortuna, en este caso, la familia recibió apoyo profesional por parte de otro hospital distinto de donde se produjo el parto:

Virginia: “Hemos tenido mucho trabajo, mucha atención temprana, mucho... ha sido, la verdad es que no ha sido una crianza al uso, **ha sido mucho trabajo con él**, mucho...”.

6. Luz de gas y ninguneo: el silenciado de las voces de las madres

Hasta ahora, hemos examinado algunos de los elementos presentes en los relatos que las madres que han colaborado en este estudio han elaborado en torno a sus experiencias de posparto. El posparto se ha presentado como un periodo en el que las madres construyen y se enfrentan al recuerdo del proceso anterior, el de embarazo, culminado en el acto del parto, y abordan así toda una serie de cuestiones que tienen que ver con su identidad y su forma de vida.

En este capítulo, se examinará el problema que las madres pueden encontrarse, y que, como ya se ha dejado entrever, a menudo encuentran, a la hora de expresar e intentar hacer valer su versión de los hechos, su experiencia subjetiva y su punto de vista: el ninguneo o silenciado de sus relatos.

6.1. Luz de gas desde las instituciones

6.1.1. Qué es la luz de gas

La luz de gas o *gaslighting* es una forma de violencia psicológica que consiste en manipular la mente de la víctima de tal manera que crea la versión de la realidad del abusador y no confíe en la suya propia (Jacobson y Gottman 1998). Esta denominación tiene su origen en *Gas Light*, una obra de teatro escrita por Patrick Hamilton en 1938 y posteriormente adaptada a la gran pantalla por George Cuckor en 1944 (Galán Jiménez y Figueroa Varela, 2017), en la que un hombre intenta aislar y hacer creer a su mujer que está loca haciendo parpadear unas luces de gas e insistiéndole en que es producto de su imaginación. Esta práctica ha sido originariamente examinada en el ámbito de la violencia de género que tiene lugar en relaciones afectivas, donde el perpetrador actuaría de la siguiente manera:

“... incluso refutando acciones que el mismo ejecutor haya cometido, argumentando que no corresponden o no son congruentes con su personalidad y que la perturbada

mente de la víctima está imaginando lo acontecido” (Galán Jiménez y Figueroa Varela 2017:56).

Adoptaremos el enfoque de Paige L. Sweet (2019) en su forma de entender la luz de gas como un fenómeno de carácter sociológico, compartiendo las dos razones que ella esgrime:

- 1) porque opera en relaciones en las que hay una desigualdad de poder;
- 2) porque para ejercerla los perpetradores se basan en, y a su vez movilizan, estereotipos de género, en particular la idea de que las mujeres son fundamentalmente irracionales (Sweet, 2019: 852).

La luz de gas, por tanto, no puede entenderse como una práctica neutra, sino que cobra fuerza gracias a la violencia estructural y cultural y por ello solamente puede entenderse atendiendo al género en sus implicaciones socioculturales y no sólo como variable individual. No obstante, iremos un paso más allá al proponer que la luz de gas no es una práctica exclusiva de las relaciones afectivas entre hombres y mujeres. En cambio, consideraremos que los elementos necesarios son los siguientes:

- 1) Una relación de poder desigual entre sujetos individuales o colectivos.
- 2) En consecuencia y de la mano, la dominación en términos de autoridad epistémica de una parte sobre la otra.

6.1.2. Luz de gas y violencia obstétrica

Así definida la luz de gas, es posible hablar de la existencia de una “luz de gas médica” o *medical gaslighting* (Sebring, 2021), que opera arrebatando a las mujeres la capacidad de afirmar qué es real y qué no en relación con sus cuerpos y con su salud. El médico, investido por el capital simbólico que le otorga la ciencia, monopoliza la autoridad epistémica, es decir, su dictamen es la última palabra (ibídem).

Ocurre así en el ámbito de la atención obstétrica (Cohen Shabot, 2019), como similarmente observó Jordan, bajo el marco del concepto de “conocimiento autorizado” (*authoritative knowledge*), en uno de los partos que presencié:

“She is now in the second stage of labor. During this stage, women experience increasingly powerful urges to push that become progressively more irresistible until

the baby is finally pushed out. In this particular case, however, the woman is not allowed to push. Every effort is made to keep her from giving in to the overpowering impulse to bear down. She is asked to suppress the urge long enough for the physician to come in and pronounce her ready. [...] The physician finally arrives [...]. He examines the woman and declares that she is ready to push. The staff prepare her for the delivery”¹¹ (Jordan, 1997: 63-64).

A las parturientas no se las despoja de autoridad epistémica sólo por vías de los conocimientos de los profesionales sanitarios, sino también por vía de los instrumentos tecnológicos. La información biométrica se considera más fiable que las sensaciones que la mujer tiene de su propio cuerpo. Así le ocurrió a una de las madres entrevistadas:

Doris: “... durante por ejemplo el segundo parto yo estaba también sin contracciones [...] y de repente de noche me empezaron a venir las contracciones muy fuertes y como que no me creían, se pensaban que me estaba quejando, y el trato de algunas enfermeras en plan que venían a visitarte [...] claro, no se lo podían creer, si hacía una hora no tenía ninguna dilatación ni tenía ninguna contracción, cómo de repente esta loca se pone a gritar así por las primeras contracciones [...] y a mí lo que me sentaba mal es que **no me hacían caso**, o sea, como que me tomaban por **quejica**, como que era una **exagerada** o algo así. Ya llegó un momento que le tuve que decir **a mi marido ‘por favor, ponte firme tú’** [...], entonces ya vinieron **con mala cara** otra vez [...], me trajeron el **monitor** a la habitación y claro, vieron que eran contracciones de parto”.

En este relato emerge una jerarquía de autoridades epistémicas: en la cola, la madre, cuyas percepciones no se consideran dignas de fiabilidad por sí solas; ante esta situación de desamparo, la parturienta recurre a su marido intuyendo que su “firmeza” podría obtener mayor reconocimiento. Finalmente, en la cúspide de este escenario, los datos revelados por el monitor e interpretados por las enfermeras. Independientemente de sus pretensiones explícitas o

¹¹ “Ella ahora se encuentra en la segunda fase del parto. Durante esta fase, las mujeres experimentan impulsos de empujar cada vez más fuertes y que se vuelven cada vez más irresistibles hasta que finalmente se expulsa al bebé. En este caso particular, no obstante, a la mujer no se le deja empujar. Se hace toda clase de esfuerzo para evitar que se rinda al abrumador impulso de pujar. Se le pide que reprima el impulso el tiempo suficiente para que el médico venga y la declare lista. [...] El médico llega finalmente [...]. Él examina a la mujer y declara que está lista para empujar. El personal la prepara para el parto” (trad. propia).

conscientes, por vías del *habitus* interiorizado, las enfermeras han ejercido luz de gas tal como la hemos definido y esto ha sido percibido por la víctima como una forma de violencia:

Doris: “Violencia obstétrica a mí me ha parecido eso [...] o sea, yo evidentemente, no todo el mundo tendrá el mismo aguante al dolor y las habrá que sean más quejicas, pero vamos a ver, si nos quejamos será por algo”.

Sarah Cohen Shabot ha propuesto considerar la luz de gas como el aspecto epistémico de la violencia obstétrica, por ser una práctica que construye a las mujeres como sujetos desautorizados en su capacidad como conocedoras (2019, 2021). Esta desestimación de sus voces, como señalaba Sweet (op. cit.), se basa principalmente en cómo son concebidas como sujetos. Esta concepción, que tiene la irracionalidad –con sus diversos matices derivados (la mujer como criatura infantil, frívola, caprichosa, inconsciente, etc.)– como núcleo, sigue plenamente vigente, también entre profesionales sanitarios. Así se expresaba en Twitter un anestesista:

Morfeo: “Opinión **interna** del PLAN DE PARTO:

6 años de carrera + 4 años MIR + X años ginecólogo para que los “caprichos” personales se antepongan a los riesgos de un parto

El parto no es un [emoticono de arcoíris] es una situación de ALTO RIESGO con DOS VIDAS en juego ¿crees que se está para **tonterías?**

Las veces que he corrido en un parto para convertirlo en cesárea por riesgo fetal ya ni las recuerdo, al igual que las hemorragias [sic] postparto con alto riesgo para la madre. **EL PROBLEMA ES VENDER EL PARTO COMO UN PASEO, si todo sale adelante es por el trabajo que hay detrás”.**

Este par de tuits son muy útiles para analizar cómo se construye y legitima el monopolio de la autoridad epistémica por parte de los profesionales que actúan en el ámbito de la obstetricia:

- 1) Contraposición entre un sujeto racional, respaldado por el tiempo de práctica y estudio en el ámbito de la medicina científica, y un sujeto irracional (“caprichoso”).
- 2) Construcción del cuerpo de la mujer como riesgoso (*risky*) o en riesgo (*at risk*) que necesita ser vigilado, gestionado y sometido al constante escrutinio de la mirada médica (*medical gaze*) (Sebring, 2021: 4).

- 3) En consecuencia, representación de la madre como “ausente” (Blázquez Rodríguez, 2009; Hernández Garre y Echevarría Pérez, 2016), otorgando todo el protagonismo y, por tanto, el mérito del éxito del parto a los profesionales.

No obstante, la luz de gas no tiene lugar sólo durante el parto, sino que se extiende de formas más explícitas o más implícitas durante el posparto, negando a las madres las experiencias vividas e impidiéndoles hacer valer sus relatos. Tras la violencia vivida, el no reconocimiento por parte de los profesionales responsables y su insistencia en la negación de la versión de la víctima constituye una forma de luz de gas que perpetúa la violencia sistémica, estructural e institucional que revictimiza a la madre:

Cristina: “18 meses después seguían torturando mentalmente diciendo que ella es **mala madre** y barbaridades que a ellos no debería importarles. Sólo hacer daño, **no es algo que fuera una noche y adiós**”.

Virginia: “... yo luego me he encontrado con los... interventores [...] y... bueno, sí que hemos tenido alguna vez alguna palabra que otra y... y bueno, siendo muy pedagógica, porque sí que siempre intento ser muy pedagógica porque teníamos este tema judicializado, pero **incluso se han llegado a reír de mí**”.

Este descrédito hacia las madres puede entenderse como una forma de injusticia testimonial y es sistemático, al estar basado en el patriarcado (Cohen Shabot, 2021). En el caso de la violencia obstétrica en España, actualmente el descrédito está institucionalizado.

6.1.3. La postura de la SEGO y del CGCOM: luz de gas institucional

Con la propuesta planteada en 2021 de reformar la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, introduciendo, entre otras medidas, el reconocimiento de la violencia obstétrica como una forma de violencia de género en el ámbito de la atención al parto, en el debate público español se ha pasado de encontrar como obstáculo la invisibilización de la violencia obstétrica a tener que afrontar su completa negación (Martínez Gandolfi y Rodríguez Mir, 2021). Dos de los organismos con mayor autoridad en la materia, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), emitieron sendos comunicados rechazando el concepto. El análisis del contenido de estos comunicados nos permite exponer el modo en que se constituye lo que llamaremos *luz de gas institucional*, una modalidad de la práctica de la luz de gas en la que es una institución la que impone su versión de la realidad basándose en la confianza

depositada en ella por la autoridad que posee, con el objetivo implícito (aunque no necesariamente consciente) de invalidar la experiencia y percepciones de las víctimas.

La SEGO abre su comunicado justificando su posición de autoridad epistémica e institucional, basada en la ciencia, la tradición y la cantidad de miembros que reúne: “La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.) es una sociedad científica centenaria, que cuenta con más de 9.000 asociados, todos ellos especialistas en Ginecología y Obstetricia”. De forma similar, el CGCOM, dice respaldarse en el “posicionamiento emitido por la comunidad científica”.

Sucesivamente, el CGCOM afirma rotundamente que el concepto de violencia obstétrica es un término “alejado de la realidad asistencial” e insiste en “[garantizar] la inexistencia de actos violentos en la atención a las pacientes”. Esta negación rotunda de la existencia de casos de violencia de los profesionales hacia las usuarias, emitida desde una posición de poder que la propia institución insiste en recalcar, opera de forma muy similar a la luz de gas según la previamente citada definición de Galán Jiménez y Figueroa Varela (2017). La invalidación de las experiencias y testimonios de las mujeres que han sufrido prácticas violentas en la atención a su embarazo, parto y posparto constituye una expresión de, y a su vez reproduce, el poder de la institución, que se adjudica la capacidad de decidir unilateralmente qué es real y qué es relevante llevar al debate público, como se desprende de su calificación como “innecesarias” de las “alarmas sociales” en torno a la violencia obstétrica.

El tono del comunicado de la SEGO es también contundente y en él se puede identificar similarmente la pretensión de colocarse como intérprete privilegiado de la realidad de los hechos. Por ejemplo, es destacable que aporte una definición de violencia obstétrica unilateral y, podría decirse, incompleta, que no hace en ningún momento referencia a los debates en torno al concepto que han tenido lugar entre otros grupos profesionales, como el de las matronas o las fisioterapeutas, en el activismo feminista y en el ámbito del debate público más general, de tal modo que no refleja las verdaderas problemáticas que dichos grupos intentan poner en discusión, lo que puede distorsionar la comprensión del estado de la cuestión para quienes lean el comunicado. La definición en cuestión es la siguiente:

“La ‘violencia obstétrica’ es un término utilizado como referencia para aquellas intervenciones médicas innecesarias durante el proceso del parto, a menudo rutinarias,

que en muchas ocasiones se realizan sin proporcionar información suficiente a las mujeres ni solicitarles el consentimiento”.

Si bien el consentimiento informado es efectivamente una de las reivindicaciones esgrimidas por las activistas, el sentido en que se discute sobre violencia obstétrica es mucho más amplio y no tiene que ver solamente con el carácter “innecesario” de algunas prácticas empleadas de forma rutinaria durante la asistencia al parto. Se hace caso omiso, por tanto, de las reflexiones en torno a la idea de violencia que estas activistas están impulsando, y con ello se les atribuye una intención “criminalizadora”.

Uno de los enunciados más emblemáticos del comunicado de la SEGO es aquel que dice: “No debe confundirse en modo alguno la praxis inadecuada con las expectativas de parto no cumplidas”. Esta afirmación es clave en la representación que la SEGO, con estas declaraciones, hace de las activistas en favor del uso del concepto de violencia obstétrica y de su legislación. A su vez, el CGCOM se refiere a los profesionales, tanto al principio como al final del texto, con estas palabras: “... trabajan bajo los principios del rigor científico y de la ética médica”, “... trabajan con entrega, servicio, humanidad y ética”. En suma, la SEGO y el CGCOM movilizan los mismos estereotipos presentes en el ejemplo del epígrafe anterior, sólo que adoptando una expresión más formal y contenida. El subtexto de estas palabras, en conjunto, es el estereotipo del sujeto femenino irracional e infantil frente al sujeto profesional racional y competente: la madre quejica y frustrada porque su parto no fue tan idílico como se esperaba, pues es *ignorante* de lo que el parto realmente conlleva, y que, en consecuencia, descarga su malhumor sobre los profesionales que sólo están haciendo su trabajo con el máximo rigor científico y cumplimiento del código deontológico. A través de esta construcción, la institución se representa a sí misma como racional y a sus miembros como intachables en términos morales y profesionales por su sola pertenencia al gremio (confundiendo el *deber ser* con el *ser*), a la vez que descarga el peso de la responsabilidad sobre la cuestionable racionalidad o madurez de, al menos, algunas mujeres.

Con estos comunicados, las dos instituciones intentan reafirmarse como fuentes del único conocimiento autorizado. La SEGO y el CGCOM emplean estereotipos de género para reforzar su posición de autoridad y protegerse de las críticas que adoptan un enfoque sistémico y no sólo individualizado de los casos de violencia obstétrica más directa y flagrante, de ahí, entre otras razones, que ambas sociedades prefieran hablar de “praxis inadecuada”. Así, erosionan la voz de las mujeres, desacreditando sus demandas ante el resto de la sociedad y ante sí mismas

mediante la imposición de su relato único y oficial. Buscan movilizar también las simpatías en favor de los profesionales, insistiendo en el peligro de que se pueda “deteriorar la necesaria confianza” hacia ellos. Por todas estas razones, puede argumentarse que la SEGO y el CGCOM están ejerciendo lo que podríamos llamar una luz de gas de dimensión institucional, lo que Sebring (2021) ha llamado *medical gaslighting*, pero marcadamente declinada en términos de género.

Así contemplada, la luz de gas, además de constituir una injusticia epistémica (Cohen Shabot 2019), es transversal a las tres facetas de la violencia:

- Como violencia directa, cuando en la atención al embarazo, parto y posparto se descalifican los conocimientos y percepciones de la mujer, se le da a entender o se le dice de forma explícita que no sabe o que se está imaginando lo que siente.
- Como violencia estructural, al ser ejercida por las instituciones y al no existir recursos institucionales y legislativos que doten de herramientas a las mujeres para reconocer y hacer frente a la violencia sufrida; por tener que ver con la posición estructural que las embarazadas, parturientas y madres tienen a lo largo de todo el proceso de atención.
- Como violencia cultural, al movilizar y reproducir estereotipos de género que construyen a las mujeres como sujetos irracionales y poco capaces que deben ser sometidos a escrutinio o vigilancia y cuyos discursos sobre sí mismas nunca serán adecuados ni valiosos.

6.2. Ninguneo desde el entorno familiar

La luz de gas y el silenciado general proveniente de las instituciones y de sus profesionales no es el único obstáculo que las mujeres encuentran para hacer valer sus experiencias y necesidades. De forma transversal en el anterior capítulo ha ido emergiendo el problema del ninguneo desde el entorno más próximo, principalmente el familiar, que suele operar por medio del ideal de maternidad feliz, por el cual el malestar es obviado, o de maternidad sacrificada, por el cual el malestar es normalizado.

Verónica: “Cuando vienen otras madres a visitarte te dicen ‘esto es así, al principio es muy duro. Hay que aguantar’”.

Doris: “... la gran mayoría que no se recupera bien tras los partos y los embarazos encima es que se encuentra mal y además no lo expresan a lo mejor, no lo comentan

porque es que siempre escuchas eso o de las madres o de otras mujeres ‘ay, ¿qué quieres?, **has sido madre, ¿qué pretendes**, estar como estabas antes?’”.

En ambos casos, la expresión de insatisfacción resulta anulada y, por tanto, las necesidades de la madre, no atendidas.

Hay otro modo por el cual las madres pueden sentir disminuido el valor de su propio criterio: a través de los “consejos”. Los consejos de los allegados pueden comportarse o percibirse como una imposición de unas determinadas expectativas o, en el caso de no ser solicitados o ser sentidos como inoportunos, como una valoración negativa de la competencia y criterio de la madre. Cuando no cumplir con estos consejos despierta reacciones de ofensa, los “consejos” adquieren la forma de pequeñas o grandes coacciones que añaden presión sobre la madre y pueden minar su sensación de autonomía:

Verónica: “Y los ‘consejos’ no pedidos. Que **no son consejos, son órdenes**, y cuando no lo haces como los demás quieren, se ofenden. Menos mal que nosotros teníamos las ideas muy claras y mi marido y yo tenemos carácter, y los ignorábamos [...] cuántas madres habrá que hagan lo que sus familiares dicen, por no discutir, porque estás **superagobiada** y no quieres más **presión** por otro lado. Buff, de verdad que es muy duro.”

Siguiendo a Martínez Gandolfi y Rodríguez Mir (2022), resulta necesario, por tanto, atender a las violencias que trascienden el marco de las instituciones sanitarias para poder aprehender globalmente las experiencias de las mujeres en sus contextos y entender cómo las violencias y desigualdades se legitiman y reproducen, perpetuándose.

7. La construcción afirmativa de los relatos

Donde hay poder hay resistencia

(Foucault, *Historia de la sexualidad*, vol. I).

Rescatamos un fragmento ya citado en el epígrafe 5.1. para señalar el punto de partida en el que muchas mujeres se encuentran en el proceso de ser madres:

Jenifer: “... ahora estás que hay mucho **individualismo**, entonces tú te metes en tu piso y como no está bien visto ni quejarse ni pedir ni... pues bueno como que te lo comes tú sola”.

Este “individualismo”, la reclusión en la vivienda contemporánea tiende a limitar los contactos de las personas, en este caso de las madres con su núcleo familiar inmediatamente próximo. La carga del cuidado recae en su práctica totalidad sobre los padres y, en mayor medida, sobre las madres, que además deben recuperarse física y emocionalmente por los cambios corporales experimentados. Del mismo modo, entonces, los problemas tienden a quedarse “en casa” y las mujeres no pueden o no quieren compartirlos:

Verónica: “Esto lo teníamos hablado mi marido y yo muchas veces, lo pasamos mal. Pero nunca se lo conté a nadie más. Dices frases genéricas, pero nunca te pones a hablarlo como te lo he contado hoy a ti”.

Tampoco se encuentra la comodidad o la confianza en las revisiones médicas, por lo que no se siente su respaldo:

Doris: “... [en la consulta de revisión del ginecólogo] a nivel emocional no cuentas nada, o sea es que no se lo cuentas a nadie tampoco, porque lo ves tan como algo que no sabes si sólo te pasa a ti o si le pasa a más gente, que son cosas íntimas que no te sale contárselo a nadie tampoco, porque hasta tú lo juzgas como algo malo, entonces pues te lo tragas y ya está y de ahí no sales”.

A veces, ese recogimiento en el núcleo familiar es deseado y buscado. En el caso de Virginia, formaba parte de su estrategia de normalización:

Virginia: “Ni tuve ni apoyos en casa así a nivel profesional ni los tengo ni los voy a tener, ni... Fui un poco... sola y... bueno, sola, a ver si me entiendes, con mi familia [...] a nivel emocional no lo necesito, no... hombre, mi marido es diferente, porque con él vivo, con él... pero normalmente no, con ellos [el resto de la familia], a ver, sí que lo hablamos, sí que lo tratamos, lógicamente, pero cuando estábamos juntos trataba de... de evadirme un poco del tema, de normalizar”.

En otros casos, la búsqueda de aislamiento puede tener que ver con el efecto negativo del entorno, vivido como una presión (véase el epígrafe 6.2.), o ser una respuesta al desbordamiento experimentado:

Doris: “... no tengo tiempo para nada, **ni siquiera yo me puedo cuidar a mí misma.** A lo mejor si todo el mundo colabora y entiende que una madre se tiene que recuperar física y emocionalmente luego sale ganando todo el mundo a su alrededor [...] porque

si no, te alejas de todo el mundo porque **si no tengo tiempo para mí no tengo tiempo para nadie**”.

7.1. Accesibilidad de la información

*Para mí es muy importante que se sepa más de lo que se sabe
(Virginia).*

Frente al ninguneo, al silenciado y a la confusión, romper el aislamiento y compartir conocimientos y experiencias, de tal manera que las mujeres posean información de calidad y se sientan acompañadas o reflejadas en vivencias comunes, ha aparecido en todos los relatos como la forma de encontrar sentido a las propias experiencias, identificar las injusticias sufridas y hacerlas valer para contribuir a mejorar las experiencias de otras mujeres.

Una constante entre las mujeres entrevistadas ha sido la percepción de que la información que las mujeres poseen cuando se adentran en la maternidad biológica es insuficiente y que esto debería cambiar:

Doris: “... cuando vas a los ginecólogos pues poco más de la revisión y hasta la próxima, no te... o sea, nadie te da, vamos, a mí por lo menos nadie me daba ningún tipo de información, ningún tipo de folleto o donde pudieras... pues simplemente dejar pasar el tiempo, ir a las revisiones, las pruebas que te mandaran hacer y ya está”.

La “información” se entiende en sentido amplio:

Jenifer: “... la información es muy importante, que en el embarazo puedas **leer**, ver **vídeos**, que pueda gente contarte sus **experiencias**”.

Otra característica del modo en que se entiende la “información” es que ésta no debe tener un carácter normativo o prescriptivo, sino ofrecerse más bien como recurso que la madre o los padres en conjunto puedan emplear libremente sin anular su propio criterio:

Jenifer: “... dar información no para que sea que esto es lo que tienes que hacer, sino para que tú veas el abanico de posibilidades”.

Se trata, por tanto, de algo distinto de los “consejos” a los que se refería Verónica en el epígrafe 6.2. A estos también se refiere Jenifer:

Jenifer: “Es que son frases, mitos, clichés, que yo creo que eso lo tiene que decidir la familia, que vea las posibilidades que hay y luego **ya lo que se adapte un poco a su bienestar y a su manera de vivir**, pues oye...”.

7.2. Importancia del acompañamiento

Se ha mencionado la percepción de aislamiento de las madres como una de las dificultades que enfrentan en su día a día y a la hora de expresar sus necesidades y experiencias. Hemos señalado ya algunos de los factores que la causan, como la estructura familiar contemporánea y los discursos alrededor de la maternidad. No obstante, es relevante también otra percepción asociada a la de la soledad, que la alimenta y reproduce: la de no ser comprendidas.

Jenifer: “... llegan a casa con un bebé, les da vergüenza llorar, porque ‘¿Cómo voy a llorar, si tengo un bebé?’, les da vergüenza llamar a nadie porque **no les va a entender**”.

Un tema central en la entrevista con Jenifer fue una forma de respuesta frente al aislamiento: los grupos de posparto. En su caso, la matrona de su centro de salud público, que disponía de espacio por ser aún de reciente construcción, tuvo la iniciativa de organizar grupos de preparación al parto y de acompañamiento en el posparto, que supusieron un gran soporte para las madres que acudieron:

Jenifer: “... todas esas dudas que compartíamos entre nosotras pues nos ayudaban tanto [...] en ese grupo en el que las mamás no nos conocíamos, pero había un vínculo que era pues el espacio tiempo, como que coincidíamos en el mismo momento con las mismas necesidades y ahí pues empiezas a compartir experiencias y el hecho de saber que no estás sola, de que alguien está pasando lo mismo que tú, que no es que tú tengas un problema con tu bebé, sino que eso es algo que es así y nadie te ha contado”.

A través del vínculo de la maternidad experimentada contemporáneamente, las madres se sienten acompañadas y con la posibilidad de sentir que sus vivencias no son únicas ni están encerradas en las paredes de su vivienda. Todo ello favorece la ruptura del silencio y, por tanto, el flujo del tipo de información al que nos hemos referido.

Sin embargo, ya que la iniciativa de este tipo de actividad recaía exclusivamente en la matrona del centro y dependía de la disponibilidad del espacio, la duración era limitada (unos dos meses) y la continuidad del proyecto no estaba garantizada. Por esta razón, Jenifer, junto con otras dos colegas, reorientó su proyecto profesional hacia la creación de un centro de atención y

acompañamiento en la preparación del parto y, después, posparto y crianza temprana. El proyecto ofrece continuidad en su realización, con tiempos más extendidos y espacios propios, pero, al no estar respaldado por la financiación pública, no es accesible para todas las madres.

En cualquier caso, existe una cuestión de fondo que no se resuelve del todo con este tipo de iniciativas. Se trata de la cuestión cultural a la que ya hemos aludido. Las concepciones y estereotipos que circulan sobre la maternidad biológica en nuestra cultura son la base de la que parte cualquier mujer que decida ser madre. La transformación no puede ocurrir sólo desde el ámbito sanitario, aunque su implicación sea fundamental para mejorar las condiciones de la maternidad.

Jenifer: “... yo creo que la conciencia recae mucho sobre el sistema sanitario, pero es que tiene que ser algo que sea, como dicen en el cole, que sea transversal. Se tiene que hablar desde la sanidad, desde los coles, desde la familia [...] Y yo creo que se hacen muchas cosas que la gente desconoce, pero que si preguntas y vas buscando, encuentras [...] Pero **la gente cuando no está embarazada no ve esas necesidades**”.

En otras palabras, lo que tiene que ver con la maternidad y la crianza debe ser entendido como un problema social que requiere una atención colectiva y no un problema individual ligado solamente al estilo de vida que una mujer o pareja decida adoptar.

7.3. Activismo virtual

Otro espacio que actualmente es protagonista en la circulación de información y experiencias son las redes sociales. El activismo feminista virtual ha empezado a dirigir más su atención, a partir de la polémica nacida por la propuesta de modificación de la Ley 2/2010, hacia el problema de la violencia obstétrica, acercando así el concepto a miles de usuarias que comienzan así a hacerlo propio.

Un ejemplo de esto fue la publicación de unas viñetas de la ilustradora digital y activista Moderna de Pueblo (@modernadepueblo por su usuario en Instagram), cuyo espacio de comentarios dio lugar a que decenas de usuarias se expresaran públicamente sobre sus propias experiencias. También fue espacio para que algunos profesionales sanitarios expresaran su desacuerdo o compartiesen su propio sentir respecto a las limitaciones impuestas por el propio protocolo, los tiempos de atención o el *burnout* experimentado.



Ilustración 1. Viñeta de @ModernaDePueblo, disponible en https://www.instagram.com/p/CZZPn_utkm8/

Mediante las redes sociales se expresa también Verónica, en cuyo perfil de Twitter comparte sus experiencias de crianza y maternidad, Jenifer hace divulgación desde sus conocimientos en fisioterapia y psicología perinatal y Doris y Virginia descubrieron el concepto de violencia obstétrica que les permitió reinterpretar sus vivencias:

Virginia: “... yo nunca había oído el término violencia obstétrica ni mucho menos, pero, claro, una vez que oyes algo parecido te identificas a la primera de cambio. Y, claro, cuando lo oí, que fue posterior a haberme pasado todo esto, ya indagué un poquito más sobre el tema y... me vi ahí claramente identificada”.

Doris: “... a partir de ahí, de seguir y estar en contacto con las fisioterapeutas de suelo pélvico, embarazo y posparto, la mayoría son digamos como muy activistas de cuidar a la mujer en esta condición [...] el tema emocional, el tema, pues eso, de haber sufrido violencia obstétrica...”.

En el caso de Virginia, le permitió ponerse en contacto con una abogada especializada en este ámbito:

Virginia: “... muy bien no sé por qué la llamé. Quizá más bien por información y por... no sé, **por ponerle un poco nombre también a todo esto** que había pasado. Que parece

que si te dicen ‘sí, sí, sí que lo has pasado, sí que lo has sufrido, sí’... me quedé un poco **más tranquila**”.

El paso por las redes sociales y el encuentro con el concepto de violencia obstétrica marca un antes y un después para muchas mujeres gracias a la posibilidad de *poner nombre* a lo vivido y, así, alcanzar la comprensión y la validación de sus propias percepciones.

7.4. Haciendo valer la propia historia

Además de la expresión en redes sociales y en grupos de acompañamiento, algunas madres, como las que han colaborado en este estudio, encuentran un modo de hacer valer su propia historia en la participación en la investigación y divulgación orientada a la mejora de las condiciones de la maternidad. En ello, encuentran tanto un espacio donde ser escuchadas como un medio para alzar la voz y prevenir que se sigan reproduciendo lógicas y prácticas dañinas. En ambos casos, sienten que eso les aporta paz emocional:

Verónica: “... gracias por haberme preguntado. Sin darme cuenta me he quitado un peso de encima contándoselo a otra persona”.

Cristina: “... vas a ayudar tanto dando visibilidad en estos casos que estoy tremendamente agradecida [...] Han sido casi tres años horribles pero ahora tengo fuerzas para hacer algo aunque sea tan mínimo, no quiero que otras familias lo pasen tan mal...”.

Otro mecanismo con el cual pueden poner en juego sus experiencias para promover el cambio, en los casos más graves, es la vía judicial. Tras la violencia sufrida, la impunidad de los perpetradores despierta impotencia o rabia:

Virginia: “Me sigue fastidiando mucho que [la matrona] siga trabajando allí”.

No obstante, al menos en el caso estudiado, la motivación no es una clase de “venganza”:

Virginia: “... me encantaría, sí, poder decir ‘Hicisteis esto y seguís todavía ahí y no habéis sido siquiera capaces de preguntar por...’. En ese sentido sí noto la carencia [...] no quiero vengarme, pero sí me gustaría que tuviera un alcance mayor [...] para mí el problema y los ejecutores del problema siguen ahí. Ese es el único problema que yo tengo a día de hoy con todo esto”.

La motivación no es económica tampoco:

Virginia: “... ni mucho menos estaba pensando en el dinero, yo llamaba porque yo quería de alguna manera que se solucionara algo que era un problema en un paritorio, un... me pasó a mí, al día siguiente pudo pasarle a otro [...] eso había que frenarlo de alguna manera”.

La posibilidad de compartir sus relatos y de tener plataformas para ello es la vía con la que pueden hacer social un sufrimiento que hasta entonces era sólo individual. La contribución a la transformación de las condiciones de maternidad, ya sea en el ámbito sanitario o en el espacio social más amplio, ha sido para ellas una forma de que sus malestares no sean solitarios ni inútiles.

8. Discusión

La investigación de carácter empírico (a partir de las entrevistas y de la observación *online*), volcada en los capítulos quinto a séptimo indican que, tal y como se formuló en la hipótesis inicial, el posparto es un periodo relevante en la investigación sobre violencia obstétrica y, más generalmente, sobre la construcción de la subjetividad de las mujeres que eligen ser madres biológicas. Es este el periodo, además, donde se materializan a largo plazo los efectos de la injusticia epistémica sufrida por las mujeres, que para el objeto de estudio escogido hemos visto cómo toma, entre otras, la forma de *luz de gas*. No obstante, también es donde se abre para las madres la posibilidad de interpretar sus vivencias, dotarlas de sentido y ponerlas en juego, bien devolviéndoselas a otras mujeres, bien emprendiendo distintas vías (judicial, activista, de colaboración académica, etc.) de denuncia social.

A lo largo del proceso de estudio, recopilación y elaboración de la información se han ido revelando varios flecos o temas de interés en los que, por las limitaciones de esta investigación, no he tenido ocasión de profundizar y abordar con justicia. Estas podrían constituir líneas de investigación por las que seguir avanzando: cómo tiene lugar el proceso de denuncia judicial en un caso de violencia obstétrica, qué impacto tiene en la madre y qué factores socioculturales intervienen en su desarrollo; la tensión en el interior del imaginario social sobre la maternidad entre el ideal de la mística femenina y el del cuerpo tecnocrático; la depresión posparto entre la normalización y la patologización del malestar de las madres, frente a los factores socioculturales que pueden intervenir (como el sufrimiento de violencia obstétrica); el papel de

las fisioterapeutas de suelo pélvico en el activismo y empoderamiento de las madres y su visión del cuerpo frente al modelo anatómico biomédico; etc.

Esta área de investigación emergente es tan necesaria y urgente como delicada. No demanda sólo tiempo de estudio y las habilidades intelectuales básicas para cualquier investigación, sino que requiere una adecuada movilización de la propia sensibilidad: activarla para conectar con las informantes y crear para ellas un ambiente de comodidad y confianza, pero modularla para no verse arrasada emocionalmente ante las descripciones de violencia y sufrimiento. Como en cualquier estudio que se ocupe de violencias, injusticias y víctimas, es difícil que la propia emotividad no emerja, a veces virulenta o entre lágrimas. El afrontamiento de emociones difíciles (que a menudo he podido dejar a un lado al conversar con mis personas más próximas, a las que les agradezco la paciencia y la escucha durante estos meses) ha formado parte del proceso investigativo. He podido “dar a luz” este Trabajo de Fin de Grado no sólo con el cerebro, como trajo al mundo Zeus a Atenea, sino ante todo con el corazón. Así pues, algunas de sus líneas han nacido de emociones como la indignación y el pesar, pero otras muchas están escritas con profunda alegría, esperanza y orgullo. Estas emociones, adecuadamente canalizadas mediante la reflexión y la elaboración teórica, han dado color a las horas dedicadas a este TFG y han dado fuerza a mi empeño y compromiso durante su elaboración.

9. Bibliografía¹²

- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 38.668 (2007).
- Barberá Ribera, Teresa; Estellés Miguel, Sofía; y Dema Pérez, Carlos M. (2009). Obstáculos en la promoción profesional de las mujeres: El «techo de cristal». *XIII Congreso de Ingeniería de Organización*. Barcelona.
- Beaulieu, Anne. (2004). Mediating ethnography: Objectivity and the making of the ethnographies of the internet. *Social Epistemology: A Journal of Knowledge, Culture and Policy*, 18(2-3), 139-163.
- Belli, Laura F. (2013). La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(7), 26-34.
- Bellón Sánchez, Silvia. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, 93-111.
- Bialakowsky, Alejandro. (2016). La circularidad teórica del sentido práctico en la perspectiva de Bourdieu. Iberofórum. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 11(22), 1-30.
- Blázquez Rodríguez, María Isabel. (2005). *Aproximación a la antropología de la reproducción*. AIBR. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 42.
- Blázquez Rodríguez, María Isabel. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: El caso del área 12 de la Comunidad de Madrid* [Tesis doctoral]. Universitat Rovira i Virgili.

¹² Algunas consideraciones sobre el estilo de referenciación:

Tomando el estilo de citación de la 7ª edición de APA como modelo, he introducido algunas modificaciones con ciertas intenciones. Primero, he sustituido los signos “&” por la conjunción “y”, como adaptación al castellano. He buscado, en la medida de lo posible, preservar los dos apellidos de los autores de origen hispano que los tuvieran, para reflejar lo que entiendo como más adecuadamente sus nombres completos. Por último, sobre todo, he escogido reflejar los nombres de los autores y autoras, no sólo la inicial de los mismos, para evidenciar las contribuciones de las investigadoras y combatir así el sesgo androcéntrico con el cual tendemos a representarnos los autores como varones.

- Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, 1/2004, BOE (2004).
- Bourdieu, Pierre. (1982). Les rites comme actes d'institution. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 43, 58-63.
- Bourdieu, Pierre. (2007). *El sentido práctico*. Siglo Veintiuno Editores.
- Casal-Moros, Norma y Alemany-Anchel, María José. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto. Un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 61-64.
- Castro, Roberto. (2014). Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: Los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud colectiva*, 10(3), 339-351.
- Cohen Shabot, Sarah. (2019). «Amigas, sisters: We're being gaslighted»: Obstetric violence and epistemic injustice. *Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring Issues of Violence and Control* (14-29). Routledge.
- Cohen Shabot, Sarah. (2016). Making Loud Bodies «Feminine»: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 39(2), 231-247.
- Cohen Shabot, Sarah. (2021). «You are Not Qualified—Leave It to us»: Obstetric Violence as Testimonial Injustice. *Human Studies*, 44, 635-653.
- Comelles, Josep M. (2003). El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3(1), 6-21.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (2021). El CGCOM rechaza y considera muy desafortunado el concepto de «violencia obstétrica» para describir las prácticas profesionales de asistencia al embarazo, parto y posparto en nuestro país [Comunicado]. https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_cgcom_violencia_obstetrica_12_07_21.pdf (última visita en 2 de mayo de 2022).
- Davis-Floyd, Robbie E. (1994). The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression. *Social Science and Medicine*, 38(8), 1125-1140.

- Davis-Floyd, Robbie E. (2001). The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5-23.
- Davis-Floyd, Robbie E., & Sargent, Carolyn F. (1997). *The Anthropology of Birth. Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. University of California Press.
- De Andrade de Ramos Cavalcanti, Aline. (2019). ¿Parir o revolucionar?: Un análisis del discurso feminista radical sobre el parto natural. *Asparkia*, 34, 31-47.
- De Sousa, Emilia. (2022, 4 de marzo). Delimitación jurídica del concepto «violencia gineco-obstétrica». *Entre Dos Manos. Jornadas pluridisciplinarias de obstetricia y suelo pélvico*. Madrid.
- Dois Castellón, Angelina. (2012). Actualizaciones en depresión posparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4).
- Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre. (2010a). *Por tu propio bien: 150 años de consejos expertos a mujeres*. Capitán Swing.
- Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre. (2010b). *Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healers*. The Feminist Press at CUNY.
- El Parto Es Nuestro. (s. f.). Presentación. Observatorio de la Violencia Obstétrica. <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/observatorio-de-la-violencia-obstetrica> (última visita en 9 de marzo de 2022).
- Fay, Michaela. (2007). Mobile Subjects, Mobile Methods: Doing Virtual Ethnography in a Feminist Online Network. *Forum: Qualitative Social Research*, 8(3).
- Fernández, J. Manuel. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: Una aproximación crítica. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 7-31.
- Foucault, Michel. (1978). Incorporación del hospital en la tecnología moderna. *Educación médica y salud*, 12(1), 20-35.
- Foucault, Michel. (2009). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo Veintiuno Editores.

- Friedan, Betty. (2018). *La mística de la feminidad*. Cátedra.
- Galán Jiménez, Jaime Sebastián y Figueroa Varela, María del Rocío (2017). Gaslighting. La invisible violencia psicológica. *UARICHA. Revista de Psicología*, 14(32), 53-60.
- Galtung, Johan. (1990). Cultural Violence. *Journal of Peace Research*, 27(3), 291-305.
- García Dauder, S. y Pérez Sedeño, Eulalia. (2018). *Las «mentiras» científicas sobre las mujeres*. Madrid: Catarata.
- García García, Eva Margarita. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales* [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid.
- Goberna-Tricas, Josefina y Boladeras, Margarita (eds.). (2018). *El concepto «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Tecnos.
- Harding, Sandra. (1996). *Ciencia y Feminismo*. Ediciones Morata.
- Hernández Garre, José Manuel y Echevarría Pérez, Paloma. (2014). La parte negada del parto institucionalizado: Explorando sus bases antropológicas. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 69, 327-348.
- Hernández Garre, José Manuel y Echevarría Pérez, Paloma. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del «paradigma tecnocrático». *Revista Internacional de Sociología*, 74(1).
- Imaz Martínez, Elixabete. (2001). Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo. *Política y Sociedad*, 36, 97-111.
- Ingold, Tim. (2008). Tres en uno: Cómo disolver las distinciones entre mente, cuerpo y cultura. *Tecnogénesis. La construcción técnica de las ecologías humanas*. AIBR.
- Jacobson, Neil. S. y Gottman, John M. (1998). *When Men Batter Women: New Insights into Ending Abusive Relationships*. Simon & Schuster.

- Jociles Rubio, María Isabel. (2005). El análisis del discurso: De cómo utilizar desde la antropología social la propuesta analítica de Jesús Ibáñez. *Avá. Revista de Antropología*, 7, 1-25.
- Jordan, Brigitte. (1992). *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Waveland Press.
- Jordan, Brigitte. (1997). Authoritative Knowledge and Its Construction. En R. Davis-Floyd E. y C. F. Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. University of California Press.
- Junqueira de Souza, Karina, Rattner, Daphne y Bauermann Gubert, Muriel. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de Saúde Pública*, 51-69.
- Laughlin, Charles D. Jr. (1989). Pre- and perinatal anthropology: A selective review. *Pre- and Peri-natal Psychology Journal*, 3(4), 261-296.
- Lazaré-Boix, Sarah. (2016). Análisis antropológico del cuerpo en los relatos de parto normal de mujeres y profesionales de Barcelona. *Musas*, 1, 3-15.
- Macaya-Aguirre, Gustavo. (2021). Hacia un análisis de la Atención Primaria de Salud de Chile como dispositivo de biopoder. *Civilizar. Ciencias sociales y humanas*, 21(40), 11-22.
- Martínez Gandolfi, Alejandra y Rodríguez Mir, Javier. (2021). La violencia obstétrica negada en España. *Enfermería Clínica*.
- Martínez Gandolfi, Alejandra y Rodríguez Mir, Javier. (2022). Las histerectomías coercitivas en la India: Marco de análisis y pautas para la intervención. *Methaodos. Revista de Ciencias Sociales*, 10(1).
- McClain, Carol. (1975). Ethno-Obstetrics in Ajijib. *Anthropological Quarterly*, 48(1), 38-56.
- Mead, Margarite y Newton, Miles. (1967). *Childbearing—Its social and psychological aspects*. The Williams and Wilkins Co.
- Menéndez, Eduardo. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464.

- Menéndez, Eduardo. (1992). Modelo Hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales. *La antropología médica en México*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, Eduardo. (1998). Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, 56, 17-22.
- Ministerio de Sanidad. (2021). Atención perinatal en España. Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018. (Sistema de Información y Registro de Atención Especializada (SIAE-RAE)). Gobierno de España.
- Montes Muñoz, María Jesús. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos* [Tesis doctoral]. Universitat Rovira i Virgili.
- Murialdo Miniello, Virginia. (2019). La construcción cultural del parto respetado en Madrid [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid.
- Obach, Alexandra y Sadler, Michelle. (2009). Cuerpo femenino, medicina y poder: Reflexiones en torno a las disrupciones en la atención de salud reproductiva. En *Nación Golpeadora. Manifestaciones y latencias de la violencia machista (80-90)*. Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual.
- Organización de las Naciones Unidas. (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1286.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2002/1286> (última visita en 2 de mayo de 2022).
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causa y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/enfoque-basado-en-los-derechos-humanos-del-maltrato-y-la-violencia-contra-la-mujer-en-los-servicios-de-salud-reproductiva-con-especial-hincapie-en-la-atencion-del-parto-y-la-violencia-obstetrica> (última visita en 2 de mayo de 2022).

- Organización Panamericana de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/violencia/docs/informeOMS.pdf> (última visita en 2 de mayo de 2022).
- Rodrigues Ribeiro, María Augusta. (2020). La episiotomía como práctica cultural de género: Otro caso de «mutilación genital femenina». *Investigaciones Feministas*, 11(1), 77-87.
- Ruiz Méndez, María del Rocío y Aguirre Aguilar, Genaro. (2015). Etnografía virtual, un acercamiento al método y a sus aplicaciones. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 21(41), 67-96.
- Sadler, Michelle. (2004). «Así me nacieron a mi hija». Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. En *Nacer, Educar, Sanar: Miradas desde la Antropología del Género* (15-66). Cátedra UNESCO Género.
- Sanmartín Arce, Ricardo. (2000). La entrevista en el trabajo de campo. *Revista de Antropología Social*, 9, 105-126.
- Sebring, Jennifer C. H. (2021). Towards a sociological understanding of medical gaslighting in western health care. *Sociology of Health & Illness*, 1-14.
- Sinha, Parul; Gupta, Uma; Singh, Jyotsna y Srivastava, Anand. (2017). Structural Violence on Women: An Impediment to Women Empowerment. *Indian Journal of Community Medicine*, 42, 134-137.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2021). Comunicado S.E.G.O.: «Violencia obstétrica». <https://www.fundacionvoto.org.ar/noticias-novedades/comunicado-sego-julio2021.pdf?v=0LBHnDjc11Q> (última visita en 2 de mayo de 2022).
- Stoller, Nancy. (1974). *Forced labor: Maternity care in the United States*. Pergamon Press.
- Sweet, Paige L. (2019). The Sociology of Gaslighting. *American Sociological Review*, 84(5), 851-875.
- Toscano López, Daniel Gihovani. (2008). El bio-poder en Michel Foucault. *Universitas Philosophica*, 25(51), 39-57.
- Valls-Llobet, Carme. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Cátedra.

10. Tabla de gráficos e ilustraciones

Tabla 1. Mapa del marco teórico.....	9
Tabla 2. Vínculos de la Antropología de la reproducción con otras subdisciplinas	12
Tabla 3. Síntesis de los principios de la disciplina en el sistema médico recogidos en Foucault, 1978.....	19
Tabla 4. Caracterización del modelo tecnocrático de atención sanitaria adaptado de Davis-Floyd, 2001.	24
Tabla 5. Relación entre las ideas posthumanistas, productivistas y tecnocráticas que configuran la medicalización del nacimiento	25
Tabla 6. Elaboración propia del modelo triádico de la violencia de Galtung	31
Ilustración 1. Viñeta de @ModernaDePueblo, disponible en https://www.instagram.com/p/CZZPn_utkm8/	63