

Dificultades y subordinaciones en el parto. Una experiencia artística con madres en el sur de Chile

Difficulties and subordinations in childbirth. An artistic experience with mothers in southern Chile

*Rosario García-Huidobro Munita**
*Ninoska Schenffeldt Ulloa***

Resumen

El presente artículo surge del proyecto de creación FONDART, titulado “Retrarelatos de un parto olvidado”, el cual se desarrolló como experiencia de investigación y creación artística para el reconocimiento de la maternidad femenina, que exploró y visibilizó cómo 48 mujeres viven sus experiencias del parto. A partir del análisis de los relatos se observa que los partos son vividos como situaciones multisituacionales. Destacan las dificultades, subordinación y heteronomía del parto, como también los miedos heredados al proceso fisiológico y al entorno del proceso. Todos estos factores hacen que las madres se subordinen al sistema de forma consentida o disentida, donde aceptan la realidad dada o la cuestionan, luego de un proceso reflexivo sobre su experiencia del parto. Se propone una mirada del parto humanizado que releve el cuidado y el agenciamiento de las madres, para que sean activas y hagan de éste un acto político que releve su lugar en la historia y la cultura patriarcal.

Palabras claves: parto, subordinación, heteronomía, violencia, empoderamiento.

* Dra. en Artes y Educación. Directora de la Dirección de Igualdad de Género, académica, artista e investigadora de la carrera de Pedagogía en Artes, Universidad de Los Lagos. rosario.garcia-huidobro@ulagos.cl

** Socióloga Mg. © en Estudios de Género y Cultura mención en Ciencias Sociales. Profesional de apoyo en Docencia e Investigación de la Dirección de Igualdad de Género, Universidad de Los Lagos. ninoska.schenffeldt@ulagos.cl

Abstract

This article emerges from the FONDART creation project, entitled "Retrarelatos de un parto olvidado", which developed as an experience of research and artistic creation for the recognition of female motherhood, which explored and made visible how 48 women live their experiences of childbirth. From the analysis of the stories, it is observed that births are experienced as multisituational situations. The difficulties, subordination and heteronomy of childbirth stand out, as well as the fears inherited from the physiological process and the environment of the process. All these factors make mothers subordinate themselves to the system in a consensual or dissenting way, where they accept the given reality or question it, after a reflective process about their childbirth experience. It proposes a view of humanized childbirth that relieves the care and agency of mothers, so that they are active and make of this a political act that relieves their place in history and patriarchal culture.

Keywords: childbirth, subordination, heteronomy, violence, empowerment

Fecha de recepción: Enero 2022

Fecha de aprobación: Junio 2022

Introducción

Las prácticas artísticas feministas han sido espacios activos para la nueva decidibilidad femenina: nombrarse en primera persona. Para ello, desde los años setenta, artistas y colectivos feministas, trans y queer han utilizado las artes como formas de acción política para denunciar realidades de abuso y discriminación, visibilizar relatos marginados y enseñar nuevas representaciones sociales, desde lo biográfico y colectivo. La cuestión por nuestros cuerpos,

llevó a muchas artistas a abordar en sus procesos creativos la pregunta por los devenires y procesos de subjetivación femenina. Ante ello, las artes se transformaron en espacios de reconocimiento y empoderamiento, pues nos permitió hablar del sujeto femenino desde otros lugares de enunciación, experimentación y representación.

A partir de lo anterior, entendemos que las artes y las prácticas artísticas feministas pueden generar nuevas relaciones y formas de entendernos en tanto sujetas. Las nuevas prácticas artísticas que se encarnan desde las mediaciones, abrazan lo relacional, colectivo y la comprensión de nuestras experiencias para mostrar las diversas y complejas formas de ser en femenino (Schor, 2019), dando cuenta de su posibilidad emancipadora y transformadora (García-Huidobro y Montenegro, 2020).

El presente artículo comparte el proyecto de investigación y creación artística “Retra-relatos de un parto olvidado”, que se desarrolló durante el año 2019 en la región de Los Lagos, gracias a los Fondos de Arte y Cultura (FONDART) regionales, que cada año entrega el Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio en Chile.

El principal objetivo de esta investigación y creación artística fue visibilizar las experiencias del parto que han vivido un grupo de 48 madres de la región de Los Lagos, desde herramientas artísticas y narrativas para mostrar sus realidades subjetivas. El proyecto se pensó como un espacio de reconocimiento y de mediación entre mujeres para compartir y visibilizar las experiencias del parto, puesto que son vivencias tabúes que no son cuestionadas ni relevadas en la sociedad patriarcal (Vivas, 2019). Mediante un proceso creativo se indagó sobre sus experiencias del parto, para hacer que lo experimentado en lo íntimo y privado del parto se transformase en una relación política entre mujeres.

Para ello se adoptó la práctica artística de mediación como una forma de investigación, pues, se reconoce en estas metodologías un campo que expande y no objetiviza las

experiencias. La mediación artística es una práctica de las artes que cruza la educación social, la educación artística y el arte-terapia, donde “la actividad artística actúa como un mediador, construyendo una herramienta profesional de intervención con grupos y comunidades (...) para promover procesos de transformación, inclusión y para el desarrollo comunitario” (Moreno, 2016, p. 17).

La mediación emerge de las sinergias sociales, como una respuesta crítica a la producción artística desde un *giro educativo* (Rogoff, 2011; Mörsch, 2015), que busca visibilizar las luchas de grupos y colectivos por reivindicar y confrontar saberes y producciones hegemónicas. En este sentido, desarrollar actividades de mediación artística se transforma en un acto político dentro de la investigación social, ya que, contribuye hacia la comprensión de realidades más allá del proceso de análisis, pues la investigación en sí misma es un compromiso social y político.

El proyecto artístico fue desarrollado como una Investigación Artística, donde la investigación y el proceso artístico son en sí mismas experiencias que permiten habitar la investigación sin silenciar la capacidad de afectarnos y removernos (Calderón y Hernández, 2019). Esta premisa investigativa fue clave a la hora de comprender el parto como una práctica social situada y corporeizada (Rich, 2019). De esta manera, el diálogo y la narración de las experiencias de las madres, puso en palabras la experiencia femenina, partiendo de sí mismas en relación con otras, como proceso de concienciación que invita a las mujeres a revisar sus experiencias en el mundo social, y que el pensamiento de la diferencia llamó práctica política de la autoconciencia (Stanley y Wise, 2002).

El presente artículo busca socializar parte del análisis de los relatos que compartieron en los cinco encuentros realizados con madres de la región de Los Lagos en Chile, a modo de reconocer y evidenciar las experiencias de dificultades, vulnerabilidades, conflictos,

subordinación y violencias en relación al parto vivido. El conjunto de estas experiencias da paso a la reestructuración y transformación de las subjetividades después de todo lo vivido como proceso. De manera específica, nos situaremos en los hallazgos vinculados a la categoría *Dificultades del parto*, donde hallamos experiencias de conflicto, miedo y vulnerabilidad de manera conjunta, lo que nos permite entender el parto como el conjunto de experiencias multisituacionales y tránsitos rizomáticos (Deleuze y Guattari, 2004) por el que atraviesan las madres en dicha vivencia.

Para hablar de la experiencia multisituacional del parto, nos centraremos en dos categorías que corresponden a una dimensión privada, que está sujeta e influenciada por una dimensión pública. Sobre la primera dimensión, hablaremos de las i) dificultades y vicisitudes y ii) la subordinación y heteronomía del parto. Estas dos categorías están sujetas a todo un aparataje de prácticas institucionalizadas (Hernández et al., 2016), pues cuando se somete al cuerpo a relaciones de poder éstas “lo cercan, lo marcan, lo doman, lo so-meten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos” (Foucault, 2002, p. 33). Por esta razón sostenemos la importancia de co-construir un espacio de sororidad que sea afectivo, colectivo y femenino, abriendo la posibilidad de “discutir los miedos, preocupaciones, ausencias o sentimientos de decepción con la experiencia de parto, y finalmente como una oportunidad para lograr la comprensión de las propias fuerzas y capacidades” (Cardús, 2015. p. 132), pues la producción de conocimiento, emerge a través de un proceso de reflexividad compartida desde las artes (Calderón y Hernández, 2019).

Metodología

Este proyecto de creación se pensó desde las metodologías de Investigación Basadas en las Artes y en el uso de materiales y acciones artísticas para indagar en problemas sociales (Barone y Eisner 2006; Hernández, 2008), donde se consideró el relato oral y escrito de las

mujeres como una forma de saber artística y político. Además, la artista-investigadora desarrolló retratos que actuaron como dispositivos y formas de producción que daban cuenta de las nuevas realidades femeninas (García-Huidobro, 2017).

A partir de estas ideas, este proyecto se desarrolló en cuatro fases. En primer lugar, se invitó a participar a 48 madres de las diversas provincias de la región de Los Lagos. Se realizó un afiche de convocatoria, que fue difundido abiertamente por diversas redes sociales y que invitaba a las madres interesadas a contar y compartir su(s) parto(s) con otras madres como una práctica política, dentro del marco del proyecto artístico FONDART. El llamado a participar no distinguía por número de partos, fecha o lugar el parto. Más bien, al ser una vivencia novedosa en la región (compartir tu(s) parto(s) con otras madres desconocidas) se privilegió el deseo por compartir con otras la experiencia vivida. Se interesaron en participar 48 madres heterosexuales, entre 22 y 55 años de edad, pertenecientes a las provincias de Osorno y Llanquihue, que tuvieron su(s) parto(s) tanto en el sistema de salud público como privado de nuestro país. Solo una participante relató un parto en su hogar.

Con el grupo conformado, se realizaron cinco encuentros (uno en Puerto Montt, dos en Puerto Varas y dos en Osorno), donde participaron entre 5 a 15 mujeres en cada uno.

Al inicio de cada encuentro se explicó el proyecto, las fases de investigación, creación y exposición artística y se entregaron los consentimientos informados, para: (1) solicitar la difusión de su retra-relato en las exposiciones comprometidas y la web de la artista², (2) resguardar la identidad de las madres en el análisis de los relatos orales del parto³ y (3)

² <https://rosariogarciahuidobro.com/>

³ Es relevante aclarar que los relatos orales compartidos en los encuentros no son los mismos que escribió cada madre para acompañar su retra-relato. Los relatos escritos que son parte del retra-relato (proyecto artístico) no son anónimos, puesto que acompañan sus retratos. Esto fue indicado a cada madre al iniciar el proyecto. Sin embargo, los relatos orales sobre el parto, compartidos en los encuentros, sí fueron anonimizados tanto para el desarrollo del video como

resguardar la identidad de los relatos orales para realizar un video sobre el proceso de creación⁴ y publicación de resultados.

Tras la introducción, se les habló sobre la relevancia de generar estos espacios de encuentro para compartir las vivencias del parto, como espacios políticos de reconocimiento personal y entre mujeres. Asimismo, como inicio se planteó la idea de la sororidad como la práctica feminista de escucharse y ayudarse entre las mujeres para dejar de vivir las opresiones de manera aislada (Lagarde, 2009). Dicha práctica tomó relevancia en el proyecto para generar un ambiente de confianza, que permitiera a cada mujer contar a otras lo vivido en el parto, sin caer en el legado patriarcal de la competencia femenina. Tras ello se las invitó a contar y compartir sus experiencias del parto(s) con el resto de las mujeres asistentes, con el objetivo de recordar y hablar sobre sus vivencias y transformar dichas experiencias en espacios políticos de reconocimiento. En los encuentros fluyó la palabra, la emoción, la escucha activa y los afectos, donde lo personal e íntimo del parto, que bien podría pertenecer al mundo privado, se verbalizó, nombró y se abrió a lo público a través de sus relatos orales. Los encuentros se transformaron en espacios sororos y políticos de reconocimiento, donde las madres pudieron relatar sus experiencias de tensión y transformación a través del parto, generando lo que María-Milagros Rivera (2001) ha llamado la política de lo simbólico. Fueron instancias que permitieron reflexionar y cuestionar de manera conjunta la maternidad como institución, para reflexionar en torno a ella y, de esta manera, abrir la experiencia del parto a través de lo colectivo. Así se dio vida al legado de Adrienne Rich (2019) sobre la maternidad como experiencia, pues, a través de este proyecto narrativo, dialógico y artístico, se buscó que las madres se conectaran con su(s) historia(s) del parto para repensarla y significarla con otras madres como una práctica

para la difusión de resultados escritos, ya que las historias de los partos compartidas con otras mujeres generaron procesos afectivos, psicológicos y políticos que se debían resguardar éticamente.

⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=GjvCADsS8ZU>

sorora, y hacer lo que Via Dogana ha llamado: política de las mujeres (Cigarini, 2006). Esto es la práctica de poner en palabras la experiencia femenina para darle lugar visible en el mundo.

Cuando las mujeres terminaron de compartir sus experiencias entre ellas, se las invitó a dejar por escrito lo vivido, puesto que dicho relato sería parte de la creación artística del proyecto. Los relatos fueron considerados como pieza artística, pues, además de anidar sus vivencias, visualmente serían integrados en retratos para luego ser expuestos.

Al terminar los escritos, la artista-investigadora tomó fotografías de cada participante para realizar un retrato de cada una (Figura 1), con grafito y acuarela.

La segunda fase fue de análisis y producción artística. Se realizó un análisis de los relatos orales compartidos entre mujeres, de acuerdo a la Teoría Fundamentada, orientando el diseño estructural de la investigación en la recogida de información, codificación, creación de categorías y operacionalización de variables (Charmaz, 2006, 2012). De esta manera, los relatos orales fueron analizados mediante el software ATLAS.ti, utilizando la codificación axial y teórica, lo que nos permitió realizar categorías y subcategorías relacionadas y “obtener una categoría central que exprese el fenómeno de investigación e integre las categorías y subcategorías de la codificación abierta y axial” (San Martín, 2014, p. 112). La codificación fue basada en sus experiencias de conflicto y tensión durante el parto, así como del empoderamiento y agenciamiento. Para ello se puso foco inicial en observar y comprender sus vivencias a través de tres preguntas: ¿Cuáles habían sido sus dificultades y conflictos en el parto?, ¿Cómo se observaba el empoderamiento y la autoría en sus vivencias del parto? y ¿Cómo el parto transformaba y/o afectaba sus vidas?

Figura 1.

Retratos y relatos trabajados en los encuentros con las mujeres de la región de Los Lagos



Fuente: Elaboración propia, 2019.

De manera paralela al análisis, la artista desarrolló un video sobre el proceso del proyecto y desarrolló las producciones artísticas, donde realizó 48 retratos con grafito y acuarela. Luego intervino cada retrato añadiendo un corte circular e integró los relatos escritos realizados por las madres. El corte circular hacía de ventana y permitía que los y las espectadoras pudieran abrir el corte para leer los relatos del parto de las mujeres. A este producto artístico que conjugaba el retrato realizado por la artista y el relato escrito hecho por la madre, la artista-investigadora lo llamó Retrarelato.

Como tercera fase, el proyecto creativo fue expuesto en tres espacios artísticos de la región de Los Lagos, entre octubre y diciembre de 2019 y se invitó a todas las madres participantes a sus inauguraciones. El proyecto se expuso en el Centro Cultural de Arte Diego Rivera de Puerto Montt, la Galería Bosque Nativo de Puerto Varas y el Centro Cultural de Osorno.

Finalmente, la última fase del proyecto constó en un encuentro final al que se convocó a las madres participantes para compartir los resultados de los análisis de los relatos orales, se vio con ellas el video del proceso creativo del proyecto y se les entregó los retra-relatos a cada una, sin costes. La relevancia de esta última fase responde a los aspectos éticos de un proyecto feminista, que busca eliminar los supuestos de sujeto-objeto de investigación, donde compartir los resultados y productos artísticos responden a la idea de investigar como forma de relación (Contreras y Lara, 2010) y de practicar las artes cuestionando la normativa del genio artista masculino (Nochlin, 1971).

En el siguiente apartado se profundiza sobre este entendimiento del parto como experiencia múltiple, social y política. Luego se profundiza en las categorías de dificultades y subordinación y heteronomía como dos espacios de resistencia de las mujeres durante el parto.

Marco teórico. El parto como experiencia multisituacional

Adrienne Rich (2019) menciona que las estructuras patriarcales enseñaron a las mujeres a vivir su(s) experiencia(s) del parto como una práctica social alienada, pues “casi nunca se ha considerado la forma de conocer nuestro cuerpo y congraciarnos con él, ni de descubrir nuestros recursos físicos y psíquicos (p. 220). El patriarcado, como forma de poder y sistema de dominación, tiene la capacidad de signar los espacios de lo femenino. Dichos espacios no van dirigidos a ella, sino a través de ella y a pesar de ella (Molina, 1994). Desde esta perspectiva ¿cómo es que la mujer constituye su verdad y su autorrepresentación?, más aún cuando el cuerpo femenino está constreñido al control sexual y reproductivo, a la violencia sistémica y a la injusticia epistémica y participativa (Cañero, 2022). En este sentido, la autora se plantea el siguiente cuestionamiento: “¿Quién determina la causa, naturaleza o duración de nuestro sufrimiento? Para las diversas culturas, las respuestas son diferentes. Pero en todas las culturas, las mujeres viven, conciben hijos y sufren” (Rich, 2019, p. 221).

Para indagar en torno al fenómeno del parto, inscrito en el devenir del cuerpo (Braidotti, 1999), tenemos que entender la experimentación, significación y subjetivación de las experiencias. Es por ello que entendemos al parto como una experiencia singular cargado de vivencias que transitan en sensaciones diversas; un tejido rizomático de experiencias traumatizantes, sufribles, angustiosas, gozosas, placenteras y/o felices, pues dicha experiencia está sujeta a un contexto (con o sin institución) que violentará o respetará la integridad y dignidad de madre. De esta manera, a lo largo de este artículo hablaremos del parto como un hecho biológico que no es individual, sino social (Cardús, 2015), que es fluido, rezumantemente experiencial y multisituacional, que configurarán una experiencia de vida única.

Antes de llegar al parto, la mujer-madre ya posee prenociencias de esta experiencia como una carga de conocimiento heredada y compartida por otras mujeres (Hernández y Echeverría, 2016). A saber, el miedo al dolor del parto y los riesgos del parto son transmitidos generacionalmente como uno de tantos factores que más causa ansiedades y temores, configurando los elementos que preparan a la mujer-madre para la vulnerabilidad (Canevari, 2011; Goberna, 2012).

El parto es en sí una experiencia vivencial intensa y disruptiva del cuerpo sexuado en femenino, pues conlleva una vulnerabilidad intrínseca y una ruptura (Punto, 2019). Sin embargo, no significa que deba de ser un hecho sufrible o traumatizante. Esto último tiene una estrecha relación con lo que se entiende como dolor y sufrimiento, donde se sabe que el dolor es una experiencia somática, una alteración del sistema nervioso. En cuanto al parto, el dolor se patologiza y como consecuencia se deja de lado la experiencia subjetiva (Hernández et al., 2016).

Otras posturas señalan que el dolor tiene componentes afectivos (Melzack y Casey, 1968), culturales y colectivos (Le Bretón, 1999) que significan el dolor como una experiencia

moral donde interactúa el cerebro, el cuerpo y el mundo. En el caso del parto, que en su mayoría ocurre en un entorno altamente medicalizado, los factores del incremento del dolor son la incertidumbre, la falta de contención, comprensión y acompañamiento, lo que hace la diferencia entre un parto doloroso (experiencia somática) y un parto sufrido (experiencia afectiva, cultural y colectiva). Luis Villanueva-Egan (2010) define este tipo de prácticas violentas como una

violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres que va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, (...) hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos (p. 148).

Esto se condice con la institucionalización de la obstetricia y los partos hospitalarios como ciencia hegemónica (Martín, 2001), pues los sistemas tecnocráticos solo atienden el binomio embarazo/parto, reduciendo al máximo la capacidad de acción y el saber de las mujeres (Vallana, 2020). El espacio medicalizado reproduce la estandarización de la categoría mujer, signada cultural, opresiva y preexistentemente, repitiendo discursos que no han surgido de un conocimiento situado (Haraway, 1995).

El fenómeno está repleto de hechos que se viven en la privacidad de una institución sanitaria que cuida rigurosamente los procesos y protocolos donde se ejerce el control de los cuerpos patologizados (Foucault, 1990). El cuerpo en estado de parto tiene un proceso personal y único, que es influenciado por su entorno en la obtención de autonomía, necesaria

para que las mujeres puedan apropiarse de su experiencia de parto, tomando un rol activo (Goberna, 2012).

Consideramos que, al declarar socialmente las vulnerabilidades del parto, lo confrontan a su aspecto público, promoviendo la posibilidad de agenciamiento de las mujeres como acto político. La naturalización, olvido y silencio de las experiencias sufridas del parto, materializan y reproducen las malas prácticas que suceden en el espacio medicalizado. Al reflexionar estas experiencias desde las subjetividades femeninas, se puede llegar a dar cuenta de las subordinaciones y las violencias de las que son víctimas. Ante esto, Laura Gutman (2004) menciona que,

Cada vez que una mujer tiene la valentía de relatar el maltrato durante el parto, adquiriendo conciencia de lo vivido, se produce una avalancha en sus recuerdos. Allí con asombro, cada una constata, todo lo que no se atrevió a decir, lo que no pudo pedir, lo que no exigió, lo que no supo (p. 42).

En este sentido, diversas organizaciones han levantado diversos marcos normativos que regulan el parto y el parto fisiológico, a saber, la OPS (2019) define la experiencia positiva de parto como un deseo que supere expectativas y creencias socioculturales previas, donde radica la importancia de la sensación de control y logro personal a través de la participación y la toma de decisiones. Por esto urge reivindicar el saber de las mujeres y de sus cuerpos no-pasivos para desnaturalizar este despoje, poniendo en jaque la violencia cultural y estructural y a un sistema que no responde a sus necesidades, al acceso a la información ni la toma de decisiones (García, 2017). El hecho de hablar de la materialización de los cuerpos parturientos en acción, da paso a la autorrepresentación y a la significación de sus subjetividades producidas materialmente (Fernández, 2011) posibilitando la experimentación e incorporación de nuevos significados.

En otro lugar, Nelly Stromquist (2002) menciona que, al hacer una reflexión y comprensión de las condiciones de subordinación, y al poder tomar decisiones en base a esa reflexión, se van reestructurando discursivamente las estructuras de dominación, lo que posibilita la capacidad de agenciamiento. En relación a esto, generar una instancia intersubjetiva que saque del olvido la experiencia de parto es importante, ya que

podríamos establecer una burda analogía entre las narraciones de los partos de las madres y los relatos o “batallitas” contadas por los hombres que han vivido la guerra (...) para las mujeres es importante compartir los relatos de sus partos, ya que este es uno de los pocos ámbitos de poder y de reconocimiento femenino (Cardús, 2015, p. 130).

Un espacio politizado que promueva subjetividades en torno a los derechos, autonomía, cuidados y empatía femenina, son el inicio de un cambio entre las creencias y las prácticas, pues, la socialización activa de los partos dará lugar a una cosmovisión distinta de ellos, reduciendo los miedos que anteceden a este evento, rompiendo con la solidez de un acto engullido por prácticas patriarcales, potenciando estructuras renovadas (Gutman, 2004).

Resultados

En la siguiente tabla (Tabla 1) ordenamos el análisis de los relatos orales en categorías, indicadores y hallazgos, siendo los indicadores las diversas formas en que se manifiestan las categorías de Dificultades, Subordinación y Heteronomía, y los hallazgos, como aquello que nos permitió entender de dónde provenía o hacia dónde llevaba dicha experiencia. Dada la cantidad y complejidad de elementos observados en el análisis, en este artículo nos centraremos en explicar solo algunos aspectos de las categorías de dificultades, subordinaciones y heteronomía.

Tabla 1.

Categorías, indicadores y hallazgos sobre relatos del parto de madres región de Los Lagos, Chile.

Dimensión	Categorías	Indicadores		Hallazgos
Privada	Dificultades y vicisitudes	Vulnerabilidad, miedos e inseguridades	Tipificaciones heredadas de otras experiencias de parto	Imaginario del peor parto (riesgos/incertidumbre)
				Imaginario del peor dolor de parto
		Conflictos internos		Culpa/Cuestionamiento
			Estrés y ansiedad	
			Pérdida de confianza	
	Subordinación y Heteronomía		Consentida	
		Disentida		

Fuente: Elaboración propia, 2019.

A continuación, se reflexionará sobre los principales hallazgos que se vinculan con las dificultades del parto, la subordinación y la heteronomía como espacio para la toma de decisiones; los miedos heredados, los miedos al proceso fisiológico (doloroso), los miedos al entorno y a las personas que rodearán el proceso, son elementos que contribuyen a la angustia previa, por lo que, a modo de preparación de sus mismas ansiedades van adoptando y naturalizando un rol pasivo, del cual hablaremos en los siguientes apartados.

Relatos del parto. Vulnerabilidad, miedo y dolor

A partir de los relatos de las mujeres-madres participantes, pudimos observar que las dificultades por las que atraviesan las madres en el parto van acompañadas de miedos y prenaciones que la madre lleva consigo a la hora de parir. Es aquí donde la vulnerabilidad se

hace presente y latente en todo el proceso. Tal como expresa una de las participantes, quien señala:

Como que uno se va preparando para la vulnerabilidad (participante 9).

Las mujeres saben, desde mucho antes de convertirse en madres, que transitarán por un proceso intenso provocado por la sensación de inseguridad y peligro (García, 2010). Es a partir de la socialización del parto que,

Los conflictos de naturaleza afectiva, emocional y metabólica, exponiendo la fragilidad de las mujeres frente a su percepción personal y favoreciendo la representación femenina del parto, tomando como base los miedos y mitos como, por ejemplo, la creencia de que la cesárea consciente y con cita previa proporcionará un “parto sin dolor” (Rocha, 2011, p. 205).

La autora señala, que las mujeres viven (y preparan para) el parto con vulnerabilidad producto de las creencias aprendidas y la socialización del parto. Si bien el proceso perinatal es de entera propiedad de la mujer, es propio hasta que llega el momento del parto y el parto, donde se convierte en protagonista-colaboradora, por lo que la vulnerabilidad y el hecho de estar susceptible a algo o alguien se hace presente de una manera más explícita, de esta manera la experiencia oscila entre lo gozoso o lo sufrible. Algunas de las madres fueron manifestando diversas formas de vivir y expresar esta vulnerabilidad:

Yo iba preparada psicológicamente para pelear, enfermeras, médicos, quien sea que me trate mal, porque había escuchado muchas historias (...) en el hospital era muy normal que te trataran mal (participante 12).

Mi primera sensación era miedo a no querer que pasara todo esto, no querer que pase todavía (...) me daba susto el cambio (participante 3).

El médico me dijo que podía ser parto normal y yo dije ¡no quiero parto normal! ninguna posibilidad, no quiero sufrir ninguna contracción, no quiero nada (participante 8).

Como se observa en los relatos, la vulnerabilidad trae consigo miedos, inseguridades y resistencias, que como dijimos anteriormente, se anidan en tipificaciones heredadas de experiencias de partos anteriores que se van socializando hasta construir imaginarios sociales que, lamentablemente, siempre son del peor parto (Sadler y Rivera, 2015). El dolor de parto también es un elemento que se anida en esos imaginarios, como señala la participante 8, quien siente pavor ante el dolor porque “aprendemos a reconocer determinadas sensaciones, como el dolor, y a darles un significado a partir de los valores y sentidos del sistema cultural en que nos insertamos” (Le Bretón, 1999 en Núñez, 2014, p. 44). Una mala experiencia del parto se socializa en base al sufrimiento y no al dolor, muchas veces el dolor (somático) ocupa una parte secundaria del relato, pues, lo que agudiza este sufrimiento son las rutinas hospitalarias de las cuales son objeto, ya que “el discernimiento del dolor en el parto pasa por su análisis desde la matriz cultural en la que se inserta, en este caso en el habitus⁵ de un paradigma asistencial hospitalario, intervencionista, medicalizado y biotecnológico” (Hernández et al., 2016, p. 495).

El miedo al dolor del parto del que nos habla la participante 8 es fisiológico y cultural, pues, la vulnerabilidad se conforma culturalmente, dado que saben de la existencia de una institución que utilizará ese dolor fisiológico para someterlas. La experiencia “sufrible” no es solo dolor, es todo un contexto de vivencias que hacen de una experiencia naturalmente dolorosa una experiencia sufrible; traumatizante y frustrante, además de dolorosa. Y en cuanto al dolor, este se transforma sistemáticamente en “la etiqueta aplicada indiscriminadamente a todas las

⁵ Concepto que propone Pierre Bourdieu en su obra “La distinción: criterio y bases sociales del gusto” producto de una investigación empírica llevada a cabo entre 1963 y 1968, y que surgió para definir un conjunto de prácticas y creencias, estructuradas en una posición social, donde las personas que comparten este esquema se asocian y comparten estilos de vida parecidos.

sensaciones que se producen durante el parto; una etiqueta que se apodera de la complejidad de la experiencia física de la mujer en tanto que individuo, y la niega” (Rich, 2019, p. 222).

En el caso de la participante 12, en la necesidad de huir y negar este proceso fisiológico decide recurrir a la medicalización y a las cesáreas programadas, para evitar cualquier tipo de dolor asociado al parto, pues, a mayor nivel de miedo, mayor es la validación para usar medicamentos y tecnología (Sadler y Rivera, 2015). Sin embargo, la ausencia de dolor puede significar una desconexión con sensaciones dolorosas, pero también de nosotras mismas al experimentar retardo, sensaciones adormecidas, la pérdida de memoria y/o pasividad absoluta (Rich, 2019).

En la experiencia del parto nada puede ser predecible y pueden ocurrir múltiples situaciones. Muchas mujeres tienen en mente el parto ideal, pero los acontecimientos llevan a desviarse de ese propósito y esto puede llegar a ser muy frustrante para ellas. La vulnerabilidad, en este sentido, no es un aspecto propio del parto en sí, es un aspecto social y cultural que aprenden las madres del entorno donde se lleva a cabo el proceso de parto. Las mujeres, mucho antes de ser madres, socializan la vulnerabilidad del parto. Se crea un mito del peor parto (Perón y Da Silva, 2011), por el cual la madre se prepara para sufrir, así se crea la realidad del parto sufrido, además de doloroso. El mito del peor parto cobra realidad en la reproducción y naturalización de prácticas (aberrantes, dolorosas, déspotas y deshumanizadas), que terminan siendo socializadas por las madres a otras futuras madres. Esto provoca una rueda de conocimientos y experiencias vulnerables en torno al parto. Estas ideas se condicen con lo planteado por Adrienne Rich (2019), quien identifica en el trance de dar a luz una dinámica entre miedo, tensión y dolor, casi como una sensación de estar posesa, mencionando que nunca se les pidió a las mujeres que identificaran la sensación, pues los cirujanos, parteras y hasta sacerdotes las definieron como dolor e incluso como castigo, por lo

que, en vez de considerar dicho proceso como un trance físico-emocional, simplemente se reduce al término dolor.

Las madres *saben* que el parto natural es particularmente doloroso y que el momento del parto puede llegar a ser tedioso, extenso y alienante, siendo esto último una de las tipificaciones que más se transmiten. En el proceso del parto puede no existir control alguno de los movimientos del cuerpo, ya que éste se manifiesta de manera autónoma sin poder prever el trance al parto (Goberna, 2012). Ocurre, entonces, una disociación completa del *cuerpo en proceso de parto* y el *cuerpo materno*, lo que genera mucho estrés y ansiedades a la madre que busca aferrarse a asociaciones para conseguir algo de seguridad y certeza y tomar el control del cuerpo en estado de parto.

Josefina Goberna (2012) menciona que en esta búsqueda de control sobre sí misma, pocas veces puede llegar a completar un proceso de disociación/asociación, por lo que se aliena, perdiendo el control del cuerpo en estado de parto y de sí misma. Este momento del parto es crucial, ya que el modelo medicalizado y el hábitus institucional de atención sanitaria se hace presente. Es aquí donde algunas madres eliminan la posibilidad del parto vaginal para reducir lo más posible los tiempos de inseguridad, disociación y posible abuso institucional, donde la epidural y la raquídea aparecen como elementos centrales a la hora de reducir el estrés y la ansiedad. El alivio del dolor permite retomar el control del cuerpo y la mente, lo que ayuda a encontrar algo de confianza en el proceso y permite bajar los niveles de ansiedad. El encuentro de este proceso con la violencia institucional, da lugar a que las tipificaciones en torno al dolor y al sufrimiento cobren más presencia. La socialización y herencia del “peor parto” y la “peor experiencia del dolor”, se trasfiere a través de las generaciones pasadas y coetáneas, lo que hace del parto una experiencia social y no individual. La transmisión de las malas experiencias se anidan en un sistema sanitario que posee un

aparataje de creencias y prácticas que favorecen la socialización de partos sufridos y es el habitus institucional del sistema sanitario el que propicia creencias y vivencias de partos sufridos.

El hecho de sufrir es porque existe todo un aparataje institucional que vulnera la dignidad de las mujeres a la hora de parir (Hernández y Echeverría, 2016), tomando en cuenta que por dentro y de forma interna, las mujeres ya viven su propio conflicto con culpas y/o cuestionamientos y estrés psicosocial.

Yo recomiendo la cesárea, porque no tuve dolor y eso que yo era partícipe del parto natural, pero cuando escucho los relatos de mujeres (...) una violencia terrible (participante 10).

La participante 10 nos enseña varios elementos en su relato. En primer lugar, se muestra cómo las nociones preconcebidas del parto la llevan a decidir por la cesárea para evitar el dolor. La socialización del abuso institucional por entrega de su cuerpo a un modelo medicalizado, hace que rechace la posibilidad de un parto vaginal para evitar el sufrimiento. Sobre ello, se normaliza el acto de parir con miedo (García, 2010). Podemos entender que el dolor es aceptado culturalmente porque es parte de la socialización del parto producto de prácticas violentas que proporcionan sufrimiento. Vemos que, a mayor nivel del miedo a experimentar dolor y sufrimiento, mayor es la confianza y sumisión de las mujeres en los sistemas medicalizados.

Cuando el médico me preguntó si optaba por cesárea, yo opté por cesárea, a sabiendas que era perjudicial para él. Me arrepiento de esto, no quería sentir dolor, no quería asociar el dolor a eso (...) ¡mira las cosas que estaba pensando! ¡Quería que fuera mágico, estaba trayendo vida! (Participante 22).

Esta participante, afectada por su vivencia, nos habla de esa pérdida de confianza en sí misma y cómo es desviada al sistema medicalizado de partos. Esta pérdida de confianza genera en las mujeres una sensación de culpa, aparte de las sensaciones de ansiedad e inseguridad – de tipificaciones heredadas – que cargaba al momento del parto. Cecilia Cenevari (2011), menciona que “el miedo al parto está generalizado y vinculado posiblemente al mandato bíblico y mítico de parirás con dolor, que tiene su efecto sobre las conciencias femeninas” (p. 52). Esto se condice con lo planteado por Adrienne Rich (2019), cuando menciona que el dolor del parto fue definido por otros/as como castigo. Este mandato simbólicamente violento somete a la mujer a una práctica donde el cuerpo femenino es ávido de sufrimiento y maltrato, solo porque la maternidad se naturalizó irreflexivamente como fuente de sumisión y sacrificio (Folgeman, 2006).

Las implicancias psicosociales de un parto sufrido pueden llevar a las madres a episodios profundos de depresión y estrés, sumado que, al llegar su propio momento, de cara al sistema de salud medicalizado, se pueden encontrar con aparatajes institucionales que no respeten ni acompañen sus dolores, quejas, requerimientos, conocimientos ni necesidades. Esto hace que el camino hacia el parto se llene de incertidumbre, estrés, culpa y pérdida de confianza. Es por esta razón que las mujeres se vuelven colaboradoras de sus partos y no protagonistas (Da Rocha et al., 2011).

Como consecuencia de este enfoque, donde se fragmenta la maternidad, se desatiende la sanidad mental de las madres que viven en su proceso un estado de vulnerabilidad permanente e institucionalizada, sometiéndose a lo que digan los indicadores tecnológicos y a un sistema de medicalización que solo atenderá una parte del proceso holístico físico-emocional del parto. Esto último tiene relación con la patologización del cuerpo de las parturientas, donde la atención está puesta en el proceso sintomático y no en la experiencia

subjetiva (Hernández et al., 2016), estandarizando y controlando los procesos para reducir al máximo la morbilidad de la madre y del/la recién nacido/a (Arnao et al., 2018). Sin embargo, en este esfuerzo se desatienden los elementos particulares de la experiencia como son los afectivos, la incertidumbre, miedo, dudas y todo tipo de atención particular que las mujeres requieran, por lo que la institución sanitaria está en el umbral permanente de cometer y no cometer algún tipo de mala praxis producto de la desfragmentación del proceso de parto.

Subordinación y Heteronomía

Cuando referimos al parto como experiencia situada en un entorno, hablamos de la subordinación y heteronomía como el *pasaje* de una madre a un espacio físico sociocultural que regulará su comportamiento – cuerpo y mente – sin que nadie lo cuestione, al contrario, estará totalmente naturalizado e institucionalizado. Durante el parto, el cuerpo de las mujeres es despojado de todo su conocimiento y subordinado a una lógica biométrica y androcéntricamente medida para el correcto fluir del proceso (Arnao et al., 2018), donde el sistema altamente tecnocrático atiende solo el binomio embarazo/parto (Vallana, 2020). De esta manera, las mujeres no son consideradas sujetos políticos, restándoles la capacidad de decisión y autonomía.

Las mujeres ingresan al sistema sanitario sujetas a voluntades externas, donde un sistema sanitario de partos las despoja de su cuerpo, normando y homogenizando los procesos dissociativos y de alienación. Como mencionamos anteriormente, esta subordinación y entrega está naturalizada en las conciencias femeninas (Canevari, 2011; Rich, 2019). Sin embargo, en los relatos se puede observar una polarización entre consentir o disentir la subordinación y se observa un consentimiento inmediato a voluntades externas, mientras que el disentimiento puede ser inmediato o producto de una reflexión post objetivación de la experiencia de parto. Cuando las mujeres se convierten en pacientes/cuerpos en estado de parto, también se

convierten en espectadoras, y su poder de agenciamiento – como capacidad de acción que se activa situaciones de subordinación específica (Mahamood, 2001) – se puede ver mermado.

Al lado mío, había una chica que gritaba mucho y muy fuerte, entonces la enfermera iba y la hacía callar, diciéndole que nadie quería escuchar sus gritos (Participante 32).

La participante es observadora de los nichos de violencia que ocurren en su entorno de parto. Este hecho regula el comportamiento de ella y las demás, naturalizando los mecanismos de violencia y control, como también las relaciones desiguales entre personal clínico y paciente (Canevari, 2011). Esta subordinación obedece más de cerca al concepto ideológico que propuso Foucault (1990) sobre *la biopolítica*, como el proceso de instrumentalización de los cuerpos para un mayor control burocrático de los/as sujetos/as. En otras palabras; control y vigilancia de los procesos corporales de las madres y de la subordinación de las mujeres en un sistema/institución. En este sentido, casi como ritual, las decisiones se rigen desde una concepción y conocimiento clínico, centrándose en un aspecto biológico donde profesionales de la salud tienen un actuar técnico y eugenésico, dejando de lado los aspectos emocionales y particulares de la experiencia. Lo cierto es que la medicalización del parto y la conversión de parturienta a paciente derogó la maternidad hacia la vigilancia exhaustiva de una institución que pasó a ser dueña de los conocimientos y el capital tecnológico para traer vida al mundo (Bardillo, 2018).

En un medio hospitalario de partos, donde existen roles de interacciones asimétricas sujetas a la subordinación (consentida o disentida) del conocimiento tecnócrata, se pudo observar una relación consentida con la subordinación, otorgando a un/a otro/a las licencias de su cuerpo por falta de conocimientos técnicos en el área o por miedos/precaución en el parto. A saber:

No tomé decisiones, no me planteé tomar decisiones, la verdad es que me entregué bastante. Uno confía mucho, sobre todo con el primero, uno dice es médico, ah es Dios, entonces, uno se entrega (participante 17).

En este relato, vemos cómo la subordinación al sistema medicalizado se materializa al mencionar al personal clínico como un *Díos*, otorgándole la autoridad y tutela máxima de su cuerpo y parto.

Yo no dimensionaba lo que venía, yo estaba allí no más, que haga lo que quiera [refiere a la matrona], yo quería que naciera la guagua⁶ (Participante 1).

Estos relatos están ligados a la desinformación de las mujeres con sus partos, que a su vez es una relación con sus cuerpos que ha sido históricamente negada y que al llegar a la atención hospitalaria las vulnera y las condiciona a un lugar secundario de dicha experiencia. Así, junto con sus valoraciones y percepciones personales del entorno que las rodean, consienten una relación de subordinación en el parto (Canevari, 2011). Esta subordinación se genera por las relaciones desiguales al interior del sistema hospitalario, donde el personal sanitario se sitúa en un nivel superior de la escala jerárquica de relaciones sociales médico/a-paciente, por su conocimiento técnico. La parturienta, más que estar embarazada y próxima a parir, está en una condición de enfermedad que requiere atención, vigilancia y control (Hernández y Echeverría, 2016).

Como mencionamos anteriormente, la subordinación en los relatos se manifestó de dos maneras: consentida y disentidamente. Esta última forma de subordinación se explica por el cuestionamiento y post-reflexión subjetiva de sus vivencias de parto, donde aceptan estas relaciones de poder y reconocen haber experimentado hitos de violencia:

⁶ Palabra de origen Quechua. En Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador y Perú, significa niño/a de pecho.

No me dijeron si quería una posición de esta manera, Me dijeron: “te sientas, acuéstate, semi acostada, abre tus piernas”, listo ya, vamos (Participante 40).

Me sentí objeto, porque me llevaban de aquí para allá. Pesaba como 80 kg, se me veía el trasero, se me veía todo, entonces me sentía casi indigna (Participante 37).

Es la sensación, todo el rato, de que toman decisiones por mí, muy incómodo (Participante 5).

Estos relatos nos hablan del disentimiento, pues, a partir de una reflexión posterior a lo vivido, develan la subordinación a las que fueron sometidas durante el parto. En este sentido, frases como: “no me dijeron si quería una posición”, “casi indigna” y “muy incómodo”, son reflexiones que marcan el inicio del cuestionamiento al sistema hospitalario de partos, dando paso a nuevas reflexiones que vienen desde las necesidades de las propias mujeres de redefinir las praxis clínicas del concepto de trabajo de parto, parto y puerperio (Biurrun y Goberna, 2013) y de humanizar el proceso, no solamente reduciendo la morbilidad de recién nacidos/as, sino que integrando variables de cuidado (Bravo et al., 2008), que a la vista no están siendo promovidas, y son las que más repercuten en la significación de la experiencia.

La limpiaron, y después me la pusieron, y esa sensación, porque yo estaba en terapia de apego, previo al momento de embarazo, ¡fue tan penca!, porque van, me la pasan y como que me la entierran aquí, no pude, tener ese espacio de tiempo, de yo haberla tocado y yo haberla acogido, de yo recibirla, fue tan penca, no me pude sentir empoderada, a pesar de la personalidad que tengo y de la preparación que tuve, no, fui muy tonta en no haber dicho ¡esperen me toca a mí! y me la quitan (Participante 38).

Debí empoderarme, yo debí decir yo estoy bien, puedo caminar, entonces uno queda, así como yo no soy médico, yo estudié letras (Participante 21).

La capacidad de agenciamiento y de empoderamiento de las mujeres en sus partos, es trascendental para comprender las interacciones significativas que promuevan la transformación, donde el parto hospitalario se reifica en un proceso donde se expropian los saberes femeninos, reduciendo el conocimiento de los cuerpos en estado de parto, meramente en el dolor (Rich, 2019).

En los últimos relatos, las mujeres disienten las malas praxis al interior del sistema hospitalario, si bien se habla de la capacidad de agenciamiento con sus partos, este proceso debe ir acompañado de un cambio estructural del sistema sanitario. Redefinir un espacio de subordinación y convertirlo en un espacio heterónomo podría generar las condiciones propicias para que las mujeres puedan retomar la propiedad de sus cuerpos; impulsando nuevas praxis clínicas en torno al cuidado y a la humanización del proceso en todo su conjunto.

Yo recuerdo, ella era super especial [refiere a la matrona], me la pasaron por abajo [refiere a su hija], me desataron, bajaron la luz, fue muy bonito. Hay que reivindicar la cesárea porque todo el mundo quiere parto normal, pero la cesárea también tiene que ser un momento bonito (Participante 45).

Josefina Goberna (2012) propone que la autonomía esté inserta en un espacio heterónomo, donde se coexistan las habilidades técnicas y humanas del personal clínico y los espacios protegidos para que las mujeres se desenvuelvan con mayor autonomía. El presente relato habla de cómo el espacio heterónomo respetó su autonomía. Si bien ella estaba en una condición de vulnerabilidad y de subordinación, el relato final de esta madre responde a un cuidado del espacio autónomo, donde se propicia su participación de forma respetuosa en post de las necesidades de la madre. Este relato ejemplifica que el cambio de paradigma es posible desde una política de cuidado que atienda el parto como un proceso fisiológico, afectivo y humanizado. La figura de la matrona fue central en la significación de la experiencia, pues al

generar empatía y afecto, posibilitó la internalización de experiencias gozosas en un medio que tiende a ser hostil. Las nuevas invenciones simbólicas de un modelo aspiracional de *sororidad* y la ética del cuidado entre mujeres, cambian el escenario de experiencias femeninas, la salud sexual y reproductiva (Sánchez y Laako, 2018). La función mediadora de la matrona entre parturienta e institución es crucial para que la madre pueda transitar de forma armoniosa la experiencia de dar a luz, pues, como menciona Laura Gutman (2015): “una red solidaria femenina nos puede conectar con nuestras más íntimas sensaciones y permitirnos atravesar fortalecidas el puerperio” (p. 88).

Nos parece crucial promover la idea de red solidaria en femenino, pues atiende a prácticas sororas entre mujeres tanto al interior del sistema sanitario como fuera, donde las mujeres puedan empatizar y colaborar entre ellas para cuidarse y hacer de la vivencia del parto una experiencia única, de goce y de empoderamiento sobre sus cuerpos.

Conclusiones

El presente artículo socializa parte de los resultados del FONDART de creación 477694, titulado “Retrarelatos del parto olvidado”, que fue realizado en 2019 como un proyecto artístico feminista, el cual buscó resignificar y relevar las experiencias del parto de un conjunto de madres de la región de Los Lagos, en el sur de Chile. Se desarrolló como un proceso de investigación y creación, pues a través de la mediación artística se utilizó la técnica del retrato, del relato oral y escrito, para que se compartieran dichas experiencias y se transformaran en vivencias políticas.

Compartir las experiencias del parto entre las mujeres participantes fue una instancia de sororidad relevante, que hoy se transforma en un compromiso que no podemos eludir desde las prácticas artísticas feministas y la investigación social para generar transformaciones estructurales. Nombrar lo olvidado y no relevado, como ha sido el parto, se

vuelve urgente y crucial para dignificar la historia de las mujeres, nuestro legado y la recuperación de las genealogías femeninas (Irigaray, 1992).

Este proyecto permitió que las mujeres hablaran y recordaran lo vivido, relevando, resignificando y dignificando sus partos. Sacarlo del ámbito de lo privado y de lo individual para ponerlo en diálogo con otras madres, hace del parto un proyecto colectivo, social y una vivencia política que reivindica y revalora el saber de las madres (Vivas, 2019; Mercader, en prensa).

Por otro lado, este proyecto permitió que las mujeres participantes reconocieran, nombraran y reflexionaran sobre las diversas violencias obstétricas vividas en sus partos – la cual es naturalizada por el sistema sanitario patriarcal y las propias madres –y denunciarlas mediante las artes. Además, dada la excesiva violencia obstétrica que se vive en el sistema sanitario, reflexionar y verbalizar la vulnerabilidad, miedo, dolor y subordinaciones que experimentan las mujeres durante el parto, nos lleva a generar una mirada crítica ante el parto desde la colectividad femenina. Asimismo, permite proponer miradas feministas ante el parto y la maternidad, que releven los derechos, agenciamientos y las subjetividades de las mujeres (García-Huidobro y Schenffeldt, en prensa).

A partir de aquí, nos parece que estas aportaciones hacen del proyecto un espacio y camino con diversas dimensiones políticas, por cuanto permite repensar las formas socioculturales en que se piensa lo femenino en el mundo patriarcal. En primer lugar, se plantea la dimensión política de este proyecto cuando nos acercamos a las preguntas por el rol de las mujeres como agentes de sus partos, discusiones de tipo socio-políticas muy presentes en diversos movimientos sociales feministas actuales, que solicitan cambios legislativos y normativos para erradicar las múltiples violencias que viven las mujeres en el parto y transversalizar la ética de los cuidados en todos los procesos de gestación, parto y postparto. En segundo lugar, se plantea la dimensión política de las artes, lo que se ha llamado política

artística (García-Huidobro, 2017), en tanto desde el feminismo hemos ido creando nuevas conceptualizaciones y producciones artísticas desde las artes para problematizar la realidad femenina, en este caso, al crear la noción de retra-relato. Por último, una tercera dimensión política de este proyecto yace en la política de las mujeres, y alude a los espacios de concienciación y reflexión donde las mujeres pueden poner en el centro la práctica de poner en palabras lo que se vive como cuerpos femeninos en relación con otras.

Finalmente, nos parecen relevantes los resultados de los relatos orales de las madres, por cuanto hacen que la decidibilidad femenina del parto sea un espacio propio para nombrar sus realidades, poner palabras a sus experiencias oprimidas, violentadas y/o empoderadas, y que estas sean válidas para ellas, otras mujeres, la cultura y nuestra historia.

Este proyecto deja en evidencia la necesidad de un cambio estructural dentro y fuera de las instituciones, un cambio de paradigma que rompa con las tipificaciones heredadas y las socializaciones negativas de los partos en el sistema social de las relaciones y también el sistema hospitalario, permitiendo a las mujeres vivir sus experiencias multisituacionales informadas y conscientes de sus derechos y deseos.

Se vuelve urgente, entonces, una atención sanitaria humanizada, donde la reincorporación de la confianza hacia las madres pavimentaría un mejor camino para el parto (Biurrun y Goberna, 2013), socializando la gran capacidad del cuerpo de las madres y su agencia al parir. Doloroso, pero no sufrido ni traumatizante. Cuando en las madres existe una toma de conciencia sobre las subordinaciones y las violencias de las que fueron objetos en el parto, se genera la posibilidad de transformación en las subjetividades femeninas. Se identifican las opresiones desde lo colectivo y entonces comprendemos que *aquello que me pasa a mí* no es aislado de la realidad de otras madres. Por ende, entender que dicha vivencia personal es

oprimida, pero a la vez parte de una lucha que es social y política, entrega la fuerza para cambiar las realidades y que las madres se puedan empoderar.

De esta manera, permitimos que el cuerpo se re-politice, se abra y reivindique la posibilidad de transformación y agenciamiento, pues “vivir se trata de constreñir el mundo al cuerpo porque la existencia es a través suyo” (Le Bretón, 2002, p. 13). Por ello consideramos crucial que las mujeres accedan a información previa sobre el parto, su proceso y vivencia subjetiva, para que puedan empoderarse, tomar sus decisiones y vivirlo plenamente (Canevari, 2011), desde un enfoque de género y una ética del cuidado, empoderando a las madres de su parto, respetando su autonomía, otorgándoles un espacio heterónimo donde ellas sean las protagonistas y no colaboradoras de sus vivencias (Vivas, 2019). Recuperar la autonomía y dignidad del proceso del parto en un medio medicalizado de partos es un acto político, donde la experiencia tiene que ser vivida por derecho desde un orden simbólico femenino (Rivera, 2001).

Referencias

- Arnao, M., Galván, V. y Roso, F. (2018). Parir y nacer. Trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados. *Revista de Psicología*, 17(2), 3-13.
<https://doi.org/10.24215/2422572Xe017>
- Bardillo, P. (2018). Parir en el hospital: un territorio de relaciones desiguales y de poder. *Trabajo y sociedad: Indagaciones sobre el empleo, la cultura y las prácticas políticas en sociedades segmentadas* (30), 435-439.
- Barone, T. y Elliot, E. (2006). Arts-Based Educational Research. En *Handbook of Complementary Methods in Educational Research* (pp. 95-109). AERA.
- Biurrun, A. y Goberna, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 14, 62-66.
- Braidotti, R. (1999). Diferencia sexual, incardinamiento y devenir. *Mora*, (5), 8-19.

- Bravo, P., Uribe, C. y Contreras, A. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(3), 179-184.
- Calderón, N. y Hernández, F. (2019). *La investigación artística. Un espacio de conocimiento disruptivo en las artes y en la universidad*. Ediciones Octaedro.
- Cañero, J. (2022). Feminismo andaluz y maternidades: Una aproximación desde los feminismos decoloniales. *Antropología Experimental*, (22), 57-78.
<https://doi.org/10.17561/rae.v22.6376>
- Canevari, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Barco Edita.
- Cardús, L. (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. *Dilemata* (18), 129-145.
- Cigarini, L. (2006) ¿Qué es la política de las mujeres? Diálogo sobre el libro *La cultura patas arriba*. *DUODA: estudios de la diferencia sexual*, 225-241. 2007.
- Charmaz, K. (2006). *Construyendo teoría fundamentada: una guía práctica a través del análisis cualitativo*. Sabio.
- Charmaz, K. (2012). El poder y el potencial de la teoría fundamentada. *Sociología Médica en Línea*, 6(3), 2-15.
- Contreras, J. y Pérez, N (2010). *Investigar la experiencia educativa*. Morata.
- Da Rocha, R., Franco, S. y Baldín, N. (2011). El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto. *Revista Brasileña de Anestesiología*, 61(3), 376-388.
<https://doi.org/10.1590/S0034-70942011000300014>
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2004). *Mil mesetas, capitalismo y esquizofrenia*. Pre-Textos.
- Fernández, A. (2011). Hacia los estudios transdisciplinarios de la subjetividad: Reformulaciones académico-políticas de la diferencia. *Investig Psicol*, (1), 61-79.

- Fogelman, P. (2006). El culto mariano y las representaciones de lo femenino: Recorrido historiográfico y nuevas perspectivas de análisis. *La aljaba*, 10, 175-188.
- Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. La Piqueta.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad. la voluntad de saber*. Siglo XXI Editores.
- García, L. (2010). *El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural*. Universidad Autónoma de Madrid.
- García-Huidobro, R. (2017). Retratar a otras mujeres y cartografiar nuestros vínculos. *Investigaciones Feministas*, 8(2), 603-618.
- García-Huidobro, R. y Montenegro, C. (2020). De prácticas artísticas con enfoques feministas a experiencias educativas que favorecen la transformación social. *Revista Electrónica Educare*, 24(1), 1-16. <http://dx.doi.org/10.15359/ree.24-1.23>
- García-Huidobro, R. y Schenffeldt, N. (2022). Relatos del parto y subjetivación femenina. Un proyecto artístico con madres al sur de Chile. *Revista Estudios Feministas*, 30(2). (En prensa).
- Goberna, J. (2012). Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso del parto. *ENE. Revista de Enfermería*, 6(1), 70-77.
- Gutman, L. (2004). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Editorial del Nuevo Extremo.
- Haraway, D. (1995). Conocimiento localizado: la cuestión de la ciencia para el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. *Cuadernos Pagu*, (5), 7-41.
- Hernández, F. (2008). La investigación basada en las artes. Propuestas para repensar la investigación en educación. *Educatio Siglo XXI*, 26, 85-118.
- Hernández, J. y Echevarría, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático. *Revista Internacional de Sociología*, 74(1). <https://doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>

- Hernández, J., Echeverría, P. y Gomariz, M. (2016). La catarsis de los cuerpos grávidos. Experiencias de dolor y sufrimiento en el *habitus* del parto medicalizado. *Disparidades. Revista de Antropología*, 71(2), 487-507. <https://doi.org/10.3989/rdtp.2016.02.007>
- Irigaray, L. (1992). *Yo, tú, nosotras*. Ediciones Cátedra.
- Lagarde, M. (2009). La política feminista de la sororidad. *Mujeres en Red, Periódico feminista*, (11), 1-5.
- Le Bretón, D. (1999). *Antropología del dolor*. Seix Barral.
- Le Bretón, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión.
- Martín, E. (2001). *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Editora Garamond.
- Melzack, Ronald y Casey, Kennet. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model. *The skin senses*, 1, 423-43.
- Mercader, L. (2022). *Ser madre es un placer*. Icaria.
- Molina, C. (Prólogo de Amorós, Celia). (1994). *Dialéctica feminista de la ilustración*. Anthropos.
- Moreno, A. (2016). *La mediación artística. Artes para la transformación social, la inclusión social y el desarrollo comunitario*. Octaedro.
- Mörsch, C. (2015). Contradecirse una misma. La educación en museos y mediación educativa como práctica crítica. En A. Cevallos y A. Macaroff (eds.), *Contradecirse una misma. Museos y mediación educativa crítica. Experiencias y reflexiones desde las educadoras de la documenta 12* (pp. 10-21). Fundación Museos de la Ciudad.
- Núñez, P. (2014). Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica. *Matronas Profesión* (2), 43-49.
- Nochlin, L. (1971). Why Have There Been no Great Women Artists. En V. Gornick y B. Moran (eds.), *Woman in Sexist Society: Studies in Power and Powerlessness*. (pp. 480-510) Basic Books.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Recomendaciones de la OMS: cuidados*

durante el parto para una experiencia de parto positiva. OPS.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Perón, T. y Da Silva, M. L. (2011). Miedo e inseguridad de la gestante durante el trabajo de parto como motivos para la demanda de internación precoz. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(3), 363-369.

Punto, I. (2019). *Lo que todas callan*. Aguilar.

Rich, A. (2019). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Traficantes de sueños.

Rivera, M. M. (2001). *Mujeres en relación: feminismo 1970-2000*. Icaria

Rogoff, I. (2011). *El Giro. Arte y políticas de identidad*, 4, 253-266.

Sadler, M. y Rivera, M. (2015). El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. *Revista Contenido. Cultura y Ciencias Sociales*, 6, 61-72.

Sánchez, G. y Laako, H. (2018). *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. El Colegio de la Frontera Sur.

San Martín, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas. ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista electrónica de investigación educativa*, 16(1), 104-122.

Schor, G. (2019). *Feminist Avant. Garde*. Prestel.

Stanley, L. y Wise, S. (2002). *Breaking out again. feminist ontology and epistemology*. Routledge.

Stromquist, N. (2002). Education as a means for empowering women. En J. Parpart, S. Rai y K. Staudt (eds.), *Rethinking Empowerment. Gender and Development in a Global/Local World* (pp. 22-38). Routledge.

Vallana, V. (2020). La enfermedad normal: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (34), 90-107.

Villanueva-Egan, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-
obstetra. *Revista CONAMED*, 15(3), 147-151.

Vivas, E. (2019). *Mamá desobediente*. Capitán Swing.