

Resumen del artículo

¿Quién dijo miedo? Una mirada desde el género y la salud a la experiencia subjetiva de parir en mujeres que viven en Chiapas, México

Did Anyone Say Fear? A Look at the Subjective Experience of Birth in Women who Live in Chiapas, Mexico, from a Gender and Health Perspective

María Pilar Carrascosa Fernández

El Colegio de la Frontera Sur, unidad San Cristóbal, Chiapas, México
maria.carrascosa@posgrado.ecosur.mx

 <https://orcid.org/0009-0009-1888-6691>

Maestra en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social por la Universidad Complutense de Madrid, España

Georgina Sánchez Ramírez

El Colegio de la Frontera Sur, unidad San Cristóbal, Chiapas, México. SNII II
gsanchez@ecosur.mx

 <https://orcid.org/0000-0001-7916-5753>

Doctora en Sexualidad y Relaciones Interpersonales por la Universidad de Salamanca, España

Recibido: 25 de junio de 2024

Aprobado: 5 de diciembre de 2024

Resumen

Desde la perspectiva de género y salud, el estudio se enfoca en el análisis del miedo en la experiencia reproductiva de mujeres primíparas residentes en el estado de Chiapas, México. El objetivo principal es identificar y clasificar los miedos expresados usando una metodología feminista cualitativa y la perspectiva de género como recurso epistemológico para el análisis de 24 entrevistas realizadas entre agosto de 2022 y febrero de 2023. En el presente



Palabras clave:
género y salud, clase social,
miedo, reproducción, parto.

exponemos los cuatro miedos más significativos que explican el fenómeno estudiado: miedo a no ser buena madre, miedo a la violencia obstétrica, miedo al cambio de vida y miedo a no saber cómo hacerlo. Se concluye que los miedos y las estrategias de seguridad están atravesados por la condición de género, clase y edad, y que influyen significativamente en la experiencia de embarazo y parto. El juicio, la culpa y la vergüenza acompañan a la expresión del miedo, lo que plantea esta emoción como indicador de opresión y de posición social desigual derivada de la condición de género, clase y edad en las mujeres y en sus cuerpos. Estos avances muestran nuevos retos y horizontes en las políticas de salud reproductiva, por lo que es necesario mirar las condiciones históricas donde las subjetividades, los afectos y los cuerpos de las mujeres se encuentran en el acto de dar vida para poder ubicarlas centralmente en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Abstract

From the gender and health framework, the study focuses on the analysis of fear in the reproductive experience of primiparous women that reside in the state of Chiapas, Mexico. The main objective is to identify and classify fears expressed by the women interviewed using a qualitative feminist methodology and gender perspective of 24 interviews carried out between August 2022 and February 2023. In the following we present the four most significant fears that explain the studied phenomenon. We conclude that fears and safety strategies are influenced by gender, class and age, and that they significantly influence the experience of pregnancy and childbirth. Judgment, guilt and shame accompany the expression of fear, and this emotion can be presented as an indicator of oppression and unequal social position derived from conditioning gender, class and age of women and their bodies. These advances pose new challenges and horizons in reproductive health policies, making it necessary to look at the historical conditions where women's subjectivities, affections and bodies meet in the act of giving life to place them centrally in the framework of sexual and reproductive rights.

Keywords:
gender and health, class, fear,
pregnancy, childbirth.

María Pilar Carrascosa Fernández
El Colegio de la Frontera Sur, unidad San Cristóbal, Chiapas, México

Georgina Sánchez Ramírez
El Colegio de la Frontera Sur, unidad San Cristóbal, Chiapas, México. SNII II

Introducción

La idea de que el miedo afecta a las mujeres en su experiencia reproductiva ha sido científicamente comprobada. En los países nórdicos y anglosajones, sobre todo, el miedo ha sido un fenómeno estudiado, y se demuestra que es una emoción recurrente entre las gestantes.¹ Areskog y cols. Definían el miedo como aquel capaz de generar altos niveles de ansiedad en la gestante afectando significativamente a su bienestar y su vida cotidiana, por lo que es necesaria su identificación y evaluación para su adecuado tratamiento.²

La vivencia de miedo está relacionada con el malestar psicológico de las mujeres, por lo que se considera un factor de riesgo en diversas complicaciones durante el parto. Por ello Dwiarini et al. establecen que es necesario que el miedo sea detectado por parte de los proveedores de la atención médica.³ La evidencia científica ha establecido que el efecto del miedo en la experiencia reproductiva puede impactar negativamente tanto en la salud mental perinatal de las mujeres como en el desarrollo del embarazo y el parto.⁴ Por ello, un sector de la comunidad científica ha otorgado una gran importancia a esta emoción en el evento reproductivo. Han sido diseñados e implementados múltiples instrumentos de medida⁵ que, caracterizados por sus buenas propiedades psicométricas y demostrando su validez en diferentes muestras culturales, permiten la identificación de este fenómeno emocional. Otra expresión tácita de la magnitud conferida a la presencia del miedo en la experiencia reproductiva de las mujeres es la implementación de unidades como 'Aurora Teams', equipos de matronas suecas que, en contexto clínico y de forma multidisciplinaria, establecen

- 1 Hanna-Leena Melender, "Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women", *Birth* 29, núm. 2 (2002), <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00170.x>;
- 2 Terhi Saisto y Erja Halmesmäki, "Fear of Childbirth: A Neglected Dilemma", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 82, núm. 3 (2003), <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x>
- 3 Barbo Areskog, Nills Uddenberg y Berndt Kjessler, "Fear of Childbirth in Late Pregnancy", *Gynecologic and Obstetric Investigation* 12, núm. 5 (1981), <https://doi.org/10.1159/000299611>
- 4 Muafiqoh Dwiarini et al., "Relationship between Fear of Childbirth, Self-Efficacy, and Length of Labor among Nulliparous Women in Indonesia", *Midwifery* 105 (2022): 6, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103203>
- 5 Hanna-Leena Melender y Sirkka Lauri, "Fears Associated with Pregnancy and Childbirth Experiences of Women Who Have Recently given Birth", *Midwifery* 15, núm. 3 (1999), [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(99\)90062-1](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(99)90062-1);
- 6 Siw Alehagen et al., "Fear, Pain and Stress Hormones during Childbirth", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 26, núm. 3 (2005), <https://doi.org/10.1080/01443610400023072>.
- 7 Véase Celia María Ortega-Cejas et al., "Miedo al parto: revisión bibliográfica de los instrumentos de medida", *Matronas Profesión* 20, núm. 2 (2019).

- 6 Christina Nilsson y Ingela Lundgren, "Women's Lived Experience of Fear of Childbirth", *Midwifery* 25, núm. 2 (2009), <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.017>
- 7 Ibone Olza y Patricia Fernández Lorenzo, *Psicología del embarazo* (Madrid: Síntesis, 2020).
- 8 Jorge Giraldo Angel, "Aspectos psicológicos del embarazo", *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 18, núm. 4 (1967), <https://doi.org/10.18597/rcog.2563>; Daniel N. Stern, Nadia Bruschweiler-Stern y Alison Freeland, *El nacimiento de una madre: cómo la experiencia de la maternidad te hará cambiar para siempre* (Barcelona: Paidós, 1999); Raquel Soifer, *Psicología del embarazo, parto y puerperio* (Argentina: Horné, 2012); Estela Acosta, *Nacer y acompañar: abordajes clínicos de la psicología perinatal* (Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial, 2013).
- 9 Howard Waitzkin, *The politics of medical encounters: how patients and doctors deal with social problems* (New Haven: Yale University Press, 1991).
- 10 Constanza Tobasía-Hege et al., "Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis", *Revista Panamericana de Salud Pública* 43 (2019): 1, <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>.

tratamientos específicos a mujeres con el objetivo de acompañar el proceso y mejorar la experiencia de embarazo y parto.⁶

Sin embargo, ¿cuál es el origen de ese miedo?, ¿hay solo uno? La psicología perinatal entiende que la experiencia reproductiva es un evento mitad físico, mitad emocional.⁷ Los trabajos de investigación y referentes teóricos considerados anclajes básicos en el objeto de estudio que nos ocupa, esto es, la presencia del miedo en la experiencia reproductiva, parten de una perspectiva médico-biologicista.⁸ El miedo en las mujeres que lo manifiestan es atendido desde su arista psicológica e intrapersonal. Mirar el fenómeno emocional del miedo en la experiencia reproductiva desde este paradigma revela consecuencias. Por una parte, tiene lugar la naturalización y esencialización de las emociones de las mujeres en su experiencia reproductiva y, por otra, se invisibilizan las raíces sociales y estructurales emergentes del miedo y su vínculo con aquellas opresiones articuladas que se expresan y reproducen en contextos institucionales de atención al parto. Dicha perspectiva obvia cómo la interacción en el dispositivo médico está construida a partir de un discurso médico dominante y de prácticas sociales en torno a la salud, la enfermedad y los cuerpos. Las opresiones emergen de la misma *configuración micropolítica* que refiere Howard Waitzkin,⁹ donde los encuentros médico-paciente, dado el trasfondo existente de control ideológico y social, están atravesados por relaciones de poder.

De acuerdo con revisiones recientes, en América Latina no es muy amplio el panorama de investigaciones específicas sobre miedo en el embarazo y en el parto, menos aún desde la perspectiva de género y salud. Tobasía y cols. realizaron un metaanálisis a partir de 18 estudios en cinco países de América Latina. La prevalencia agregada de falta de respeto y maltrato durante el parto y el aborto fue de prácticamente 4 de cada 10 mujeres atendidas, lo que situó la evidencia como un problema de derechos humanos y salud pública.¹⁰ No obstante, a pesar de hacer pertinentes recomendaciones para una mejor atención en los servicios públicos de salud sexual y reproductiva en toda la región para evitar el maltrato y aumentar la confianza en los servicios sanitarios, no se hace alusión directa de la emoción que nos ocupa.

En Colombia, a partir de un estudio cualitativo realizado en 2011 con 9 mujeres embarazadas que acudían a los servicios de control perinatal, se constató que conforme se acercaba la fecha del parto se incrementaban los temores. En general, las mujeres manifestaron inseguridad y miedo a recibir una atención perinatal fragmentada, a no sentirse verdaderamente cobijadas por el programa ofrecido de manera oficial ni por encontrar la asistencia hospitalaria que deseaban.¹¹

En Brasil tienen lugar dos investigaciones centradas en el tema. En 2011 un estudio cualitativo con 45 mujeres embarazadas develó que el miedo al dolor en el parto era altamente frecuente, al grado de ser uno de los principales motivos para decidirse por un parto vía cesárea programada.¹² El segundo estudio, realizado en 2022 a partir de una revisión sistemática sobre el miedo al parto en dicho país, concluyó en que el empleo de técnicas terapéuticas, como la reestructuración cognitiva (terapia cognitivo conductual), ayuda a disminuir la percepción catastrófica sobre el momento del parto en mujeres embarazadas.¹³

En Chile, Sadler y Rivera visibilizan cómo los discursos médicos, los medios de comunicación y los relatos sobre las vivencias de parto configuran un imaginario de riesgo y dolor en la experiencia, lo que aumenta la desconfianza de las mujeres en su capacidad de dar a luz e infunden miedo sobre el proceso. En este contexto, el miedo se presenta como una dimensión destacada para la aceptación de intervenciones médicamente injustificadas.¹⁴

Para el caso de México, de manera específica sobre miedo en el parto, se citan tres trabajos. En el primero de ellos, Bazant y Domínguez exploran a través de documentos históricos los posibles miedos más significativos al parto en la ciudad de México entre 1870 y 1898, concluyendo en que dos de los mayores miedos de las madres eran la muerte de sus bebés (muy frecuente en el siglo XIX en México) y el nacimiento de bebés con deformidades. El documento evidencia “una serie de relaciones imbricadas en el momento del parto, cuyos actores y ejecutores se mueven entre el miedo natural, el más primario, y el miedo cultural, de nivel terciario”.¹⁵ Sugerentemente se pone de relieve, por una parte, que el miedo circula en

- 11 Thais Erika Peron Gaixa y Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira, “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, núm. 3 (2011): 363-370.
- 12 Raquel da Rocha Pereira, Selma Cristina Franco y Nelma Baldin, “El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto”, *Revista Brasileira de Anestesiologia* 61, núm. 3 (2011).
- 13 Livia R. de C. Nunes, Fernanda C. Coutinho y Veruska Andréa dos Santos, “Fear of childbirth: A review of interventions based on Cognitive-Behavioral Therapy”, *Psicologia-Teoria e Prática* 24, núm. 1 (2022), <https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPCP14089.en>.
- 14 Michelle Sadler y Rivera Magdalena, “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*, núm. 6 (2015).
- 15 Milada Bazant y David Domínguez Herbón, “De la costumbre al miedo. La muerte en el parto en la Ciudad de México 1870-1898”, en *Los miedos en la historia*, coord. por Elisa Speckman Guerra, Claudia Agostoni y Pilar Gonzalbo Aizpuru (México: Universidad Nacional Autónoma de México-El Colegio de México, 2009), 90, <https://doi.org/10.2307/j.ctv512s9t>.

todos los agentes involucrados en el evento y, por otra, la diferenciación entre un miedo natural y otro cultural.

El segundo estudio localizado es una tesis de especialidad en ginecología y obstetricia. Deniz Zapata midió el miedo al parto a través de un estudio longitudinal realizado a 205 mujeres embarazadas en el área de Maternidad del Hospital Universitario de Nuevo León. Por medio de la escala W-DEC se encontró que el miedo en la población entrevistada era bajo y que además disminuye después del parto. Zapata concluye que las mujeres primigestas y aquellas que parieron vía cesárea presentaron mayores niveles de miedo. Citar este estudio es importante para asentar bases más actuales del estado del arte; sin embargo, es fundamental visibilizar que el mismo estudio se cuestiona los resultados. La producción científica más sólida respecto al tema ha reportado que el miedo severo al parto se encuentra en alrededor de 14 % de las mujeres, y otros estudios han demostrado que el miedo o preocupación de cualquier intensidad puede llegar a ser de 80 %. Se discute que obtener una prevalencia tan baja de miedo severo al parto (0.5 %) pudo ser por no haber considerado otros factores preocupantes para las mujeres embarazadas, habiendo favorecido un sub-diagnóstico de la presencia de un miedo clínicamente importante al parto. Finalmente, advierte que las variables deben ser estudiadas con mayor profundidad para identificar el motivo de tal prevalencia.¹⁶

Por último, es interesante citar un informe de la Secretaría de Salud donde mencionan que dos de cada diez mujeres embarazadas en el país presentan depresión durante la gestación o después del parto. Los factores desencadenantes de dicha depresión dicen ser las condiciones de precariedad económica, baja escolaridad, desempleo, abortos previos no voluntarios, embarazos no deseados y miedo al parto. El reporte no profundiza en ninguno de los factores detectados; sin embargo, se considera por referir una relación entre condicionantes socioestructurales y consecuencias en la salud sexual y reproducción.¹⁷

Se reconocen los logros de los trabajos anteriormente citados y de aquellos otros que, en este sentido, dan un paso más.¹⁸ Sin embargo, dichas

- 16 Deniz Gabriela Zapata Sandoval, “Miedo al parto como factor de aumento en el índice de cesáreas. un estudio transversal en el hospital universitario” (tesis de maestría en Ginecología y Obstetricia, México, Universidad Autónoma de Nuevo León, 2020), <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/20691> (consultada el 5 de junio de 2025).
- 17 Secretaría de Salud, “En México, dos de cada 10 mujeres presentan depresión durante el embarazo o después del parto”, Gobierno de México, el 13 de junio de 2023, <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/en-mexico-dos-de-cada-10-mujeres-presentan-depresion-durante-el-embarazo-o-despues-del-parto?idiom=es> (consultada el 4 de marzo de 2024).
- 18 Ibone Olza et al., “Women’s Psychological Experiences of Physiological Childbirth: A Meta-Synthesis”, *bmj Open* 8, núm. 10 (2018): e020347, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>; Ibone Olza et al., “Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 41, núm. 139 (2021), <https://doi.org/10.4321/s0211-57352021000100003>.

propuestas biologicistas carecen de una contextualización sociohistórica, lo que conduce a una despolitización de la emoción. Tiene lugar, también, la homogeneización de la vivencia del miedo en la experiencia reproductiva al omitir en sus divulgaciones las diferencias que generan en subjetividades y cuerpos las adscripciones de género, edad y clase. Consecuentemente, se reproducen y perpetúan involuntariamente las desventajas que *aquellas otras* viven. Por ello, el marco teórico del que tradicionalmente se ha partido para acercarse al objeto de estudio nos parece limitante en nuestro quehacer investigador dado que los recursos conceptuales agotan el análisis.

La experiencia de cada mujer embarazada es, según Olza y Fernández, una mezcla de biología, psicobiografía y cultura.¹⁹ Nuestro trabajo atiende la reproducción como un evento que va más allá de lo meramente biológico. El cuerpo reproductivo, como bien apunta Rothman, acontece en un determinado contexto social.²⁰ Es necesario atender, entonces, la relación que existe entre los principios estructurales y simbólicos de una sociedad y las actividades reproductivas y significados conferidos, dado que ello influye en la configuración del vocabulario emocional de las mujeres. Este evento relacional se da en corporeidades definidas bajo una condición de género, es decir, el *ser mujeres*. La experiencia de dar a luz está íntimamente relacionada con todas las inscripciones que signan los elementos constitutivos de lo que se construye como mujer. Por ello, la perspectiva de género nos dota de herramientas imprescindibles para el análisis. En contexto mexicano, la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, en su artículo 5º, fracción vi, define la perspectiva de género como

la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género.²¹

19 Olza y Fernández Lorenzo, *Psicología del embarazo*, 18.

20 Barbara Katz Rothman, "Reproduction", en *Analyzing gender: a handbook of social science research*, ed. por Beth B. Hess y M. Marx Ferree (California: Sage Publications, Inc., 1987).

21 Instituto Nacional de las Mujeres, "Perspectiva de género", *Glosario para la igualdad*, <https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/terminos/perspectiva-de-genero> (consultada el 25 de mayo de 2024).

Si bien no existe una definición consensuada y limitada sobre el género como categoría analítica, cabe aclarar que nosotras partimos de la definición que propone Joan W. Scott en tanto es un “elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos y; a la vez como una forma primaria de relaciones significantes de poder”,²² por tanto, de desigualdades. El género, como concepto transversal en nuestro trabajo, nos permite evidenciar, según lo apunta Sosa-Sánchez, “el conjunto de arreglos sociales e históricos que naturalizan las desigualdades sociales, inscribiéndolas en la naturaleza y en el cuerpo, es decir incorporándolas”²³ y que de manera general marcan una asimetría de poder de lo masculino sobre lo femenino. En esta investigación dicho concepto nos permite ver a las mujeres como resultado de una construcción simbólica cuya identidad en algún momento se consideró sinónimo de ser madre.

Para entender la reproducción en general y las emociones en específico desde una perspectiva de género es preciso apoyarnos en propuestas y autoras que de forma crítica se han acercado a la reproducción. En este situado debate, Raewyn W. Connell realiza sugerentes aportaciones desde los estudios de la masculinidad. Connell plantea que el género es un elemento regulador de la práctica social en torno al ámbito reproductivo y que si bien el género alude al cuerpo, no puede reducirse solamente a aspectos corporales. El ámbito reproductivo, alega la autora, debe ser entendido como proceso histórico.²⁴

En un breve repaso histórico, mencionaremos que el feminismo de la igualdad consideraba que las diferencias entre hombres y mujeres estaban socialmente construidas y eran la base de la sumisión de las mujeres. Tratando de identificar qué mecanismos socioculturales activaban esta subordinación, se reivindicaban los derechos en el matrimonio promoviendo la maternidad como elección deseada dado que la función materna era el motivo de un destierro opresivo a la esfera privada.²⁵ El reto de desarticular el destino reproductivo de las mujeres como algo natural, en pos de su liberación, es uno de los grandes ejes de trabajo de este feminismo.

22 Joan W. Scott, “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, en *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, comp. por Marta Lamas (México: Porrúa, 1996).

23 Itzel Adriana Sosa-Sánchez, “Aproximaciones teóricas sobre el género, la reproducción y la sexualidad”, *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana* VIII, núm. 15 (2013): 200.

24 Raewyn W. Connell, *Masculinities*, 2ª ed. (Berkeley: University of California Press, 2005), 109.

25 Simone de Beauvoir, *Le deuxième sexe* (París: Gallimard, 1949); Shulamith Firestone, *The Dialectic of Sex: The Case for Feminist Revolution* (Nueva York: Farrar, Straus and Giroux, 2003).

Simone de Beauvoir, precursora del feminismo de la liberación, establece que la subordinación de las mujeres se basa tanto en su condición obligada y sometida de esposa y madre como en su capacidad reproductora. La imposibilidad de libertad deviene de que la mujer sea entendida como un producto cultural, socialmente construido a partir de un cuerpo sexuado.²⁶

El feminismo radical, movimiento diverso y de gran complejidad, ahonda en las relaciones de poder en la sexualidad y la reproducción; acusa que las mujeres están oprimidas por las instituciones patriarcales que tienen el control sobre ellas y, principalmente, como bien apunta Alicia Puleo, sobre sus cuerpos y su reproducción.²⁷ Sulamith Firestone reflexiona sobre el sistema de castas sexuales y la explotación reproductiva, alegando que suponen el eje opresivo de la mujer; promulga la necesidad de garantizar que las mujeres tengan el control del propio cuerpo mediante el apoyo de las instituciones y la tecnología.²⁸

Siguiendo con el análisis de las relaciones de poder en la reproducción y demostrando cómo a partir de ella se perpetúan los sistemas sociales, se refiere el trabajo de Emily Martin, quien analiza el modelo biomédico de atención a los procesos reproductivos de las mujeres y realiza un sugerente símil entre el parto de las mujeres y el proceso de producción en las fábricas. La autora, estableciendo una suerte de metáfora económica, propone el cuerpo como máquina y el parto como un proceso productivo donde cuestiones tales como el control, el manejo del tiempo y la eficacia son indicadores de producción que dominan los objetivos médicos.²⁹ Si los cuerpos se antojan máquinas, pueden ser manejados e intervenidos. No es de extrañar, entonces, que las mujeres, al vivir tal expropiación, experimenten malestares, entre ellos, miedo. Las anteriores propuestas permiten señalar la existencia de subterráneas estructuras sociales subyacentes en el objeto de nuestro interés, que lo determinan y reproducen, y que establecen la naturaleza social de su raíz.

Por otra parte y frente a la fuerte persistencia del vínculo entre mujer, reproducción y deber social como construcción identitaria, es interesante la distinción que realiza Adrienne Rich entre la maternidad como institución

26 De Beauvoir, *Le deuxième*.

27 Alicia H. Puleo, *Dialéctica de la sexualidad: género y sexo en la filosofía contemporánea* (Madrid: Ediciones Cátedra, 1992).

28 Firestone, *The Dialectic*.

29 Emily Martin, *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction* (Boston: Beacon Press, 2001).

30 Adrienne Rich, *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución* (Madrid: Traficantes de Sueños, 2019).

31 Ibone Olza, *Parir: el poder del parto* (Barcelona: Vergara, 2021).

32 Silvia Tubert, *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria* (Madrid: Ediciones El Arquero, 1988), 24.

33 Soraya L. Chemaly, *Rabia somos todas: el poder del enojo femenino para cambiar el mundo* (Ciudad de México: Editorial Océano, 2020).

social, aquella patriarcal que establece control en las capacidades sexuales y reproductivas de las mujeres, y la maternidad como potencia y placer.³⁰ A propósito de esta segunda, Ibone Olza dice que rodearla de miedo es neutralizar esa potencia.³¹

Silvia Tubert, psicoanalista y escritora, saca a las mujeres de aquel exilio ideal androcéntrico donde el ser mujer está relacionado con su capacidad reproductiva. Tubert cuestiona a lo largo de toda su obra cómo el ideal maternal configura una identidad homogénea y común para todas las mujeres, además de presentarse como una idea cultural. La psicoanalista alega que los trastornos de la identidad femenina son las dificultades que algunas mujeres presentan ante el cumplimiento del rol familiar y social esperado de su sexo (rol reproductivo), y afirma que estos son una expresión sintomática de protesta y rechazo ante la propia alienación al deseo del otro: “Lo que habla en ellas, a través de sus síntomas y sus dolencias, es ajeno al autoconocimiento del yo, y se refiere a aquello que no saben de sí mismas”.³²

Dentro de los diagnosticados “trastornos de las mujeres”, reflejo de la inadaptabilidad de las mujeres a los deseos externos y reproductivos, están las emociones. Soraya Chemaly realiza una interesante y profunda reflexión del encuentro de la ira y el poder, mostrando con evidencia científica cómo la ira que sienten las mujeres es una emoción construida a partir de un contexto de normatividad social. Chemaly alega que el nexo entre vida emocional y género son consecuencias políticas de las percepciones hegemónicas de género en el cuerpo de las mujeres y en sus modos de existencia, y que la vivencia de la ira puede entenderse como un instrumento para el cambio de las condiciones en que viven las mujeres.³³

En la misma línea que Chemaly, las autoras de este texto consideran que el encuentro entre miedo y experiencia reproductiva tiene su origen en las cuestiones socioculturales que contextualizan el acto. Dado que las dimensiones sociales y estructurales producen y significan estos eventos y experiencias, las anteriores teorizaciones son fundamentales para acercarse al miedo en la experiencia reproductiva, puesto que desde un paradigma crítico, enfatizan la evidente apropiación de la sexualidad y

las capacidades reproductivas de las mujeres, mismas que, según Sosa-Sánchez, se manifiestan de la siguiente forma:

La sexualidad y la reproducción son socialmente organizadas y jerarquizadas a partir de sistemas clasificatorios, donde participan diversas instituciones sociales encargadas de normalizar las prácticas sexuales y reproductivas en distintos momentos y contextos históricos donde la opresión sexual femenina es central para reproducir diversos sistemas de desigualdad social.³⁴

Pese a la existencia de estudios que critican las teorías y las elaboraciones conceptuales referidas al género,³⁵ es innegable que sus aportaciones son pertinentes en nuestro campo de estudio. El enfoque de género en salud posibilita, gracias a su análisis desde el sistema de género, desestructurar aquellas normalidades que someten y oprimen a las mujeres y a sus cuerpos partiendo de la premisa de la capacidad activa de las mujeres de su propia existencia, según lo dispone Sánchez-Ramírez:

La incorporación de la perspectiva de género en el campo de la salud; es decir, el concepto de 'Género y Salud' de las mujeres, ha permitido visibilizar los numerosos sesgos que, como resultado de la ideología cultural de las diferentes épocas del mundo occidentalizado, han impregnado tanto a la investigación científica como a la atención sanitaria, haciendo a la vez una serie de propuestas para evidenciar dichos sesgos y suprimirlos.³⁶

Problematizar el objeto de estudio de esta forma posibilita nombrar el miedo desde su posicionamiento político a la vez que enfatizar su naturaleza social. Así pues, desde una epistemología ya claramente posicionada, conceptos que anteriormente parecían universales y neutros, tales como *reproducción*, *parto* o *miedo*, cobran nuevos significados. Este nuevo prisma permite el uso de otros dispositivos cognitivos que reconocen aquello que permanecía invisible, desnaturalizando y arrojando luz a aquellas dimensiones políticas e ideológicas del miedo de las mujeres primíparas residentes en el estado de Chiapas.

34 Sosa-Sánchez, "Aproximaciones", 200.

35 Celia Kitzinger, Sue Wilkinson y Rachel Perkins, "Theorizing Heterosexuality", *Feminism & Psychology* 2, núm. 3 (1992), <https://doi.org/10.1177/0959353592023001>; Margaret L. Andersen, "Thinking about Women: A Quarter Century's View", *Gender & Society* 19, núm. 4 (2005), <https://doi.org/10.1177/0891243205276756>.

36 Georgina Sánchez Ramírez, *Espacios para parir diferente: un acercamiento a casas de parto en México* (San Cristóbal de Las Casas, Chiapas: Ecosur, 2016), 15.

Metodología

Desde una perspectiva de género entendemos el acto reproductivo de las mujeres y sus cuerpos inmersos en condicionantes culturales, económicos y sociopolíticos. Martha Lamas plantea que la categoría de género obliga, ineludiblemente, a referirnos a procesos de diferenciación, dominación y subordinación.³⁷ Marcela Lagarde, así mismo, reconoce que mirar con perspectiva de género feminista supone hacer presente lo conocido de otra forma y conlleva “el propósito de revolucionar el orden de poderes entre los géneros y con ello la vida cotidiana, las relaciones, los roles y los estatutos de mujeres y hombres”.³⁸

Para la primera autora de este artículo fue fundamental que reconocer los sesgos propios del análisis es tarea ética dado que el mismo se construye tanto desde la condición de género, de las circunstancias de maternidad, de si hay, o no, una propia formación psicoterapéutica, de las preocupaciones feministas como de valores, deseos y expectativas, los cuales influyen en la percepción de la realidad que se estudia y en la construcción del conocimiento. Helen Longino estableció que los intereses, tanto sociales como políticos y los prejuicios personales inciden en la generación del conocimiento científico.³⁹ Según Vasilachis de Gialdino, “la experiencia vivida es también una experiencia corporeizada, siendo la propia investigadora una fuente de datos”.⁴⁰ Eli Bartra, alega que “no existe la observación neutra; siempre se observa con los ojos propios, con lo que cada quien trae adentro: con las emociones, los gustos, los talentos, la preparación, la ideología y la política”.⁴¹ Así pues, dado que todos los sujetos que observan un proceso lo hacen a su manera, es importante decir que este trabajo comienza habiendo establecido una sensibilidad especial con la problemática estudiada.

Las entrevistas llevadas a cabo pueden ser entendidas, además del instrumento en la recolección de datos, como espacios de encuentro entre dos mujeres con lugares comunes, respecto al género y la condición reproductiva, y diferentes, en tanto psicobiografías y situaciones de existencia. A partir del guion de preguntas abiertas inferidas de categorías

- 37 Marta Lamas, *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (México: Porrúa, 1996), 11.
- 38 Marcela Lagarde, *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia* (Madrid: Horas y Horas, 1996; col. Cuadernos Inacabados, 25), 20.
- 39 Véase Helen E. Longino et al., “Science, Objectivity, and Feminist Values”, *Feminist Studies* 14, núm. 3 (1988): 561, <https://doi.org/10.2307/3178065>; Helen E. Longino, *Science as social knowledge: values and objectivity in scientific inquiry* (Princeton University Press, 1990).
- 40 Irene Vasilachis de Gialdino (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa* (Barcelona: Gedisa Ed., 2006), 36.
- 41 Eli Bartra, “Acerca de la investigación y la metodología feminista”, en *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*, coord. por Norma Blázquez Graf, Fátima Flores Palacios y Maribel Ríos Everardo (México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2010), 71.

previamente establecidas, se permitió a las mujeres habitar su experiencia. En ocasiones y sin la previa intención de configurar un *setting* terapéutico, las mujeres llegaban a lugares profundos de sí mismas y, muchas veces, dolorosos, donde tocaban la propia *sombra*, concepto desarrollado por Carl Gustav Jung, médico psiquiatra y psicólogo. Jung habla de la psique y no de la mente. Según él, la psique abarca todos los procesos de la mente, los conscientes y los inconscientes. La *sombra* hace referencia a aquellos aspectos propios que el yo consciente no reconoce.

Durante las entrevistas, era imposible que la presencia de la otra no influjera en el ser y estar de la investigadora. Así pues, fue necesario asumir que en estos encuentros la vida y el conocimiento confluían y que, sin perder de vista la intencionalidad científico-académica, lo emergente en esos momentos era un acto de sororidad (el concepto latino *soror* significa “hermana consanguínea” y hace referencia a una relación de amistad y solidaridad entre dos o más mujeres; en 1989, la Dra. Marcela Lagarde⁴² utilizó esta noción en español desde una perspectiva feminista), un estar-para-la-otra, donde la presencia sentipensante (el concepto sentipensante surge de las palabras de los pescadores en San Benito Abad, Sucre, Bolivia, al sociólogo Orlando Fals Borda: “Nosotros actuamos con el corazón, pero también empleamos la cabeza, y cuando combinamos las dos cosas así, somos sentipensantes”)⁴³ tuviera en cuenta la contención emocional de las mujeres mientras la entrevistadora se hacía cargo, también, de las propias emociones.

Con ese compromiso humano fueron realizadas 24 entrevistas abiertas y en profundidad de forma individual a mujeres residentes en el estado de Chiapas, México, de agosto de 2022 a febrero de 2023. El citado número de entrevistas fue establecido cuando tuvo lugar una saturación teórica. Los datos dejaron de aportar nuevos conceptos y la recopilación de nuevos no generaba nuevas perspectivas y temas. En términos generales, la muestra se compone de 24 mujeres originarias de diferentes lugares de Chiapas, de la República mexicana y de otras partes del mundo. La franja de edad oscila entre los 17 y 41 años (tres de ellas menores de edad en el momento del parto). Respecto a la vía de parto: ocho son partos vaginales, dos de ellos

42 Marcela Lagarde de los Ríos, “Pacto entre mujeres sororidad”, ponencia presentada en Coordinadora Española de Mujeres, Madrid, el 10 de octubre de 2006 [recurso abierto en www.celem.org].

43 RICOBASSILON, “Orlando Fals Borda-Sentipensante” [video], Youtube, 17 de agosto de 2008, 8:35, <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=LbJWqetRuMo&ab> (consultada el 27 de febrero del 2024).

tiene lugar en un hospital público y los otros seis con partera (tres de ellos fueron en la propia casa de las mujeres y los otros tres en *casas de parto*), y 16 por vía cesárea, dos de ellos en hospital público y los 14 restantes en instituciones privadas. Cuatro de las 16 cesáreas fueron volitivas; las demás, según los relatos de las propias mujeres, fueron consideradas “necesarias”.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron definidos *a priori*: mujeres primíparas con hijos/as nacidos vivos no mayores a cuatro años, todas ellas residentes en el estado de Chiapas y que decidieran participar de forma voluntaria en el estudio. No se pretendió tanto que la muestra fuera representativa del estado de Chiapas como que pudieran existir diferentes combinaciones de identidad para arrojar luz a la complejidad del miedo en la experiencia reproductiva, puesto que experiencias minoritarias o generalmente invisibles no solo dan información de la propia vivencia, sino que suponen una interesante perspectiva para analizar otras vulnerabilidades y opresiones a nivel estructural. Las mujeres fueron contactadas a partir de la técnica de bola de nieve.

Para asegurar la responsabilidad ética del trabajo se manejó un documento de consentimiento informado, donde se explicitaba tanto las características de la investigación como el proceso de participación (confidencialidad, abstención y grabación de voz). Fue leído y firmado por ambas partes de la entrevista.

Con la finalidad de obtener información para observar cómo el miedo se relaciona con los marcadores sociales de clase y edad en la experiencia reproductiva, antes de la realización de las entrevistas se cumplimentó un formulario de carácter sociodemográfico. El cuestionario se componía de preguntas cerradas con relación a la edad, lugar de origen, lugar de residencia actual, lengua materna, idiomas, estado civil, unidad familiar, estudios y ocupación, ingresos económicos y nivel socioeconómico autopercebido, tipo y lugar de parto. La posibilidad de responder era totalmente voluntaria.

Tras la transcripción de las entrevistas, preparamos y organizamos el material para su análisis haciendo uso de la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin,⁴⁴ dado que al analizar críticamente la información atendiendo a

44 Juliet M. Corbin y Anselm L. Strauss, *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*, 3ª ed. (Los Ángeles, Calif: Sage Publications, Inc., 2008).

las propiedades e interrelaciones de los datos, nos permitió crear marcos conceptuales que ayudaran a explicar el fenómeno. Bonilla y López consideran que este método posee una técnica flexible y que, simultáneamente, posibilita la recolección y el procesamiento de los datos.⁴⁵ Esta flexibilidad nos ha permitido hacer gala de la creatividad como un elemento más de la investigación, pudiendo adaptarnos a los diferentes contextos de las mujeres entrevistadas y sus características. La teoría fundamentada, en tanto metodología cualitativa y estrategia de análisis, promueve la reflexión en términos de propiedades y dimensiones, y su objetivo es “crear nuevas formas de entender el mundo y expresarlas teóricamente”.⁴⁶

Los tópicos principales del guion de entrevista, elaborados a partir de los interrogantes y objetivos de investigación, fueron las pautas que vertebraron los ejes temáticos. En este proceso también surgieron otros ejes que no estaban previstos. Una vez el material fue segmentado en bloques temáticos, resultó manejable para el proceso de análisis y codificación. Con base a la literatura consultada anteriormente, el eje transversal a todo el análisis es el género, y las categorías iniciales fueron *género* y *miedo*. Una vez realizada la operación de ordenamiento de los datos textuales y habiéndonos familiarizado con los mismos, se recurrió al microanálisis (línea por línea) para introducir las categorías iniciales y poder pasar al proceso de codificación.

Posteriormente, realizamos un análisis relacionando las categorías con subcategorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones, y pese a ofrecer información trascendente, no toda la información fue categorizada para su análisis dado que se alejaba de los objetivos de investigación. De esta forma pudimos pasar de unidades individuales hermenéuticas a configurar un mapa conceptual donde, a partir de la interrelación y jerarquización, pudiera explicarse el fenómeno.

Así pues, de acuerdo con el objeto de estudio de este artículo, las categorías emergentes de “buena madre”, “violencia obstétrica”, “cambio de vida” y “no saber cómo hacerle” nos permiten explicar el fenómeno planteado. Cada una de estas categorías manifestó dimensiones propias que significan el fenómeno.

45 Miguel Ángel Bonilla-García y Ana Delia López-Suárez, “Ejemplificación Del Proceso Metodológico de La Teoría Fundamentada”, *Cinta de Moebio*, núm. 57 (2016), <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2016000300006>.

46 Anselm Strauss y Juliet Corbin, *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (Medellín: Universidad de Antioquia, 2002), 17.

Para el análisis de los resultados se enlistaron los miedos expresados por cada una de las mujeres entrevistadas y, posteriormente, se ubicaron en una tabla de frecuencia para ser ordenados en tanto la repetición de estos y agrupados por contenido. En el presente artículo mostramos los más repetidos a nivel cuantitativo y aquellos que, dada su densidad (aporte cualitativo), suponen una expresión significativa del fenómeno que estamos estudiando. De la jerarquía resultante presentamos los más los relevantes no sin antes subrayar que lo expuesto es una radiografía puntual correspondiente al momento vital en que se encontraban cada una de las mujeres. Asumimos que el miedo puede ir transformándose y variar conforme las subjetividades se van negociando y las condiciones externas cambian. Los miedos expresados, de forma retrospectiva, hacen referencia al momento del embarazo y parto.

El proceso de categorización realizado ha tenido lugar a partir del análisis de toda la información ofrecida por la muestra. Sin embargo, para fines ilustrativos de este artículo, se utilizaron extractos de narrativa de ocho mujeres entrevistadas. Las participantes se presentan con un seudónimo para mantener la confidencialidad, y se muestra información del lugar de enunciación desde el cual fueron articuladas las narrativas.

Hallazgos generales

Miedo a no ser la buena madre

El concepto de maternidad es histórico, y las creencias y significados pertinentes se ven influidos por factores culturales y sociales. Por ello, están en permanente evolución. Sin embargo, y siguiendo el planteamiento de Julia Annas, tanto en las sociedades más tradicionales como en las más liberales, la existencia de dos normas, una para los hombres y otras para las mujeres, tiene lugar.⁴⁷ Esta normatividad, patrón sistemático de juicios en la maternidad, supone que tanto las actividades como las formas de vida estén mediatizadas dictando qué se puede hacer y qué no. Así, la noción de madre,

⁴⁷ Julia Annas, “Las mujeres y la calidad de vida: ¿dos normas o una?”, en *La calidad de vida*, compilado por Amartya Sen y Martha C. Nussbaum (México: Fondo de Cultura Económica, 1993).

dentro del sistema patriarcal, se traduce en el deber ser una *buena madre*. Un porcentaje significativo de las mujeres entrevistadas expresan miedos o dudas de sí mismas cuando dialogan con el orden establecido del mundo:

Hay veces que me cacho constantemente como queriendo hacer ese esfuerzo, ¿sabes? Necesito soltarme, pero es como que trato de encajar y tengo que cumplir con esto y no sé, este... como que tengo que pensar más en mí. Entonces lo que te diría es sí, o sea, sí es que muchas cosas sí las hago por miedo, como por este deber ser, en lugar de hacerlo porque yo estoy realmente convencida, porque yo siento que en general sí sé cómo hacer las cosas, o sea, es mi bebé, o sea, que vamos aprendiendo, lo que no sabes también, pero me cacho que lo que me cuesta es como el no haberlo hecho bien, como a los ojos de no sé qué lista o de no sé quién que me está viendo. No sé quién me va a calificar, ¿no? Pero entonces sí, es como más bien que no confío, como si no confiara en mi propio juicio.⁴⁸

María tiene 34 años y está casada. Tiene un nivel de escolaridad superior, y en el momento de la entrevista no trabajaba. Su unidad familiar la compone su marido, su bebé y ella misma; vive con los recursos económicos que genera su esposo y se autopercibe con un nivel socioeconómico alto. María deseaba, inicialmente, tener un parto en agua. Su bebé nació vía cesárea en un hospital privado.

Según González de Chávez, cuando los mandatos de género sobre ser madre, ser perfecta o seguir el modelo de las mejores son la guía de sus conductas, se inicia la angustia y la sensación de culpa.⁴⁹ Sin embargo, podríamos plantear cómo María está, tal vez de forma inconsciente y en palabras de Lagarde, acercándose a una experiencia de mismicidad, esto es “cuando en una experiencia la confianza en una misma, la autoafirmación y la libertad están presentes”.⁵⁰ La dosis de incumplimiento del deber patriarcal que manifiesta María en su discurso fomenta “procesos de articulación coherentes con la autonomía, la independencia y los poderes vitales”.⁵¹ En el caso de las mujeres madres menores de edad, se muestra también cómo la

48 María, entrevistada personalmente por María Pilar Carrascosa Fernández en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, el 3 de octubre del 2022.

49 María Asunción González de Chávez Fernández (Ed.), *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres* (Madrid: Siglo Veintiuno, 1999).

50 Marcela Lagarde, *Claves feministas para la autoestima de las mujeres* (Ciudad de México: Siglo Veintiuno, 2020), 22.

51 Lagarde, *Claves feministas*, 23.

misma normatividad genera incomodidad y miedo, pero existe, además, un significativo conflicto interno entre la condición de ser madre y el estatus de ser hija, peculiaridades emocionales derivadas de la condición etaria:

52 Mariana, entrevistada personalmente por María Pilar Carrascosa Fernández en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, el 24 de enero del 2023.

Tenía miedo de no ser la hija perfecta que mi mamá quería, a no ser ese tipo de persona que ella quería que fuera. Ella quería que fuera una cosa que yo realmente no me gustaba eso, no me gustaba... Digamos que en el entorno donde crecí, la mujer era en su casa; las mamás de su casa no salían. Entonces yo tenía miedo de romper esas reglas, y cuando lo empecé a hacer tenía yo miedo de que mi madre se enterara porque ya yo me sentía muy culpable de lo que estaba haciendo. Ese era como uno de los más grandes miedos, como no ser la gran hija perfecta que ella quería.⁵²

Mariana tuvo a su bebé a los 16 años, y es madre autónoma. Dejó sus estudios en la preparatoria, y en el momento de la entrevista estaba en capacitación en Jóvenes Construyendo Futuro, un programa para el bienestar del gobierno de México. Tiene una beca gubernamental y se autopercibe en un nivel socioeconómico bajo. Su unidad familiar está compuesta por su mamá (originaria de un entorno rural indígena tzeltal), el novio de su mamá, su hermano, ella y su hijo. Vive en la casa familiar. Manifestó no tener un deseo claro respecto a la vía de parto. Su bebé nació vía cesárea en hospital público.

Mariana vive un conflicto interno al tratar de ser una-otra- madre, ya que, por su condición etaria, el rol de hija está ejerciendo un control bastante fuerte en su condición maternal. La buena hija, aquella que debe seguir los mandatos de la madre (la autoridad), entra en contradicción cuando la mujer madre (con autoridad propia), elige otro camino. En el caso de las menores entrevistadas, el miedo aparece cuando las decisiones que se toman (o se desean) tienen dificultades en ser sostenidas, dado que por el proceso madurativo propio de la edad, está en construcción una identidad autorreferenciada.

La misma maternidad, entendida como construcción sociocultural, nos ofrece una experiencia impregnada de “emociones positivas” que con-

llevan *per se* un estado de felicidad plena y un amor maternal incondicional. El instinto materno, como estandarte que deben portar las mujeres hacia su destino, es revisado por Elisabeth Badinter, quien alega que el carácter sociocultural es su sustento.⁵³ El instinto maternal se trata más que de biología, de política, dado que manda mensajes a las mujeres de cómo debe ser su identidad; a las madres, de la forma de su subjetividad y de qué emociones sentir.

Yo muchas veces me sentí como la mala madre, sin ese instinto, no sé... como que muchas personas me escribían y me decían: 'Elsa, ¿cómo llevas el embarazo?, ¿y la maternidad?, ¿y cómo te sientes?' y no sé qué... y yo nada más las dejaba en visto porque yo decía: 'Es que mis emociones no concuerdan con ese ideal de *estoy feliz*'.⁵⁴

Elsa tiene 32 años y está casada. Tiene un nivel de escolaridad superior, y en el momento de la entrevista, trabajaba. Su unidad familiar se compone de su esposo, ella y su bebé. Vive con los recursos que ambos progenitores generan y se autopercibe de clase media-alta. Deseaba un parto vaginal con partera, pero tuvo a su bebé vía cesárea en un hospital privado.

A partir del desencuentro emocional producido por lo que *debo de sentir* y *lo que siento*, Elsa introduce una sugerente reflexión sobre la legitimidad de las emociones en la maternidad. El relato de Elsa pone sobre la mesa la complejidad del fenómeno y ayuda a cuestionar la realidad emocional hegemónica en la experiencia reproductiva. La socióloga Arlie Hochschild tomó el concepto de *trabajo emocional* para hacer referencia a dicha tesis: cuando las personas tienen que expresar emociones que sinceramente no sienten en pos de reprimir las que sí están viviendo.⁵⁵ Este concepto puede ayudar a explicar uno de los aspectos significativos que puso de relieve el análisis de los datos: la dificultad de expresar el miedo que sintieron algunas de las mujeres entrevistadas en pos de describir la experiencia en términos positivos y ausencia de conflicto pese a que en las narraciones de sus embarazos y partos pudiera establecerse una lectura

53 Elisabeth Badinter, *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX* (Barcelona: Paidós-Pomare, 1981).

54 Elsa, entrevistada personalmente por María Pilar Carrascosa Fernández en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, el 18 de septiembre del 2022.

55 Arlie Russell Hochschild, "Emotion work, feeling rules, and social structure", *American Journal of Sociology* 85, núm. 3 (1979).

en términos de dificultad y contradicción. La normatividad patriarcal tiene consecuencias para la salud emocional y reproductiva de las mujeres. En los relatos ofrecidos son recurrentes las referencias a sentimientos de culpa, vergüenza e incapacidad, además de vivencias de juicio, que en nuestro trabajo funcionan como indicadores de control:

Y la culpa que también es tan grande... como de, cuando llega alguien y es de '¿quieres cargarlo?, ¡perfecto!, relévame! No sé si una misma se lo inventa o la sociedad también te ve con algún ojo, que una dice '¡hijole!'. Yo a veces me siento que a la primera oportunidad que tengo, relevo, y entonces me siento culpable, como que a veces es... 'ella no quiere ser mamá', 'como que le cayó la maternidad, pero no la disfruta'. Así como que socialmente es que las mujeres debiéramos de disfrutar todo, todo, todo... como que ese es nuestro pasatiempo, ¿no?, y la verdad conmigo no es así.⁵⁶

56 Angelina, entrevistada personalmente por María Pilar Carrascosa Fernández en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, el 11 de octubre de 2022.

Angelina tiene 39 años y vive en unión libre; tiene un nivel de escolaridad superior, y en el momento de la entrevista, trabajaba. Se autopercibe con un nivel socioeconómico medio. Deseaba tener un parto vaginal con partera, mas su bebé nació vía cesárea en un hospital público.

Miedo a la violencia obstétrica

El concepto de violencia obstétrica queda oficialmente estipulado en la República Bolivariana de Venezuela en 2007. En territorio mexicano, entra en vigor a partir del 2008 con la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. El Gire (Grupo de Información en Reproducción Elegida) define la violencia obstétrica como:

Una forma específica de violencia contra las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados. Consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema

Nacional de Salud que cause un daño físico o psicológico durante el embarazo, parto y puerperio. Cualquier acción u omisión que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización. Las manifestaciones de la violencia obstétrica pueden ser físicas y psicológicas. Entre las primeras están las prácticas invasivas, como las cesáreas cuando se practican sin justificación, la esterilización no consentida o forzada, el suministro injustificado de medicamentos, el retraso de la atención médica de urgencia o la falta de respeto a los tiempos de un parto. Entre las segundas se encuentran actos discriminatorios, uso de lenguaje ofensivo, humillante o sarcástico, falta de información oportuna sobre el proceso reproductivo y trato deshumanizado.⁵⁷

Aunque solo una de las mujeres entrevistadas hace referencia explícita al concepto de *violencia obstétrica*, son numerosas las alusiones al miedo que les ocasiona el encuentro médico. Los relatos presentan cómo la desinformación (no saber qué o cómo es el proceso que están viviendo), el maltrato en la relación con el personal sanitario y la vulnerabilidad que viven frente a la jerarquía médica establecida, son factores que detonan el miedo en las mujeres:

Aquí en México no dejan entrar al padre, entonces... bueno, ese pequeño y gran detalle fue lo que a mí me hizo pensar ¡que él no iba a entrar! A mí me pareció una cosa totalmente irregular, además de que es un momento en que estás muy vulnerable y es que en México pasan muchas cosas... Como te digo, la gente de la colonia donde yo vivo les ha pasado de todo, hay una que incluso le cortaron las trompas, ¡le ligaron las trompas sin avisarle! Yo ni siquiera me había planteado qué era violencia obstétrica antes de estar embarazada. El hecho del tacto, que te meten el dedo sin decirte que te lo van a meter ni para qué lo hacen, eso de sacarlo con una ventosa sin preguntarte, no dártelo cuando nace, pares y el niño se lo llevan, lo curan, lo limpian y luego te lo dan y esos libros me ayudaron a ver esa otra cara y decir: no, es que así no hay que parir. Yo no tengo porqué sentir miedo.⁵⁸

57 “Violencia obstétrica”, Grupo de Información en Reproducción Elegida, <https://gire.org.mx/violencia-obstetrica/> (consultada el 18 de mayo de 2024).

58 Cristina, entrevistada personalmente por María Pilar Carrascosa Fernández en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, el 14 de octubre del 2022.

59 Véase Verónica Valdés y Ximena Morlans, “Aportes de las doulas a la obstetricia moderna”, *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 70, núm. 2 (2005), <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262005000200010>.

Cristina tiene 35 años, de nacionalidad española y vive en unión libre con el papá. Tiene un nivel de escolaridad alto y en el momento de la entrevista no trabaja. Vive de recursos económicos propios y se autopercibe de clase media-alta. Tuvo a su bebé con partera en una casa de partos, como deseaba. Cristina pagó un curso privado de preparación al parto de la mano de una doula⁵⁹ reconocida en su ciudad. La Real Academia Española define doula como: “Persona, generalmente mujer, que presta orientación y apoyo físico y emocional a otra persona en algunos momentos de su vida, especialmente a una mujer durante el embarazo, el parto y el posparto. En algunos países de América es una profesión reglada.

A partir de un acompañamiento muy individualizado en sus necesidades emocionales, conoció el proceso biológico y psicológico del embarazo, parto y posparto, le ofrecieron libros especializados para ampliar la información y resolver sus dudas y fue informada de sus derechos sexuales y reproductivos. Este curso le aportó elementos para cuestionar la realidad entendiendo que “ese” miedo no era “natural”. Y, también gracias a su condición de clase, tuvo el privilegio de poder elegir una forma de parto donde el miedo que pudiera sentir, además de ser atendido, no fuera originado por jerarquías de poder. Cristina, como algunas más de las mujeres entrevistadas, tuvieron la capacidad crítica, usando su incomodidad emocional como radar, de poner en tela de juicio las condiciones estructurales y materiales donde tienen lugar las prácticas reproductivas.

Por otra parte, y en relación con esta forma explícita de violencia contra la mujer, resalta el hecho nodal de que todas las menores de edad entrevistadas comparten relatos de desprotección e inseguridad en el encuentro con el personal médico:

Cuando llegó el ginecólogo vuelve a meter mano, metió mano la enfermera, el doctor, el ginecólogo, casi todo mundo, y yo me sentí mal y le pregunte a mi mamá: oye mami, ¿es normal que todo el mundo te toque?... Y ya metió mano el ginecólogo y dijo: 'le faltan dos para que ya esté en trabajo de parto, ya llévenla allá!. Y yo decía ¿qué onda?, ¿qué está pasando?, nadie me dijo nada,

ni algo así como: 'a ver mamita, te voy a tocar porque como estás embarazada te tengo que checar aquí abajo'. Entonces sólo me dijeron abre las piernas y ya, levantaron la bata y me sentí muy agredida en ese momento por parte de los doctores y enfermeras, pero bueno, dije yo, al final ellos sabrán qué hacen, lo dejé de lado. Me sentía yo nerviosa de lo que iba a pasar, de lo que me iban a hacer, era ese tipo de miedo y nervios y aparte de eso de cómo iba a tener yo a mi bebé, si iba a ser normal o cesárea. Incluso yo le pregunté a la enfermera: 'oiga, disculpe, ¿para qué sirve esto?' y ya me dijo 'es para que cuando te estén operando puedas respirar'. Nadie me dijo que sería cesárea, ya al último cuando llegó el ginecólogo le dijo a mi mamá, no a mí.⁶⁰

Aymara tuvo a su bebé con 15 años. Vive en unión libre con el papá del bebé en la casa familiar junto con su mamá, su papá y sus tres hermanas en un entorno rural. Tiene un nivel de escolaridad básico y, en el momento de la entrevista, trabaja. Se autopercebe con un nivel socioeconómico bajo. Prefería tener un parto vaginal, pero refirió no tener un deseo claro; tuvo a su bebé por cesárea en hospital público.

De tales relatos se deduce como el miedo puede derivarse de una posición adultocéntrica en la práctica médica donde las mujeres madres menores de edad se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad dado que las posiciones de poder por parte del personal médico se refuerzan. Si bien es compleja la tesitura psicoemocional que pasan las niñas y adolescentes que se convierten en madres en un contexto sociocultural y geopolítico como Chiapas, en este caso concreto, la condición de clase de las menores entrevistadas potencia la situación de asimetría y de desventaja social. El ejemplo de Aymara es muestra de una realidad maternal fuera del modelo normativo de sexualidad y maternidad femenina. Marcia Ellison hace un análisis socioestructural de los procesos de estratificación social de la maternidad que da herramientas para entender cómo experiencias que viven innumerable cantidad de mujeres menores embarazadas, niñas y adolescentes inmersas en abusos y abandonos de todo tipo, definen sus vocabularios emocionales dada la violencia estructural existente: “El estigma

60 Aymara, entrevistada personalmente por María Pilar Carrascosa Fernández en Zacualpa, Chiapas, el 25 de octubre del 2022.

61 Marcia Ellison, “Authoritative Knowledge and Single Women’s Unintentional Pregnancies, Abortions, Adoption, and Single Motherhood: Social Stigma and Structural Violence”, *Medical Anthropology Quarterly* 17, núm. 3 (2003): 322.

social asociado con estas formas de maternidad estratificada sugiere que categorizar a las mujeres embarazadas por su estado civil, o por nacimientos fuera del matrimonio, reproduce la violencia estructural implícita en los modelos normativos de sexualidad y maternidad femeninas”.⁶¹

Miedo al cambio de vida

Cuando la maternidad es atravesada por el patriarcado se naturalizan estructuras de dominación, una de ellas es la establecida por la relación simbiótica de mujer-madre, binomio que define el logro de la feminidad. La naturalización biológica de este binomio se caracteriza por mantener desigualdades de poder y opresión.

La mitad de las mujeres entrevistadas, expresan sentir miedo respecto al cambio de vida que supone la llegada de su bebé. Este se expresa en una crisis de identidad donde parece necesitarse un tiempo de reelaboración y resignificación subjetiva.

Pero luego me vino como el duelo que yo no había ni pensado. Porque claro, yo pues... yo siempre he ido de aquí para allá, entonces nunca había elaborado tan fuerte el: hostia, ¡cómo que te tengo para toda la vida! ¿no? Pues eso me costó integrar, o sea, que son cosas más emocionales que racionales, bueno o creencias. Sí, para mí... me venía mucho el miedo a no ser feliz con una hija... yo decía: mi libertad perdida, mi libertad, la libertad de hacer lo que me da gana, de decidir sólo por mí, para mí y ya... Cuando lo ves es muy fuerte, es muy fuerte y es que además yo siento que no se le da suficiente peso a esto que se vive por dentro.⁶²

62 Karina, entrevistada personalmente por María Pilar Carrascosa Fernández en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, el 10 de octubre del 2022.

Karina tiene 37 años, de nacionalidad española, vive en unión libre con el papá del bebé. Tiene un nivel de escolaridad alto y, en el momento de la entrevista, trabaja. Vive con recursos económicos propios y se autopercibe con un nivel socioeconómico medio. Tuvo un parto vaginal con partera en una casa de partos.

Karina puede ser la muestra de una mujer cuya identidad se define a partir del sentido de libertad e individualidad (perfil que comparten muchas de las mujeres entrevistadas). La posibilidad de autorrealización y de elección vital significan la propia existencia, configurada esta por una serie de valores y lógicas propias donde las mujeres se conciben a sí mismas fuera de condiciones de subordinación. Podemos establecer como el miedo que expresa Karina es consecuencia de aventurar una nueva subjetividad definida por una maternidad en “cautiverio”, en sentido lagardiano, aquella que define políticamente a las mujeres, que “se concreta en la relación específica de las mujeres con el poder, y se caracteriza por la privación de la libertad. Las mujeres están cautivas porque han sido privadas de autonomía, de independencia para vivir, del gobierno de sí mismas, de la posibilidad de escoger y de la capacidad de decidir”.⁶³

Es importante hacer notar que este miedo ofrece matices cuando la condición de edad interviene. Las menores de edad entrevistadas que continuaron su proceso formativo en estado de embarazo comparten el mismo sentimiento de miedo por el futuro que las anteriores, pero esta vez existe una necesidad de silencio. Su gestión en la realidad es diferente; salir a la sociedad es un reto dado que tienen que lidiar con la crítica, la vergüenza y el juicio:

Cuando supe que estaba embarazada no quería decirle a nadie, era un secreto para mí. Cuando me enteré se me vino el mundo encima, por mi edad muchas personas me criticaron, muchas personas me juzgaban. Entonces, era el miedo de salir ante la sociedad con ese embarazo, era un montón de miedo porque como yo estaba estudiando... una de mis supuestas amigas empezó a burlarse de mí, a decir cosas de mí muy feas, tenía mucha vergüenza de cómo estaba.⁶⁴

Un estudio detallado sobre la vergüenza puede ayudar a entender e ilustrar el estado emocional que vivió Mariana en sus primeros meses de embarazo. Los resultados de este estudio concluyen que quienes la sienten “tienden a pasar por procesos de valoración repetitivos y opresivos, en los cuales evalúan con rigidez todas las interacciones según el grado de crítica, burla, juicio o hasta humillación percibidos”. Los participantes se sienten “resentidos y

63 Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas* (México: Siglo Veintiuno, 2015), 140.

64 Mariana, entrevistada personalmente...

65 Mark R. Zaslav, "Shame-related states of mind in psychotherapy", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 7, núm. 2 (1998): 159.

66 Olga Sabido-Ramos, "El análisis sociológico de la vergüenza en Georg Simmel. Una propuesta para pensar el carácter performativo y relacional de las emociones", *Digithum*, núm. 23 (2019): 12-13, <https://doi.org/10.7238/d.v0i23.3148>.

67 Aymara, entrevistada personalmente...

68 Ana María Fernández, *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*, 2a reimp. (Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Nueva Visión, 2014), 121.

poco valorados, insultados, maltratados o humillados", lo que les conduce a "estados mentales hostiles e hipervigilantes... El yo avergonzado se siente pequeño, débil y malo".⁶⁵ Olga Sabino, por su parte, pone a dialogar las propuestas teóricas sobre las emociones de Georg Simmel, Ágnes Heller y Sara Ahmed. La autora enfatiza el carácter relacional en el análisis de estas y se concentra en el efecto que tiene la vergüenza en el cuerpo, puesto que dada emoción supone una "marca afectiva" de determinados vínculos. Establece que "la vergüenza es una respuesta emocional ante la violencia simbólica, pues es mirarse a sí mismo desde la lente dominante".⁶⁶

Sin embargo, la realidad se complejiza y alcanza mayor grado de dificultad en las menores de edad entrevistadas que, por su condición de clase, tuvieron que dejar de estudiar:

Al principio no le quería decir a mi mamá, le dije cuando tenía yo ya siete meses de embarazo, fue todo una cosa fea, una sensación de mucho miedo y mucha tristeza porque pues yo quería seguir estudiando, mi plan de vida era seguir estudiando, desde chiquitita yo quería ser enfermera y hasta ahorita sigo teniendo eso, pero todo eso se cayó, se fue, me dio mucha pena y mucha vergüenza fue muy feo y más porque toda la gente te mira y te dice: oye, ¿sabes que tienes 15 años y estas embarazada? ¡ay no!... eso me pasó a mí.⁶⁷

El miedo al cambio de vida en las menores primigestas que dejaron de estudiar se presenta como un miedo al futuro; en su realidad de vida, la idea de sí mismas y de su vida futura tiene lugar como un deseo frustrado o un sueño intangible. Ana María Fernández habla de "precosidades desventajosas" para referirse a embarazos adolescentes. Fernández alega que en una adolescente embarazada operan tres cuestiones: producción del problema, producción del desamparo y producción de la fragilización.⁶⁸ Esta triada general se manifiesta de forma diferencial al ocupar la clase social un lugar central: el tipo de problema, el tipo de desamparo y el tipo de fragilización es especialmente desventajosa en la población de escasos recursos. La adscripción etaria, en este caso, refuerza la necesidad de resituar

la maternidad en su dimensión social y política puesto que visibiliza cómo la minoridad política coloca a las mujeres que maternan en contextos de escasez económica en una posición aún más vulnerable, aumentando la precariedad en su experiencia y en la vivencia emocional.

Miedo a no saber cómo hacerle

Antes de hacer las entrevistas, se realizó un breve cuestionario para trazar los diferentes perfiles sociodemográficos de las mujeres. El objetivo era atender cómo se relacionaba la categoría de clase con el miedo que expresaban. El grupo de mujeres que da voz a este miedo queda configurado por aquellas que viven en un entorno rural o proceden de él aun viviendo en la ciudad, mujeres madres menores de edad que dependen económicamente y madres jefas de familia con niveles básicos de estudios. La característica principal de este grupo es que la vulnerabilidad económica se define por baja formación académica, empleos de remuneración inmediata o semanal, y/o la dependencia económica. Pese a que este grupo corresponde a una parte menor de la muestra, los resultados de los datos ponen de relieve cómo la realidad material, al encontrarse con otros condicionantes de subordinación tales como el género y la edad, complejiza la situación.

¿Qué me pasaba por el corazón? Pues era miedo y pues era a la vez cómo voy a mantener mi hija, ese era mi pensamiento, ¿sabes? Tenía miedo al qué dirán las demás gentes... también a ver cómo le hacía para salir delante, miedo a tener a mi hija por miedo a tenerla, porque... por miedo a no saber cómo hacerle, cómo salir adelante. Sí, por miedo a la experiencia. Siempre tengo que saber cómo salir adelante, o sea... Miedo a muchas cosas, son muchas cosas que tenía, pero lo primordial era el miedo a mi... a la situación económica.⁶⁹

Lupita tiene 16 años y es madre autónoma. Tiene un nivel de escolaridad bajo y, en el momento de la entrevista, trabaja. Se autopercebe con un nivel socioeconómico bajo. Vive junto a su bebé con sus abuelos en un entorno

⁶⁹ Lupita, entrevistada personalmente por María Pilar Carrascosa Fernández en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, el 14 de octubre del 2022.

rural. Tuvo un parto vaginal con partera en la casa de sus abuelos del cual se siente muy orgullosa porque, dice, “fui capaz de hacerlo natural”.

Este miedo a no llegar, a *no saber cómo hacerle*, pese a que a nivel cuantitativo pasa desapercibido y que la realidad de cada mujer es individual y con matices propios, da cuenta de cómo la condición de clase jerarquiza los miedos. En el caso concreto de las mujeres madres que viven vulnerabilidad económica se observa cómo, pese a vivir simultáneamente otros miedos, este es el emergente. Cuando la necesidad material no está segura, los demás miedos se ven relegados, estableciendo así una obligada jerarquización. Resulta que el lugar que ocupas en la sociedad también determina tu relación con los miedos.

El miedo es indicador de desventaja social al evidenciarse cómo las necesidades materiales y de seguridad de las mujeres madres no están cubiertas, haciendo patente que la condición de clase repercute en la precariedad emocional de la experiencia reproductiva. Lo interesante de este miedo en el análisis de los datos es que aparece relacionado con el miedo al cambio de vida; no en un sentido material del cambio, sino en términos de deseo. Las mujeres que expresaron miedo a la carencia también manifestaron su frustración cuando sus sueños de ser una-otra-diferente se vieron truncados, lo que demuestra que la condición de clase no inhabilita la capacidad de estas mujeres para pensarse a mí mismas fuera de los límites de sus condiciones económicas.

Un último hallazgo, aspecto emergente del análisis, tiene que ver con la presencia de estrategias de afrontamiento desarrolladas por las mujeres en sus vivencias. Por motivos tanto de extensión como de temática no es viable exponer este punto en profundidad, sin embargo, es necesario nombrarlo puesto que pone de relieve la existencia de formas de resistencia frente a las relaciones asimétricas de poder anteriormente descritas, una suerte de expresiones subversivas frente a los mecanismos de opresión que suponen esta vivencia emocional.

La primera estrategia hace referencia al *tejido femenino*; la mayoría de las mujeres narran cómo el encuentro con otras mujeres (embarazadas o no)

fue un elemento de posibilidad que permitió elaborar lo que Castañeda define como un vínculo integrador entre lo material, lo subjetivo, el poder, la agencia y la situación/condición de las mujeres.⁷⁰ Esta red femenina supuso un sostén de cuidados para afrontar el miedo y vivenciar la experiencia reproductiva con mayor empoderamiento; aquel proceso que lleva a las mujeres de la imposibilidad a la capacidad en el desarrollo de su cotidianidad.

La segunda estrategia tiene que ver con la *funcionalidad* del miedo. Muchas mujeres refieren que su miedo le sirvió para darse cuenta de que estaban viviendo situaciones de limitación y dominación, no percibidas anteriormente por haberse normalizado en las relaciones de poder existentes o bien por cumplir con los mandatos que habían naturalizado. A partir del autorreconocimiento emocional se desarrolla la capacidad crítica y relatan cómo el miedo les remitió a interrogarse por ese malestar y desconfianza que sentían en el cuerpo, levantado cuestionamientos sobre subordinaciones interiorizadas.

Conclusiones

Hacer uso de los aportes feministas en la cuestión reproductiva ha permitido ampliar el debate sobre el significado emocional del miedo en la experiencia reproductiva de las mujeres. Lo que, desde los paradigmas tradicionales, se leía como una vivencia intrapersonal generada por la nueva condición reproductiva y caracterizada, principalmente, por el malestar psicológico, ahora se puede plantear como el miedo es una consecuencia sociocultural situada que pone de relieve aspectos que, si bien se materializan en los cuerpos de las mujeres, van más allá de ellos, traduciendo la emoción de miedo en una situación de opresión.

La opresión, entendida en los términos que plantea Iris Marion Young, no hace referencia aquí a las “desventajas e injusticias sufridas por la coacción de un poder tiránico”, sino a “las prácticas cotidianas de una bien intencionada sociedad liberal”.⁷¹ El miedo, entonces, supone una opresión para las mujeres

70 Martha Patricia Castañeda, “Etnografía feminista”, en *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*, coord. por Norma Blázquez Graf, Fátima Flores Palacios y Maribel Ríos Everardo (México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2010), 237.

71 Martha Patricia Castañeda, “Etnografía feminista”, en *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*, coord. por Norma Blázquez Graf, Fátima Flores Palacios y Maribel Ríos Everardo (México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2010), 237.

en tanto existen elementos sistemáticos y estructurales que influyen, directa e indirectamente, en la experiencia reproductiva de las mujeres.

Los resultados manifiestan como la normatividad social adscrita a las expectativas de género maternales en contexto mexicano genera miedo en las mujeres madres. Al contraponer el deber social con el deseo individual se genera un conflicto interno, que deviene en un carácter más complejo cuando se tienen especialmente en cuenta la condición etaria y la de clase en la experiencia. El pretender ser una-otra-madre se acompaña de culpa, vergüenza y juicio; manifestaciones emocionales que oprimen a las mujeres y a sus cuerpos.

Las experiencias relatadas manifiestan miedo en las aplastantes relaciones de poder patentadas en violencia obstétrica a partir de la desinformación, el maltrato en la relación con el personal sanitario y la vulnerabilidad frente a la jerarquía médica. El adultocentrismo que viven las mujeres menores de edad refuerzan estas posiciones de poder, de asimetría y de desventaja social.

El miedo se hace presente tanto en mujeres cuya identidad se caracteriza por un sentido de libertad e individualidad, como en aquellas menores que la desean para sí. Cuando las estructuras de dominación existentes en la reproducción y en la maternidad (maternidades en cautiverio) se presentan, la condición de edad supone subjetividades con mayor precariedad emocional y la clase social puede mediatizar y negociar estos miedos. Establecer alianzas entre emoción y estructura social da la posibilidad, como anteriormente lo expresamos, de visibilizar determinadas “normalizaciones” que oprimen a las mujeres y que, al ser nombradas desde su dimensión política e ideológica, arrojan luz a jerarquías de poder que permanecían en la sombra.

No se trata de rechazar modelos organicistas, dado que la emoción también puede ser explicada como proceso biológico, sino de poner de relieve que analizar el miedo de las mujeres madres con ausencia de perspectiva sociopolítica y de género es acercarse a la emoción desde una dimensión muy superficial, reducida e individual, logrando que la complejidad del fenómeno quede sin abordar. Problematizar el objeto de estudio en clave feminista; esto es, atender la presencia del miedo en la

experiencia reproductiva de las mujeres residentes en Chiapas desde su dimensión política, nos permitió legitimar dudas y sospechar sobre aquellas emociones que se presentan naturalizadas y normalizadas en la experiencia.

De la misma forma, cabe aclarar que la problemática que nos ocupa no puede ser abordada en términos de empatía o de buenas intenciones respecto al acompañamiento de los procesos reproductivos, se trata de construir el objeto de estudio desde la perspectiva de los derechos en salud sexual y reproductiva. De esta forma resaltamos, como bien apunta Roberto Castro, la conceptualización de las usuarias de los servicios de salud en tanto su condición de ciudadanía, obviando la perspectiva médica que, al construirlas como pacientes, “históricamente las ha ubicado en la parte más baja de un sistema jerarquizado dentro del cual han sido clasificadas como beneficiarias pasivas de los servicios, de las que se espera ante todo su colaboración y su acatamiento a las órdenes médicas”.⁷²

Al analizar las causas concretas que generan la aparición del miedo en la propia vivencia reproductiva se puede observar que el fenómeno, más que un origen intrapersonal, es una consecuencia contextual. Si bien el contexto que supone Chiapas en cuestión de salud materna y reproductiva tiene una gran complejidad a diferencia del resto del país,⁷³ se puede observar cómo los resultados de este estudio son extrapolables a otros contextos geográficos, dado que los miedos aquí descritos responden a cuestiones macroestructurales y sistémicas.

Los hallazgos han revelado que, cuando la estructura social del género queda atravesada por otros marcadores sociales, como la edad y la clase, la lógica complejiza las desigualdades que viven las mujeres y sus cuerpos aumentando la vulnerabilidad emocional en la experiencia. La presencia del miedo en las mujeres entrevistadas ha permitido poner en tela de juicio las condiciones simbólicas, materiales y estructurales donde las decisiones y prácticas corporales y reproductivas tienen lugar. El miedo, entonces, se presenta como un indicador de posición social desigual derivadas de la condición de género, clase y edad en la experiencia reproductiva. Se puede plantear que el miedo en la experiencia reproductiva deja entrever cómo las

72 Roberto Castro (prol.), “La calidad de la atención como epifenómeno de la estructura del campo médico”, en *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*, de María del Carmen Castro Vásquez (México: El Colegio de Sonora, 2008), 18-19.

73 Pedro Jesús Saturno Hernández et al., *Modelo integral para la mejora de la calidad de la atención materna y perinatal. Componentes y resultados de su implementación en Chiapas y Puebla* (Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2023).

74 María Rodó-Zárate, *Interseccionalidad: desigualdades, lugares y emociones* (Manresa: Bellaterra Edicions, 2021).

75 Betty Friedan, *The feminine mystique* (Nueva York: Norton, 2001).

76 Mabel Burin, Esther Moncarz y Susana Velázquez, *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada* (México: Paidós, 2000), 40.

77 Lagarde, *Claves feministas*, 23.

78 Michel Foucault, *Historia de la sexualidad* (Madrid: Siglo Veintiuno, 1991).

emociones son indicadores de desigualdad, en sintonía con la propuesta de María Rodó-Zárate.⁷⁴ En la misma línea en que Betty Friedan reflexionaba sobre cómo la femineidad de las mujeres desembocaba en un malestar que no tiene nombre,⁷⁵ nosotras podemos concluir que el miedo manifiesto de las mujeres primigestas residentes en Chiapas deviene en un conflicto, en ocasiones de carácter vaporoso. Las mujeres, cuando no se encuentran energéticamente con la misma sintonía del orden de género impuesto, presentan un conflicto interno manifestado a partir del miedo. Este conflicto es, según Mabel Burin, la consecuencia de un proceso personal e individual de cambio, el conflicto en su aspecto dinámico y crítico,⁷⁶ determinado por la experiencia vivida del género y, añade Lagarde, una dosis de desacato contra el orden establecido.⁷⁷

Así pues, el miedo puede ser planteado, en términos foucaultianos,⁷⁸ como una tecnología emocional para lograr el control sobre los cuerpos de las mujeres en su experiencia reproductiva y maternal. A partir de la conciencia crítica individual es posible movilizar los cimientos opresores del sistema desde la vida cotidiana; los mandatos de género, el control sobre cuerpo reproductivo de las mujeres o los privilegios sociales, que ocurren en la experiencia misma. Los cambios radicales deben implicar tanto las subjetividades como las vidas cotidianas.

Podría concluirse, entonces, que la reproducción material, simbólica y cotidiana del orden patriarcal en la reproducción produce miedo, perpetuando con ello su lógica interna. Los cambios, aunque deben comenzar con una conciencia crítica de la propia existencia, deben implicar acciones a nivel social y cuestiones estructurales que mejoren sustancialmente la situación de salud reproductiva de las mujeres por lo que la mirada de género y salud es fundamental.