



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ACATLÁN**

**“LA IMPORTANCIA DE UNA PEDAGOGÍA PRENATAL Y  
PERINATAL PARA MADRES Y PROFESIONALES DE LA SALUD  
EN MÉXICO”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PEDAGOGÍA**

**PRESENTA:**

**NOEMÍ GUADALUPE HERNÁNDEZ CENOBIO**

**ASESORA: DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES DE LA ROSA REYES**

**Santa Cruz Acatlán, Estado de México. 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

Estoy completamente segura que este trabajo no hubiera sido posible sin la ayuda que tuve desde pequeña de mamá y papá, sin sus consejos, sus palabras de aliento, sus abrazos, el cariño y apoyo que me han dado en todo momento.

A mi hermano por hacerme reír en todo momento, en especial cuando estaba estresada o cansada.

Igualmente, gracias a toda mi familia por siempre estar presente, en especial agradezco a la familia Romero Hernández y a la familia Garrido López quienes siempre me acogieron en su casa en distintos momentos de mi trayectoria escolar.

A mis amigas Diana, Karla y Mary; que sin duda hicieron de nuestra estancia universitaria una etapa bonita, con altas y bajas, cansancios, clases, tareas y trabajos en equipo, pero siempre juntas y sacando lo mejor de cada una para lograr convertirnos en lo que somos hoy en día. Agradezco su apoyo, compañía y sobre todo la oportunidad de conocernos.

También agradezco enormemente a la maestra Ángeles de la Rosa, gracias por confiar en mí para la realización de este proyecto, por todas sus enseñanzas, su acompañamiento y paciencia durante la elaboración de este trabajo.

Por último, agradezco al Programa de Apoyo a la Investigación para el Desarrollo y la Innovación (PAIDI) 005/21 *“Apoyo pedagógico al Centro Yolocihuacalli para el diseño curricular de la carrera profesional en partería”* por su apoyo al financiamiento de este proyecto.

## Capitulado

<b>Introducción</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Antecedentes históricos de la atención materno-infantil</b> .....	<b>7</b>
1.1 Los partos a través de la historia occidental .....	7
1.2 La partería en México.....	10
1.3 La violencia obstétrica y la transición hacia el parto humanizado .....	19
<b>2. La transformación a figuras maternas</b> .....	<b>21</b>
2.1 Partos hospitalarios .....	25
2.2 Partos en casa y comunidades rurales.....	29
2.3 La atención básica y los cuidados prenatales.....	35
<b>3.. La importancia de la educación prenatal y perinatal.....</b>	<b>40</b>
3.1 La psicoprofilaxis .....	43
3.2 La educación prenatal y perinatal en México .....	48
<b>4. El papel de la violencia obstétrica</b> .....	<b>54</b>
4.1 Derechos sexuales y reproductivos .....	61
4.2 Derechos humanos: Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia .....	66
<b>5.Planteamiento del problema, objetivo y marco pedagógico.....</b>	<b>71</b>
<b>6.Propuesta. “Antes, durante y después: una mirada hacia la maternidad consciente” .....</b>	<b>74</b>
6.1 Antes: planificación de vida .....	77
6.1.1 Mi proyecto de vida .....	80
6.1.2 Mis decisiones .....	83
6.1.3 Siendo madres/padres responsables .....	85
6.2 Durante: El acompañamiento en la gestación y el parto .....	87
6.2.1 El parto humanizado en México .....	88
6.3 Después: la lactancia materna.....	97
6.3.1 El primer alimento para el recién nacido .....	99
6.3.2 Contacto: piel con piel.....	101
6.3.3 Promoción de la lactancia .....	103
<b>Reflexiones finales</b> .....	<b>106</b>
<b>Materiales de apoyo.....</b>	<b>109</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>111</b>

## Introducción

El propósito de este trabajo de investigación fue crear una propuesta en el ámbito de la pedagogía prenatal y perinatal en México, con el fin de beneficiar a aquellas personas que aspiran a ser madres y desean experimentar un proceso de gestación y parto en el que se sientan escuchadas y valoradas.

Mi reflexión sobre la necesidad de brindar apoyo durante el embarazo a las personas vulvoportantes surgió a raíz de la lamentable normalización de la violencia obstétrica que afecta a muchas personas en nuestro país. Es importante señalar que, aunque en ciertas partes del texto se mencionen "mujeres" en relación con algunos autores citados, reconozco plenamente que en la actualidad cualquier persona puede optar por la maternidad, y es precisamente por esta razón que se emplea el término "persona vulvoportante" para asegurar una inclusión adecuada.

Una vez hecha la aclaración continuó explicando los motivos que me llevaron a la realización de este trabajo de investigación. Pues bien, esta inquietud se fortaleció gracias a las experiencias compartidas por personas cercanas en mi entorno social. Esta normalización de la violencia obstétrica en nuestra sociedad me llevó a promover la importancia de una pedagogía prenatal y perinatal dirigida a futuras madres. Además, consideré fundamental rescatar y reafirmar el respeto que se merece el cuerpo de cada persona, así como la dignidad con la que deben ser tratadas por los profesionales de la salud en México.

Este proyecto nació a partir del proyecto desarrollado en la FES Acatlán llamado "*Apoyo pedagógico al Centro Yolocihuacalli para el diseño curricular de la carrera profesional en partería*" y con respaldo del Programa de Apoyo a la Investigación para el Desarrollo y la Innovación (PAIDI) 005/21.

Este trabajo se adentró en una exploración sobre la evolución de los procedimientos de parto en la historia occidental. Se examinó cómo las parteras fueron estigmatizadas como brujas o hechiceras, así como la exclusión de las mujeres por parte de la Iglesia. Continuando con la línea temporal, se abordó el papel histórico de las parteras en México, desde la época prehispánica hasta el presente, y cómo gradualmente obtuvieron el reconocimiento que poseen en la actualidad.

Por otra parte, también consideré cuestiones como la violencia obstétrica, el parto humanizado y los partos llevados a cabo por obstetras en entornos hospitalarios. Además, se examinaron los partos realizados en casas y en comunidades rurales, donde no existen hospitales y las parteras desempeñan un papel fundamental.

Además de lo mencionado anteriormente, también examiné aspectos relacionados con la atención básica en los procesos de gestación y parto, incluyendo los cuidados prenatales que deben considerarse durante el embarazo. Además, presenté información sobre los derechos sexuales y reproductivos, así como las leyes que regulan las políticas públicas en este ámbito, centrándome en la situación específica de México.

Por último, como elemento central de esta investigación, se desarrolló una propuesta de trabajo titulada "Antes, durante y después: una mirada hacia la maternidad consciente".

Esta propuesta se basó en presentar alternativas para las personas próximas a convertirse en madres mediante la implementación de tres talleres que les permitirán conocer y adentrarse en temas relacionados con el embarazo, parto y lactancia. Es importante destacar que esta propuesta fue diseñada para que, en el futuro, alguien pueda decidir implementarla, siguiendo las diversas actividades propuestas en cada uno de los tres talleres planificados.

En relación a lo mencionado anteriormente, la propuesta de los talleres incluidos en este trabajo de investigación contienen actividades relacionadas con los siguientes temas: planificación de vida, la función materna y paterna en la actualidad, el tipo de acompañamiento durante la gestación y el parto, la situación del parto humanizado en México, los derechos de las mujeres en los procesos de gestación y parto así como la Ley General de Acceso a una Vida Libre de Violencia; los beneficios de la leche materna como alimento inicial para los recién nacidos/as, la promoción de la lactancia en México y la existencia de bancos de leche.

Con respecto al enfoque utilizado, se optó por un enfoque filosófico de tipo humanista. Este enfoque se fundamenta en la creencia de que la educación debe ser un proceso enriquecedor que fomente el crecimiento y el desarrollo de cada individuo como ser humano, reconociendo su singularidad y valorando tanto su bienestar emocional como intelectual. La elección de este enfoque pedagógico se basó en la perspectiva del doctor en educación Alfonso Torres Hernández (2023), de la UPN de Hidalgo, quien argumenta que la educación de corte humanista promueve la autoconciencia, permitiendo a las

personas comprender sus valores, intereses y metas personales. Además, este enfoque estimula la toma de decisiones informadas al proporcionar las herramientas necesarias para evaluar opciones y tomar decisiones acertadas. Asimismo, fomenta la responsabilidad en las elecciones y acciones individuales.

En resumen, considero que este tema es altamente relevante en el ámbito pedagógico, ya que la educación desempeña un papel fundamental en la formación de individuos y en su carácter, lo cual, a su vez, influye en la sociedad en su conjunto. Por lo tanto, creo que es esencial iniciar una serie de iniciativas educativas dirigidas tanto a las personas vulvoportantes como a los profesionales de la salud capacitados y sensibilizados en estos temas interesados en eliminar gradualmente la violencia obstétrica y promover un enfoque más humanizado en el proceso de parto en nuestro país.

## 1. Antecedentes históricos de la atención materno-infantil

### 1.1 Los partos a través de la historia occidental

Como bien se sabe, la gestación y el parto son un proceso propio y natural del ser humano. De igual manera, este proceso es experimentado por personas vulvoportantes quienes dan vida a otro ser expulsándolo comúnmente por vía vaginal; sin embargo, este proceso no siempre ha sido como lo conocemos hoy en día.

Para comenzar, es necesario conocer la percepción que se tenía de las mujeres que ayudaban a otras en los procesos de parto y en distintos aspectos relacionados con la salud, tal como se relata en el libro *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras femeninas* de Bárbara Ehrenreich:

“Las mujeres siempre han sido sanadoras. Ellas fueron las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental. Sabían procurar abortos y actuaban como enfermeras y consejeras. Las mujeres fueron las primeras farmacólogas con sus cultivos de hierbas medicinales, los secretos de cuyo uso se transmitían de unas a otras. Y fueron también parteras que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo. Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija”. (2014, p. 4)

Teniendo en cuenta lo anterior, estas mujeres eran consideradas como sanadoras y entre los varios conocimientos que poseían y los trabajos que realizaban ayudaban a otras mujeres en sus procesos de parto, que particularmente eran realizados en casas. Además, las parteras eran conocedoras sobre la utilización de plantas medicinales. Sumado a esto, a través de los siglos, el arte de ayudar a parir ha estado relacionado con la mujer, bien como “partera experimentada”, o como “matrona”. Según Ana Ganso en su texto *Las parteras: un arte de mujeres para mujeres: una investigación sobre el pasado* expone que:

“Muchas mujeres han parido desde siempre sin el auxilio de profesionales, pero por las dificultades que conlleva el proceso de parir sin ayuda, todos los grupos humanos se han provisto de especialistas en esa función. Por ello el oficio de partera ha tenido gran trascendencia en nuestra sociedad, ya que han sido ellas las que se han encargado durante siglos de la atención a la mujer, aunque la consideración recibida no ha sido siempre la misma”. (2016, p. 50)

Brevemente hablaré un poco de la partería a través de la historia occidental y sobre la manera en que las parteras eran consideradas brujas o hechiceras, además, eran sanadoras y se encontraban al servicio de la población de una manera no profesional. Es aquí, en la Edad Media donde se comienza a visibilizar las intenciones de los varones al querer dejar de lado a las mujeres con relación al ejercicio de la medicina. “La eliminación de las brujas como curanderas tuvo como contrapartida la creación de una nueva profesión médica masculina, bajo la protección y patrocinio de las clases dominantes”. (Ehrenreich, 2014, p. 7) En Europa era práctica habitual la quema de personas acusadas de brujería, santería o cualquier actividad considerada herejía o blasfemia. Muchas veces eran llevadas a hogueras en las plazas públicas para que el pueblo fuera testigo. (Tejeda, 2022) No se sabe con exactitud cuántas mujeres murieron de esta manera, mucho menos se tiene información certera de quiénes eran y de donde provenían, pero sí es indiscutible que todas esas muertes eran ejercidas de manera violenta.

Otro aspecto significativo a resaltar es la influencia de la Iglesia católica en este proceso, ya que se sostenía que había una conexión entre la mujer y la lujuria. En otras palabras, se afirmaba que las brujas habían experimentado el placer sexual por primera vez al unirse con el demonio y que después transmitían este pecado a los hombres (Ehrenreich, 2014), se mencionaba también que de aquella copulación era de donde las brujas obtenían sus poderes.

Sintetizando todo lo anterior, podemos notar que se tenían creencias diferentes a las que se tienen hoy en día respecto al papel que tenía la Iglesia sobre la sociedad, así como también sobre los saberes que tenían las parteras y de dónde los obtenían. Sobre esto, quiero retomar nuevamente a Bárbara Ehrenreich acerca de los saberes que tenían estas mujeres:

Las mujeres sabias, o brujas, poseían multitud de remedios experimentados durante años y años de uso. Muchos de los preparados de hierbas curativas descubiertos por ellas continúan utilizándose en la farmacología moderna. Las brujas disponían de analgésicos, digestivos y tranquilizantes. Empleaban el cornezuelo (ergotina) contra los dolores del parto, en una época en que la Iglesia aun los consideraba un castigo de Dios por el pecado original de Eva. [...] Los métodos utilizados por las brujas sanadoras representaban una amenaza tan grande (al menos para la Iglesia católica y en menor medida también por la protestante) como los resultados que aquellas obtenían, porque en efecto, las brujas eran personas empíricas: confiaban

más en sus sentidos que en la fe o en la doctrina; creían en la experimentación, y en la relación entre causa y efecto. No tenían una actitud religiosa pasiva, sino activamente indagadora. Confiaban en su propia capacidad para encontrar formas de actuar sobre las enfermedades, los embarazos y los partos, ya fuera mediante medicamentos. (2014, p. 14 y 15)

Más tarde, la exclusión de las mujeres persistió debido tanto a la Iglesia como a los hombres que aspiraban a obtener más reconocimiento en el campo de la medicina. La formalización de la medicina como una profesión que requería formación universitaria contribuyó a la exclusión legal de las mujeres de su ejercicio. (Ehrenreich, 2014) Retomando a Ganso expone que “en el siglo XVIII, las mujeres podían ejercer como matronas, pero no podían hacerlo como cirujanas dado que ese puesto estaba destinado a los varones debido a que ese título tenía un mayor prestigio y por supuesto mayor categoría. Más recientemente en los siglos XIX y XX estaba mejor visto que las mujeres ejercieran la enfermería o la matronería que la medicina o sus especialidades”. (2016, p. 60)

A partir del final del siglo XIX, se comienza a llevar a cabo el parto en hospitales bajo el argumento de que las mujeres embarazadas y en proceso de parto estaban en un estado de enfermedad y requerían atención médica. Este periodo marca el inicio de la medicalización del parto. Gradualmente, se establece un control absoluto del proceso por parte del cuerpo médico, lo que resulta en la pérdida del control de la mujer sobre su propio cuerpo. Los discursos de los médicos legitiman esta práctica al tiempo que subordinan la maternidad al modelo biomédico. En consecuencia, la medicina construye el proceso reproductivo desde una perspectiva médica predominante y patologizante. (Sánchez, 2012)

Por otro lado, en 1910 en Estados Unidos cerca del 50% de los niños nacían con ayuda de una partera, la mayoría de ellas negras u obreras inmigradas. Ésta era una situación intolerable para la nascente especialidad de la obstetricia. En primer lugar, toda mujer pobre que acudía a una partera empírica era otro caso perdido para la docencia y la investigación. Además, las mujeres pobres gastaban cerca de 5 millones de dólares anuales en parteras que hubiesen podido ir a parar en cambio a los bolsillos de los “profesionales”. (Ehrenreich, 2014, p. 31) Cuando menciono "profesionales", me refiero a los médicos de esa época. Los obstetras intentaron reemplazar y eliminar a las parteras en nombre de la ciencia y las reformas. Se burlaron y menospreciaron a las parteras como individuos. Específicamente, se les culpó por la propagación extendida de infecciones uterinas postparto (septicemias puerperales) y las cegueras neonatales causadas por la gonorrea. Ambos problemas

podrían haberse prevenido fácilmente mediante técnicas que incluso las parteras menos educadas podrían haber aplicado (como la higiene de manos para las septicemias puerperales y gotas oculares para la oftalmia). La solución más lógica con el bienestar público habría sido difundir y proporcionar a la mayoría de las parteras empíricas las técnicas preventivas adecuadas. De hecho, esto se llevó a cabo en Inglaterra, Alemania y en la mayoría de las naciones europeas, donde las parteras recibieron la capacitación necesaria y llegaron a ser reconocidas e independientes como profesionales.

## 1.2 La partería en México

En México, las parteras existían desde la época prehispánica como mujeres que ayudaban a otras en la llegada de un nuevo ser. Antiguamente en la época prehispánica las mujeres tenían diversos cuidados que llevaban a cabo con la finalidad de proteger al nuevo ser humano.

Dentro del escrito *El embarazo y el parto en el México prehispánico* de Luis Alberto Vargas se mencionan diversos cuidados que se tenían hacia las mujeres que se encontraban en proceso de gestación; entre los cuidados se creía que el abuso de las relaciones sexuales dañaba al niño, pudiendo dejarlo manco o lisiado de las manos, los pies o los dedos. No se debían de cargar objetos pesados con los brazos o levantar con fuerza, para no “empezcar<sup>1</sup>” al niño. No se debía usar el baño de temazcal en exceso, ya que el calor podía matar al niño. Se prohibía dormir de día, ya que el niño nacería con la cara deforme. Los deseos alimentarios de la mujer embarazada debían satisfacerse, ya que se creía que, si veía algo de color rojo, el niño nacería en una posición complicada. Si la mujer embarazada deseaba caminar por la noche, se le aconsejaba poner ceniza sobre su vientre para proteger al niño de asustarse por cualquier presencia sobrenatural. También se le recomendaba evitar ver ahorcados, ya que esto se creía que causaría que el niño naciera con el cordón umbilical enredado alrededor del cuello. Se creía que observar un eclipse lunar causaría labio leporino en el niño, pero esto se podía prevenir colocando obsidiana en el vientre. Dentro de esta lista podemos notar que antiguamente (y aun en nuestros días) se tenían diversas creencias alrededor del proceso de una mujer en proceso de gestación, asimismo, estas creencias derivaban de algunas experiencias que habían coincidido ocasionalmente con eventos semejantes. (1973, p. 301)

---

<sup>1</sup> Empezcar: Dañar, ofender, causar perjuicio. <https://dle.rae.es/empecer>

El cuidado de las mujeres embarazadas era extremadamente meticuloso y era proporcionado, como se mencionó anteriormente, por otras mujeres conocidas como comadronas, cuya tarea principal era asistir en el parto. Las comadronas solían brindar a la mujer embarazada un baño de temazcal, durante el cual realizaban maniobras en su vientre para asegurar que el feto estuviera en una posición adecuada. Además, varios días antes de la fecha prevista para el parto, la comadrona se trasladaba a vivir a la casa de la embarazada.

Para iniciar el proceso de parto, la comadrona realizaba un ritual invocando a la tierra y al tabaco con sus manos, con el propósito de aliviar el dolor. Como ayuda durante el parto, se usaba una mezcla de cola de tlacuache molida con agua. En caso de complicaciones en el parto, la comadrona y la parturienta eran confinadas en una habitación donde la comadrona arrojaba granos de maíz como medio para identificar la causa de la dificultad. Si el parto avanzaba de manera normal, se procedía a la expulsión de la placenta. Durante el proceso de alumbramiento, se adoptaba una posición particular en la que una rodilla se apoyaba en el suelo y la otra ejercía presión sobre el vientre, lo que aparentemente facilitaba el proceso de dar a luz. (Vargas, 1973)

Dentro de este escrito de Luis Alberto Vargas, conviene subrayar la importancia que le era otorgado al cordón umbilical. Con respecto a ello, se expone lo siguiente:

La mente prehispánica fue impresionada por la unión entre el niño y la madre por medio del cordón umbilical. El cordón pasó a significar liga con el pasado, lo precioso y tal vez el cielo. Los cordones se encuentran dirigidos hacia el cielo y rematan con el signo flor o precioso. El cordón umbilical fue empleado también como símbolo de la unión con "algo". [...] La idea de interpretar al cordón como linaje, se confirma en la palabra náhuatl *mecayotl* que al mismo tiempo significa linaje y cualidad abstracta de cuerda. Al cortar el cordón umbilical, la comadrona pronunciaba un bello discurso al niño o niña. El cordón y la placenta tenían diferente destino según el sexo de los recién nacidos, ya que, si se trataba de varón, se enterraba en el campo de batalla y si era mujer, en el hogar; en otra práctica de magia de contacto se pensaba que el cordón era una especie de hermano espiritual que atraía a las personas hacia el sitio que les correspondía. (1973, p. 305 y 308)

Ahora veamos cómo se llevaban a cabo los procesos de gestación y parto en la época colonial. Durante este tiempo existieron muchos cambios, primeramente; la Nueva España

fue la primera entidad colonizada por parte de los españoles en América y por supuesto, eran los que gobernaban a todo el pueblo. Con este cambio tan significativo vinieron muchos más, entre estos cambios se encuentra la mezcla creada entre españoles e indígenas dando como resultado un nuevo hombre llamado mestizo, dicho lo anterior llegamos al punto de mencionar el papel que tenían las parteras en estos momentos de la historia ayudando tanto a mujeres indígenas como a mujeres españolas. Pero, no todo quedaba en manos de las parteras como anteriormente sucedía en los pueblos mesoamericanos.

Con lo anterior quiero decir que los rituales dirigidos a las deidades fueron relegados a un plano secundario, permitiendo así el desarrollo de la práctica médica. Con respecto a ello, en 1750, se emitió un mandato en España y sus territorios para que las parteras fueran sometidas a exámenes y supervisión por parte del Real Protomedicato. Se crearon guías o manuales específicos para las parteras, en los cuales se les instruía que, en casos de partos complicados, debían solicitar la asistencia de un cirujano. De igual manera y como ya se mencionó anteriormente, la diversidad étnica entre las parteras era evidente, ya que incluía a mujeres de origen español, africano, mestizo, mulato e indígena. Entre ellas, las parteras indígenas aun mantenían un gran reconocimiento y disponían de diversos métodos terapéuticos para abordar cuestiones como la infertilidad, prevenir abortos, regularizar las contracciones uterinas, aumentar la producción de leche y fortalecer a las mujeres después del parto. (Carrillo, 1999) No obstante, estas parteras ya no tenían suficiente libertad para ejercer sus saberes esto debido al control que se tenía por parte del Real Protomedicato y los estudios que solicitaban a dichas mujeres.

Más tarde, dentro de la historia de la partería en el país se presentaron diversos acontecimientos, entre ellos se encuentra lo sucedido en 1833, de esto nos habla Ana María Carrillo en *Nacimiento y muerte de una profesión: las parteras tituladas en México*:

En octubre de 1833, se decretó la abolición de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad y se creó en su lugar el Establecimiento de Ciencias Médicas, que hizo la recepción de la medicina clínica y experimental europea. Desde ese momento se estableció una cátedra de obstetricia y operaciones, y dos meses más tarde se dispuso que se diera una cátedra para parteras. (1999, p. 169)

A diferencia de lo que sucedía en España donde la enseñanza para las matronas se impartió primero en los colegios de cirujanos y donde su formación era distinta de la

que recibían éstos, además de que se les habilitaba para menos funciones, en México, cuando comenzaron los cursos de instrucción para ellas ya estaban unidas las carreras de medicina y cirugía, y las futuras parteras asistían a la misma cátedra de obstetricia que los estudiantes de medicina. Es más, ellas hacían un curso de dos años mientras que ellos lo hacían de uno. [...] Con la formación de parteras profesionales se buscaba reemplazar a las parteras tradicionales por mujeres alfabetas entrenadas por los médicos. (1999, p. 169 y 170)

Las parteras con conocimientos tradicionales eran mujeres que formaban parte de comunidades populares, especialmente de grupos indígenas. Su comprensión se basaba en su propia experiencia y en el conocimiento transmitido por otras mujeres. Es importante destacar que la mayoría de la población, incluyendo a estas mujeres, carecía de educación formal. Esto significa que las parteras se guiaban por la sabiduría acumulada a lo largo del tiempo. Cuando comenzaba el trabajo de parto, la partera preparaba a la embarazada, organizaba un espacio adecuado para el parto y, solía estar acompañada de dos o tres mujeres a las que se conocía como "tenedoras". Estas "tenedoras" ayudaban durante el proceso de parto y el alumbramiento. Con el tiempo y la experiencia adquirida, estas mujeres "tenedoras" también se convertían en parteras. (Pérez, 2012)

Otro suceso importante fue lo que ocurrió con el reconocimiento y la mirada masculina que se tenía de estas mujeres dedicadas a la obstetricia; en 1841 en el periódico *El Mosquito Mexicano* se emitió un comunicado anónimo donde se solicitaba a la Junta Médica y a la autoridad competente que se ocupasen de "las mujeres intrusas en el arte de partear", asimismo, los médicos también tenían contradicciones con las parteras tituladas preparadas por ellos: "nuestros jurados enemigos", decía un obstetra. Con las profesiones que "invadían" el campo que ellos consideraban de su competencia exclusiva (religiosos, homeópatas, médicos y parteras indígenas), los facultativos tuvieron una actitud de descalificación y combate. (Carillo, 1999, p. 177) En lo que respectaba a las profesiones de la salud cuya formación y concesión de títulos estaban bajo la supervisión de las escuelas de medicina, como cirujanos, flebotomianos<sup>2</sup>, farmacéuticos, parteras, dentistas y enfermeras, la política adoptada fue una combinación de reconocimiento y esfuerzos por ejercer control. Al mismo tiempo, dado que las parteras tradicionales continuaban ejerciendo, se produjeron numerosas protestas tanto en la prensa general como en la

---

<sup>2</sup> Flebotomianos: radica del término "flebotomía" la cual se define por Oxford como una operación quirúrgica que consiste en hacer una incisión en una vena para evacuar una cierta cantidad de sangre. <https://cutt.ly/4wbyE8UP>

especializada. Se instaba a sancionar con la máxima severidad permitida por la ley a aquellas parteras que ejercían la profesión sin poseer un título oficial.

Más tarde, se intensificó la presión estatal para controlar a las parteras así que, en 1887, en la Escuela de Medicina de México se establecieron tres cátedras de perfeccionamiento: oftalmología, bacteriología y ginecología. (Carrillo, 1999). Con la introducción de la ginecología como una disciplina médica especializada, se pretendía otorgar a los hombres un mayor control sobre los procedimientos de parto. Como mencioné previamente, uno de los objetivos principales era reemplazar gradualmente el papel de las parteras.

Después, el 24 de marzo de 1892, el Ministerio de Gobernación emitió un conjunto de normativas destinadas a las parteras con título oficial. Estas reglas reflejaban el esfuerzo de los médicos universitarios por disminuir gradualmente su participación en la atención a mujeres embarazadas y recién paridas, al mismo tiempo que buscaban emplear a las parteras para persuadir a las pacientes y sus familiares sobre la relevancia de utilizar los servicios médicos. (Carrillo, 1999). Dentro de dicho reglamento podemos destacar lo siguiente en palabras de Ana María Carrillo dentro del texto llamado *Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México*:

A las parteras les correspondía, exclusivamente, la asistencia de los partos eutócicos<sup>3</sup> y del puerperio fisiológico. De encontrarse en presencia de un parto distócico<sup>4</sup> o de un puerperio patológico, debían avisarlo a la familia de la parturienta o a ella misma, para que con oportunidad se llamara a un médico. Siempre que un médico estuviese presente para la asistencia de un parto, las parteras se sujetarían a las prescripciones de aquél. Las parteras no practicarían operaciones obstétricas que exigiesen el empleo de instrumentos; tampoco podían aplicar anestésicos ni practicar inyecciones intrauterinas excepto cuando éstas hubieran sido prescritas por un médico. En las instrucciones para la práctica de la antisepsia se buscaba, igualmente, el desplazamiento de la partera a favor del médico en diferentes prácticas. (1999, p. 178 y 179)

Esta situación no perduró mucho antes de que las parteras alzaran sus voces. Un mes después de la promulgación del reglamento, las profesoras con título de la Escuela Nacional

---

<sup>3</sup> Partos eutócicos: Parto normal, que se inicia de forma espontánea en una mujer con un feto a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y que termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución. <https://dpej.rae.es/lema/parto-eut%C3%B3cico>

<sup>4</sup> Parto distócico: parto en el que resultan necesarias maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del mismo. <https://dpej.rae.es/lema/parto-dist%C3%B3cico>

de Medicina se dirigieron al presidente Porfirio Díaz para solicitar la revocación de ciertos artículos dentro de dicho reglamento. Argumentaron que estos artículos iban en contra de la libertad de ejercicio profesional, un derecho garantizado por la Constitución, y también contradecían el Reglamento de la Escuela de Medicina de 1870, que habilitaba a las parteras en formación para llevar a cabo procedimientos obstétricos menores, para los cuales recibían capacitación y evaluación (Carrillo, 1999). El debate continuó por parte de diversos organismos como las secretarías de Gobernación e Instrucción Pública; el Consejo Superior de Salubridad, así como también algunos médicos. Así pues, se crearon más reglamentos en varios estados del país como lo fueron Puebla, San Luis Potosí, Chihuahua y Michoacán; todos estos con el mismo objetivo: ejercer control sobre el ejercicio de la partería profesional.

Todavía cabe señalar que, en 1893, se propuso aumentar en un año la carrera de medicina en la Escuela Nacional para introducir la cátedra de clínica médica y hacer obligatorias cátedras que hasta entonces habían sido de especialidad. Se pretendía que el nuevo médico que recibiese su título profesional en la Escuela de Medicina pudiese, entre otras muchas actividades, atender los partos y las enfermedades de los niños y las mujeres. (Carrillo, 1999, p. 182) Al mismo tiempo, se buscaba la aprobación de un programa en la carrera de obstetricia donde se buscaba que quienes quisieran dedicarse a esta especialidad cursaran dos años de estudios tales como descripciones anatómicas y las teorías obstétricas que se fundaban en las reglas y los principios de las matemáticas y de las ciencias abstractas y naturales; las parteras debían, además cursar aritmética, álgebra, geometría elemental plana y en el espacio. Más aun, se buscaba que dentro del programa se incluyera la doctrina de los microorganismos patógenos, tomando en cuenta el origen bacteriano de muchas dolencias puerperales, así como también debían permanecer un año en el internado de maternidad, donde escribirían historias clínicas y harían guardias nocturnas. Todas estas especificaciones fueron tomadas en cuenta por la Escuela de Medicina y el plan fue aprobado cuatro años más tarde, en 1897.

Continuando con la línea histórica sobre la partería en México, me gustaría abordar sobre una mujer en especial, Matilde Montoya, fue la primera mujer que se graduó como médica en la entonces Escuela Nacional de Medicina (ENM). Fue también pionera del feminismo en el país. Decía: “Hombres y mujeres deben tener los mismos derechos intelectuales y civiles”. (Guzmán, 2019) Debido a su éxito y respeto como partera, experimentó un recorrido lleno de difamación, calumnias y celos por parte de algunos médicos. Incluso en los

periódicos de esa época, la estigmatizaron debido a sus creencias. Matilde enfrentó diversos desafíos en su camino para convertirse en médica, y uno de ellos implicó solicitar permisos para someterse al examen profesional ante el entonces presidente Porfirio Díaz, quien presenció su evaluación y le otorgó el título de Médico Cirujano Partero. No obstante, su nombramiento no fue reconocido en la Gaceta Médica de México.

Más adelante, en 1911 la Escuela Nacional de Medicina puso como requisito para ser partera, recibirse antes como enfermera. A partir de ese momento, los médicos comenzaron a considerar a las parteras como enfermeras con una especialización particular. La mayoría de las estudiantes que ingresaban a programas de enfermería aspiraban a convertirse en parteras. Sin embargo, con el tiempo, el número de escuelas de obstetricia disminuyó mientras que el número de escuelas de enfermería aumentó significativamente. (Carrillo, 1999) Teniendo en cuenta el aumento en las escuelas de enfermería, un rasgo importante a mencionar es la separación de la Escuela de Enfermería de la Escuela de Medicina. Cuando la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) se independizó de la Facultad de Medicina, se llevó a cabo una separación en la formación de las parteras. Después de completar tres años de formación en enfermería, se mantuvo la enseñanza adicional de dos años específicamente destinados a la formación de parteras. Esta configuración se mantuvo hasta el año 1968, cuando la carrera de partera fue suspendida en la ENEO. (Pérez, 2012)

Dentro de las opciones que tenían las mujeres para estudiar en México en el siglo XIX se encontraba la profesión de ser maestra o ser partera. En este caso, me seguiré enfocando en la importancia que se le otorgaba a la partería en esos años; como ya mencioné anteriormente, la partería aun continuaba por debajo del reconocimiento sobre la práctica médica. Más aun, la partera profesional desempeñaba una actividad necesaria pero subordinada a la profesión médica, y al mismo tiempo que competía con la medicina académica, la estructura legal y académica comandada por varones principalmente buscaba reprimir la actividad de las parteras tradicionales, reemplazándolas, porque ellas no acudían a estas cátedras, ya que implicaban la asistencia a clases en las escuelas lo cual no les era permitido, así como también se requería la práctica en hospitales y un examen ante un jurado (Pérez, 2012).

Continuando en 1911, la formación de parteras quedó integrada a la Escuela de Enfermería del Hospital General de México, dicha Escuela de Enfermería dependía de la recién inaugurada Universidad Nacional de México en el año de 1910. Por todo esto, en 1912 el

plan de estudios de la carrera de Partera quedó integrado por cursos de Obstetricia Teórica, de Clínica de Obstetricia y Puericultura; de Patología Obstétrica Teórica y de Clínica de Patología Obstétrica. Todavía cabe señalar que, aunado a todos los cursos que debían tomarse, los requisitos para titularse exigían cubrir 40 guardias en el Departamento de Maternidad y concurrir en conferencias sobre la deontología médica y farmacéutica.

Considerando que eran aun años complicados para que la labor de las parteras fuera más allá de un simple acompañamiento a los médicos, la relación con ellos aun continuaba con contradicciones puesto que, con la creación de Instituto Mexicano del Seguro Social en 1944 se solicitaba a las parteras que abandonaran el ejercicio libre de su profesión a cambio de ser contratadas por parte del Seguro Social, esto con la finalidad de que la sociedad aceptara el parto hospitalario debido a que era más común que las mujeres de aquella época tuvieran a sus hijos con parteras tradicionales en sus hogares a que prefirieran asistir a un hospital a tener a sus hijos. Por esta simple razón se trató de integrar a las enfermeras parteras dentro del IMSS, ellas se encargaban del control del embarazo, el parto y la atención al recién nacido dando como resultado lo anteriormente mencionado: la calidad de la atención brindada a las parturientas convenció a la clase obrera de la eficiencia de los servicios del IMSS. (Pérez, 2012)

Con la oportunidad presentada para ingresar al mercado laboral del IMSS se fue dejando de lado la labor de ser parteras para ser solamente enfermeras, esto provocó algunos otros acontecimientos en el país, como, por ejemplo el 15 de febrero de 1968, aparece publicada en la Gaceta de la UNAM, la creación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y en la que textualmente dice: “En la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia podrá optarse por el grado de Licenciatura, lo anterior no implica la desaparición del actual grado académico; los alumnos que sólo tienen estudios de secundaria están en posibilidades de diplomarse en Enfermería y Obstetricia; para estudios de licenciatura es necesario que los alumnos sean bachilleres”. (Pérez, 2012, p. 12) Esto surgió como respuesta a las necesidades que presentaba el país tales como la falta de enfermeras.

Como podemos notar, a lo largo del tiempo, en nuestro país se han suscitado diversos acontecimientos los cuales nos permiten entender un poco más la gran labor que realizan las parteras tanto profesionales como tradicionales en nuestro país. Por otro lado, las mujeres de amplios sectores de la población mexicana siguen buscando la atención tradicional al embarazo y al parto, Esto se debe a que estas poseen habilidades técnicas, pero además cubren los aspectos culturales y religiosos del proceso. Sin embargo, la

partera profesional nunca pudo desplazar a la tradicional, que por siglos había permanecido en el campo, sin apoyo ni reconocimiento del Estado. (Carrillo, 1999)

En síntesis, las parteras perdieron reconocimiento para desempeñar sus funciones, de igual manera perdieron posicionamiento y por lo tanto perdieron la oportunidad de adquirir mayor experiencia sobre aquellos procesos fisiológicos y psicoafectivos de las mujeres a las que atendían. A pesar de ello, actualmente, aun pueden encontrarse en algunas regiones rurales de nuestro país mujeres con amplios conocimientos sobre el proceso de parto de una mujer y son conocidas como parteras tradicionales, con respecto a ello Eliana Acosta Márquez, directora de Etnología y Antropología Social del INAH expone en el libro *Información básica sobre la partería tradicional* lo siguiente:

Las parteras tradicionales son mujeres de conocimiento y 'corazón fuerte', pueden entrar en contacto con entidades y sustancias peligrosas y pueden limpiar a las mujeres y a los recién nacidos o curarlos del mal aire, el mal de ojo y el espanto. Ellas conocen las cualidades frías y calientes, dulces y amargas, tiernas y recias, propias de las plantas y los alimentos, y a través de ellas orientar a la embarazada durante la gestación y favorecer el proceso de parto y la recuperación después de dar a luz. (Márquez, 2018, p. 9)

Considerando lo mencionado anteriormente, es evidente que las parteras tradicionales se definen como aquellas que practican la partería sin contar con una certificación educativa formal. En otras palabras, no cumplen con los criterios formales que definen a una partera. Estas parteras, no obstante, conforman la mayoría de las parteras en el mundo, especialmente en áreas rurales y desfavorecidas. Por lo general, han adquirido sus habilidades de manera hereditaria, a través de experiencias personales, o como aprendices, es decir, su conocimiento se basa en la práctica empírica. (Laako, 2016)

Por otra parte, no solamente existen las parteras tradicionales sino también existen las llamadas parteras autónomas, estas parteras critican la forma en que el sistema biomédico se ha apropiado de los partos y los cuerpos de las mujeres, de igual manera piden que respete el conocimiento de la propia mujer sobre su parto como un derecho. "El movimiento de parteras autónomas desafía la definición clínica de los derechos reproductivos de las mujeres a nivel global, y en el ámbito de desarrollo con su campaña contra la violencia obstétrica y por la humanización del parto enfocada hacia el sistema hospitalario". (Laako, 2016, p. 185)

### **1.3 La violencia obstétrica y la transición hacia el parto humanizado**

Otro elemento importante dentro de este tema es el término “violencia obstétrica”. En primer lugar, la noción de violencia obstétrica se originó en una publicación inglesa a principios del siglo XIX. Hasta la fecha, se atribuye al doctor James Blundell el ser la primera persona en emplear el término "obstetric violence" para denunciar las atroces prácticas a las que eran sometidas las mujeres embarazadas de esa época. En este contexto, los cuerpos de las mujeres se convirtieron en sujetos de experimentación de técnicas, en muchas ocasiones extremadamente perjudiciales, que resultaban en graves secuelas físicas y psicológicas. Esto, considerando que algunas de ellas no sobrevivían al parto o caían víctimas de la muerte puerperal. En cuanto al uso del término en español, no se encuentran registros hasta finales del siglo XX. No obstante, es importante mencionar que el concepto de "parto violento" o "parto forzado" se ha utilizado con frecuencia, haciendo referencia a una técnica introducida por Françoise Mauriceau que implicaba la ruptura de las membranas y la dilatación forzada del cuello uterino con el fin de acelerar el proceso de parto. (Goberna – Tricas, 2018)

Otro punto importante que merece destacarse y está relacionado con lo mencionado anteriormente acerca de la violencia obstétrica es el concepto de "parto humanizado". En la mitad del siglo XX, se estableció la institucionalización del proceso de parto, pasando de realizarse en el hogar a llevarse a cabo en entornos hospitalarios. Al considerarse el parto como un procedimiento hospitalario, se introdujeron ciertas prácticas estandarizadas y protocolos. En este punto, el proceso de nacimiento dejó de ser parte de la tradición humanista para ser incorporado en el ámbito de la medicina especializada, tratando a la mujer embarazada como una paciente enferma que requiere atención médica. (Intriago, 2018) En respuesta a ello, la Organización Mundial de la Salud en el año 1985 realizó un encuentro en Brasil donde surgió la declaración “El nacimiento no es una enfermedad”, que dio inicio al proceso de transformación del modelo de atención del parto, lo que actualmente se conoce como parto humanizado. (2018, p. 396)

A pesar de que este fenómeno llamado “violencia obstétrica” está presente y se ha vuelto común, aún no se han tomado medidas efectivas para eliminar esta forma de violencia dirigida hacia las personas. Con respecto a ello, en América Latina, escasos países han implementado normativas destinadas a abordar directamente este problema.

Asimismo, la primera aparición oficial y legal del concepto de violencia obstétrica en América Latina ocurrió en el año 2006 en Venezuela cuando la Asamblea Nacional de la

República Bolivariana aprobó la Ley Orgánica sobre el Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (Sesia, 2020) En el artículo 15 esta ley establece lo siguiente:

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Sesia, 2020, p. 4).

Posteriormente en algunos otros países este concepto también hizo su aparición. Pongamos el caso de Brasil, país en donde desde la década de 1980, varias políticas gubernamentales fueron decididas con el intento de controlar el uso excesivo e inadecuado de intervenciones en el parto. Entre estas políticas se destacan la decisión de otorgar un pago igual para todos los tipos de parto y el establecimiento de límites de cesáreas a ser pagadas a las instituciones en el sector público. “La movilización de la sociedad civil, de grupos de mujeres y del movimiento a favor de la humanización y contra el exceso de medicalización en la asistencia obstétrica también contribuyó a la regulación de nuevas políticas, tales como el Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento, creado en 2000, y la Ley 11108, de 2005, que garantiza el derecho al acompañante que elija la parturienta, entre otras”. (Aguiar, 2020, p. 131).

Otro país que merece atención es Chile, ya que ha tenido un impacto significativo en la formulación de políticas públicas relacionadas con este tema. “Durante el siglo XIX, la mortalidad en el parto o posparto era sumamente alta y fueron las mujeres más pobres las que enfrentaron mayores riesgos a causa de su precaria alimentación y salud, así como la necesidad de seguir trabajando hasta el último día del parto”. (Sibrian, 2020, p. 151). Para el Estado, los niños sanos eran considerados como los futuros trabajadores fundamentales para el desarrollo de la nación. Por consiguiente, se consideraba esencial supervisar el proceso de parto para asegurar la supervivencia del recién nacido. En consecuencia, las políticas gubernamentales promovieron el traslado del parto desde la casa al hospital, un cambio que se intensificó principalmente en la segunda mitad del siglo XX. (Sibrian, 2020)

Por estas razones, en el año 2006 se inició en Chile la implementación del programa "Chile Crece Contigo", el cual consta de lo siguiente:

Promover el parto natural y humanizado [...] El programa cuenta con un sistema de prestaciones que cubren el nacimiento y la infancia desde la gestación hasta los 4 años o más. Durante la etapa de gestación el programa ofrece diversos planes como: fortalecimiento de los cuidados prenatales (controles), plan cuidado personalizado (consultas con especialistas), talleres y visita a la maternidad, atención personalizada del proceso de nacimiento (parto) y un programa de apoyo al recién nacido (neonatología). Todos estos planes incluyen la entrega de una agenda o tarjeta de control prenatal, materiales educativos para el autocuidado, nacimiento, lactancia y crianza temprana; leche especial para embarazadas (leche “Purita Mamá”), vitaminas, medicamentos, el ajuar cuando el niño nace (cuna, mantas y lencería) y, en algunos casos, un subsidio familiar para la mujer embarazada desde el quinto mes de embarazo. (Sibrian, 2020, p. 153)

Al mismo tiempo, en México, los estados de Veracruz en 2008 y Chiapas en 2009 fueron los primeros en incluir la violencia obstétrica en las leyes estatales como “una forma específica de violencia de género que afecta los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluyendo la pérdida de la autonomía personal y la deshumanización del trato hacia las mujeres mientras dan a luz en unidades de salud institucionales”. (Sesia, 2020, p. 7) Posteriormente, en 2019, se promulgó en Nuevo León la Ley de Protección al Parto Humanizado y a la Maternidad Digna, de la cual hablaré en detalle en apartados posteriores.

Como podemos observar, son muy pocos los países que han incorporado en su agenda el concepto de violencia obstétrica y han contribuido de manera limitada con programas y políticas públicas relacionadas con este tema, que merece nuestra atención y debe dejar de ser considerado como algo normal en la actualidad.

## **2. La transformación a figuras maternas**

Con respecto a este apartado, considero fundamental iniciar planteando una pregunta que, aunque podría parecer irrelevante, creo que es esencial para reflexionar sobre la importancia de nuestras identidades individuales. Así que, partiendo de la siguiente interrogante: ¿qué implica convertirnos en figuras maternas?

En la actualidad, el hecho de ser individuos con deseos y perspectivas de vida únicas implica que todos tengamos planes de vida distintos. Cada uno de nosotros alberga aspiraciones personales, lugares que anhelamos visitar, experiencias culinarias que

queremos disfrutar, trayectorias laborales que nos interesan, la posibilidad de cambiar de residencia e incluso la decisión de si deseamos o no tener hijos.

La transformación a figuras maternas es un proceso complejo y significativo que ocurre a lo largo de la vida de las personas que así lo decidan. Esta transformación puede manifestarse de diversas maneras y no se limita exclusivamente a las madres biológicas ya que involucra un profundo cambio en la identidad, el rol y las responsabilidades de una persona. Como mencioné en la introducción de este trabajo, en la actualidad, el poder de decisión sobre convertirse en figuras maternas no se limita exclusivamente a las mujeres; esto también es relevante en la comunidad LGBTQ+. Por lo tanto, creo que, en cuanto a nuestros planes de vida, debemos tener el derecho de tomar decisiones sobre en qué etapa de nuestras vidas deseamos tener hijos, de esta manera, podemos asumir el papel de figuras maternas para un nuevo ser vivo cuando así lo decidamos, incluso si optamos por no asumir esta responsabilidad.

El proceso de convertirse en una figura maternal suele estar acompañada de un profundo crecimiento personal. La sociedad desempeña un papel importante en la definición de lo que significa ser una figura maternal. Las expectativas culturales y sociales pueden influir en cómo las personas perciben su papel y pueden agregar presión adicional a dicha transformación.

En relación a este tema, Marcela Lagarde hace referencia al propósito que se le asigna a la mujer: "el supuesto destino y principal realización es el ser madre y esposa, pero no de forma separada, sino al mismo tiempo, por eso construye el término "madresposa" (Díaz, 2022) Se espera que la satisfacción personal de las mujeres esté vinculada a la elección de tener o no hijos, así como a tener o no una pareja. La sociedad promueve la maternidad y la eleva, a pesar de las posibles consecuencias negativas tales como la afectación de la salud, el desarrollo personal y profesional, la independencia económica y, en algunos casos, la falta de un deseo genuino que puede llevar a una experiencia limitante de la maternidad.

En relación al término "madresposa", Marcela Lagarde presenta en su libro "Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas" el siguiente contenido:

Las mujeres son madresposas, aunque no tengan hijos ni esposo, así como es cierto también que algunas mujeres con hijos o casadas, tienen dificultades para cumplir con su deber y asumirse como tales [...] Las mujeres pueden ser madres temporales

o permanentes (además de sus hijos), de amigos, hermanos, novios, esposos, nueras, yernos, allegados, compañeros de trabajo o estudio, alumnos, vecinos, etc.; son sus madres al relacionarse con ellos y cuidarlos maternalmente. Son esposas de sus esposos, pero también de sus padres, de familiares, de amigos, de novios de jefes, de maestros, de compañeros de trabajo, de hijos; lo son al relacionarse con ellos en aspectos públicos y privados como si fueran sus esposas. (2005, p. 364)

El concepto presentado por Marcela Lagarde en cuanto al término "madresposa" es de gran relevancia y posee una profunda importancia en lo que respecta a la percepción de las mujeres, tanto de forma inconsciente como en ocasiones consciente. Sin embargo, al mencionar este término, también es enriquecedor considerar y reflexionar sobre el papel que se espera que las mujeres desempeñen en la sociedad y, al mismo tiempo, destacar el papel actual de la mujer.

Creo que se trata de empoderar a la mujer en los contextos actuales para que pueda estar presente en la vida de los demás sin descuidarse a sí misma. Esto implica desafiar la noción de "madresposa" y promover una disolución gradual de esta idea, permitiendo que las mujeres sean personas sociales capaces de buscar su propio bienestar y dar prioridad a sí mismas cuando sea necesario.

Las personas deben estar convencidas de sus propias decisiones acerca de las distintas experiencias que se susciten a lo largo de su plan de vida y las cuales hayan elegido con respecto a sus prioridades y necesidades, pues, el hecho de estar convencidos de nuestras decisiones implica que las personas debamos desaprender y reaprender sobre algunas vivencias que se presenten para dar lugar a los nuevos retos que las acompañan, de manera específica podemos hablar del proceso de gestación y el parto respectivamente. Entre dichos retos se encuentra el acceso a la educación sexual y reproductiva, promoción de la salud basado en la libre decisión y el consentimiento informado, y, por último, eliminar los tabúes existentes respecto a estos temas relacionados con la salud ya que, aunque algunas veces no se hable al respecto no significa que no existan tales como la violencia obstétrica o el poco acceso a la educación para el ejercicio de la sexualidad que poseen algunas personas en el país.

Además, hay que mencionar que la transformación de personas a figuras maternas es un proceso complejo e importante a la vez en la vida de las personas. Ser figura maternal no

significa abandonarse a sí mismo como persona, es decir, se trata de que las personas tengan claridad en cuanto al valor que poseen como seres sociales y posteriormente se pretende que se podrán ofrecer herramientas indispensables a sus hijos alrededor de su crianza. Dicho con otras palabras, la maternidad moderna debe ser una maternidad que, aunque puede tener dificultades en el proceso, debe ser una maternidad elegida, consciente y libre.

Pero, ¿a qué me refiero en cuanto a una maternidad libre? Pues bien, alrededor de la maternidad existe una presión social, sin embargo, hay que hacer consciencia de que la maternidad es un proceso personal el cual no debe verse generalizado pues cada persona vive los procesos de gestación y parto de manera diferente.

Por otro lado, es relevante mencionar el embarazo, el cual es un proceso fisiológico que conlleva cambios anatómicos, emocionales y a su vez trae consigo dudas y cuestionamientos para la persona que se encuentra próxima a convertirse en madre. Un embarazo es más que la gestación de un nuevo ser:

[...] implica poner en juego y repensar diversos aspectos de la vida de la mujer gestante, implica tomar decisiones, repensarse como sujeto y la posibilidad no sólo de parir otro ser, sino de ejercer la maternidad y, con ello, las necesidades físicas, sociales, afectivas, emocionales y económicas de ese otro ser humano que tendrá que cubrir durante una buena parte de su vida. [...] Frente al hecho de estar embarazadas, las mujeres pueden presentar diversos pensamientos y sentimientos; un embarazo puede ser o no deseado, ser o no planeado, la identidad que se tenga acerca de ser mujer y los capitales con los que se cuente determinarán cómo las mujeres tomen decisiones sobre su cuerpo y sexualidad, cómo vivan y enfrenten su embarazo. Definitivamente, los embarazos se viven de muchas formas, dependiendo del contexto de cada mujer. (De Dios-Vallejo, 2014, p. 78)

Comúnmente, el embarazo de un ser humano ronda aproximadamente 40 semanas. Posteriormente la mujer vive el proceso de parto, el cual se desencadena generalmente cuando el bebé ya está maduro y acomodado en la pelvis materna; entonces se secretan ciertas hormonas que hacen que la madre produzca oxitocina, una molécula que se segrega en el cerebro y actúa en el útero para generar contracciones, favoreciendo la dilatación del cuello de la matriz. Así, el bebé ya acomodado en la pelvis realiza los movimientos

necesarios para pasar por el canal de parto, favorecido por las contracciones uterinas. Todo este proceso culmina con la expulsión o nacimiento del bebé. (Castillo, 2015)

En lo que respecta al parto en sí, no siempre ha sido como lo conocemos en la actualidad. A continuación, exploraremos las diferencias entre los partos ocurridos en hospitales y aquellos en casas y comunidades rurales.

## **2.1 Partos hospitalarios**

Siguiendo en la misma línea de pensamiento, en la mitad del siglo XX, la tendencia de atender los partos en hospitales comenzó a expandirse, especialmente en áreas urbanas importantes. El parto dejó de ser una experiencia íntima y se convirtió en un procedimiento médico en el que el cuerpo de la mujer era considerado una máquina, susceptible siempre de tener defectos que la medicina podía intervenir o corregir para facilitar el parto. Además, los médicos pasaron a ser la figura central en la toma de decisiones y asumieron una responsabilidad absoluta y unilateral en todos los partos, independientemente de si eran de alto o bajo riesgo. (Torre Palomo, 2011)

Actualmente, aunque ha habido cambios en algunos aspectos, en la mayoría de los hospitales se continúa tratando rutinariamente todos los partos, con el mismo nivel de intervencionismo y medicalización. De igual manera, “la medicalización del parto sigue teniendo un gran prestigio y poder sobre el manejo de los cuerpos de las mujeres en el embarazo y parto.” (Torre Palomo, 2011, p. 55) En ocasiones, el proceso de dar a luz sigue siendo percibido como una condición de la que es necesario “aliviarse”, lo que lleva a que muchas mujeres acepten una posición subordinada y pasiva frente a los profesionales de la salud durante el parto. Esto conlleva a una pérdida de su protagonismo y a la conformidad con las normativas establecidas por las instituciones, ya que esto se ha promovido como la práctica “normal”. Además, existe una tendencia a abordar todos los partos de manera rutinaria con un alto grado de intervención, sin importar si son complicados o no (OMS, 1996)

En el año de 1996 la Organización Mundial de la Salud, específicamente el Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, presentó un informe el cual trata temas de la atención en un parto normal independiente del lugar o nivel de atención. El objetivo de este informe es simplemente examinar la evidencia a favor o en contra de algunas de las prácticas más comunes y establecer recomendaciones, basándose en la evidencia más razonada disponible, para emplearlas en la atención al parto normal. (1996, p. 3)

Teniendo en cuenta este informe, dentro de las características principales de un parto en hospital se encuentran las siguientes: primeramente, al ingresar al hospital, se debe comenzar por preparar a la mujer para el parto. Dicha preparación incluye varios procedimientos tales como la medición de la temperatura corporal, el pulso y tensión arterial, y un enema, seguido del rasurado total o parcial del vello púbico. (OMS, 1996) La medida de la temperatura, como recomienda la OMS, es importante ya que una elevación de la misma puede ser el primer signo de una infección, especialmente en casos de partos prolongados y/o de roturas prematuras de membranas. (Uranga, 2004) En conclusión, la toma de la temperatura, pulso y tensión arterial son, más que intervenciones, observaciones y forman parte de la evaluación del parto.

Otro de los procedimientos llevado a cabo en hospitales es el rasurado del vello púbico. “Se presume que el rasurado del vello púbico reduce infecciones y facilita la sutura, sin embargo, no hay evidencia que lo corrobore. Esto debido a que la mujer experimenta molestias cuando el vello vuelve a crecer y el riesgo de infección no se reduce. Los enemas<sup>5</sup> y rasurado púbico, se consideran innecesarios desde hace tiempo y no se deberían hacer a no ser que lo solicite la mujer”. (1996, p. 11)

En muchos lugares se prohíbe la ingesta de alimentos y se limita la administración de líquidos durante todo el trabajo de parto. Esto se debe al temor de que, si se utiliza anestesia general, se produzca una aspiración de contenido gástrico conocido como Síndrome de Mendelson. Sin embargo, Uranga expone que la morbimortalidad materna por aspiración de contenido gástrico es de 7/10.000.000 casos. Por otra parte, el parto requiere una gran cantidad de energía. Como la duración del mismo no puede predecirse, no debería restringirse en forma absoluta el ingreso de alimentos. (2004, p. 24) No obstante, aun persisten numerosas incógnitas sin respuesta, como si se ha realizado alguna investigación sobre los efectos de dar a luz con el estómago lleno, o si existe alguna diferencia entre ingerir una pequeña cantidad de alimentos o nada en absoluto durante el proceso de parto. También, si existen datos sobre cómo la restricción de alimentos y bebidas durante el parto afecta a las mujeres en países en desarrollo, donde no cuentan con los recursos para recuperar la energía perdida durante un parto prolongado. En resumen, la nutrición es un tema de gran relevancia y, al mismo tiempo, de considerable variabilidad. La forma más adecuada de abordar este asunto parece ser no interferir con las preferencias de la mujer

---

<sup>5</sup> Enema:

Líquido que se introduce en el cuerpo por el ano con un instrumento adecuado para impelerlo, y sirve por lo común para limpiar y descargar el intestino. <https://dle.rae.es/enema>

en relación a la comida o la bebida, ya que, en un parto normal, debería haber una razón sólida para intervenir en el proceso natural.

Otro rasgo importante dentro de los partos que son llevados a cabo en hospitales es la administración de fármacos o de analgesia epidural<sup>6</sup>. De todas las técnicas de analgesia usadas en el parto, la epidural es la más usada en todo el mundo. (Uranga, 2004) El uso de la anestesia epidural necesita de requerimientos importantes: el parto debe acontecer en un hospital bien equipado, el anestesista debe estar disponible constantemente y la mujer necesita de una supervisión continua. Con la epidural hay una tendencia a que el período de dilatación se alargue ligeramente y que sea más frecuente el uso de oxitocina. Varios estudios han demostrado que el número de partos instrumentales<sup>7</sup> aumentaba, especialmente si el efecto analgésico se mantenía durante la segunda fase del parto, ya que suprime el reflejo del pujo. Sin embargo, no existen estudios acerca de los efectos de la epidural sobre la madre y el feto a largo plazo. Hay que mencionar además que, la anestesia epidural es útil en un parto complicado. Sin embargo, si esta es aplicada a mujeres de bajo riesgo, habrá que preguntarse si al parto se le podrá seguir considerando “normal”. Naturalmente, la respuesta dependerá de lo que entendamos por normalidad, pero la analgesia epidural es uno de los más claros ejemplos de medicalización de un parto normal, haciendo de un evento fisiológico un procedimiento médico. (OMS, 1996)

Además, el tacto debe realizarse cuando sea estrictamente necesario, en el comienzo cada 4 horas como lo recomienda la OMS. Si el progreso del trabajo de parto es muy rápido los exámenes vaginales pueden limitarse a uno. (Uranga, 2004, p.29)

Más tarde, en el trabajo de parto se indica a la mujer que puje, la duración de esta fase depende de las condiciones maternas y fetales. Teniendo en cuenta estas condiciones, suele suceder que se den desgarros perineales, el desgarro de primer grado usualmente no necesita sutura, en cambio el desgarro de segundo grado necesita analgesia y sutura, generalmente sin mayores complicaciones. Es por esto mismo que pueda llevarse a cabo

---

<sup>6</sup> Analgesia epidural: Consiste en el bloqueo nervioso central mediante la inyección de un anestésico local cerca de los nervios que transmiten dolor, en la región lumbar, para el alivio del dolor durante el trabajo de parto y el momento del alumbramiento. (Vázquez, 2012)

[https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Analgesia\\_epidural.pdf](https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Analgesia_epidural.pdf)

<sup>7</sup> Partos instrumentales: aquel que en el momento del expulsivo requiere de la utilización de un instrumento, ya sea ventosa, espátula o fórceps. <https://inatal.org/el-parto/38-otros-tipos-de-parto/147-el-parto-instrumentado.html>

una episiotomía. La episiotomía<sup>8</sup> se realiza para prevenir desgarros perineales graves, pero su uso rutinario ha sido cuestionado. (2004, p. 36)

En los últimos momentos del proceso, se lleva a cabo la separación de la placenta y su expulsión del cuerpo. Una vez concluido el parto, se inicia un período de observación tanto para la madre como para el recién nacido/a. Durante las primeras dos horas, ambos se adaptan a su nuevo estado. Por último, en cuanto a la recomendación de cuánto tiempo deben permanecer en el hospital después del parto, en ausencia de complicaciones, la duración varía de 48 horas en el caso de un parto vaginal a 96 horas en el caso de una cesárea. (Uranga, 2004) La estadía dada en un hospital público y en un hospital privado tienen casi mismo periodo recomendado, con la diferencia de que en una institución privada se cobra por días de internamiento y en un hospital público la estadía depende de la disponibilidad que tenga el lugar con respecto a habitaciones y/o camillas desocupadas.

En este contexto, un parto que es llevado a cabo en un ambiente hospitalario termina en cuanto el recién nacido es expulsado de su madre, asimismo; cabe destacar que la atención que recibe la madre después de parir y la que recibe el recién nacido no es la misma, dicho con otras palabras, los profesionales de la salud que atienden a la mujer recién convertida en madre son enfermeras, médicos en turno y, en el mejor de los casos un ginecólogo; en cambio, los profesionales de la salud encargados de vigilar en las próximas horas al recién nacido son enfermeras en turno y, si se tiene suerte un pediatra.

Como resultado de todo lo expuesto hasta el momento alrededor de algunas de las recomendaciones otorgadas por la Organización Mundial de la Salud en 1996, se puede observar que los procedimientos médicos actuales llevados a cabo se siguen repitiendo aun con las recomendaciones otorgadas por la OMS, en otras palabras; actualmente aun se realizan procedimientos innecesarios y sin tomar a consideración la opinión de la mujer gestante. Esto, lamentablemente, tiene una serie de efectos negativos, algunos de ellos con serias implicaciones y que van desde el mero costo del tiempo, formación de los profesionales de la salud y equipo requerido por los numerosos métodos utilizados, hasta el hecho de que muchas mujeres rehúyan a pedir la ayuda que necesitan debido al alto grado de intervencionismo. (OMS, 1996) Las mujeres y sus hijos pueden resultar dañados por las prácticas innecesarias ya mencionadas en este apartado.

---

<sup>8</sup> Episiotomía: Incisión que se practica en el periné de la mujer, partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el ano, con el fin de evitar un desgarro de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión de la criatura.  
<https://www.lexico.com/es/definicion/episiotomia><https://www.lexico.com/es/definicion/episiotomia>

## **2.2 Partos en casa y comunidades rurales**

A diferencia de dar a luz en un entorno hospitalario, algunas parejas optan por la opción de realizar el parto en su hogar. Esto se debe a su deseo de acercarse más a los procesos naturales y experimentar el nacimiento de sus hijos sin estar sujetos a procedimientos médicos que consideran innecesarios, buscando así una atención al parto diferente. (Torre Palomo, 2011) Este tipo de partos domiciliados permiten que la mujer se sienta en un espacio más cómodo y con una atención más personalizada a diferencia de asistir a un hospital donde la atención se ve más generalizada debido a la gran cantidad de personas que acuden a estos lugares por diversas situaciones.

Para buena parte de la clase médica nacer en casa es un imprudente regreso al pasado, por lo que difícilmente las mujeres gestantes van a contar con el apoyo de su médico; pero a veces tampoco con el apoyo familiar y social, ya que existe escasa información sobre esta alternativa y mucho temor a los problemas imprevistos. La seguridad ha sido uno de los aspectos más investigados de la asistencia al parto domiciliario. Según diversos investigadores como Wieggers, Keirse, Van der Zee y Berghs en 1996 mencionan que la seguridad de este tipo de partos no puede ser demostrada mediante ensayos clínicos aleatorios controlados, ya que la mayoría de las mujeres rechazarían ser asignadas aleatoriamente a un lugar de nacimiento. Los datos que se conocen actualmente indican que el parto en casa es una opción segura cuando se cumplen una serie de criterios. Este tipo de parto debe ser planificado, es decir, no producirse de una forma inesperada o accidental, sino como una opción voluntaria que la mujer escoge, asimismo el embarazo y el parto deben ser atendidos por personal calificado. (Torre Palomo, 2011) Gómez Abero refiere que, el deseo de retorno al curso natural del parto en muchas partes del mundo ha desencadenado un proceso de revisión de la medicalización y deshumanización que se da en los hospitales y a una lucha por parte de mujeres y parteras a favor del parto humanizado. (2019, p. 8)

De igual modo, las mujeres que prefieren parir en su domicilio valoran la continuidad de los cuidados, el ambiente de casa y la posibilidad de tomar sus propias decisiones sobre lo que les sucede durante la dilatación y el parto. Principalmente, en los partos domiciliarios no se utiliza la monitorización fetal electrónica ni la estimulación del parto, y se hace un uso mínimo de analgésicos. (OMS, 1996)

Otro punto importante a mencionar es el papel de la nutrición otorgada en un parto domiciliado; es decir, en los partos que se llevan a cabo en hospitales como ya se mencionó,

los alimentos son restringidos, a diferencia de un parto que es liderado por una partera pues en la situación de un parto domiciliario, no se da ningún tratamiento específico, no se prescriben antiácidos y no hay restricción ni de fluidos ni de sólidos. Muchas veces, la profesional de la salud avisa a la mujer que la ingesta de líquidos o sólidos puede producir náuseas, pero como ellas están en su casa no se realiza un control riguroso acerca de lo que comen o beben más bien; al estar en casa las mujeres son autónomas y a su vez son responsables de los alimentos que lleguen a ingerir. Cuando la mujer decide comer algo, habitualmente la Organización Mundial de la Salud recomienda tomar algo ligero y fácilmente digerible. Se puede afirmar con seguridad que, para el parto normal, de bajo riesgo, no existe necesidad de restringir la ingesta. (1996, p. 12).

La actividad de la matrona o partera que atiende los partos en domicilio no se limita a la asistencia del parto en la casa, sino que su labor se inicia en el embarazo y se extiende hasta varios días después del mismo; cabe señalar que estas actividades resaltan la ética y responsabilidad de la matrona ya que evitan poner en riesgo a la mamá y al bebé. La matrona es la profesional que informa a la mujer embarazada sobre esta alternativa y que valora los factores de riesgo presentes, para asegurar los resultados maternos y perinatales, de manera que la decisión se toma de forma conjunta. La mayoría oferta también educación maternal, grupal o individual y realiza varias visitas domiciliarias antes del nacimiento para asegurarse de que el domicilio reúne condiciones de seguridad e higiene adecuadas. Por este motivo es importante el acompañamiento que brinda la partera a la mujer durante todo el proceso de gestación, puesto que con las visitas y la asistencia otorgada el domicilio puede llegar a ser el lugar adecuado en el momento de parir. (Torre Palomo, 2011) De ahí radica la importancia del acompañamiento personalizado, es decir, en caso de que el domicilio no cubra los requisitos que requiere la partera para realizar su trabajo en casa, ella misma es quien proporcionará las herramientas necesarias y con tiempo para cuando se llegue el momento del parto, tanto la mujer como su pareja y, por supuesto la partera estreche más ese vínculo creado desde el embarazo. Además, “informes y observaciones realizadas al azar acerca del apoyo ofrecido durante el parto por una matrona o partera, demostraron que un apoyo continuado y físico supone grandes beneficios, como partos más cortos, un uso menor de medicación y analgesia epidural”. (1996, p. 15)

Pero, ¿a qué se debe que los partos en casa reducen la ansiedad y aumentan la tranquilidad de la mujer gestante? Pues bien, primeramente, esto se debe al vínculo entre la partera y

la mujer el cual es creado desde el momento en el que la mujer decide recurrir a los servicios de la partera, pues este vínculo resulta benéfico para la parturienta y se verá reflejado en el momento del parto. Asimismo, las parteras encargadas de realizar el acompañamiento a la mujer durante sus procesos de gestación y parto ofrecen apoyo emocional mediante elogios, tranquilidad, medidas encaminadas a mejorar la comodidad de la mujer, contacto físico con masajes en la espalda de la mujer y tomando sus manos, así como explicaciones acerca de lo que está aconteciendo en el parto y una constante presencia amistosa y amable.

De igual manera, durante la labor de parto la matrona ha de asegurarse de que haya agua limpia y que la habitación tenga una temperatura óptima. “Se ha de lavar las manos concienzudamente. La ropa y toallas calientes han de estar preparadas para arropar al recién nacido y mantenerlo caliente. Debe existir a su vez un “kit” de parto para crear un campo lo más limpio posible de cara al nacimiento y a los cuidados del cordón umbilical. Así mismo, debe contemplarse un medio de transporte en caso de que la mujer deba ser trasladada a un centro de referencia”. (OMS, 1996, p. 26)

Después del parto la matrona permanece en el domicilio unas 2 o 3 horas en función del estado de la madre y del recién nacido; y en los días siguientes, realizará 2 o 3 visitas domiciliarias para comprobar el estado de ambos. En caso de ser necesario un traslado hospitalario antes, durante o después del parto, la matrona acompaña a la mujer hasta el hospital, garantizando la continuidad de cuidados. (Torre Palomo, 2011)

Asimismo, la privacidad de la mujer durante el proceso de dar a luz debe ser honrada en todas las circunstancias. Una mujer embarazada requiere tener su propia sala de parto y se debe restringir el número de personas presentes al mínimo necesario. Esto contrasta con la experiencia de un parto en un hospital, donde las mujeres embarazadas a menudo se sienten aisladas en salas de dilatación, rodeadas de equipos médicos y con muy poco apoyo emocional. (OMS, 1996) En conclusión, la planificación de un parto en el hogar respaldado por un sistema hospitalario eficiente representa una opción válida en comparación con dar a luz en un hospital, ya que conduce a una disminución de las intervenciones médicas y de las cesáreas.

Por otro lado, y sin restar importancia, se encuentran también los partos que son llevados a cabo en aquellas regiones alejadas de los servicios de salud que ofrece el Estado. En este sentido, “la partera tradicional ha brindado históricamente un servicio importante para

la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como del recién nacido, y sigue desempeñando, en la actualidad, funciones importantes en la vida de la mujer, en particular en las regiones indígenas, debido al arraigo de sus tradiciones y a su acceso limitado a los servicios de salud”. (Freyermuth, 2018, p. 33)

La partera tradicional se describe internacionalmente como una partera empírica que carece de formación escolar oficial, lo que significa que no encaja en la definición formal de una partera. No obstante, estas parteras han adquirido sus conocimientos de manera hereditaria. En el contexto mexicano, a menudo se asocia a las parteras tradicionales con la población indígena, pero esta percepción puede ser engañosa, ya que muchas parteras indígenas se autodenominan tradicionales. Sin embargo, esta categoría es amplia y compleja debido a diversos procesos simultáneos. Por ejemplo, en Veracruz, se ha otorgado la categoría de "tradicionales" a muchas parteras que no son estrictamente indígenas, sino más bien mestizas semiurbanas. (Laako, 2016)

El modelo de atención de la partería tradicional tiene particularidades que lo distinguen de otros modelos de atención del parto, tales como el respeto por la posición que adopta la mujer en el parto y el acompañamiento del esposo o familiares. La partera tradicional utiliza plantas medicinales, realiza rituales para el parto tales como pedida de velas en lugares sagrados, ofrendas de flores, animales y comida. Una acción básica es sobar a las mujeres durante el embarazo. La partería es una práctica tradicional vital. Las parteras realizan su trabajo con o sin reconocimiento institucional; este modelo de atención del parto surge como respuesta a necesidades de atención pues la partera tradicional ha brindado históricamente un servicio importante para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como del recién nacido, y sigue desempeñando, en la actualidad, funciones importantes en la vida de la mujer, en particular en las regiones indígenas, debido al arraigo de sus tradiciones y a su acceso limitado a los servicios de salud. (Freyermuth, 2018) Igualmente, tienen una estrecha relación sociocultural con las mujeres de la comunidad y reconocen la necesidad de cuidar la vida. (Maciel, 2019) Estos rituales ejercidos por parte de las parteras tradicionales forman parte de los diversos sistemas culturales existentes en nuestro país.

Cuando llegan las señales del parto tales como contracciones, la ruptura de la fuente o el comienzo de la dilatación del cérvix es importante que la familia de la parturienta la acompañe. “La matrona tiene que ser capaz de distinguir entre un falso parto o el principio

del mismo. Generalmente es necesario un examen vaginal para detectar los cambios del cérvix". (OMS, 1996, p. 23)

Una vez que las señales son claras al inicio del parto, la compañía para la mujer en labor de parto se considera positiva, ya que la ayuda a calmarse. Una vez que nace el niño, la partera masajea el vientre de la mujer hasta que la placenta es expulsada y posteriormente se rompe el vínculo físico con la madre, es decir, se corta el cordón umbilical con unas tijeras limpias, y se envuelve en un trapo o en vendas. La partera tiene la capacidad de atender algunas de las complicaciones que ocurran durante el parto. Si se presenta una hemorragia fuerte, le da infusiones a base de hierbas. De haber otras complicaciones, la decisión de trasladar a la mujer a los servicios de salud queda en manos de la partera y la familia. (Freyermuth, 2018)

Por otra parte, según la Asociación de Apoyo a las Mujeres Indígenas de México Kinal Antzetik A.C.<sup>9</sup> dentro de las prácticas llevadas a cabo en la partería tradicional se encuentran aquellas que sirven para fortalecer y preservar la salud física, emocional, mental y espiritual de las mujeres y el recién nacido. Son prácticas de atención a las mujeres en sus procesos reproductivos relacionados con el embarazo, parto y posparto, de manera integrada al entorno cotidiano, familiar y comunitario, de acuerdo con la tradición cultural ancestral de sus pueblos. (INAH, 2018) El Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) en su publicación llamada *Información básica sobre la partería tradicional. Saberes milenarios* expone que las buenas prácticas ofrecen en su conjunto una atención integral basada en el hecho de que la partera:

- Comparte con la embarazada la lengua materna y los valores culturales de la comunidad.
- Cuenta con el reconocimiento y respeto en el ámbito familiar de la embarazada.
- Conoce la historia familiar de la embarazada.
- Proporciona una atención personalizada.
- Desarrolla un vínculo de plena confianza con la embarazada.
- Respeta la posición en la que desea parir la mujer.

---

<sup>9</sup> Es una Asociación Civil que trabaja desde hace más de 10 años con cooperativas, colectivos y grupos de mujeres indígenas del Estado de Chiapas. Su objetivo es contribuir a la transformación de las relaciones de discriminación entre los géneros, ayudando con ello a la construcción de la justicia social, la democracia y la autonomía, mediante el análisis, la reflexión, la formación y capacitación para la formulación de propuestas en los diversos ámbitos de la acción organizada de las mujeres indígenas de Chiapas. <https://www.idesmac.org/ong/2018/10/25/kinal-ansetik/>

- Conserva y da valor a la placenta y el ombligo del recién nacido a través de una ceremonia propia de la tradición cultural de la embarazada.
- Promueve la lactancia y la recuperación cuidadosa de la mujer.
- Ofrece cuidados diarios durante los 40 días posteriores al parto para prevenir riesgos en la salud de la madre y el recién nacido.
- Realiza rituales para la vida, seguridad, protección para la mujer, el recién nacido y sus familias en diversos momentos de todo el proceso.
- Transmite valores de respeto a la vida y la conexión de los seres humanos con los elementos de la naturaleza, plantas, agua, tierra, etc.
- Permite que los hombres de la familia puedan participar en diversas partes del proceso.
- Moviliza recursos familiares y comunitarios en caso de emergencias y acompaña durante los trayectos a los establecimientos especializados en salud.

Con lo anterior, podemos notar que, a diferencia de la atención que pueda recibir la mujer gestante en un hospital, la atención que se recibe por parte de una partera es un acompañamiento más cercano y específico, es decir, la atención que ofrecen las parteras va más encaminada a las necesidades que la mujer vaya presentando a lo largo de su proceso de gestación, de igual manera, se cuidan los derechos sexuales y reproductivos de la mujer atendida.

Todas estas observaciones se relacionan también con la preservación de estas prácticas realizadas por parteras pues si bien los servicios de salud han ganado terreno en la atención del embarazo, el parto y el puerperio en las comunidades indígenas, esto no significa que se haya creado una relación de confianza. Por ejemplo:

En Chiapas, las instituciones de salud han establecido relaciones de colaboración con las parteras tradicionales, a quienes se ofrece capacitación, insumos y espacios para brindar de manera conjunta una atención integral a la mujer embarazada. Sin embargo, no todas las parteras han aceptado trabajar en colaboración; algunas prefieren seguir operando por su cuenta porque la relación con los servicios de salud pondría en riesgo su posición en las comunidades. La población percibe las clínicas y los hospitales como lugares donde aumenta el riesgo de morir o de ser intervenidas quirúrgicamente, y saben que la recuperación durante el puerperio es lenta y dolorosa. (Freyermuth, 2018, p. 37 y 38)

Por consiguiente, en algunas Casas de la Mujer Indígena (CAMI), financiadas por lo que fue la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y ahora el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, se ha logrado que organizaciones de mujeres locales operen un modelo de atención en materia de salud sexual y reproductiva desde sus saberes culturales. Ahí las parteras dan cuidados prenatales, atienden partos y son una alternativa local en términos de conocimiento y respeto por prácticas indígenas, como lo son el acompañamiento familiar, el uso de plantas, las posturas tradicionales para parir, la creación de un ambiente cálido y la conducción de un ritual en torno de la placenta y el ombligo, entre otros. (INAH, 2018)

### **2.3 La atención básica y los cuidados prenatales**

En relación con la atención básica es necesario mencionar su importancia dentro de estos procesos de gestación y parto, porque si bien, es un término que tenemos presente, no siempre contamos con la capacidad de entender y/o definir esta atención médica. Pues bien, para tener un poco más claro este término, en México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos expone en el artículo 4° que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud, si las personas hacen uso de los servicios de salud tienen el derecho de obtener prestaciones oportunas, profesionales, idóneas y responsables. El Estado otorgará servicios de salud a través de la Federación, Estados y Municipios de acuerdo a lo establecido en la ley”. (CNDH, 2022)

Una vez teniendo en cuenta lo establecido en la Constitución Política podemos notar que es un artículo muy importante, sin embargo, no toda la gente tiene acceso a esta atención médica de manera adecuada, y esto lo podemos notar con la presencia de los distintos casos presentes de violencia obstétrica alrededor del país. Además, con respecto a la atención básica, las mujeres gestantes requieren de ella en este proceso de sus vidas debido a que es un elemento básico y que necesita un buen alcance e interés por parte de los distintos prestadores de servicios en salud para lograr que las mujeres puedan ejercer este derecho.

De ahí que, es relevante mencionar la definición de la atención materna y neonatal básica, la cual consiste en servicios de salud que toda embarazada y todo recién nacido deben recibir. Una práctica clave en la atención básica es la presencia de un profesional calificado en cada parto, que resulta una intervención crítica que puede salvar las vidas de las mujeres y los recién nacidos. La meta principal de la atención básica es mantener normales el

período gestacional y neonatal con la intención de asegurar un resultado saludable para la mujer y el bebé. (Kinzie, 2004)

Hay que mencionar además que los profesionales calificados/as a los cuales me refiero son profesionales que poseen procesos formativos en materia de salud; se trata, por ejemplo, de una matrona o partera, médico/a o enfermero/a obstetra. Dentro de estos principales procesos formativos se incluyen habilidades tales como comprender los aspectos anatómicos y fisiológicos del cuerpo humano en su conjunto, contribuir a la satisfacción de las necesidades individuales de índole psicológica, emocional, física, nutricional y social de la persona. Asimismo, se espera que sean capaces de identificar, modificar o controlar factores de riesgo en los procesos reproductivos, preconceptionales, obstétricos y perinatales. (Kinzie, 2004)

El período gestacional y el período neonatal por lo general progresan normalmente, sin complicaciones. Por lo tanto, la atención básica no debe ser una experiencia excesivamente “medicalizada”, que se concentra solamente en los problemas que puedan surgir. El foco, más bien, consiste en asegurar, apoyar y mantener el bienestar de la madre y el recién nacido. Además de lo ya mencionado, en el año 2004 Bárbara Kinzie y Patricia Gómez en el programa de Salud Materna y Neonatal (SMN) exponen un manual llamado *Atención materna y neonatal básica: Una guía para proveedores de salud* distintos puntos los cuales deberían tomarse en cuenta dentro de la atención básica que requieren las mujeres en proceso de gestación. Dentro de los temas expuestos en esta guía se encuentran los siguientes:

- Promoción de la salud y prevención de enfermedades: asegurar que la mujer y su familia posean la información que necesitan para tomar decisiones saludables durante el embarazo, el parto y el periodo perinatal, así como suficiente orientación para aplicar esa información a su situación particular.
- Detección de enfermedades existentes y tratamiento: brindar o facilitar el tratamiento adecuado para todo problema que se encuentre. Mediante una evaluación dirigida, que se basa en las necesidades individuales, la profesional de la salud debería realizar preguntas a la mujer y la examina a ella a fin de detectar signos y síntomas de enfermedades y/o condiciones mórbidas crónicas o infecciosas endémicas entre la población que se atiende, además de problemas congénitos y otros problemas que pueden perjudicar la salud de la mujer o del recién nacido tales como malaria, VIH, tuberculosis, anemia, diabetes, etc.

- Detección precoz y manejo de complicaciones: esta parte se encuentra relacionada con el paso anterior y donde la profesional de la salud trata de buscar signos y síntomas de complicaciones maternas y del recién nacido. La atención básica también incluye efectuar medidas que salvan la vida, si fuera necesario, y manejar o facilitar el manejo de cualquier complicación detectada. Dentro de las principales complicaciones se encuentran la hemorragia en la mujer, sepsis e infecciones en la mujer y/o en el recién nacido.
- Preparación para el parto y en caso de complicaciones: Si la mujer y su familia están bien preparados para el parto natural, así como para cualquier complicación de la madre o del recién nacido, es más probable que la mujer o el bebé reciba la atención calificada y oportuna que necesite para preservar su salud. Esto se logra mediante la creación de un plan de parto a fin de asegurar que se lleven a cabo las preparaciones necesarias mucho antes de la fecha probable del parto. Este plan incluye arreglos para el parto y posparto.

Lo dicho hasta aquí supone que la madre ha de ser observada meticulosamente durante la primera hora posparto. Las observaciones más importantes incluyen la cantidad de pérdida sanguínea y la altura del fondo uterino: si el útero se contrae insuficientemente, se puede acumular sangre en la cavidad uterina. Si la pérdida sanguínea es anormal y el útero apenas se contrae, un fuerte masaje abdominal del útero puede ser beneficioso. “La condición materna es también importante; la tensión arterial, el pulso, la temperatura y el bienestar general deben ser evaluados”. (OMS, 1996, p. 40)

Al mismo tiempo, los cuidados no solamente deben ser referidos a la mujer recién convertida en madre, sino que también es de vital importancia prestar atención a los cuidados que necesita el recién nacido, de modo que los cuidados inmediatos incluyen el asegurarse de que la vía aérea se encuentra libre, tomar medidas para asegurarse de la buena temperatura corporal del recién nacido, pinzar y cortar el cordón, y poner al niño sobre el pecho de la madre tan pronto como sea posible. Inmediatamente después de su nacimiento, el niño ha de ser secado con ropas o toallas calientes, a la vez que se coloca sobre el abdomen materno o en sus brazos. Se examina el estado del recién nacido, a la vez que se asegura que las vías aéreas estén libres. Además, es importante mantener la temperatura corporal del recién nacido; los descensos de la temperatura corporal del recién nacido pueden evitarse asegurando un contacto directo piel con piel entre éste y la madre. (OMS, 1996, p. 39)

Por lo que se refiere al último punto mencionado, la Organización Mundial de la Salud expone que el contacto temprano piel con piel entre la madre y el recién nacido es importante por otras muchas razones. Psicológicamente estimula a la madre y al niño a conocerse el uno al otro. “Tras el nacimiento los recién nacidos se colonizan con bacterias. Resulta ventajoso que el recién nacido se colonice con las bacterias cutáneas maternas y no por las bacterias de las matronas o asistentes hospitalarios. Todas estas ventajas son difíciles de probar, pero aun así son aceptadas. Hay que animar al amamantamiento temprano, a ser posible en la primera hora posparto”. (OMS, 1996, p. 39)

Por otra parte, en México; de acuerdo con la NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida la atención prenatal es: “la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida”. (DOF, 2022) El objetivo es simple, controlar el avance del embarazo para identificar problemas lo más pronto posible, lo que ayudará al médico a identificar riesgos y prevenirlos.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 de INEGI, de las mujeres embarazadas de entre 15 y 49 años que se realizaron revisiones prenatales, poco más de 21% acudió a clínicas, consultorios u hospitales privados, 27.1% al IMSS o ISSSTE y 50% a otros servicios de salud como consultorios en farmacias, casas de parteras, en su casa u otro. En este mismo año, el porcentaje de mujeres en edad fértil que, a escala nacional, acudieron a atención prenatal en el primer trimestre del embarazo fue de 86.9% y, en promedio acudieron 8.9 veces, según CONAPO. (Beade, 2016)

No hay más, todas las mujeres necesitan cuidados prenatales, sean jóvenes, mayores, primerizas y no primerizas, aun cuando gocen de perfecta salud. Y es que, de acuerdo con la OMS, aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte debido a previas experiencias propias o experiencias de hermanas o amigas. Las principales complicaciones relacionadas con el embarazo y causales del 70% de las muertes maternas son: hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia y parto obstruido, por ello es necesario controlar el avance del embarazo para identificar problemas lo más pronto posible. Pues se sabe que cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, igualmente la OMS puntualiza que la

mayoría de estas muertes pueden evitarse con una atención especializada al parto y acceso a la atención obstétrica de urgencia. (Beade, 2016)

En México, a través de la recientemente modificada NOM-007-SSA2-2016 se establecieron los criterios mínimos para la atención de las mujeres embarazadas. De manera general enlisto los criterios a continuación:

- Elaborar y registrar historia clínica en un expediente, carnet perinatal o guía
- Diagnóstico de embarazo
- Ácido fólico y micronutrientes durante el embarazo, cabe aclarar que, aunque el ácido fólico puede consumirse en tabletas también existen alimentos ricos en ácido fólico tales como espinacas, quelites, acelgas, berros, quintoniles, pápalo, alfalfa, brotes de mostaza, lechuga, hojas de nabo, espárragos, brócoli, ejotes, chícharos, coliflor, aguacate, col de Bruselas, naranja, toronja, fresa, papaya, frambuesas, frijoles, chícharos, lentejas, garbanzos, habas, cacahuates, semillas de girasol, almendras y semillas de linaza. (IMSS, 2022)
- Búsqueda de factores de riesgo
- Solicitar exámenes de laboratorio y exploración física completa
- Prescripción de medidas generales de higiene y alimentación
- Aplicación de vacuna antitetánica (dos dosis)
- Calcular edad gestacional
- Ultrasonido obstétrico cada trimestre
- Que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales
- Identificación y signos y síntomas de alarma para buscar atención médica inmediata
- Atención del parto mediante la aplicación de normas y procedimientos

Es necesario mencionar que es importante que una persona formada en estos temas conozca y supervise el desarrollo del embarazo. Asimismo, si la mujer gestante es derechohabiente podrá acudir a alguna institución de seguridad social del gobierno, en donde recibirá atención prenatal gratuita. Sin embargo, si la mujer gestante decide recibir atención privada debe determinar, con base en lo que indique el médico, el costo de consultas, estudios, vacunas, la atención del parto y honorarios médicos. (Beade, 2016)

Con todo lo mencionado hasta el momento puedo resumir en que la atención básica es un elemento fundamental el cual es parte de estos procesos de gestación y parto. Además, la atención que se brinda de manera positiva a la mujer y al bebé recién nacido pone un fuerte

énfasis en la salud y la supervivencia de ambos, así como en el respeto de los derechos humanos fundamentales y el bienestar. También se otorga importancia a las preferencias personales de la mujer. Ofrecer una atención amigable a la mujer y al recién nacido/a implica el respeto hacia las creencias y tradiciones culturales, así como los roles y las dinámicas de género. (Kinzie, 2004)

De igual manera, es fundamental que en nuestro país se den cambios en cuanto a la accesibilidad e igualdad de condiciones con respecto a los servicios de salud, pues es necesario que dentro de este reconocimiento otorgado las parteras obtengan un mayor protagonismo ante la sociedad dentro de las labores que realizan. En México, estudios han mostrado las habilidades y competencias de las parteras profesionales para la atención de las intervenciones en salud materna respecto a otros profesionales de la salud. La agenda de acción futura para la implementación y fortalecimiento de la partería se incluye en la iniciativa: *Partería 2030*.

Esta aporta una visión acerca de cómo efectuar la planificación de recursos humanos en salud sexual, reproductiva, materna y neonatal partiendo de la premisa de que las mujeres embarazadas están bien de salud a menos que se presenten complicaciones y que los servicios de partería brindan apoyo y atención preventiva con acceso a los servicios de urgencias cuando se requieren. “*Partería 2030* promueve los modelos de atención centrados en la mujer y dirigidos por parteras profesionales, técnicas y enfermeras obstetras, que han demostrado generar mayores beneficios y ahorros que los modelos de atención medicalizados.” (Berrio, 2014, p. 11)

### **3.. La importancia de la educación prenatal y perinatal**

Antes de hablar acerca de la importancia de la educación en las etapas prenatal y perinatal, considero importante hacer mención sobre las distintas etapas del desarrollo humano, teniendo en cuenta que actualmente sabemos que el ser humano se encuentra dividido en distintas etapas a lo largo de su vida tales como la infancia, la adultez y la ancianidad, las cuales a su vez, se dividen en sub etapas como la primera infancia, la segunda infancia, la pre adolescencia, la adolescencia, el adulto joven, el adulto mayor, el anciano, etc. Se debe agregar que, aunado a estas etapas se encuentra también la etapa prenatal debido a que también forma parte del desarrollo del ser humano desde la gestación.

Como su nombre lo indica, la etapa prenatal se refiere al periodo antes del nacimiento y se trata de una etapa que comprende todas las etapas desde la concepción, cuando un óvulo

es fertilizado por un espermatozoide, hasta el momento del parto. Para que se lleve a cabo esa formación biológica, se debe pasar por tres etapas: la fecundación, que es la unión del espermatozoide con el ovocito, con lo que se crea una célula llamada cigoto, conformado por 46 cromosomas. Posteriormente está la etapa embrionaria, la cual comienza después de la tercera semana de gestación y culmina en la semana número ocho. A partir de la semana ocho de gestación el producto recibe el nombre de feto. Ya en la etapa fetal, posee todos los sistemas y órganos, para luego ir madurando y creciendo progresivamente para el momento del nacimiento. (Pérez, Ciencia UNAM-DGDC, 2020)

Durante esta etapa, el embrión y luego el feto experimentan un rápido crecimiento y desarrollo en el útero materno. Una vez que tenemos presentes las características principales de la etapa prenatal es importante señalar que se trata de un proceso importante en la vida de las personas, aunque cada uno lo viva de manera diferente.

En las últimas décadas, en las sociedades complejas, el apoyo a la mujer durante esta etapa se ha convertido en la excepción en lugar de la norma. “La medicalización del parto y la tecnificación del inicio de la vida han dado lugar a un vacío en cuanto a los roles de acompañamiento”. (De la Herrán, 2018, p. 403) Se debe agregar también que, desde la perspectiva biomédica a principios del siglo pasado se documentan los beneficios de atender el nacimiento del recién nacido/a en condiciones de mayor fortaleza para la madre, y obteniendo resultados positivos en favor de ella y de su hijo/a. (Aguirre, 2012)

Pero, ¿por qué la importancia de una educación prenatal y perinatal? Pues bien, como sabemos, la educación es un elemento fundamental para la formación de individuos y de las sociedades, por lo tanto, es fundamental para la mejora continua, el crecimiento personal y el bienestar social. De igual manera, existe un conjunto de valores, actitudes y maneras de actuar que no se aprende si nadie se toma la molestia de enseñarlo. Valores como el respeto, la convivencia, el esfuerzo, la equidad o el uso razonable de la libertad son indispensables hoy en día para lograr un equilibrio como individuos y como sociedad. (Camps, 2008) De ahí que, la educación prenatal y perinatal se presenta como una alternativa viable para dar pie a la solución de algunos problemas presentados hoy en día. Además, “la educación es necesaria, en primer lugar, por una razón tan sencilla como la de que nadie nace educado”. (Camps, 2008, p. 7)

La educación prenatal y perinatal es de vital importancia para garantizar un embarazo saludable y un parto seguro, así como para preparar a los futuros padres para el cuidado del recién nacido/a.

A continuación, describo las razones por las cuales considero la importancia de esta educación en nuestro país:

En primer lugar, sirve de ayuda a las mujeres embarazadas a comprender los cambios físicos y emocionales que experimentan durante el embarazo. Les brinda información sobre cómo cuidarse mejor a sí mismas y a sus bebés, incluyendo la importancia de una correcta alimentación y los cuidados que deben llevar a cabo en estos procesos.

En segundo lugar, informa a las futuras madres sobre las señales de advertencia de complicaciones durante el embarazo permitiendo una detección temprana y un tratamiento adecuado, lo que puede prevenir problemas graves.

En tercer lugar, las personas pueden aprender sobre las diferentes opciones en cuanto a un acompañamiento en el parto, lo que les permite tomar decisiones con mayor seguridad e información.

Además, se puede proporcionar información sobre los beneficios de la lactancia materna y ayudar a las madres a aprender cómo amamantar correctamente. Esto es importante para la salud tanto de la madre para prevenir futuras enfermedades como para el recién nacido/a.

De igual manera, la educación perinatal (que incluye el periodo antes y después del parto) no se limita solamente a la madre, sino que los futuros padres y madres también pueden beneficiarse de aprender sobre cómo cuidar a un recién nacido/a, lo que fortalece el vínculo entre padres, madres e hijos desde el principio.

Considero también que el desconocimiento y la ansiedad pueden ser abrumadores para las personas que esperan un nuevo ser. La educación prenatal y perinatal brinda información precisa y alienta a los futuros padres y madres a hacer preguntas y aclarar sus dudas, lo que puede reducir la ansiedad y el estrés que pudieran estar asociados con el embarazo y el parto.

Actualmente existe la opción de un parto humanizado. En este sentido, las y los profesionales de la salud estarían obligados a dar a conocer las diversas opciones de nacimiento que tiene un recién nacido/a. Atender u ofrecer la opción de un parto humanizado es un indicador claro del ejercicio efectivo de los derechos humanos, sexuales

y reproductivos y por parte de los profesionales de la salud, un ejercicio profesional respetuoso de las decisiones y derechos de sus pacientes y de la propia naturaleza del parto en sí. (Aguirre, 2012) Para que esto se logre es necesario que la persona en proceso de gestación sea capaz de dialogar y decidir sobre su propio cuerpo y las decisiones correspondientes alrededor de su proceso de parto siempre buscando el bienestar propio y del recién nacido/a. Pero, para que esto sea posible es necesario que las personas se encuentren informadas sobre los derechos a los cuales se tiene acceso.

Sumando elementos a este tema, los profesionales de la salud interesados en esta pedagogía deben ser sujetos capaces de acompañar a las mujeres gestantes durante la concepción, el embarazo y el parto, ofreciendo soluciones preventivas o intervenciones óptimas si es necesario, teniendo en cuenta que el embarazo es una etapa fisiológica natural de la vida que debe abordarse de manera diferente a un problema de salud. (De la Herrán, 2018)

A su vez, se puede deducir que las habilidades que debería adquirir la profesional y el profesional de la salud que realice el rol de acompañamiento pedagógico, no sólo debería definirse en la adquisición de conocimientos multidisciplinarios sino, además, en integrar una alta madurez socio – afectiva y sobre todo con experiencia sobre el periodo prenatal, el nacimiento y el periodo perinatal. (De la Herrán, 2018)

De igual manera, considero útil la educación prenatal y perinatal en México, debido a que no se observa concretamente la presencia del agente educativo en estos procesos de gestación y parto. Además, la educación prenatal y perinatal entendidas desde un planteamiento integral están dirigidas a promover el pleno desarrollo de la madre y del recién nacido. Es un tema de especial sensibilidad para la Pedagogía al estar relacionado con cómo se atiende y se transmite el principio de la vida desde la educación. (De la Herrán, 2018) En resumen, es importante que la educación prenatal y perinatal esté disponible para todas las personas que así lo decidan puedan disfrutar plenamente de los procesos de embarazo y parto. El objetivo es asegurarse de que estas etapas no estén asociadas con dolor o experiencias negativas. Además, la implementación de esta educación es fundamental para fomentar un entorno más saludable, positivo y armónico.

### **3.1 La psicoprofilaxis**

Otro rasgo pertinente a mencionar dentro de la importancia del acompañamiento en el parto, se destaca el hecho de rescatar esta mirada posicionando al parto como un proceso

más humanizado dejando de lado esta concepción medicalizada de parir con dolor. Por esto mismo, es necesario mencionar de manera general algunos antecedentes los cuales dan pie a que podamos entender la llamada psicoprofilaxis.

La definición de Orts de 1983 sobre la psicoprofilaxis aun tiene vigencia, se trata de: "preparación física y psicológica de la pareja, para lograr el nacimiento de la forma más natural y más segura a través de un parto consciente y activo y como consecuencia sin sufrimiento". (Schulte, 2021, p. 362) En la actualidad, esto también implica involucrar a las parejas en el proceso de preparación. Por lo tanto, abarca actividades previas para las mujeres, como ejercicios obstétricos, técnicas de relajación y control de la respiración; y para los hombres, actividades como comprender su "embarazo" y prepararse para el momento del nacimiento del bebé. (Schulte, 2021)

Primeramente, durante siglos, el embarazo y el parto fueron vividos por la mayoría de las mujeres como momentos críticos que generaban gran ansiedad y angustia dadas las altas probabilidades de no sobrevivir a ellos. Posteriormente, entre 1940 y 1950, a medida que la obstetricia fue salvando los peligros de salud más graves (con el uso de antibióticos para tratar las infecciones, la disponibilidad de bancos de sangre para transfusiones, los diagnósticos prenatales con rayos X, la aplicación de oxitocina, la promoción de los cuidados prenatales y la difusión de la anestesia espinal que calmaba el dolor sin que fuera necesario perder la consciencia) las posibilidades de replantear la atención del parto fueron mayores.

Habría que mencionar también el papel de las cesáreas pues años más tarde, en 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que, "del total de los nacimientos, el porcentaje de cesáreas debería ser de entre 5 y 15%; un porcentaje menor al 5% sugeriría una limitación en la realización de cesáreas, mientras que un porcentaje mayor de cesáreas al señalado no representaría beneficios adicionales". (Ruíz-Sánchez, 2014, p. 1)

Diversos autores han señalado una serie de razones personales y sociales para que las mujeres gestantes soliciten la realización de una cesárea. Dentro de estas razones se señalan: el temor del nacimiento, la percepción de desigualdad y la mala atención. El debate ético sobre si la madre puede elegir un parto por cesárea sin indicación médica aun no ha alcanzado una posición ética definida. Sin embargo, cuando las madres solicitan la cesárea en un embarazo sin complicaciones se ha considerado inapropiado e innecesario, pero a pesar de ello, es un procedimiento común hoy en día. (Ruíz-Sánchez, 2014)

En este escenario, el obstetra inglés Grantly Dick Read comenzó a difundir sus teorías. De acuerdo a sus observaciones, el temor que vivían las embarazadas era resultado complejo de la desinformación, de los mitos contruados y de los peligros reales existentes alrededor del parto. Para lograr un “parto sin temor” proponía instruir a las mujeres sobre las características del proceso para superar así el síndrome del temor, tensión y de dolor provocado por el desconocimiento. Su método desarrollaba cuatro puntos básicos: educación, respiración correcta, relajamiento y ejercicios concurrentes con la respiración para llegar a un “parto natural”. Las embarazadas que asistían a su programa eran instruidas en técnicas de respiración, dietas, posturas, gimnasia y algunas nociones de crianza. La presencia del padre en el momento del nacimiento era recomendada siempre que tuviera una preparación previa y la mujer lo deseara. (Felitti, 2011, p. 116)

Haciendo referencia a los cuatro puntos que menciona Dick Read creo conveniente señalar que educar no resulta ser un acto sencillo, pues en este sentido y según mi punto de vista, se trata más de educar al cuerpo, es decir, de mostrar diversas alternativas que sean útiles para la mujer gestante. De igual manera, educar no solo se reduce a informar; educar, quiere decir extraer de la persona lo mejor que lleva dentro. De acuerdo con esta idea, educar no sólo es transmitir conocimientos instrumentales que se supone que serán más o menos útiles, o inculcar unos hábitos y unas rutinas determinadas. “Educar comporta, al mismo tiempo, el esfuerzo de activar o potenciar todo aquello que la persona podrá dar de sí, lo que implica una tarea de observación, de ensayo y error, y de seguimiento constante de quien debe ser educado”. (Camps, 2008, p. 10) Este proceso implica entonces, un seguimiento flexible, adaptado a cada individuo que, como tal, es único y diferente a cualquier otro.

Por otra parte, Dick Read consideraba que el dolor no era inherente al trabajo de parto y al nacimiento. Proponía que el dolor experimentado por la mujer durante este proceso era de origen psíquico, debido a los mitos culturales, que provocaban la obstrucción del canal del parto, lo que producía dolor. La teoría Dick-Read se resume de la siguiente manera: El miedo ocasionado por los mitos culturales y sociales, produce la excitación del sistema nervioso simpático, lo que activa la contracción de las fibras circulares de los músculos uterinos. Según Read, “esto hace que la parte inferior del útero trabaje en oposición directa a la parte superior del útero, lo que produce una tensión excesiva, isquemia del músculo uterino y dolor, además, si el temor, la tensión y el dolor van unidos, para eliminar el dolor hay que aliviar la tensión y vencer el temor”. (Altamirano, 2001, p. 10)

Con estos principios elabora el síndrome miedo – tensión – dolor, el cual es un círculo que se retroalimenta así mismo. Respecto a esto Altamirano expone lo siguiente:

Read opone al temor el conocimiento adquirido a través de la educación y a la tensión el aprendizaje de técnicas de relajación muscular, sin descuidar los factores psicológicos que acentúan el dolor como la fatiga física y mental, la soledad, la inadecuada atención del médico o el ambiente hospitalario hostil, todos estos factores que afectan la seguridad de la mujer durante el trabajo de parto y parto. (2001, p.11)

La teoría de Read ha sido objeto de críticas por ser vista como demasiado empírica al abordar el tema del dolor. Sin embargo, él sostenía que no requería llevar a cabo investigaciones adicionales, ya que encontraba suficiente evidencia en la expresión de felicidad en el rostro de las madres satisfechas después de dar a luz.

Mientras Grandly Read Dick desarrollaba su teoría acerca del parto entre los años 1940 y 1950; por otro lado, en la ex Unión Soviética, los médicos Nikolaiev y Platonov comenzaron a aplicar a las mujeres en trabajo de parto las técnicas del fisiólogo Iván Pavlov, considerando que “las mujeres estaban condicionadas por su cultura a tener dolor durante el parto y vivirlo como una experiencia traumática; por eso había que “limpiar la mente” con un reacondicionamiento, conocido después como psicoprofilaxis”. (Schulte, 2021, p. 361)

A su vez, Fernand Lamaze difundió las ideas del “parto sin dolor” en Francia y que, desde allí, se diseminaron hacia otros países. Siguiendo la escuela rusa, Lamaze explicaba que, “desde pequeñas, las mujeres recibían mensajes que aseguraban que el parto era doloroso. Estas advertencias creaban una disposición mental que, una vez que éste se desencadenaba, se ponía en acción y se asimilaban todas las sensaciones con el dolor. Por eso era necesario crear una idea positiva sobre el parto y proporcionar a las mujeres un entrenamiento que les permitiera una participación activa por medio de técnicas de relajación, respiración y pujo”. (Felitti, 2011, p. 117) Con estos elementos de base, el médico francés Fernand Lamaze perfeccionó el método psicoprofiláctico “como una alternativa a la intervención médica durante el parto, considerando la respiración y las técnicas de la relajación para mejorar la oxigenación y disminuir el dolor”. (Schulte, 2021, p. 361)

Más tarde, en 1959, se estableció la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia (ASPO), y en 1960 se fundó la Asociación Internacional de Educadoras para el Parto (ICEA). En 1976, se lanzó el libro "Por un nacimiento sin violencia" de Frederick Leboyer,

que causó un impacto significativo en la obstetricia y enriqueció el enfoque de atención psicoprofiláctica al presentar, por primera vez, el proceso del parto desde la perspectiva del protagonista principal: la mujer da a luz, el bebé nace (Schulte, 2021) Su método instaba a hacerse cargo del temor como un componente ineludible y otorgaba a la mujer y al bebé un protagonismo especial. Era importante generar un espacio de intimidad, un entorno de relajación, sin ruidos y con luz tenue. La posición vertical y la presencia del padre, si esta ayudaba a la relajación, eran altamente recomendadas. Leboyer había observado a las mujeres indígenas pariendo en un río y, viendo sus beneficios, también valoraba el parto en el agua. “Los masajes al recién nacido eran otro elemento clave de este método que confiaba en que este tipo de nacimientos ayudaría a acabar con la violencia en el mundo”. (Felitti, 2011, p. 117)

Continuando en esta línea de los diversos autores y sus aportaciones al tema nos encontramos también con Michel Odent en París quien sostuvo la necesidad de enfrentarse con el propio cuerpo y no escapar al dolor, rechazando el suministro de drogas por sus efectos negativos sobre la madre y el bebé. En una pequeña clínica de Pithiviers, en las afueras de París; Odent montó un cuarto de alumbramiento con poca luz, pintado con colores claros, piscinas de agua tibia para relajamiento y eventualmente un parto bajo el agua. La mujer elegía libremente la posición en la que iba a parir, con libertad de movimiento y expresión, y no había enfermera ya que el bebé estaba siempre con su madre. “La idea era mantener la atmósfera hogareña, la privacidad, aunque se estuviera en un hospital. Odent rechazaba armar un curso de preparación para el parto ya que consideraba que el entrenamiento terminaba por coercer la libertad femenina”. (Felitti, 2011, p. 117)

En los años 80, se profundizó en la importancia del apego en la salud física y emocional del binomio madre – hijo con publicaciones como las de los pediatras Marshall Klaus y John Kenell, del gineco-obstetra e investigador francés Michel Odent y del médico David Chamberlain, con descubrimientos científicos sobre la personalidad de la/el recién nacido y su relación con el tipo de atención en el parto. Con estos aportes, se estudió desde el enfoque pediátrico la experiencia de separación de la madre, el proceso de respiración de manera natural, el impacto de los cambios de temperatura, la tranquilidad de la madre, el contacto físico piel a piel, la importancia de la escucha de los latidos cardiacos de la madre por el/la bebé, y los aportes de la lactancia temprana y del retraso en el corte del cordón umbilical. (Schulte, 2021)

Como resultado de todas estas aportaciones realizadas a lo largo del tiempo por los autores ya mencionados, en la década de los años noventa, se unificó el término “parto humanizado” para referirse al modelo de atención que hace énfasis en el protagonismo de las mujeres, dando prioridad a la toma de decisiones de las mujeres, la posición vertical del parto, el apego inmediato y la lactancia materna. Otros términos utilizados en América latina y Europa son “nacimiento humanizado”, “parto respetado” y “parto digno”. (Schulte, 2021)

Por otra parte, dentro de los conocimientos que debe tener la mujer gestante alrededor de la psicoprofilaxis se encuentran los siguientes puntos a destacar:

- Dejar que el trabajo de parto inicie por sí mismo.
- Permitir el movimiento de la mujer, caminar, los cambios de posición durante el trabajo de parto.
- Contar con apoyo continuo ya sea de familiar, amigo o partera.
- Evitar intervenciones médicas que no sean necesarias.
- Evitar el nacimiento desde una posición horizontal.
- Mantener el apego y el vínculo madre – hijo.

En resumen, la psicoprofilaxis es un elemento muy importante alrededor de los procesos de gestación y parto; en un principio, los cambios que se dieron a partir de los años 1950 en la atención del parto se inscribieron en un contexto de transformaciones sociales y culturales amplias que afectaron los roles y relaciones de género y los modelos familiares. “A la vez respondieron a un renovado interés médico por mejorar la atención y minimizar sus complicaciones, aprovechando la difusión de nuevos conocimientos y herramientas tecnológicas que habían vuelto al parto menos peligroso”. (Felitti, 2011, p. 125)

Asimismo, este método empleado es de suma relevancia debido a que permite que se establezca el vínculo entre madre e hijo, además, cabe destacar que la psicoprofilaxis permite que la mujer sea capaz de conocer y reconocer sus derechos sexuales y reproductivos dando pie al empoderamiento femenino con base en un enfoque de derechos humanos donde la toma de decisiones se den en torno a la mujer gestante como protagonista y el bienestar del recién nacido, de esta manera se busca evitar que existan decisiones que puedan llegar a imponer los profesionales de la salud.

### **3.2 La educación prenatal y perinatal en México**

En México, la cobertura básica de atención prenatal alcanza el 98.4%. Sin embargo, únicamente el 71.5% de las mujeres recibe esta atención de manera adecuada, según

revela un artículo publicado en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud (Vol. 94, Núm. 6, junio 2016, 405-480). El estudio, realizado por investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), también identificó que la brecha en la atención prenatal continúa afectando en mayor medida a las mujeres que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, como las mujeres indígenas, de bajo nivel socioeconómico, con menor escolaridad y sin seguridad social. Para obtener estos resultados se analizaron datos sobre la atención prenatal que recibieron 6,494 mujeres en su último embarazo, reportados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. (INSP, 2020)

Para comprender mejor a que me refiero con la atención prenatal en nuestro país hago referencia hacia la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida la cual refiere que la atención prenatal se trata de una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico. Al mejorar la consulta prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana y por lo tanto establecer medidas preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria. (DOF, 2016)

Posteriormente, al analizar las dimensiones de la atención prenatal de manera condicionada la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición muestra que el 98.4% de las mujeres la recibió de forma calificada; el 83.2%, oportuna (primera visita durante los primeros tres meses de embarazo); el 79.9%, suficiente (al menos cuatro visitas prenatales durante todo el embarazo); y tan sólo el 71.5%, apropiada (con al menos siete de ocho procedimientos recomendados de las guías nacionales e internacionales). Es decir, existe una disminución de 26.9 puntos porcentuales entre las mujeres que reciben atención prenatal básica y quienes la reciben según los estándares internacionales y nacionales. (INSP, 2020)

Sumando elementos a este tema, cabe señalar que en 1995 en el Instituto Mexicano del Seguro Social se registró una mortalidad perinatal de 14.9 por cada 1000 nacimientos que no ha disminuido en los últimos años, por lo que la atención prenatal representa una de las 10 principales causas de demanda de atención médica en primer nivel. Es por esto que el IMSS creó una guía de práctica clínica en el año 2010 la cual llevaba por título *Control prenatal con enfoque de riesgo*, sin embargo; al notar los cambios sucedidos alrededor del mundo y a través del tiempo con respecto al abordaje de estos temas, el IMSS en el 2017 actualizó el título de la guía llamándola ahora *Control prenatal con atención centrada en la paciente*. Dicha guía contiene recomendaciones que permiten que los profesionales de la salud actúen a partir de la orientación en la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Otro rasgo importante es que esta guía pone a disposición del personal del primer, segundo y tercer niveles de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Incrementar la oportunidad de inicio temprano de la atención prenatal.
- Aumentar la detección oportuna de infección de vías urinarias, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos durante la gestación, así como enfermedades de transmisión sexual.
- Favorecer la detección y tratamiento oportuno de complicaciones asociadas al embarazo.
- Incrementar la referencia oportuna de la paciente con diabetes gestacional, trastornos hipertensivos durante la gestación o patologías maternas que así lo ameriten.

El Instituto Mexicano del Seguro Social señala que el uso de esta guía contribuirá a mejorar la calidad y la eficacia de la atención médica, lo que, a su vez, promoverá el bienestar de las personas y las comunidades. Esto representa el objetivo principal y la razón de ser de los servicios de salud. (IMSS, 2017)

De igual modo, el gobierno mexicano creó el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva vinculado de manera estrecha al Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018. Este programa plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afecta a la población. Coordina y articula las acciones que permitan a los Servicios de Salud

del país brindar a las mujeres en edad fértil, embarazadas y sus parejas información y atención en los siguientes puntos:

- Atención pre gestacional, prenatal integral, efectiva, oportuna y programada, a toda mujer en edad fértil
- Control prenatal integral
- Consejería durante la edad fértil, el embarazo, parto y puerperio en metodología anticonceptiva y anticoncepción post-evento obstétrico (APEO), con énfasis en adolescentes y mujeres con enfermedades concomitantes; así como consejería desde el embarazo durante el parto y el puerperio para una lactancia exitosa.
- Acceso a la atención de la emergencia obstétrica (AEO) e integración de los servicios de urgencias y formación de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI).
- Atención obstétrica de bajo riesgo en el primer nivel y manejo calificado en el segundo nivel y de la emergencia obstétrica, con intervenciones de probada eficacia
- Cesáreas por indicación médica únicamente
- Envío de pacientes con emergencias obstétricas y neonatales de manera efectiva y manejo de eslabones críticos y morbilidad severa para prevenir la muerte
- Prevención del parto prematuro
- Reanimación neonatal adecuada
- Atención neonatal, vigilancia del crecimiento y difusión de signos de alarma, elaboración de tamiz neonatal metabólico y auditivo
- Fortalecer en coordinación con el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA) las medidas para prevenir la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita, así como el seguimiento al recién nacido, en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud
- Fortalecer y desarrollar acciones, específicas para la prevención, detección y manejo de los defectos al nacimiento
- Fomentar la alimentación de calidad con micronutrientes que favorezcan la salud materna y fetal.
- Impulsar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y en caso de las mujeres con VIH brindar consejería sobre las alternativas para la alimentación infantil.

Otras de las actividades que se encuentran dentro de este programa son:

- Sensibilizar y capacitar al personal de salud del país para brindar atención materna y perinatal segura, competente y respetuosa de los derechos humanos.
- Fortalecer e impulsar los Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal para identificar deficiencias y corregirlas.
- Supervisar el desarrollo del Programa a nivel estatal y dar seguimiento a las desviaciones y recomendaciones emitidas.
- Dar seguimiento al uso eficiente de los recursos y su vinculación con resultados.

Otro de los programas existentes en México es el Programa de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva el cual tiene como propósito fundamental reducir los rezagos en la atención de todas las mujeres, sus parejas y sus recién nacidos durante la etapa pre gestacional, el embarazo (prenatal), parto, puerperio y la etapa neonatal, y que las intervenciones efectivas, preventivas e integrales y de calidad logren el impacto en las mujeres y que manifiesten satisfacción por el trato digno y respetuoso que reciben de los prestadores de servicios de salud. Dentro de sus objetivos principales se encuentran los siguientes:

- Promover formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral, pre gestacional, prenatal, del parto, puerperio y del neonato.
- Contribuir a prevenir embarazos de alto riesgo impulsando el acceso a métodos anticonceptivos, respetando la libre decisión de las mujeres.
- Apoyar la gestión para insumos y equipamiento en unidades médicas que atienden la salud materna y perinatal.
- Fortalecer la vinculación de los procesos de gestión, vigilancia, monitoreo, seguimiento y evaluación para la acción y rendición de cuentas.
- Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.
- Garantizar que los esquemas de programas alimentarios incorporen a niñas y mujeres embarazadas.

También, en 2011 surgió en Chetumal un centro especializado en la preparación de los nuevos padres para el nacimiento de sus hijos en el cual se diseñó un método basado en la filosofía LAMAZE tenía por objetivo brindar a las mujeres y a sus parejas una preparación teórico práctica, física y psicológica que les permita tener información adecuada para el

recibimiento y cuidado de sus bebés. Las mujeres pueden comenzar a asistir regularmente a partir de cualquier momento del embarazo, pero la mayoría lo hace hasta el quinto mes. Toda mujer gestante que acude al curso puede solicitar que una instructora la acompañe durante el trabajo de parto. Este método consiste en desarrollar el curso de preparación para el parto basado en la filosofía LAMAZE. El método EPSAI (Educación Perinatal y Servicios de Apoyo Integral) consta de cursos divididos en cinco módulos: 1. Embarazo, 2. Parto, 3. Posparto, 4. Yoga Prenatal y 5. Estimulación temprana.

En 2012, 19 parejas tomaron los cursos de los módulos uno, dos, tres y cuatro. Un 74% de los nacimientos de las mujeres que tomaron los cursos fue por cesárea y la causa más común para realizar esta operación fue la dilatación estacionaria. En 71% de los casos de cesárea se permitió el inicio de trabajo de parto y solo un 29% fueron cesáreas programadas. En el nacimiento por parto vaginal (26%) 60% fueron partos en los que se practicó alguna intervención como aplicación de oxitocina. La mayoría de las mamás que tomaron los cursos (52%) se atendieron en el sector privado, 47% en seguridad social. Sólo cuatro de las 19 mamás tuvieron una acompañante de parto profesional de las cuales, 50% tuvo un parto normal, todas atendidas en sector privado. Todas las mamás que tomaron los cursos iniciaron la lactancia inmediata al nacimiento. (Aguirre, 2012, p. 29)

A pesar de la existencia de estos programas creados por el gobierno mexicano la realidad es distinta y no siempre se logran resultados favorables como en el caso de Chetumal, es decir, estas acciones planteadas no se llevan a cabo de manera correcta y como muestra de ello se encuentra el aumento de cesáreas realizadas donde algunas de ellas son llevadas a cabo de manera innecesaria; como ejemplo, presento el caso de María: tenía 24 años cuando tuvo a su primer hijo. Aunque había recibido atención prenatal con una médica particular, decidió que su parto sería en una clínica del Seguro Social. Cuando la recibieron en el IMSS porque había roto fuente, le hicieron bullying y la ignoraban por haberse atendido “por fuera”, y la presionaron para aplicarle la epidural. Sus reiteradas negativas fueron respondidas con “¿segura? A ver si aguantas”. Hasta que la asustaron con que, si no lo hacía en ese momento, después no habría nadie que se la pusiera. Así que accedió. Dos veces la pincharon, lo hicieron mal y le provocaron sangrado, y además la culparon de lo sucedido “por haberse movido”. También le dijeron que mejor le harían una cesárea, sin que fuera fundamental, solo por agilizar el proceso. (Torres, 2022)

Conforme al ejemplo planteado acerca de la experiencia de María y a pesar de la existencia de programas y recomendaciones existentes en México podemos notar que a pesar de su

distribución a través de las distintas clínicas alrededor del país no siempre se llevan a cabo estas prácticas. Como consecuencia, se encuentran las muertes ocasionadas por negligencias médicas en México.

Por esto mismo, considero que se debe comenzar por establecer cambios en nuestra sociedad aportando acciones educativas hacia mujeres gestantes, además creo que es necesario se conozcan los derechos y la mirada social con que debe ser vista la mujer gestante. Estas acciones educativas también son de suma importancia que se lleven a cabo hacia los mismos profesionales de la salud, donde se busca que sean sujetos capaces de ayudar y entender a las mujeres en estos procesos de sus vidas y a la vez se encuentren interesados en erradicar de poco en poco la llamada violencia obstétrica y dar lugar a un parto más humanizado en nuestro país.

#### **4. El papel de la violencia obstétrica**

Antes de examinar un poco sobre el papel de la violencia obstétrica considero conveniente analizar el término “violencia”. Pues bien, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia como el uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo. (OMS, 2022)

Sin embargo, y según diversos autores, no existe una definición universal del término “violencia”, es por ello que, haré mención a algunos autores que refieren sobre dicho término. Según el investigador francés Jean Claude Chesnais:

La violencia en sentido estricto, la única violencia que tiene la característica de ser medible e incontestable es la violencia física. Es el ataque directo, corporal contra las personas. Ella reviste un triple carácter: brutal, exterior y doloroso. Lo que la define es el uso material de la fuerza, la rudeza voluntariamente cometida en detrimento de alguien. (2016, p. 9)

Por otra parte, Domenach dice: “Yo llamaría violencia al uso de una fuerza abierta o escondida, con el fin de obtener de un individuo o un grupo eso que ellos no quieren consentir libremente”. (2016, p. 9)

Domenach refiere que históricamente la filosofía no se había preocupado, hasta bien entrado el siglo XVII, por la definición del término violencia, y aclara que, si bien existen

indicaciones al término por parte de algunos autores clásicos y latinos, se piensa en la violencia más por sus consecuencias que por el concepto en sí mismo. A partir del Siglo de las Luces se cristaliza lo que hoy entendemos por violencia, principalmente desde tres aspectos: "el psicológico, explosión de fuerza que cuenta con un elemento insensato y con frecuencia mortífero; el aspecto moral, ataque a los bienes y a la libertad de otros; y el aspecto político, empleo de la fuerza para conquistar el poder o dirigirlo hacia fines ilícitos". Domenach aclara que en el siglo XX tal concepto adquiere una mayor relevancia e interés por su aspecto político. (Cuervo, 2016)

Estas definiciones presentadas incluida la de la OMS hacen referencia a un tipo de violencia física, sin embargo, no es el único tipo de violencia presente. Existe también la "violencia simbólica", Bourdieu caracteriza a este tipo de violencia como "la aceptación, la internalización por parte del dominado, de los esquemas de pensamiento y valoración del dominante, haciendo precisamente invisible la relación de dominación". (Martínez, 2016, p. 10)

La relación entre la violencia y el poder es recíproca. La violencia simbólica se refiere a la imposición de significados que se presentan como legítimos; el encubrimiento de lo que está detrás de esos significados y su legitimación aumentan el poder de quien los promueve, lo que le permite continuar ejerciendo su violencia. Además, las clases dominantes ejercen la violencia simbólica al imponer su poder sobre los dominados, utilizando su posición arbitraria sobre otras clases como base para esta imposición. (Palacios, 1989)

Así pues, la violencia no es una sustancia o un hecho aislado y totalmente terminado en sí mismo, sino que se trata de relaciones sociales o, mejor dicho, del tinte que asumen ciertas relaciones sociales. Desde esta perspectiva, la violencia puede ser vista como un adjetivo que califica determinadas formas de relación. Así, por ejemplo, dentro de relaciones familiares o laborales, cuando éstas se presentan con signos de violencia, hablamos de violencia familiar o laboral. (Martínez, 2016, p.15)

Los actos de violencia son muy variados y es necesario hacer una clasificación, conocer los mecanismos en que se generan y cómo se propagan a partir de relaciones interpersonales de poder desequilibradas, en situaciones cotidianas de convivencia. (García-Villanueva, 2012, p. 500) Dicho lo anterior, haré mención de los tipos de violencia más relevantes. Primeramente, según la ONU Mujeres, la violencia física se hace presente

ante una situación de amenaza o peligro haciendo uso de la fuerza física, igualmente y de manera más específica; la violencia física puede hacerse presente al causar o intentar causar daño a una pareja golpeándola, propinándole patadas, quemándola, agarrándola, pellizcándola, empujándola, dándole bofetadas, tirándole del cabello, mordiéndole, denegándole atención médica u obligándola a consumir alcohol o drogas, así como empleando cualquier otro tipo de fuerza física contra ella. (ONU Mujeres, 2022)

En general, la violencia se encuentra constituida por cuatro fases según García Villanueva:

1. Violencia leve: Actos agrupados que suelen tardar en sanar entre 15 y 60 días, y no ponen en peligro la vida del individuo.
2. Violencia moderada: Heridas que tardan más de 60 días en sanar, ubicándose en un rango no mayor de 6 meses, dejando cicatrices permanentes en el cuerpo como fracturas y lesiones con objetos punzocortantes.
3. Violencia grave: Mutilaciones y lesiones definitivas, como la pérdida de alguna capacidad o la atrofia de algún órgano interno.
4. Violencia extrema: Último momento de la violencia, llegando al homicidio.

Como parte de los tipos de violencia se encuentra la violencia psicológica o emocional que se puede presentar antes, durante, o después de la violencia física; su representación son los gritos, los insultos, las amenazas, el aislamiento, las acusaciones sin fundamento, la atribución de culpas, la ridiculización de la víctima, el rompimiento de promesas y la intimidación, así como el ejercicio de acciones destructivas a objetos, personas o pertenencias de la víctima. (García-Villanueva, 2012) De igual manera, consiste en provocar miedo a través de la intimidación; en amenazar con causar daño físico a una persona, su pareja o sus hijas o hijos, o con destruir sus mascotas y bienes; en someter a una persona a maltrato psicológico o en forzarla a aislarse de sus amistades, de su familia, de la escuela o del trabajo. (ONU Mujeres, 2022)

Existe también la violencia económica; consiste en el control o posesión de bienes, dinero y propiedades por parte de una persona con la finalidad de manipular a la otra. (García-Villanueva, 2012) Además, consiste en lograr o intentar conseguir la dependencia financiera de otra persona, manteniendo para ello un control total sobre sus recursos financieros, impidiéndole acceder a ellos y prohibiéndole trabajar o asistir a la escuela. (ONU Mujeres, 2022)

La denominada violencia sexual se puede ejercer al llevar a cabo relaciones sexuales sin consentimiento (violación), mediante la práctica de actos sexuales no deseados y sin protección al embarazo, en el contagio de infecciones de transmisión sexual, al estar bajo la influencia de alguna sustancia, lastimando o lacerando los genitales durante el acto sexual, usando objetos o armas, o incluso forzando a ver películas y revistas pornográficas. (García-Villanueva, 2012, p. 500) Asimismo, se entiende por violencia sexual a cualquier acto de naturaleza sexual cometido contra la voluntad de otra persona, ya sea que esta no haya otorgado su consentimiento o que no lo pueda otorgar por ser menor de edad, sufrir una discapacidad mental o encontrarse gravemente intoxicada o inconsciente por efecto del alcohol o las drogas. (ONU Mujeres, 2022)

Aunado a estos tipos de violencia ya mencionados me doy a la tarea de hablar un poco de la violencia de género la cual se refiere a los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género. Tiene su origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y la existencia de normas dañinas. El término se utiliza principalmente para subrayar el hecho de que las diferencias estructurales de poder basadas en el género colocan a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia. Si bien las mujeres y niñas sufren violencia de género de manera desproporcionada, los hombres y los niños también pueden ser blanco de ella. En ocasiones se emplea este término para describir la violencia dirigida contra las poblaciones LGBTIQ+, al referirse a la violencia relacionada con las normas de masculinidad/feminidad o las normas de género. (ONU Mujeres, 2022)

Otro rasgo de la violencia de género es que este tipo de violencia puede llamarse de esta forma porque es un estereotipo de género. Esta forma de violencia se identifica por su presencia generalizada, lo que significa que se manifiesta de manera diferente entre hombres y mujeres y está estrechamente ligada a la noción de masculinidad. De igual manera, Marcela Lagarde refiere que la perspectiva de género incluye el análisis de las relaciones sociales intergenéricas (entre personas de géneros diferentes) e intragenéricas (entre personas del mismo género) privadas y públicas, personas, grupales y colectivas, íntimas, sagradas, políticas. (2014, p. 15)

Sin embargo, la percepción de la violencia se basa en estereotipos de género respaldados por datos estadísticos que indican que los hombres cometen significativamente más delitos violentos que las mujeres.

Según una investigación promovida por la UNESCO, en Europa, Australia y Estados Unidos el 85 por 100 de los crímenes violentos son cometidos por hombres y, según otra encuesta, que analiza los datos del año 2012, “cerca de 95 por 100 de los homicidas a nivel global son hombres, un porcentaje más o menos constante de país a país y entre regiones, independientemente de la tipología de homicidio o el arma empleada”. (Poggi, 2019, p. 295)

A pesar de estos datos compartidos por la Unesco, decir que el estereotipo de género que asocia masculinidad y violencia tiene base estadística no significa que todos los hombres sean violentos y ninguna mujer lo sea: solo implica que el hecho de ser hombre y no mujer hace más probable una actitud violenta.

La mayoría de los autores señalan que la conexión entre violencia y masculinidad tiene una raíz social: en particular, en nuestras sociedades actuales, este estereotipo es empleado también normativamente, en el sentido de que no solo nos esperamos que los hombres y no las mujeres sean más violentos, que no teman a la violencia, sino que sean capaces de enfrentarla, que disfruten los deportes violentos, etc., sino que existe un modelo normativo de masculinidad y feminidad según el cual es bueno que los hombres sean violentos, se enfrenten a la violencia, etc., mientras que es malo que las mujeres muestren las mismas tendencias. “Este modelo está muy arraigado en las prácticas educativas, y se manifiesta en formas recurrentes de diversas expresiones como, por ejemplo, que los niños no deben actuar como “mariquitas” o “mujercitas” y que las niñas no deben comportarse como “marimachos””. (Poggi, 2019, p. 296)

Por otra parte, la violencia contra la mujer ha sido en los últimos años un asunto muy importante y relevante para la sociedad actual. Con respecto a la violencia a la que pueden estar expuestas las mujeres alrededor del mundo la Organización de las Naciones Unidas (ONU) hizo una Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer donde se exponen algunos artículos a fin de erradicar este tipo de violencia. Algunos de los artículos planteados en esa Declaración son los siguientes:

- La mujer tiene derecho, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole. Entre estos derechos figuran: el derecho a la vida, a la igualdad, a la libertad y seguridad de la persona; el derecho a la igual protección ante la ley, el derecho a verse libre de todas las

formas de discriminación, el derecho al mayor grado de salud física y mental que pueda alcanzar, el derecho a condiciones de trabajo justas y favorables, así como también el derecho a no ser sometida a tortura, ni a otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes.

- Los Estados deben condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla. Los Estados deben aplicar por todos los medios apropiados y sin demora una política encaminada a eliminar la violencia contra la mujer.
- Reconocer el importante papel que desempeñan en todo el mundo el movimiento en pro de la mujer y las organizaciones no gubernamentales en la tarea de despertar la conciencia acerca del problema de la violencia contra la mujer y aliviar dicho problema.
- Los órganos y organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas deberán contribuir, en sus respectivas esferas de competencia, al reconocimiento y ejercicio de los derechos y a la aplicación de los principios establecidos en la Declaración y, a este fin, deberán fomentar la cooperación internacional y regional con miras a definir estrategias regionales para combatir la violencia, intercambiar experiencias y financiar programas relacionados con la eliminación de la violencia contra la mujer.

Alrededor de todas las manifestaciones de violencia expuestas hasta el momento puedo decir que las mujeres específicamente han experimentado alguno de estos tipos de violencia ya mencionados, esto según un artículo publicado por el *Expansión* en junio del 2022, donde se menciona que en mayo del mismo año delitos como violación, homicidio culposo, extorsión, violencia de género y violencia familiar tuvieron incrementos. Lo dicho hasta el momento supone que la mujer se ve envuelta en diversas experiencias a lo largo de su vida, la violencia contra las mujeres es una manifestación de estas relaciones de poder desiguales, que ha derivado en discriminación hacia las mujeres y en la obstaculización de su pleno desarrollo. (Tamés, 2015) De manera específica, dentro de los procesos de gestación y parto algunas mujeres son protagonistas de la violencia obstétrica.

Con respecto a este último tipo de violencia, se trata de una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema

Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos. (Tamés, 2015)

Además, según el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) en su informe *Omisión e Indiferencia. Derechos reproductivos en México* expone que expertos en el tema identifican dos modalidades de violencia obstétrica, por un lado, la física, la cual se “configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta [...] o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”. La segunda dimensión de la violencia obstétrica es la psicológica, que incluye “el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto”. (GIRE, 2022)

Más adelante, este mismo artículo expone que los actos u omisiones que atentan contra los derechos reproductivos de las mujeres pueden constituir actos de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes, en caso de que causen penas o sufrimientos físicos o mentales y se cometan con el fin de anular la personalidad o sus capacidades físicas o mentales o con cualquier otro fin. Con esto quiero decir que, la violencia obstétrica puede llegar a límites extremos donde resaltan casos donde se utilizan estrategias abusivas hacia la parturienta tales como la esterilización o la colocación del dispositivo intrauterino; asimismo, estas estrategias son utilizadas sin el consentimiento de la mujer. Sin dejar de lado que se violan los derechos humanos a la salud y atención médica adecuada, a la igualdad y a la no discriminación, así como a la dignidad, todos ellos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que México es parte. (GIRE, 2022)

Aunque se han registrado relatos sobre procedimientos inadecuados durante los partos, no se dispone de análisis numéricos o informes que permitan evaluar la magnitud del problema de la violencia obstétrica. Sin embargo, múltiples investigaciones académicas que se basan en enfoques cualitativos revelan un patrón inquietante que merece destacarse. (GIRE, 2022)

Por otro lado, otro dato que considero importante señalar en este apartado es lo relacionado con la documentación de casos e incidencia de violencia obstétrica en los servicios de salud públicos de nuestro país. Con respecto a esto, se presentaron ante la Secretaría de Salud las secretarías locales de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE) y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) sendas solicitudes de información. Se preguntó sobre el número de quejas recibidas contra prestadores de servicios de salud en el marco de la atención gineco-obstétrica, por malos tratos y/o negligencia médica contra mujeres y sobre las sanciones aplicadas en esos casos. A las comisiones locales y a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), además, se les solicitó información sobre el número de quejas, recomendaciones emitidas, aceptadas y cumplidas, referentes a casos de malos tratos y negligencia médica con motivo de atención gineco-obstétrica. (GIRE, 2022)

Como resultado se obtuvo que, a nivel federal la Secretaría de Salud y el IMSS informaron que no cuentan con datos estadísticos sobre lo consultado ni con el detalle de las quejas en la materia. El ISSSTE reportó que para el período 2009 – 2012 ha recibido 122 quejas por malos tratos y/o negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención gineco-obstétrica. Resulta sumamente preocupante que ni el IMSS ni la SSA estén generando este tipo de información, que resulta indispensable para poder evaluar la calidad de la atención a las mujeres embarazadas. (GIRE, 2022)

#### **4.1 Derechos sexuales y reproductivos**

Otra parte importante dentro de este tema relacionado con la violencia y específicamente con la violencia obstétrica, son los derechos sexuales y reproductivos pues dentro de estos derechos se contemplan aquellas leyes que regulan las políticas públicas en la materia.

Teniendo en cuenta la existencia de diversas políticas relacionadas con la violencia obstétrica cabe mencionar que no todas las leyes de nuestro país no hacen mención específica de dicha violencia. Así, por ejemplo, la ley del Distrito Federal contiene un tipo de violencia contra los derechos reproductivos que, aunque no menciona a la violencia obstétrica específicamente, en su definición hace referencia a que es “toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres [...] en relación [...] a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia”. (GIRE, 2022)

Al contrario de la Ley de acceso de Guanajuato que define a la violencia obstétrica como: “[...] todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o

denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica”. (GIRE, 2022)

Una vez teniendo presente un poco acerca del marco normativo en México y su relación con la violencia obstétrica me propongo a exponer un poco acerca de los derechos sexuales y reproductivos.

La sexualidad forma parte del desarrollo de las personas; sin embargo, aun se limita su ejercicio dependiendo del lugar en donde se nace y las costumbres que se tengan en la comunidad. Esto cambia las relaciones que se gestan durante ciertas etapas de la vida. Por ello es que es importante reconocer que los derechos humanos juegan un papel importante en el ejercicio pleno de la sexualidad. Los derechos no sólo protegen a las personas de atravesar por situaciones complicadas, como conflictos bélicos o que su cuerpo sea violentado; permiten el desarrollo y la formación de una identidad, puesto que con el reconocimiento de los derechos se sabe que se pueden tomar decisiones, que éstas son importantes y que se tomarán en cuenta. Por ello es necesario que se conozcan y se ejerzan. (Gómez, 2018, p. 45)

De esta manera, los derechos sexuales y reproductivos ponen de manifiesto y buscan cambiar las circunstancias que afectan a los cuerpos de las mujeres, con el objetivo de eliminar aquellas condiciones que vulneran su integridad física y su capacidad de tomar decisiones sobre su propio cuerpo y sexualidad. Estos derechos se fundamentan en los principios de preservar la integridad personal, promover la salud, permitir la autodeterminación y garantizar la libertad. Se consideran entonces como “todos aquellos derechos básicos de las personas y parejas que se vinculan con el libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción humana, independientemente de la edad, condición social, raza y religión”. (Gómez, 2018, p. 49) Posibilitan el acceso a la salud sexual y reproductiva, partiendo de la premisa de que cada quien es responsable de su propio cuerpo. (Gómez, 2018)

De igual forma, los derechos sexuales reconocen y garantizan la ciudadanía de las mujeres, ya que abogan por su consideración como ciudadanas plenas, dignas y libres, tratándolas como individuos en lugar de limitarlas a su función reproductiva. Estos derechos también respaldan el derecho de las mujeres a disfrutar de su sexualidad sin que esto conlleve necesariamente un embarazo. Además, empoderan a las mujeres al hacerlas protagonistas

en los procesos de desarrollo, enfatizando que la salud debe ser respetada a lo largo de toda su vida y no solo durante la etapa reproductiva. (Gregorio, 2014)

Como antecedente, en 1948 comienza a hablarse de derechos sexuales y reproductivos en la Declaración Universal de Derechos Humanos en el marco de las Naciones Unidas. Posteriormente en 1966 los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos Sociales y Culturales dieron más contenido a estos derechos e indicaron los deberes y las responsabilidades de los Estados frente a los particulares y definieron mecanismos para verificar su cumplimiento. (Gregorio, 2014)

A partir de ese año, los antecedentes formales del reconocimiento de los derechos reproductivos se pueden reconocer en los siguientes instrumentos:

En la Asamblea General de la ONU realizada en 1966 se expresó que: “El tamaño de la familia debe ser la libre opción de la familia. Posteriormente, en 1968 en Teherán se realizó una Conferencia Internacional de Derechos Humanos, para conmemorar los 20 años de la Declaración y se estableció que: Los padres tienen el Derecho Humano fundamental de determinar libremente el número y espaciamiento de sus hijos”. (Gregorio, 2014, p. 74)

En 1974 en la Conferencia Mundial de Población de Bucarest se aprobó el Plan de Acción Mundial para población, en el que se manifestó que “la decisión de tener o no tener hijos era una prerrogativa personal. Además, al señalar que las personas deben tener los medios, la educación y la información para hacerlos efectivos, se responsabilizó al Estado de ejercer un papel activo en el resguardo de tal derecho”. (Gregorio, 2014, p. 74)

En 1984 en la Conferencia Internacional de Población de México, se reiteró que la planificación familiar es el Derecho Humano básico de las parejas e individuos. Se instó a los individuos y parejas a que ejercieran sus derechos reproductivos teniendo en consideración su propia situación, y las implicaciones que tienen sus decisiones para el desarrollo de sus hijos, de la comunidad, y de la sociedad en la que viven. Por otro lado, se sostuvo que, aunque este derecho era objeto de una aceptación general, muchas parejas e individuos se encontraban en condiciones sociales, económicas o culturales que imposibilitaban su ejercicio porque carecían de información, educación y no tenían acceso a una variedad apropiada de métodos y servicios complementarios. (Gregorio, 2014)

Actualmente, según la oficina del alto comisionado de la Organización de las Naciones Unidas los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y

en otros documentos aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (ONU, 2022)

Los derechos sexuales no se limitan tampoco al enfoque de salud sexual, sino que incluyen: el derecho a buscar, recibir e impartir información sobre la sexualidad; el derecho a recibir educación sexual, el derecho a que se respete la integridad física, el derecho a elegir pareja, el derecho a decidir si ser o no sexualmente activa, el derecho a mantener relaciones sexuales de mutuo acuerdo, el derecho a contraer matrimonio de mutuo acuerdo y el derecho a llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera. (Ávalos, 2013, p. 2268)

En resumen, el derecho a la salud sexual y reproductiva se fundamenta en principios como la libertad, la no discriminación, la dignidad y la igualdad, que son intrínsecos a la condición humana. Estos derechos sexuales y reproductivos están establecidos en normativas internacionales y, por lo tanto, son aplicables en todos los países, sin importar la raza, la edad o el género. Tienen un efecto positivo en el bienestar general, particularmente en las mujeres, ya que influyen significativamente en la salud tanto de las madres como de los recién nacidos. (CONAPO, 2018)

A su vez, en México los derechos reproductivos están consagrados en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

"Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos". Sin embargo, las leyes vigentes aun no admiten una gama amplia de posibilidades de control de la fecundidad ni reconocen explícitamente el derecho de la mujer a decidir sobre los asuntos que afectan su reproducción, incluyendo la posibilidad de decidir tener un aborto seguro. (Ávalos, 2013, p.2268)

En la actualidad, los retos que México enfrenta en esta materia son muchos. A nivel mundial, y de los países occidentales, tenemos una de las tasas más altas de embarazos en adolescentes, y según estadísticas oficiales por lo menos seis de cada 10 personas en

esta etapa de la vida no usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Esto habla de la necesidad de reforzar la educación integral en materia de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, y también de que el Estado garantice servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y al alcance de toda la población. (CDHCMX, 2022)

Es importante reconocer que los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos y son una serie de garantías que nos permiten ver a la sexualidad como parte fundamental de la vida de las personas. Con respecto a estos derechos, en nuestro país existe la cartilla de derechos sexuales de adolescentes y jóvenes que aborda los siguientes derechos basándose en un marco jurídico local, nacional y de instrumentos internacionales:

1. A decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad.
2. A ejercer y disfrutar libremente nuestra sexualidad.
3. A manifestar públicamente nuestros afectos.
4. A decidir libremente con quién o quiénes nos relacionamos afectiva, erótica y socialmente.
5. A que se respete nuestra privacidad e intimidad y a que se resguarde confidencialmente nuestra información personal.
6. A la vida y a la integridad física, psicológica y sexual.
7. A decidir de manera libre e informada sobre nuestra vida reproductiva.
8. A la igualdad.
9. A vivir libres de discriminación.
10. A la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad.
11. A la educación integral en materia de sexualidad.
12. A los servicios de salud sexual y reproductiva.
13. A la identidad sexual.
14. A la participación en las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción.

Considerando estos puntos, se puede decir que estos derechos se basan en el reconocimiento al derecho más básico que tenemos todas las personas a decidir libre y responsablemente el ejercicio de nuestra sexualidad, tener hijos o no y la cantidad y el espaciamiento de éstos; así como a disponer de información y servicios que garanticen el nivel más adecuado y elevado de salud sexual y reproductiva. (CDHCMX, 2022)

## **4.2 Derechos humanos: Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**

En cuanto a los derechos humanos, mencionaré qué son y a quiénes protegen. Primeramente, los derechos humanos han sido la mayor aportación que se tiene para respetar la autonomía de las personas, desde la primera declaración en el año 1789 en donde es conocida como “Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano”, se le considera como una relevancia política debido a que en ella se plasman los ideales que se buscaban en una sociedad y que hasta la fecha imperan en la vida diaria de las personas. Con esta declaración se pretendía “rectificar la historia entera de la humanidad, fundar un nuevo orden político y social completamente nuevo, capaz de establecer una nueva etapa de la trágica evolución humana y de asegurar para el futuro una felicidad segura e inmarchitable”. (Gómez, 2018, p. 46) Estas ideas surgen a partir de las dos guerras mundiales.

Consideremos ahora que, son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles. (CNDH, 2022)

El respeto hacia los derechos humanos de cada persona es un deber de todos. Todas las autoridades en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos consignados en favor del individuo. (CNDH, 2022)

Asimismo, es importante mencionar que los Derechos Humanos han sido clasificados atendiendo a diversos criterios, así podemos encontrar clasificaciones que atienden a su naturaleza, al origen, contenido y por la materia a la que se refieren. Con un propósito pedagógico han sido clasificados en tres generaciones, esto en función al momento histórico en que surgieron o del reconocimiento que han tenido por parte de los Estados. Es conveniente indicar que el agrupamiento de los derechos humanos en generaciones no significa que algunos tengan mayor o menor importancia sobre otros pues todos ellos encuentran en la dignidad humana el principio y fin a alcanzar. Así entonces en la primera generación fueron agrupados los derechos civiles y políticos, en la segunda generación los derechos económicos, sociales y culturales y en la tercera generación se agruparon los que corresponden a grupos de personas o colectividades que comparten intereses comunes.

Actualmente es mayormente aceptado clasificar los derechos humanos únicamente en civiles, económicos, sociales, culturales y ambientales. (CNDH, 2022)

Es fundamental destacar que en el ámbito de los derechos humanos no se establecen categorías ni grados de importancia, ya que todos poseen la misma significancia. Por lo tanto, el Estado tiene la responsabilidad de abordarlos de manera integral, justa y equitativa, tratándolos con igualdad y otorgándoles a cada uno de ellos el mismo nivel de consideración. (CNDH, 2022)

Por otro lado, como ya se mencionó en el apartado anterior, no todas las leyes existentes en México hablan de manera específica sobre la violencia obstétrica; sin embargo y retomando el artículo del GIRE: *Omisión e Indiferencia. Derechos reproductivos en México*, los estados de Durango, Chiapas y Veracruz contienen en sus leyes de acceso apartados más específicos respecto a los actos y omisiones que configuran la violencia obstétrica y en su definición comparten las siguientes conductas:

1. Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de las técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar la cesárea, aun cuando existen condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Será preciso mencionar que, en Veracruz, el código penal tiene tipificado el delito de violencia obstétrica. Dicha tipificación se realizó en el marco de una serie de modificaciones propuestas a este ordenamiento, para lograr un acceso efectivo de las mujeres a una vida libre de violencia, tal como se asegura en la exposición de motivos de la iniciativa de reforma del artículo 363 de dicho código:

[...] al revisar la Ley de Acceso podrán encontrarse en disposiciones legales que definieron diversos tipos y modalidades de violencia a que son sometidas las mujeres; no debe soslayarse que la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia

también posee una arista que ordena adoptar medidas suficientes para sancionar estos actos de violencia, y por esto es necesario realizar un esfuerzo para que algunos de esos tipos y modalidades de violencia se tipifiquen en el ordenamiento penal [...] (GIRE, 2022)

Este mismo código 363 también establece que aquel profesional de la salud comete violencia obstétrica cuando:

- I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.
- II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- III. Practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad.
- V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del recién nacido con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarle inmediatamente después de nacer.
- VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

A partir de lo arriba expuesto sobre este tema, el derecho a una vida libre de violencia está reconocido en el artículo 1° de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará) que define la violencia contra las mujeres como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado, y establece en su artículo 7° la obligación de debida diligencia del Estado para investigarla y sancionarla. (Tamés, 2015)

Dicho lo anterior, es importante mencionar que la violencia es uno de los problemas sociales más agudos que padecen millones de mujeres en todo el mundo. Desde finales de la década de los setenta, las mujeres se organizaron en agrupaciones para llamar la atención

de la sociedad y del Estado sobre este fenómeno, y mediante diversas estrategias expresaron que esta violencia no era un asunto “íntimo”, sino síntoma de la desigualdad, poder e inequidad entre las mujeres y los hombres. (INMUJERES, 2007)

En respuesta a este clamor, los gobiernos se han comprometido, a través de diversos instrumentos jurídicos internacionales, a impulsar programas y políticas públicas dirigidas a prevenir, atender y sancionar la violencia hacia las mujeres. La Convención Interamericana para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará) es una de las más importantes en su tipo, pues ha vinculado a los países miembros de la Organización de Estados Americanos (OEA) que la han ratificado o se han adherido a ella. En México, el decreto de promulgación de esta Convención se publicó en el Diario Oficial el 19 de enero de 1999, luego de poco más de dos años de procesos legislativos para su entrada en vigor. (INMUJERES, 2007)

La promulgación de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia el 1° de febrero de 2007, constituye un gran paso en el combate de este grave problema. Su importancia radica en que establece los lineamientos jurídicos y administrativos con los cuales el Estado intervendrá en todos sus niveles de gobierno, para garantizar y proteger los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia. (INMUJERES, 2007)

La creación de esta Ley obedece a la necesidad de contar con un instrumento jurídico que contenga las disposiciones y condiciones legales para brindar seguridad a todas las mujeres del país, sin ser exclusiva de una localidad, sino aplicable en todo el territorio nacional y obligatoria para los tres ámbitos de gobierno, en los cuales se aplicarán las políticas públicas necesarias para dar respuesta a las demandas de la población; permitiendo, por supuesto, la concurrencia legislativa para que las entidades federativas tomen las acciones conducentes. (INMUJERES, 2007)

A pesar de que en esta investigación se pretende visibilizar la presencia de la violencia obstétrica en nuestro país, se debe agregar que no es el único tipo de violencia de la que se habla en esta ley promulgada en el 2007. Con respecto a ello enunciaré los tipos de violencia que considera esta Ley:

1. Violencia psicológica: [...] cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, desamor, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación

y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

2. Violencia física: [...] cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.
3. Violencia patrimonial: [...] cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.
4. Violencia económica: [...] toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.
5. Violencia sexual: [...] cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que, por tanto, atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.

Cabe mencionar que la violencia obstétrica se encuentra implícitamente ligada a la violencia de tipo psicológica, física y sexual respectivamente. Además, la Ley considera cualquier otra forma análoga de violencia que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres. (INMUJERES, 2007)

Por otra parte, dentro de esta Ley también se engloban las distintas modalidades de la violencia tales como la violencia familiar, la violencia laboral, la violencia docente, el hostigamiento sexual, el acoso sexual, la violencia en la comunidad, la violencia institucional y la violencia feminicida.

Como podemos notar, dentro de estas modalidades de la violencia expuestas en la Ley no se encuentra la violencia obstétrica.

Con el objetivo de visibilizar la violencia obstétrica como una de las formas de violencia en contra de las mujeres, en los últimos años se han presentado varias iniciativas de reforma a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y a las estatales en la materia. Sin embargo, cabe señalar que la

violencia obstétrica se puede encuadrar en las figuras de violencia institucional y de género ya existentes en la Ley. En ese sentido, a pesar de que no estuviera definida de manera explícita, la normativa referente a estos tipos de violencia supone la obligación del Estado de tomar las medidas necesarias para prevenir, erradicar y sancionar la violencia obstétrica para lo cual ya existen también políticas públicas que son indispensables para este objetivo. Las disposiciones de esta Ley, son de orden público, de interés social y de observancia general en la República Mexicana. (Tamés, 2015, p. 38)

### **5.Planteamiento del problema, objetivo y marco pedagógico**

Como resultado de todo lo revisado hasta el momento puedo decir que, es importante que existan cambios dentro de la situación presente en nuestro país. De ahí que, considero significativo que se comience a transformar nuestra sociedad conforme a estos temas; inicialmente, es necesario que se reconozcan los derechos relacionados con el recién nacido/a y con la mujer gestante en nuestro país. También, que se dé visibilidad a la mirada social con que debe ser reconocida la mujer gestante, es decir, que a la mujer gestante no solo se le vea como un ser cuya única función es la reproducción o solamente como un “vientre que presta sus servicios”.

Igualmente, se busca lograr el reconocimiento de la mujer gestante como un sujeto con la capacidad de agencia para la toma de decisiones alrededor de estos procesos. La capacidad de agencia en un individuo se refiere a su habilidad o capacidad para tomar decisiones autónomas y actuar de acuerdo con sus propias intenciones, objetivos y valores. Implica la capacidad de influir en su entorno y en su propia vida, ejerciendo control sobre sus acciones y decisiones. La agencia implica la libertad y la capacidad de elección, y es un componente esencial de la autonomía personal. Una persona con una alta capacidad de agencia es capaz de tomar decisiones informadas, perseguir metas y hacer elecciones que reflejen sus deseos y valores, dentro de los límites de las circunstancias y las restricciones externas. (Aguirre, 2021)

Además de lo ya mencionado, cualquier ser humano debe ser percibido como un ser libre y con igualdad de derechos. De ahí surge la necesidad de que la mujer gestante comience a verse a sí misma como un sujeto social y de derechos, es decir, un sujeto que sea capaz de conocer, reconocer y ejercer los derechos a los cuales tiene acceso que, en estos procesos de gestación y parto son convenientes identificar.

Es de suma relevancia que las y los profesionales de la salud interesados en el tema sean sujetos capaces de ayudar, entender y acompañar adecuadamente; brindando confianza, escucha, valor y reconocimiento a las mujeres en los procesos de gestación y parto con la finalidad de dejar de lado la percepción de dar a luz de una manera mecanicista. Hay que mencionar que, estos profesionales de la salud deberán ofrecer a las personas distintas soluciones preventivas e información veraz a modo de ofrecer una experiencia completa alrededor del periodo prenatal, el nacimiento y el periodo perinatal.

Desde esta postura, se debe proporcionar un adecuado acompañamiento en el embarazo el cual implique que las y los profesionales posean una formación integral, humanizada e incluso una formación socio – afectiva para saber cómo tratar estos temas y que a su vez otorguen seguridad y confianza para que la mujer no vea los procesos de gestación y parto como una etapa complicada en su vida, es decir; se trata de que las mujeres reciban el más alto nivel de cuidados en salud, entre los cuales se incluyen el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

El objetivo de esta investigación radica en desarrollar una propuesta sobre una pedagogía prenatal y perinatal en México que sea benéfica para aquellas personas que desean convertirse en madres y de igual manera desean sentirse escuchadas y valoradas en los procesos de gestación y parto. Lo que quiero decir es que propongo una educación prenatal y perinatal, puesto que la educación es un elemento fundamental para la formación de individuos y su forma de ser, por lo tanto, también es fundamental para las sociedades. Por esto mismo, estimo que se debe comenzar por establecer diversas acciones educativas hacia las personas interesadas en estos temas y hacia los mismos profesionales de la salud interesados en erradicar la ya mencionada violencia obstétrica y dar lugar a un parto más humanizado en nuestro país.

Por último, considero valioso que la educación prenatal y perinatal esté al alcance de todas aquellas personas que desean vivir una experiencia plena y placentera alrededor de los procesos de gestación y parto. De ahí que, el propósito es conseguir que estos procesos importantes en la vida de las mujeres no se vean relacionados con el dolor y/o con experiencias negativas en su vida. En última instancia, la educación prenatal y perinatal resulta esencial para el bienestar de la madre, el recién nacido/a y la familia en general, proporcionando los conocimientos y la confianza necesarios para enfrentar el embarazo, el parto y las primeras semanas del recién nacido/a de forma segura y saludable.

Una vez teniendo presente lo anterior, propongo el marco pedagógico filosófico de tipo humanista destinado para regir esta propuesta.

Este enfoque se fundamenta en la creencia de que cada individuo tiene un potencial inherente para el crecimiento, la autorrealización y el desarrollo personal. Un enfoque humanista en la educación, propone la búsqueda de nuevos sentidos en la formación de los sujetos, las comunidades y la sociedad. (Torres, 2023) En resumen, el marco pedagógico filosófico humanista se basa en la creencia de que la educación debe ser un proceso que nutre y potencia el crecimiento y el desarrollo de cada individuo como ser humano, reconociendo su singularidad y valorando tanto su bienestar emocional como intelectual.

En un mundo de constante cambio y desafíos cada vez más complejos, la capacidad de agencia se convierte en un factor crucial para el desarrollo personal y social. Esta propuesta explora cómo se puede contribuir significativamente a empoderar a las y los individuos en su búsqueda de autonomía y toma de decisiones informadas respecto a una pedagogía prenatal y perinatal.

A continuación, expondré como es que el enfoque humanista puede fomentar esta capacidad de agencia:

- Fomenta la autoconciencia: ayuda a las y los individuos a comprender sus valores, intereses y objetivos personales.
- Promueve la toma de decisiones informadas: les brinda las herramientas para evaluar opciones y tomar decisiones acertadas.
- Incentiva la responsabilidad: enseña a asumir la responsabilidad de las elecciones y acciones propias.

La educación humanista se ocupa de los espacios morales de las personas, para proporcionar terreno a la independencia, al uso del diálogo en todo proceso de comunicación. Al mismo tiempo, “se constituyen en un habilitador en la cimentación de elementos y políticas que, al sostener un humanismo como base, podrán ser más adecuadas y más responsables. En este marco se promueve el desarrollo integral de la persona: aspectos físicos, mentales, espirituales y sociales con sustento en valores que son aceptados por todos”. (Sesento, 2021, p. 72)

## **6.Propuesta. “Antes, durante y después: una mirada hacia la maternidad consciente”**

La educación es un componente esencial en la vida de las personas y en el progreso de la sociedad. La educación proporciona a las personas las habilidades, conocimientos y valores necesarios para su crecimiento personal y desarrollo. Ayuda a cultivar el pensamiento crítico, la creatividad, la autoestima y la capacidad de toma de decisiones informadas.

Es en este punto donde radica la importancia de este trabajo de investigación y, por supuesto la relevancia que representa esta propuesta pedagógica. En pocas palabras, en esta propuesta el objetivo es que las personas se eduquen antes de convertirse en madres y padres, pero, ¿educar?, ¿este acto resulta ser tan sencillo como suena?

En primer lugar, debo mencionar que “educar” *educare*, quiere decir alimentar, nutrir, que traducido en actos educativos equivale a “llenar de conocimientos” al transmitir, instruir, formar o capacitar donde lo principal del proceso es de fuera adentro, la labor docente es determinante y el conocimiento del alumno es heterónimo<sup>10</sup>; este ha sido el enfoque predominante al entender y practicar la educación, aunque con variantes, intensidades y matices. Por el contrario, *educere* significa extraer de dentro afuera, que corresponde, en términos educativos, a incitar, conducir o acompañar al sujeto en el desarrollo y la realización de sus potencialidades donde el proceso es del interior al exterior y el protagonista es el alumnado. (Viniestra-Velázquez, 2021).

La importancia de educar, por lo tanto, radica en la elección del enfoque educativo adecuado. Por lo tanto, educar es fundamental en la formación de individuos capaces de tomar decisiones informadas y asumir con éxito las responsabilidades de la maternidad y la paternidad.

Además de lo mencionado previamente y en respuesta a las necesidades presentadas en nuestro país en relación con este asunto, cabe aclarar que esta propuesta fue diseñada para que, en el futuro, alguien pueda decidir implementarla, siguiendo las diversas actividades propuestas en cada uno de los tres talleres planificados.

---

<sup>10</sup> Heterónimo: dicho de una persona: que está sometida a un poder ajeno que le impide el libre desarrollo de su naturaleza. <https://dle.rae.es/heter%C3%B3nomo>

Esta propuesta está titulada como: "Antes, durante y después: una mirada hacia la maternidad consciente", esto será a través de la implementación de dos talleres. Estos talleres se estructuran de la manera que se describe a continuación:

- Taller 1: "Antes" donde se explorará la planificación de vida. La razón principal para abordar este tema inicialmente es que la planificación de vida es fundamental para establecer metas, tomar decisiones bien fundamentadas, definir objetivos a largo plazo de manera precisa y realizar ajustes necesarios en el plan para lograr nuestras metas. La duración total de este taller será de 18 horas de trabajo. Los sujetos con los cuales se pretende trabajar son:
  - Personas interesadas en los temas a tratar
  - Mujeres embarazadas

Además, estos sujetos de educación deben ser personas que tengan interés en revisar conocimientos sobre los procesos de reproducción y sexualidad desde el enfoque de los derechos humanos. Asimismo, se sugiere que el taller sea dirigido por una persona capacitada y sensibilizada en estos temas.

La totalidad de este taller se encuentra definida por un mes de trabajo. Esto se debe a que, a medida que transcurre el tiempo de los talleres, pueden surgir diferentes situaciones. Por ejemplo, algunas mujeres embarazadas podrían tener una menor disposición para asistir o, en el caso de aquellas con embarazos más avanzados, podrían comenzar a dar a luz. Además, existe la posibilidad de que algunas mujeres se integren a los talleres después que otras. Más adelante, cada uno de los apartados contiene las especificaciones y los tiempos destinados de los contenidos a tratar durante este primer taller.

- Taller 2: "Durante y después", en el segundo taller, se abordarán una serie de temas relacionados con los procesos de gestación, parto y lactancia. La razón principal para incluir estos temas radica en su importancia para promover la salud, el bienestar y la autonomía de las personas, así como para asegurar un inicio saludable en la etapa perinatal. La educación sobre estos aspectos permite a las personas tomar decisiones informadas en lo que respecta a su salud reproductiva. De igual manera, al abordar estos temas de manera abierta, también contribuimos a desterrar mitos y estigmas en torno a la gestación, el parto y la lactancia, lo que a su vez fomenta una comprensión más completa de estos procesos naturales. La

duración de estos talleres constará de 36 horas de trabajo. El sector poblacional al cual va dirigido este segundo taller es el siguiente:

- Personas interesadas en los temas a tratar
- Mujeres embarazadas

Al igual que en el taller anterior, estos sujetos de educación deben ser personas que tengan interés en revisar estos conocimientos sobre los procesos de reproducción y sexualidad desde el enfoque de los derechos humanos. Se sugiere que los talleres sean dirigidos por una persona capacitada y sensibilizada en estos temas.

La totalidad de los talleres “Durante y después” se encuentra definida por dos meses de trabajo como máximo. Esto se debe a que, a medida que transcurre el tiempo de los talleres, pueden surgir diferentes situaciones. Por ejemplo, algunas mujeres embarazadas podrían tener una menor disposición para asistir o, en el caso de aquellas con embarazos más avanzados, podrían comenzar a dar a luz. Además, existe la posibilidad de que algunas mujeres se integren a los talleres después que otras. Por esta razón, la duración máxima de los tres talleres será de tres meses, con el fin de abordar todos los temas con la dedicación que cada uno requiere.

Por otro lado, en relación a la modalidad de trabajo que seleccioné, es importante señalar que opté por el taller debido a las particularidades que presenta:

El taller sirve para trabajar uno o varios contenidos, para que a través de las lecturas y material proporcionados se apropien de conocimientos de una manera sistemática. Se trata de un espacio en el que se busca capacitar, orientar, investigar, e intercambiar experiencias sobre un tema determinado. [...] Se va a aprender con y para todos los que en ello intervienen; se realiza también el intercambio de experiencias, conocimientos, saberes y discernimientos; todo en función de una temática (Sánchez, 2007, p. 6 y 7)

En concordancia con todo lo ya expuesto sobre esta propuesta, hago mención sobre la manera en que serán abordados los contenidos, en este sentido, se trabajará conforme a la taxonomía socioformativa de Tobón.

El enfoque de la socioformación nace para ayudar a la sociedad, es un enfoque de origen latinoamericano que prioriza el desarrollo del talento humano en la comunidad, las organizaciones y las instituciones de formación.

La socioformación provee estrategias específicas para dirigir a las personas y organizaciones en el proceso de transformación hacia el conocimiento. Se caracteriza por la metacognición, la aplicación de los principios del pensamiento complejo, el trabajo en comunidad, la resolución de problemas y la co-construcción de los saberes para afrontar los retos del entorno. (Sánchez-Contreras, 2019, p. 12)

Por este motivo, esta taxonomía resultará de gran utilidad para alcanzar los objetivos previstos, en particular, para fomentar la reflexión de las y los participantes sobre sí mismos y sobre las acciones que deben llevar a cabo en relación a los temas que se tratarán en los talleres. En resumen, esta taxonomía socioformativa tiene como objetivo abordar los desafíos de la sociedad del conocimiento y promover el desarrollo comunitario a través de la formación integral de individuos y equipos. Su finalidad es que los participantes se conviertan en innovadores, emprendedores y contribuyan a mejorar las condiciones de vida, abordando los problemas de la comunidad y su entorno, al mismo tiempo que promueven el bienestar colectivo mediante la aplicación de valores universales y la creación de un plan de vida ético y moral que esté en sintonía con las necesidades ambientales, sociales, económicas y culturales, con el fin de avanzar hacia una sociedad basada en el conocimiento. (Sánchez-Contreras, 2019)

Para concluir, este enfoque se basa en la idea de que el aprendizaje no es un proceso individual y aislado, sino que se produce de manera más efectiva cuando las personas interactúan con otras y participan en actividades sociales y colaborativas.

### **6.1 Antes: planificación de vida**

En este sentido, el primer apartado trata acerca de la planificación de vida. Estimo que el primer paso a realizar es explicar desde la pedagogía diversos aspectos alrededor de este tema, pero, primeramente, es necesario que se mencione la importancia de la planificación de vida ¿qué significa la planificar la vida? Brevemente, planificar la vida y la maternidad tratan acerca de aquel proyecto destinado de cada persona con respecto a las metas a realizar a lo largo de su vida. Estas metas pueden ser orientadas hacia diferentes proyectos personales y pueden verse relacionados con algún cambio de residencia, viajes, proyectos escolares y/o laborales, así como también las relaciones interpersonales que cada sujeto desea entablar, es decir, el tipo de amigos y las personas con las cuales se rodea, el decidir tener o no una pareja, formar una familia, etc.

Haciendo referencia esta última parte acerca de la planificación de vida, la Federación Internacional de Planificación Familiar de la Red Europea (IPPF por sus siglas en inglés) define a la planificación familiar como:

Todos aquellos suministros y servicios que hacen posible que las personas y las parejas tengan el número de hijos e hijas que desean tener y planifiquen el cuándo y cada cuánto tiempo los tendrán. En ella se incluyen los métodos anticonceptivos modernos, tales como la píldora anticonceptiva, los DIU, los productos inyectables, o los preservativos para hombres y mujeres. Los servicios incluyen atención médica, asesoramiento e información y educación relacionadas con la salud sexual y reproductiva. (IPPF, 2015, p.1)

Cabe aclarar que, aunque la IPPF proporciona esta definición sobre la planificación familiar y no sobre la planificación de vida quise retomarla puesto que se mencionan aspectos importantes para llevarla a cabo ya sea como pareja o como persona, esto debido a que no necesariamente se necesita formar una familia para poder planificar la vida, sino que se pueden planificar distintos aspectos alrededor del tema desde la individualidad.

Con esta definición sobre la planificación de vida podemos mirar la importancia que se tiene alrededor de este hecho, pero, debido a esto surge otro cuestionamiento ya que no basta con solamente proporcionar la información al azar y sin buscar la sensibilización; así que, ¿de qué manera hacerlo o hacia quién dirigirnos? Sería conveniente dirigirnos a los jóvenes, puesto que son potenciales futuros padres y madres y podríamos ayudarles para esa tarea porvenir. Sin embargo, aunque el objetivo de esta propuesta no se encuentra destinado hacia la población adolescente quiero hacer mención de ello puesto que es otro sector de la población con el cual se podría trabajar un poco sobre la planificación de vida.

Sin embargo y a pesar de la importancia que representa presentar esta información a la población más joven, considero conveniente en este caso redirigirnos a nuestro propósito, se plantea entonces que la planificación de vida es un aspecto importante en la vida de cualquier ser humano ya que todos necesitamos un momento de reflexión donde pongamos pros y contras acerca de nuestras acciones, la manera de relacionarnos con las personas a nuestro alrededor, así como también los futuros planes a realizar. Evidentemente cualquier ser humano tiene distintos planes y distintas prioridades conforme a sus intereses, en este caso puede que llegue un momento donde alguna mujer desde su individualidad se sienta preparada para traer un nuevo ser al mundo o alguna pareja decida formar una

familia, es ahí donde recae la necesidad de planificar conscientemente un hecho tan importante como lo son los procesos de gestación y parto.

Es en este momento de la vida donde debemos mostrar a las mujeres y hombres interesados a planear sus decisiones y prepararse para esos momentos de la gestación y parto próximos a llegar; el propósito radica hacia aquellas mujeres que se encuentren interesadas en el tema abordado puesto que se les daría la posibilidad a las mujeres de ser capaces de determinar el futuro deseado; con la facilidad de tener acceso a la planificación, teniendo la oportunidad de prevenir significativamente complicaciones a su salud. Las necesidades, aspiraciones y circunstancias de cada mujer, son factores basados en los derechos humanos que permiten que exista una decisión libre y responsable de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. (UNFPA, 2022)

De la misma manera, a través de la planificación, se pretende transmitir la idea de que traer un nuevo ser al mundo implica una responsabilidad que recae en ambos, en caso de que decidan hacerlo, y no únicamente en las mujeres. Además, se busca reconocer la importancia de las mujeres como creadoras de vida y fomentar actitudes de comprensión, respeto, cuidado y escucha, especialmente durante el periodo de gestación.

Dando consideración a esto, es relevante destacar la importancia de fomentar la capacidad de agencia que se busca desarrollar en los talleres, como se mencionó previamente. "Las personas tienen la capacidad de elegir la vida que consideren valiosa, esto con el fin de generar satisfacción en su vida y para influir en el mundo con sus acciones". (Sánchez Jaramillo, 2018, p. 11) Con esto quiero reiterar que la capacidad de agencia es un elemento importante para que los sujetos sean competentes y puedan pensar acerca de la importancia de llevar a cabo una planificación de vida.

En cuanto al papel que tiene la planificación como derecho humano tenemos como antecedente lo establecido en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de 1968, donde la planificación familiar se convirtió en una obligación de derechos humanos para todos los países, gobiernos y legisladores. El documento final de la conferencia, titulado la Proclamación de Teherán, declara inequívocamente en el artículo 16 que: "Los padres tienen el derecho humano básico de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos". (UNFPA, 2018)

Una vez que hemos establecido este contexto sobre la planificación y los derechos humanos, es importante destacar que estos deberían ser accesibles para cualquier persona

que desee ejercerlo. No obstante, la realidad muestra que este derecho no está al alcance de todos, en especial de aquellos que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad.

Aunque se han logrado grandes avances en la accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de planificación y anticoncepción, siguen existiendo necesidades insatisfechas de información y servicios entre las mujeres que habitan en las comunidades más desprotegidas. Las necesidades insatisfechas de servicios e información sobre métodos anticonceptivos se manifiestan no solo en las mujeres fértiles que no desean tener más hijos y no usan métodos anticonceptivos, sino también en aquellas personas que los utilizan y no logran alcanzar su objetivo de limitar o espaciar su fecundidad, ya sea por falta de conocimientos o por no contar con métodos seguros. En este sentido, incluso las personas que se encuentran usando métodos anticonceptivos están expuestas a un nivel importante de falla anticonceptiva. “El embarazo no intencionado se define como aquel que la mujer hubiera preferido retrasar por dos años o más (embarazo no planeado) o aquel que la mujer definitivamente no quería (no deseado)”. (UNFPA, 2020, p. 3)

El acceso limitado a métodos anticonceptivos no es el único obstáculo para una adecuada planificación familiar. “También, están la precariedad de los sistemas sanitarios, las expectativas de subordinación para las mujeres y de dominación para los hombres, la violencia, los matrimonios forzados y costumbres locales que impiden a las mujeres decidir libremente el número de hijos y el momento de ser madres”. (UNFPA, 2020, p. 4)

Dentro de este marco, “el Fondo de Población de las Naciones Unidas busca fortalecer las capacidades del personal de salud para brindar una consejería anticonceptiva acorde con las preferencias de cada mujer y los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME) vigentes para el uso seguro de los métodos anticonceptivos. Estos Criterios Médicos de Elegibilidad son una guía para la correcta elección y uso de los métodos anticonceptivos en variadas condiciones de salud”. (Capella, 2017, p. 1) De esta manera, estos CME proporcionan información sobre cuándo un método anticonceptivo podría representar un riesgo o agravar una condición médica, o cuando una condición médica podría reducir la eficacia de un método.

### **6.1.1 Mi proyecto de vida**

En este primer taller se abordarán temas que anteceden al momento de gestar una nueva vida; estos temas serán la planificación de vida, la toma de decisiones, y, por último, la función materna y paterna en la actualidad. La duración constará de 18 horas de trabajo.

Considero iniciar con actividades de reflexión para lograr descubrir y/o potenciar aptitudes y actitudes de las participantes frente a la vida futura y a su vez conseguir una primera aproximación con el grupo poblacional.

<b>FASE INICIAL</b>		
<p>Objetivo: Los participantes expresarán el tema de mayor interés para ellos en los talleres.</p> <p>Duración: 1 hora</p>		
Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
<p>Los participantes obtendrán una primera comprensión sobre los contenidos del taller</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En cuál de los temas tienes mayor interés y por qué?</li> <li>• ¿Qué esperas aprender al finalizar el taller?</li> </ul>	<p>Los participantes comprenderán y serán capaces de identificar sus intereses y expectativas en relación al tema y al taller en su totalidad.</p>
<b>FASE DE DESARROLLO</b>		
<p>Objetivo: Los participantes identificarán cómo pueden llevar a cabo la planificación de vida y de qué manera hacerlo.</p> <p>Duración: 4 horas</p>		
Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
<p>Los participantes describirán en un breve comentario cuál es el proyecto que tienen actualmente en mente para su vida en los ámbitos personal, laboral y/o escolar, según sea el caso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Has pensado en formar una familia, cómo la imaginas?</li> <li>• ¿Has pensado cuántos hijos quieres tener y por qué?</li> <li>• ¿A qué te gustaría dedicarte laboralmente dentro de 3 años? Justifica tu respuesta</li> <li>• ¿En qué orden pondrías el desarrollo personal, familiar y profesional y</li> </ul>	<p>Los participantes reconocerán sus intereses actuales y el grado de importancia que les asignan en este momento de su vida a cada uno de ellos en los distintos ámbitos de su vida.</p>

	por qué los acomodas de esa forma?	
Los participantes discutirán en plenaria sus intereses actuales relacionados con sus metas personales, con la finalidad de que se cumplan sus objetivos deseados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con la respuesta que diste, ¿de qué manera crees que puedas cambiar de opinión sobre lo que quieres llegar a ser en un futuro próximo?</li> <li>• ¿Tienes claras las herramientas que necesitas para cumplir tus objetivos a corto, mediano y largo plazo? ¿De qué manera consideras que puedes lograrlo?</li> </ul>	Los participantes analizarán en conjunto su situación actual, identificando lo que ya han logrado y lo que les falta para cumplir sus objetivos a mediano y largo plazo.
<b>FASE DE CIERRE</b>		
Objetivo: Los participantes reflexionarán sobre sus intereses actuales y los objetivos que desean alcanzar.		
Duración: 1 hora		
Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
Los participantes analizarán y compartirán sus opiniones acerca de cómo se sintieron durante las actividades realizadas en la fase de desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo te sentiste con pensar en ti a futuro?</li> <li>• ¿Encontraste obstáculos al proyectar a tu “yo” tu futuro, por qué?</li> <li>• ¿Qué acciones podrías emprender en este momento para avanzar hacia tus objetivos?</li> </ul>	Los participantes reconocerán las fortalezas y debilidades que poseen en relación a los objetivos que desean alcanzar en un futuro próximo.

### 6.1.2 Mis decisiones

El siguiente tema a abordar en el taller está vinculado a las elecciones que debemos hacer en relación con nuestro plan de vida. En esta parte del taller, buscamos que los participantes analicen los factores, tanto favorables como desfavorables, que afectan nuestras decisiones, así como la relevancia de cada situación presentada a lo largo de nuestra vida.

<b>FASE INICIAL</b>		
<p>Objetivo: Los participantes enunciarán aspectos que consideren clave para su vida futura tal como se abordaron en el primer segmento del taller.</p> <p>Duración: 1 hora</p>		
Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
<p>Los participantes recordarán y recuperarán aspectos importantes vistos en el primer segmento del taller.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué recuerdas de la primera sesión?</li> <li>• Al pasar los días, ¿reflexionaste sobre tus planes a futuro? ¿De qué manera?</li> <li>• ¿Has reconsiderado alguna parte de tu visión o aun estás comprometido con lo que deseas alcanzar?</li> </ul>	<p>Los participantes reflexionarán sobre lo aprendido en el primer segmento del taller. Al mismo tiempo, el facilitador del taller evaluará si las perspectivas de los participantes se mantienen o han evolucionado.</p>
<b>FASE DE DESARROLLO</b>		
<p>Objetivo: Los participantes autoevaluarán las ideas sobre proyectos que han pensado a lo largo de su vida y comprenderán cómo estas ideas influyen en su proceso de toma de decisiones.</p> <p>Duración: 3 horas</p>		
Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
<p>Los participantes enunciarán algunas ideas que han tenido respecto a sus propios proyectos de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Compartes tus ideas con la gente que te rodea? De ser así, ¿de qué manera lo haces?</li> <li>• ¿Sueles convertir en realidad la mayoría de</li> </ul>	<p>Los participantes reflexionarán sobre las ideas que han tenido a lo largo de su vida, evaluando si alguna de ellas tiene potencial para convertirse</p>

	<p>las ideas que se te ocurren? Proporciona un ejemplo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Consideras que tus ideas son simplemente sueños inalcanzables o proyectos que tienen el potencial de hacerse realidad? ¿Por qué lo ves de ese modo?</li> </ul>	<p>en un proyecto o un cambio beneficioso para sus vidas.</p>
--	--	---

**FASE DE CIERRE**

Objetivo: Los participantes identificarán las decisiones que han tenido un mayor impacto en su vida cotidiana.

Duración: 2 horas

Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
<p>Los participantes analizarán la información proporcionada en el texto "La asertividad en la toma de decisiones de los adolescentes" de Alicia Pintor (Material de apoyo 1) con el fin de adquirir conocimientos sobre la toma de decisiones de manera asertiva y consciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Piensas que todas las decisiones que tomamos tienen un impacto en nuestra vida a largo plazo, o crees que solo algunas lo tienen? ¿Qué te lleva a pensar así?</li> <li>• ¿Piensas antes de actuar o actúas por impulso?</li> <li>• ¿De qué manera te ayudó el texto proporcionado a entender mejor el concepto de asertividad? Justifica tu respuesta</li> </ul>	<p>Los participantes analizarán que tan influenciados son en la toma de decisiones. Además, comprenderán la importancia de tomar decisiones de manera asertiva y consciente.</p>

### 6.1.3 Siendo madres/padres responsables

En este último segmento del taller se dará un primer acercamiento a la función materna y paterna que se tiene en la actualidad.

<b>FASE INICIAL</b>		
<p>Objetivo: Los participantes compartirán sus conocimientos previos sobre la planificación familiar y los métodos anticonceptivos.</p> <p>Duración: 1 hora</p>		
Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
<p>Los participantes aplicarán sus conocimientos previos al intercambiar sus puntos de vista acerca de los métodos anticonceptivos que utilizan o de los cuales han escuchado información al respecto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Has oído hablar o tienes conocimiento acerca de la planificación familiar? Proporciona un ejemplo</li> <li>• ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que conoces?</li> <li>• ¿Estás utilizando algún método anticonceptivo en la actualidad? En caso afirmativo, ¿cuál o cuáles?</li> </ul>	<p>Los participantes reconocerán su propia postura en relación con la planificación familiar y los métodos anticonceptivos que utilizan y conocen.</p>
<b>FASE DE DESARROLLO</b>		
<p>Objetivo: Los participantes analizarán los derechos sexuales y reproductivos, comprendiendo su relevancia para la práctica de una sexualidad responsable.</p> <p>Duración: 3 horas</p>		
Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
<p>Los participantes analizarán la información sobre la sexualidad responsable obtenida a través de la lectura "Derechos sexuales y reproductivos" de Rogelio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tenías conocimiento o alguna idea previa acerca de los derechos sexuales y reproductivos?</li> </ul>	<p>Los participantes discutirán la importancia de ejercer una sexualidad responsable, integrando elementos relacionados con los derechos sexuales y</p>

<p>Pérez D'Gregorio (Material de apoyo 2). Además, aplicarán su comprensión al comentar su postura acerca de los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME) presentados por el facilitador del taller (Material de apoyo 3).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basándote en la lectura proporcionada, ¿cuáles son tus ideas sobre cómo llevar a cabo una sexualidad de manera responsable?</li> <li>• ¿Qué opinas acerca de los CME establecidos por la OMS?</li> </ul>	<p>reproductivos, así como los Criterios Médicos de Elegibilidad.</p>
<p><b>FASE DE CIERRE</b></p> <p>Objetivo: Los participantes evaluarán diversas alternativas para desempeñar una función materna y paterna adecuada en la sociedad actual.</p> <p>Duración: 2 horas</p>		
<p>Actividades generales</p>	<p>Preguntas guía</p>	<p>Resultados esperados</p>
<p>Los participantes realizarán un análisis de su propia postura en relación a las funciones maternas y paternas presentes en la sociedad actual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Para ti que significa ser madres y padres responsables?</li> <li>• ¿Crees que es esencial vivir en pareja para ejercer una maternidad y paternidad consciente y responsable? ¿Cuáles son los argumentos a favor y en contra de esta idea?</li> <li>• ¿Consideras que la paternidad tiene la misma importancia que la maternidad? ¿Por qué?</li> </ul>	<p>Los participantes reflexionarán para comprender el papel que conlleva ser madres y padres en la sociedad actual, así como la responsabilidad asociada a ello.</p>

## **6.2 Durante: El acompañamiento en la gestación y el parto**

En segunda instancia, este apartado trata sobre el acompañamiento en la gestación y el parto, así como también la presencia que tiene en México el parto humanizado.

Por eso, hay que mencionar la importancia de un acompañamiento en la gestación y el parto, con esto quiero decir que no basta una revisión médica continua hacia la mujer y su evolución en el embarazo para que esto sea considerado un acompañamiento.

El embarazo es un proceso fisiológico que conlleva cambios anatómicos, emocionales y a su vez trae consigo muchas dudas, miedos e inseguridades para la futura mamá y su pareja, resulta importante que los ya mencionados reciban toda la información necesaria, acompañada de un trato empático, una asesoría personalizada, asimismo, se debe orientar y acompañar a la madre sobre los cambios que pasarán en el proceso gestacional, la importancia de los controles prenatales, los signos de alarma que debe reconocer la gestante, la labor de parto, las intervenciones que realizara el equipo de salud en el parto y recepción del neonato, el cuidado del neonato en casa, la importancia de la vacunación, alimentación con seno materno, fomentar el apego, el tamizaje neonatal y crear una planificación en conjunto con el usuario para optimizar los cuidados de salud en combinación con el cuidado domiciliario. La salud materna y neonatal se complementa. En pocas palabras, “un acompañamiento en el embarazo pasará por diferentes cambios debido a las necesidades de la paciente que cambian en cada trimestre, como los requerimientos nutricionales, además se debe preparar a la gestante para el parto y brindar educación para el cuidado del recién nacido”. (Apolo, 2020, p. 2).

Por esta razón, dentro de estas herramientas, propongo que se informe a todas las personas vulvoportantes que estén a punto de convertirse en madres y las más personas que estén interesadas en este tema. Además, los invito a reflexionar a través de la propuesta de este taller, de manera que puedan adquirir conciencia y transformarse a partir de la información proporcionada y del intercambio de experiencias y conocimientos con otros participantes. Esto les permitirá tomar decisiones de manera autónoma en relación a los procesos de gestación y parto, de acuerdo con sus respectivos planes de vida. En otras palabras, es importante que las mujeres reciban información sobre la planificación y los aspectos relacionados con su embarazo, como el lugar de nacimiento de sus hijos y quiénes las acompañarán durante este proceso. Esto implica que deben tomar decisiones sobre si desean contar con el apoyo de una partera para un parto en casa o si prefieren un enfoque médico con un parto en un hospital. Es esencial destacar que estas decisiones se basarán

en las necesidades de la mujer embarazada y su pareja, ya que este último también desempeña un papel significativo en estos procesos.

### **6.2.1 El parto humanizado en México**

Hablar de partos es un tema del cual ya se habló anteriormente, es decir, se mencionó sobre los partos en hospitales, así como también se hizo mención acerca de los partos en casa y comunidades rurales. Sin embargo, en este apartado me compete mencionar aspectos con relación a un parto humanizado.

¿Qué es lo que se piensa de un parto humanizado? ¿En México existen lugares donde se trate e informe al respecto? Con respecto al parto humanizado, José Arnau Sánchez expone lo siguiente:

La humanización comprende por lo menos dos aspectos fundamentales. El primero, respecto a la convicción que es deber de las unidades de salud recibir con dignidad la mujer, sus familiares y el recién nacido, es decir, acogerlas y tratarlas como personas. Esto requiere actitud ética y solidaria por parte de los/as profesionales de la salud y la organización de la institución con la finalidad de crear un clima agradable y a instituir rutinas hospitalarias que rompan con el tradicional aislamiento impuesto a la mujer. El otro se refiere a la adopción de medidas y procedimientos que son beneficiosos para el acompañamiento del parto y del nacimiento, evitando prácticas intervencionistas innecesarias, que, aunque tradicionalmente han sido realizadas, no benefician a la mujer ni al recién nacido, y que con frecuencia acarrearán mayores riesgos para ambos. Además, dignificaría a la mujer pues tendría en cuenta sus deseos y necesidades a la hora de parir que contribuiría a aumentar su grado de satisfacción. (Sánchez, 2012, p. 232)

Por otro lado, al tener en cuenta el concepto de humanismo, nos encontramos con la definición ofrecida por Lareisy Borges Damas en su artículo *El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer* en la revista cubana de Obstetricia y Ginecología en el año 2018:

Humanismo es una actitud vital basada en una concepción integradora de los valores humanos, significa valorar de forma holística al ser humano y la condición humana. En este sentido, se relaciona con la generosidad, la compasión y la preocupación por la valoración de los atributos y las relaciones humanas. Al analizar el significado que lo humano es ser compasivo, piadoso, tierno, comprensivo y que

el acto de humanizar es la acción de ablandar, suavizar, apiadarse, la humanización del cuidado y la atención llevan consigo la particularidad de que los seres humanos son únicos e irrepetibles y, por tanto, deben tenerse en cuenta sus individualidades. Diversos autores asumen el humanismo como la actitud indispensable para el logro de la atención integral a la mujer durante el parto. (2018, p. 6)

A su vez, se ha llamado “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; cabe mencionar que existe un límite conforme a tomar en cuenta las necesidades de las mujeres y sus parejas puesto que sus opiniones no siempre pueden llevarse a cabo debido a la situación médica presentada.

En este modelo de atención persigue como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia. El modelo de “nacimiento humanizado” incluye todo el proceso: “desde el embarazo hasta el puerperio tardío (no solo el parto), y además da un peso muy importante al impacto que tiene esta atención en la/el bebé recién nacido/a y su desarrollo futuro, considerando sus necesidades de recibir alimento y afecto de manera inmediata, en un contexto de disminución del trauma y la violencia, y bajo el respeto de los derechos humanos”. (González, 2012, p. 45) Dicho lo anterior, en el parto humanizado se deben considerar los siguientes elementos:

- Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas.
- No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.
- Reconocer el derecho para la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto.
- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia.
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
- Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.
- Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).

- Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
- Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).
- Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterles a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios.

El parto ha sido considerado una experiencia que puede representar el “cielo” o el “infierno”, percepciones en gran medida derivadas del cuidado y trato que las mujeres hayan recibido, así como de la suficiencia o insuficiencia de recursos humanos, materiales, técnicos y especializados existentes en los espacios donde fueron atendidas. “El parto puede representar el “cielo” cuando se vive en una situación de tranquilidad, con la presencia de personal de salud que explica el curso del parto y atiende todas las situaciones que se presentan, disminuyendo el temor y la ansiedad. Sin embargo, el mismo proceso puede ser vivido como “el infierno” si se atiende a la mujer de una manera rutinaria y fría, generando culpas con regaños, maltratos y humillaciones”. (González, 2012, p. 47)

De igual manera y como mencioné anteriormente, con frecuencia, las mujeres son percibidas como pacientes en lugar de personas durante la atención perinatal, lo que resulta en la implementación de procedimientos médicos altamente tecnificados con una atención mínima a la experiencia completa del embarazo, el parto y el posparto. Esto es especialmente notorio en el momento del parto, que a menudo se aborda como un procedimiento quirúrgico rutinario, llegando incluso a la extensa utilización de cesáreas. (Secretaría de Salud, 2010)

Desde mayo del 2004, tiene lugar en varios países la Semana Mundial del Parto Respetado o Humanizado la cual se celebra del 16 al 22 de mayo, una iniciativa de la Asociación Francesa por el Parto Respetado promovida por UNICEF, la Organización Panamericana de la Salud y la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento. Su objetivo es generar conciencia para que el nacimiento se retome como un proceso natural, en el que la madre y el recién nacido sean los verdaderos protagonistas. Cada año, durante esta semana el debate se enfoca en un tema diferente: “no a la episiotomía, posiciones para parir, entorno amoroso durante el parto, disminución de cesáreas innecesarias, derecho de elegir dónde, cómo, cuándo y con quién parir y nacer, mi cuerpo, mi decisión, mi bebé, entre otros”. (Borges, 2018, p. 7)

Sin embargo, en México existen pocos datos acerca de los partos humanizados, es por ello que considero que este es un tema emergente y da pie a que se puedan tomar acciones de diversa índole, en este caso de tipo pedagógico, siempre en beneficio de las mujeres que lo requieran y buscando disminuir la muy presente violencia obstétrica presentada en nuestro país. Con respecto a ello, en nuestro país, específicamente en el estado de Veracruz en el año 2009 el Congreso del estado aprobó la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, incorporando el concepto de violencia obstétrica. (González, 2012)

Más adelante, en Nuevo León en 2019 se expidió la *Ley de protección al parto humanizado y a la maternidad digna* del estado donde el principal objetivo es garantizar y proteger los derechos de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, los derechos de las niñas y niños desde la gestación, durante el nacimiento y la primera infancia; además en dicha ley se exponen los siguientes puntos: el interés superior del niño, la dignidad humana, el trato digno y respetuoso, la salud mental y la educación prenatal. (HCNL, 2019)

### 6.2.1.1 Cuidar el embarazo

A partir de este segmento comienza el segundo taller. Para empezar, nos adentraremos un poco más al momento del parto; los temas a tratar serán alrededor del embarazo y sobre el tipo de acompañamiento en estos procesos de gestación y parto.

<b>FASE INICIAL</b>		
Objetivo: Los participantes comprenderán los cambios físicos y emocionales que experimenta una mujer durante el proceso de gestación.		
Duración: 1 hora		
Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
Los participantes describirán los cambios físicos y emocionales por los que atraviesa una mujer durante el embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Crees que es relevante abordar los cambios físicos y emocionales que experimenta una mujer durante su embarazo? Si es así, ¿de qué manera consideras que</li> </ul>	Los participantes comprenderán y reconocerán los cambios físicos y emocionales que experimenta una mujer durante la gestación. Además, comprenderán las diversas experiencias que

	<p>deberían abordarse estos temas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Consideras que todos los embarazos son iguales en sus características y experiencias? Si es así, ¿por qué? Si no lo crees, ¿cuáles son las diferencias que identificas?</li> </ul>	<p>pueden surgir durante este periodo.</p>
--	---	--

**FASE DE DESARROLLO**

Objetivo: Los participantes analizarán las ventajas y desventajas de los diversos tipos de acompañamiento durante el embarazo, lo que les permitirá tomar una decisión informada sobre si desean contar con el apoyo de una partera para un parto en casa o prefieren un enfoque médico con un parto en un hospital.

Duración: 3 horas

Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
<p>Los participantes se informarán sobre los partos en casa y los partos en hospitales, con el propósito de comprender los dos tipos de acompañamiento disponibles. Utilizarán los videos disponibles en YouTube:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención en el embarazo en el IMSS Bienestar (material de apoyo 4)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Opinas que la presencia de un profesional de la salud es beneficiosa durante el embarazo? En caso afirmativo, ¿de qué manera crees que contribuye?</li> <li>• ¿Conoces a alguien en tu entorno cercano que haya recibido atención de una partera? ¿Puedes compartir su experiencia o lo que recuerdes al respecto?</li> </ul>	<p>Los participantes analizarán la importancia del acompañamiento durante el embarazo, considerando todos los elementos que implica dicho acompañamiento, incluyendo controles prenatales, alimentación de la gestante, reconocimiento de signos de alarma, cuidado del recién nacido/a en casa, relevancia de la vacunación y alimentación del recién nacido, entre</p>

2. Existen 124 mil parteras en México (material de apoyo 5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Basándote en los videos vistos y en las experiencias de personas cercanas a ti, ¿qué tipo de apoyo o acompañamiento te gustaría recibir?</li> </ul>	otros aspectos. Además, evaluarán y tomarán en cuenta estos elementos al elegir el tipo de acompañamiento que prefieren.
---	--	--

**FASE DE CIERRE**

Objetivo: Los participantes analizarán la pertinencia sobre realizar ejercicio físico durante el periodo de gestación, considerando sus posibles beneficios y riesgos.

Duración: 2 horas

Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
Los participantes leerán información sobre el ejercicio en el embarazo en el documento “Ejercicio físico durante el embarazo” de Alejandro de Juan Valenciano (material de apoyo 6)	Según lo que has leído, ¿qué opinas sobre la importancia del ejercicio físico para todas las mujeres embarazadas? ¿Puedes argumentar por qué crees que deberían hacerlo?	Los participantes evaluarán la idoneidad y la seguridad de realizar ejercicios durante el embarazo, identificando aquellos que son apropiados para mujeres embarazadas.

**6.2.1.2 Sólo se nace una vez**

Al igual que la actividad anterior, es relevante que como mujer gestante y como pareja o familiares sepan actuar frente a las situaciones presentadas cuando se acerca el momento del parto, es por esto que en este segmento se plantean distintos escenarios a partir de la creación de un plan de apoyo para cuando se acerque ese esperado momento de traer un nuevo ser al mundo.

**FASE INICIAL**

Objetivo: Los participantes llevarán a cabo un análisis de los escenarios posibles que podrían surgir durante el parto, considerando la decisión del tipo de acompañamiento elegido y sus implicaciones en el proceso de parto.

Duración: 1 hora

Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
Los participantes enunciarán los posibles escenarios que consideran que pueden llegar a presentarse en el momento del parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál sería tu descripción de un parto ideal?</li> <li>• ¿Cuáles son tus preocupaciones o temores en relación al momento del parto? ¿Qué es lo que preferirías evitar que sucediera?</li> <li>• Desde tu punto de vista, ¿cómo imaginas el escenario perfecto para el momento del parto?</li> </ul>	Los participantes visualizarán y considerarán las diversas alternativas, tanto positivas como negativas, que puedan surgir a medida que se acerca el momento del parto.

#### **FASE DE DESARROLLO**

Objetivo: Los participantes crearán un plan de parto basado en las necesidades y preferencias personales, así como en las consideraciones de sus parejas y/o acompañantes en este proceso.

Duración: 3 horas

Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
Los participantes desarrollarán un plan relacionado con el momento del parto que incluirá diversas alternativas en relación con el lugar de nacimiento elegido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Has considerado varias opciones para el lugar de nacimiento de tu hijo/a? Si es así, ¿cuáles son esas opciones y cuál es la razón detrás de tu elección?</li> </ul>	Los participantes evaluarán y determinarán la creación de uno o varios planes de parto, teniendo en cuenta sus necesidades e intereses personales.

#### **FASE DE CIERRE**

Objetivo: Los participantes realizarán una autoevaluación de su elección en cuanto al tipo de acompañamiento que desean recibir por parte de un profesional de la salud durante el proceso de parto.

Duración: 2 horas		
Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
Los participantes analizarán y compararán las características abordadas durante el taller con el fin de determinar si sus perspectivas se mantienen o han cambiado en relación a lo aprendido en este segmento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Después de revisar toda la información hasta ahora, ¿sigues manteniendo las mismas preferencias que tenías inicialmente con respecto a los procesos de parto y gestación? ¿Puedes explicar por qué si o por qué no?</li> </ul>	Los participantes analizarán si sus elecciones en relación a sus intereses personales y las experiencias compartidas por los demás integrantes del taller mantienen su postura inicial respecto a su plan de elección, o si han considerado la posibilidad de reformularlo.

### 6.2.1.3 Nuestros derechos

A continuación, en este segmento se hablará sobre los derechos humanos que tienen las mujeres alrededor de los procesos de gestación y parto hacia una maternidad consciente, y también se hablará de la Ley General de Acceso a una Vida Libre de Violencia.

FASE INICIAL		
Objetivo: Los participantes conocerán los derechos humanos presentes alrededor de los procesos de gestación y parto.		
Duración: 1 hora		
Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
Los participantes indagarán para identificar y conocer los derechos humanos relacionados con los procesos de gestación y parto. Utilizarán los textos: “Derechos de la mujer embarazada” (material de apoyo 7) y “Derechos	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Estabas al tanto de tus derechos durante el embarazo?</li> <li>¿Crees que en la actualidad se respetan plenamente estos derechos en diversas áreas sociales? Si es así, ¿por qué crees que</li> </ul>	Los participantes reflexionarán para comprender la importancia de conocer los derechos a los cuales deben tener acceso las mujeres embarazadas en nuestro país.

durante el embarazo” (material de apoyo 8)	se cumplen? Si no es así, ¿por qué no se cumplen en su totalidad?	
<b>FASE DE DESARROLLO</b>		
Objetivo: Los participantes conocerán la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.		
Duración: 3 horas		
Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
Los participantes obtendrán información sobre las características principales de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, así como sobre una atención digna y respetuosa en el parto, utilizando la publicación proporcionada por el IMSS (material de apoyo 9).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tenías o tienes conocimiento de la Ley general de acceso a una vida libre de violencia?</li> <li>• ¿Opinas que en México se presenta la violencia obstétrica? ¿En qué formas has percibido o experimentado este fenómeno?</li> </ul>	Los participantes comprenderán y reconocerán la importancia de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en México.
<b>FASE DE CIERRE</b>		
Objetivo: Los participantes analizarán la importancia del autocuidado y el reconocimiento como mujeres gestantes con derechos.		
Duración: 2 horas		
Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
Los participantes comprenderán y serán capaces de identificar los aspectos en los que las mujeres pueden contribuir, para que su embarazo no sea percibido como un proceso negativo en sus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como mujer embarazada, ¿cuáles son las formas en las que consideras que puedes cuidarte a ti misma durante este proceso?</li> </ul>	Los participantes evaluarán la importancia del cuidado y el autocuidado de la mujer embarazada en los procesos de gestación y parto, al mismo tiempo que reconocerán la relevancia de su papel como seres con derechos.

vidas con la ayuda de sus parejas y/o acompañantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como pareja o acompañante de la mujer embarazada, ¿qué acciones crees que puedes tomar para brindarle apoyo y cuidado durante este proceso?</li> </ul>	
---	---	--

### 6.3 Después: la lactancia materna

Por último, este apartado se encuentra relacionado con la importancia de la lactancia materna y los beneficios tanto para las mujeres como para los bebés quienes reciben este alimento vital.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) proporciona algunos datos clave sobre la leche materna, en primera instancia, la lactancia materna es la forma óptima de alimentar a los bebés, ofreciéndoles los nutrientes que necesitan en el equilibrio adecuado, así como ofreciendo protección contra las enfermedades. La Organización Mundial de la Salud recomienda que los bebés deben ser amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida, y después introducir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados y seguros, mientras se continúa con lactancia materna hasta los dos años de edad o más. (OPS, 2022)

Asimismo, dentro de los datos clave que proporciona esta Organización se encuentran los siguientes:

- Amamantar por seis meses o más se asocia con una reducción del 19% en el riesgo de leucemia en la niñez, comparado con un período más corto o con no amamantar.
- Los bebés que son amamantados tienen un 60% menos de riesgo de morir por síndrome de muerte súbita infantil, comparados con los que no son amamantados. El efecto es aun mayor para infantes que reciben lactancia materna exclusiva.
- La lactancia materna prolongada reduce el riesgo de sobrepeso y obesidad en un 13%, lo que contribuye a combatir las enfermedades no transmisibles causadas por la obesidad. También disminuye el riesgo de diabetes tipo 2 en 35%.

- Las mujeres que amamantan tienen un 32% menos de riesgo de tener diabetes tipo 2, un 26% menos de riesgo de tener cáncer de mama y un 37% menos riesgo de tener cáncer de ovarios, en comparación con aquellas mujeres que no amamantan o que amamantan menos.
- El apego entre madre e hijo aumenta cuando las madres interactúan con sus hijos mientras amamantan. Períodos más prolongados de lactancia materna se asocian con respuestas más sensibles de las madres y la seguridad que se genera con el apego.

De la misma forma en que la leche materna resulta de gran importancia como primer alimento para los recién nacidos cabe mencionar que para la mujer la leche también resulta ser beneficiosa. De ahí que, la académica de la Facultad de Medicina de la UNAM, Aurora Martínez González, resaltó en el boletín llamado *Urge incrementar la lactancia materna en México* que:

La lactancia materna garantiza una buena nutrición y protección inmunológica al bebé, disminuye la probabilidad de que madre e hijo presenten padecimientos como obesidad, hipertensión y accidentes cerebrovasculares. Dar pecho ayuda a la madre a enfrentar cambios hormonales y a disminuir la posibilidad de padecer enfermedades crónico-degenerativas como cáncer de mama, de ovario, osteoporosis, obesidad, hipertensión y diabetes. (UNAM-DGCS, 2022)

Continuando con el análisis sobre la lactancia materna, en nuestro país solo 28.6% de menores de 5 meses de edad reciben lactancia materna. 7 de cada 10 han consumido alguna fórmula láctea. En muchas situaciones, estas creencias sobre el tema se originan en la errónea idea de que la leche materna no provee suficiente nutrición o saciedad al bebé, en la influencia de celebridades que respaldan ciertas marcas y, en algunos casos, en la falsa noción de que puede transmitir el COVID-19. (Save the children, 2022)

Aunque estas ideas recientes sobre la conexión entre la lactancia y la propagación del COVID-19 son conocidas, es importante señalar que la vicepresidenta de la organización sin fines de lucro APROLAM afirmó que al comienzo de la crisis sanitaria por el COVID-19, hubo retrocesos en la práctica de poner al recién nacido en contacto directo piel a piel con su madre y permitirle amamantar, debido a la resistencia que se presentó en ese momento, respecto a ello:

“Lo separan porque se ignora la función inmunológica de la leche”, aseveró. Asimismo, aun cuando la madre esté enferma se le puede extraer la leche y brindar al recién nacido defensas específicas contra la enfermedad. “Está más protegido porque ella sí es madura inmunológicamente y sí es capaz de mandarle las defensas que él requiere para que resista”, subrayó. (UNAM-DGCS, 2022)

A pesar de los datos ya mencionados y de las distintas estadísticas presentadas la realidad es que en México no se ha cumplido totalmente con los estándares esperados en cuanto a la lactancia materna. Además, existen factores como la falta de orientación por parte de los sistemas de salud hacia las mujeres y la manera en la que deben amamantar, así como también los prejuicios culturales y sociales en torno a la lactancia no permiten que la tasa de lactancia aumente en distintas regiones. Por lo tanto, según Save the children en su artículo llamado *La importancia de la leche materna* se expone que todavía queda un largo camino por recorrer para alcanzar la meta para el año 2025 de 50% de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, establecido en la 65ª Asamblea Mundial de la Salud. (2022)

Con todo lo ya mencionado y con el fin de promover e incrementar la lactancia materna en México, la académica Martínez González menciona lo siguiente en el boletín llamado *Urge incrementar la lactancia materna en México*:

“No hay presupuestos para esto, tenemos cinco años intentando que nos aprueben la Norma Oficial Mexicana 050 para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna. A nivel federal se ingresó una ley hace tres años y sigue atorada, solo en 12 estados se ha aprobado. No se prioriza ni al niño ni a la mamá”, comentó. (UNAM-DGCS, 2022)

### **6.3.1 El primer alimento para el recién nacido**

En la última parte del segundo taller se abordarán temas alrededor de la lactancia materna: los beneficios que posee este alimento para el recién nacido y su mamá, la promoción de la lactancia en México y los bancos de leche existentes.

#### **FASE INICIAL**

Objetivo: Los participantes identificarán los beneficios que tiene la leche materna como primer alimento para el recién nacido.

Duración: 1 hora

Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
Los participantes conocerán los beneficios que posee la leche materna para el recién nacido. Utilizando el video “Beneficios de la leche materna en tu bebé” (material de apoyo 10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Hasta qué edad crees que es fundamental la leche materna como el primer alimento para un recién nacido y cuáles son tus razones?</li> <li>• ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la leche materna en comparación con las fórmulas lácteas?</li> <li>• ¿Cuáles son los beneficios específicos de la leche materna para el recién nacido/a que las fórmulas lácteas no pueden proporcionar?</li> </ul>	Los participantes comprenderán y reconocerán la importancia que tiene la leche materna como el primer alimento vital del recién nacido a través de la información proporcionada.

**FASE DE DESARROLLO**

Objetivo: Los participantes identificarán los beneficios que tiene la leche materna como alternativa para prevenir enfermedades crónico-degenerativas en la mujer.

Duración: 2 horas

Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
Los participantes comprenderán y reconocerán los beneficios que tiene la leche materna para la mujer, así como la importancia del proceso de amamantamiento. Para ello, utilizarán el artículo “La lactancia materna como	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tenías o tienes conocimiento acerca de los beneficios de la leche materna en la prevención de enfermedades a largo plazo en la mujer?</li> <li>• ¿De todos los beneficios que posee la leche</li> </ul>	Los participantes autoevaluarán la importancia que tiene la leche materna para la mujer en la prevención de enfermedades.

<p>alternativa para la prevención de enfermedades materno-infantiles: Revisión sistemática” de Rosa Elvira Minchala (material de apoyo 11)</p>	<p>materna cuál fue el que más llamó tu atención y por qué?</p>	
<p><b>FASE DE CIERRE</b></p> <p>Objetivo: Los participantes analizarán la prioridad que otorgan, según sus criterios y circunstancias personales, a la leche materna y al proceso de amamantamiento.</p> <p>Duración: 3 horas</p>		
<p>Actividades generales</p>	<p>Preguntas guía</p>	<p>Resultados esperados</p>
<p>Los participantes comentarán sobre la pertinencia del amamantamiento y la importancia que tiene la leche materna como alimento fundamental para el recién nacido/a.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Recuerdas si a ti te amamantaron cuando eras bebé? En caso afirmativo, ¿puedes compartir cuánto tiempo duró la lactancia?</li> <li>• ¿Qué desafíos materiales y relacionados con el tiempo anticipas que podrías enfrentar durante el proceso de amamantamiento?</li> </ul>	<p>Los participantes valorarán las propiedades de la leche materna como el primer alimento para el recién nacido, así como las condiciones que pueden enfrentar al amamantar.</p>

### 6.3.2 Contacto: piel con piel

Una vez teniendo en cuenta los beneficios que posee la leche materna tanto para el recién nacido como para la mujer recién convertida en madre, cabe mencionar la forma correcta de llevar a cabo el proceso de amamantamiento esto debido a que puede suceder que haya personas que no tengan noción al respecto.

### FASE INICIAL

Objetivo: Los participantes compartirán sus conocimientos previos sobre el proceso y las formas de amamantamiento.

Duración: 1 hora

Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
Los participantes identificarán y nombrarán los conocimientos que poseen sobre las diferentes formas para amamantar al recién nacido/a.	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Crees que la lactancia materna fortalece el vínculo entre la madre y el bebé? ¿De qué manera lo hace?</li><li>• ¿A quién acudirías en busca de orientación sobre cómo llevar a cabo la lactancia materna de manera adecuada?</li></ul>	Los participantes reflexionarán sobre la importancia de conocer el proceso y las formas de amamantamiento.

### FASE DE DESARROLLO

Objetivo: Los participantes identificarán las cuatro principales formas de amamantamiento existentes.

Tiempo aproximado: 3 horas

Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
Los participantes examinarán las formas adecuadas para amamantar proporcionados por el facilitador/a del taller utilizando el artículo en internet llamado "Técnicas de lactancia materna" (material de apoyo 12).	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Te consideras capaz de enseñar a alguien más la técnica correcta para amamantar, o crees que solo hay una forma única de hacerlo?</li><li>• ¿Cuáles son las señales que indican que el bebé no está recibiendo una alimentación adecuada?</li></ul>	Los participantes reconocerán las principales formas de amamantamiento existentes.

### FASE DE CIERRE

<p>Objetivo: Los participantes autoevaluarán la pertinencia de conocer las posturas correctas para amamantar.</p> <p>Duración: 2 horas</p>		
Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
<p>Los participantes llevarán a cabo un análisis en plenaria para comprender la importancia de conocer las posturas correctas para amamantar al recién nacido/a.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Crees que es importante que los profesionales de la salud estén capacitados en las técnicas de amamantamiento y que transmitan este conocimiento a las madres justo después del nacimiento del bebé? ¿Por qué crees que esto es relevante?</li> </ul>	<p>Los participantes reflexionarán sobre la necesidad de compartir estos saberes entre profesionales de la salud y mujeres interesadas en llevar a cabo una amamantamiento de manera correcta.</p>

### 6.3.3 Promoción de la lactancia

Por último, en este segmento del taller es conveniente mencionar la pertinencia de promover la lactancia en México, así como también hablar sobre los bancos de leche.

<b>FASE INICIAL</b>		
<p>Objetivo: Los participantes analizarán la promoción existente sobre la lactancia materna en México, identificando sus fortalezas y debilidades.</p> <p>Duración: 2 horas</p>		
Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
<p>Los participantes analizarán el alcance de la promoción de la lactancia en México, analizando su presencia en instituciones, medios de comunicación y redes sociales, con el fin de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cuál es tu opinión acerca de las políticas de promoción que implementa el gobierno en relación a la lactancia materna?</li> </ul>	<p>Los participantes identificarán su postura personal en relación con la promoción de la lactancia materna por parte del gobierno de nuestro país y</p>

comprender su impacto y proponer posibles mejoras en las estrategias de promoción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo crees que se podría mejorar la efectividad de las campañas de promoción de la lactancia materna? ¿Tienes alguna sugerencia o idea al respecto?</li> </ul>	reflexionarán sobre su impacto en la sociedad.
--	--	--

### FASE DE DESARROLLO

Objetivo: Los participantes autoevaluarán su postura personal en relación con el proceso de amamantar en la sociedad mexicana actual.

Duración: 2 horas

Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
Los participantes reconocerán y analizarán su postura sobre el amamantamiento en espacios públicos, como parques, restaurantes, plazas comerciales, bancos, etc.,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué opinas de las mujeres que amamantan en espacios públicos como parques o centros comerciales?</li> <li>• ¿Crees que amamantar en un lugar público es una falta de respeto hacia los demás? ¿Por qué tienes esa opinión?</li> </ul>	Los participantes reflexionarán sobre cómo sus percepciones personales pueden influir en su actitud hacia esta práctica y su apoyo a las madres lactantes en la sociedad mexicana actual.

### FASE DE CIERRE

Objetivo: Los participantes evaluarán la pertinencia de la existencia de bancos de leche en México considerando su importancia y las implicaciones de apoyar o promover la donación de leche materna en beneficio de la sociedad.

Duración: 2 horas

Actividades generales	Preguntas guía	Resultados esperados
Los participantes adquirirán conocimientos acerca de la	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Conoces algún banco de leche en el país?</li> </ul>	Los participantes comprenderán el valor de la

<p>existencia de bancos de leche en México, comprendiendo su función y relevancia en el contexto de la salud y la alimentación infantil, utilizando el artículo en internet llamado “Bancos de leche humana”. (material de apoyo 13)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Sabías cuál es el propósito principal de los bancos de leche materna en México?</li> <li>• ¿Te gustaría ser donante de leche? ¿Por qué?</li> <li>• A ti como acompañante y/o pareja, ¿te gustaría que se donara la leche de tu hijo/a? ¿Por qué?</li> </ul>	<p>leche materna como primer alimento para el recién nacido/a, y apreciarán la relevancia de los bancos de leche en nuestro país para la sociedad, reconociendo su contribución a la salud infantil y la nutrición.</p>
--	---	---

## **Reflexiones finales**

A modo de conclusión, fue fundamental destacar la importancia de la educación prenatal y perinatal en México debido a sus numerosos beneficios ya que esta educación proporciona a las personas información esencial sobre el proceso de gestación, la importancia de una nutrición adecuada, la relevancia del ejercicio durante el embarazo, la promoción del amamantamiento y la valoración de la leche materna.

Esto es crucial en un país como México, donde las desigualdades sociales y económicas a menudo pueden limitar el acceso a la atención médica de calidad. Una pedagogía sólida puede marcar la diferencia. Fue por eso que en esta propuesta llamada "Antes, durante y después: una mirada hacia la maternidad consciente" se resumió que los talleres planificados abordaron diversos aspectos que resultarán beneficiosos para la sociedad en general. Además, se buscó fomentar un enfoque en el que las personas no fueran meras receptoras pasivas de información, sino que se les anime a cuestionar y comprender los beneficios y posibles consecuencias de sus decisiones en esta etapa crucial de la vida.

El objetivo de esta propuesta pedagógica es empoderar a las personas para que adquieran diversos conocimientos que les habiliten a reflexionar sobre los temas tratados. Además, se busca que puedan tomar decisiones informadas sobre el tipo de profesional de la salud que desean que les acompañe durante sus procesos, ya sea optando por la asistencia de una partera en un parto en casa o eligiendo la atención médica en un hospital. En pocas palabras, se busca que las personas desarrollen una capacidad de agencia la cual permita a las personas que así lo decidan, ser capaces de lograr planificar sus objetivos en estos procesos de la vida.

Otro de los aportes de esta propuesta fue también distinguir a la mujer gestante como un ser de derechos, consciente y libre de elegir cuándo y cuántos hijos tener. Los derechos humanos fueron un factor muy importante dentro de este tema, ya que también había que tener en cuenta los derechos sexuales y reproductivos, ya que estos "reconocen la ciudadanía de las mujeres, pues involucran el derecho a ser consideradas como ciudadanas plenas, dignas, libres y, a ser tratadas como personas y no como seres exclusivamente reproductivos". (Gregorio, 2014, p. 73) Por esto mismo, es oportuno que a las mujeres gestantes se les atienda u ofrezca la opción de un parto humanizado pues este parto es un claro indicador del ejercicio efectivo de los derechos humanos, sexuales y reproductivos y por parte de los profesionales de la salud, un ejercicio profesional

respetuoso de las decisiones y derechos de sus pacientes y de la propia naturaleza del parto en sí. (Aguirre, 2012)

En relación al punto anterior, fue fundamental detallar la atención que los profesionales de la salud deberían brindar a las personas. En otras palabras, se hizo hincapié en la importancia de ofrecer un acompañamiento adecuado que reconociera y valorara los conocimientos y prácticas de estos profesionales en el contexto de un proceso vital. Sin embargo, esto no justifica la toma de decisiones sin tener en cuenta los deseos y preocupaciones de las mujeres, ya que son las protagonistas de estos momentos en sus vidas.

Por lo tanto, se busca que los profesionales sean capaces de brindar apoyo y comprensión en procedimientos médicos posibles, proporcionando confianza, escucha activa, valoración y reconocimiento a las mujeres durante el embarazo y el parto. El objetivo sigue siendo superar la percepción de que dar a luz es un proceso doloroso y negativo en sus vidas, transformándolo en una experiencia positiva.

La gestación y el parto son etapas de gran significado en la vida de las mujeres que optan por experimentarlas. Atender estas necesidades e inquietudes alrededor de estos temas resulta relevante para la pedagogía debido a que depositamos nuestro quehacer pedagógico en un sector de la población en donde es necesario abordar la educación prenatal y perinatal.

Dadas las condiciones de vida actuales y la influencia creciente de las redes sociales en la vida de las personas, fue crucial iniciar una reflexión sobre ciertos comportamientos que han sido normalizados en los procesos de gestación, parto y lactancia. A través de la implementación de estos talleres, mi objetivo fue hacer más visibles y reconocidas las prácticas que han surgido en los últimos años en diversas instituciones de atención médica, tanto públicas como privadas.

En otras palabras, fue fundamental abordar de manera objetiva y consciente la cuestión de la violencia obstétrica, evitando la propagación de desinformación y miedo, lo cual solo perjudica a las personas que buscan comprender mejor los procesos que están por vivir. Debemos alejarnos de la idea de que estos procesos están destinados a ser experiencias negativas. Además, quiero subrayar la importancia de que las mujeres asistan a estos talleres con el propósito de obtener información precisa y, al mismo tiempo, compartir sus

experiencias con otras personas que están atravesando circunstancias similares en sus vidas.

Además de lo anterior, otro aspecto a destacar fue la importancia de trabajar mediante la taxonomía socioformativa de Tobón, esto debido a que la socioformación provee estrategias específicas para dirigir a las personas y organizaciones en el proceso de transformación hacia el conocimiento. El enfoque de la socioformación nace para ayudar a la sociedad, es de origen latinoamericano el cual prioriza el desarrollo del talento humano en la comunidad, las organizaciones y las instituciones de formación, teniendo como base la gestión mediante proyectos y el trabajo colaborativo dado entre las mujeres participantes de estos talleres creando una red de apoyo y un intercambio de saberes. (Sánchez-Contreras, 2019, p. 12) De ahí que, su importancia radica en fomentar y reforzar la reflexión de las participantes mediante las diferentes actividades a realizar y el trabajo colaborativo implementado en cada uno de los apartados de los talleres que conforman esta propuesta de trabajo, asimismo, se pretende que las mujeres gestantes contribuyan generando un aprendizaje colaborativo sobre los procesos de gestación, parto y lactancia mediante las experiencias de todas las participantes.

Finalmente, esta problemática presentada se reveló como un asunto de gran importancia para iniciar un proceso gradual de transformación de las prácticas mencionadas anteriormente, las cuales han sido aceptadas como normales en nuestra sociedad. Además, a través de esta propuesta, se aspira a que las mujeres embarazadas comiencen a percibirse a sí mismas como sujetos sociales y derechos, es decir, individuos capaces de comprender, identificar y ejercer sus derechos de manera efectiva. Es relevante destacar que, mediante la implementación de esta pedagogía prenatal y perinatal, se busca beneficiar a las generaciones futuras.

## **Materiales de apoyo**

Material de apoyo 1. Pintor, A. S. (2003). *La asertividad en la toma de decisiones de los adolescentes*. Págs. 43 - 50 <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/65876.pdf>

Material de apoyo 2. Gregorio, P. D. (2014). Derechos sexuales y reproductivos. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*, 74(2), 73-77. <http://ve.scielo.org/pdf/og/v74n2/art01.pdf>

Material de apoyo 3. Organización Mundial de la Salud. (2015) Criterios Médicos de Elegibilidad. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.07>

Material de apoyo 4. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022) Atención al embarazo en IMSS Bienestar. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=3DMHxfrXFSs>

Material de apoyo 5. Azteca Noticias. (2015) Existen 124 mil parteras en México. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=05I-8fIKX20>

Material de apoyo 6. Juan Valenciano, A. D. (2019). Ejercicio físico durante el embarazo. Págs. 7 - 16. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36857/TFG-H1610.pdf?sequence=1>

Material de apoyo 7. Instituto Mexicano del Seguro Social, (2023). Derechos de la mujer embarazada. <https://www.imss.gob.mx/maternidad/estas-embarazada/derechos>

Material de apoyo 8. Gobierno del Estado de México. (2023) Derechos del embarazo. [https://salud.edomex.gob.mx/sem/docs/derechos\\_durante\\_embarazo.pdf](https://salud.edomex.gob.mx/sem/docs/derechos_durante_embarazo.pdf)

Material de apoyo 9. Gobierno de México. (2023) Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. <https://www.gob.mx/conavim/documentos/ley-general-de-acceso-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia-pdf>

Material de apoyo 10. Azteca Noticias. (2023) Beneficios de la leche materna en tu bebé. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=\\_edTvlGmAJY](https://www.youtube.com/watch?v=_edTvlGmAJY)

Material de apoyo 11. Minchala-Urgiles, R. E., et. al. (2020). La lactancia materna como alternativa para la prevención de enfermedades materno-infantiles: Revisión sistemática. *AVFT–Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(8). <https://www.redalyc.org/journal/559/55969796017/html/>

Material de apoyo 12. Asociación Española de Pediatría (2023). Técnicas de lactancia materna. <http://lactanciamaterna.aeped.es/tecnicas-de-lactancia-materna/>

Material de apoyo 13. Bancos de leche humana IMSS. <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/directorio-de-servicios>

## Referencias

50 años de la declaración de la planificación familiar como un derecho humano básico (2018). Fondo de Población de las Naciones Unidas. <https://cutt.ly/E0JCttG>

Aguiar, J. D., et. al. (2020). El parto como “atropellamiento”: ideología médica, visión pesimista del parto normal y violencia obstétrica En: Arguedas G., et. al. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa, 131 – 141.

Aguirre, A., et. al. (2012) Educación perinatal en Quintana Roo un camino hacia el nacimiento humanizado. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=92870>

Aguirre, P. G. (2021). El concepto de capacidad de agencia en Giddens y su relación con el Desarrollo Social. *Ixaya. Revista Universitaria de Desarrollo Social*, 11(20), 10-27.

Altamirano, G., (2001). Cuál es la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la educación perinatal utilizándola como base para la detección y disminución de factores de riesgo durante el embarazo trabajo de parto, parto y puerperio en pacientes atendidas en el hospital general José Vicente Villada (ISEM) y como alternativa para el manejo del dolor en dichas etapas. [https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB\\_UNAM/TES01000299298](https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000299298)

Apolo, N. P., et. al. (2020). Guía de acompañamiento en el embarazo y puerperio por el personal de enfermería. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 5(8), 1200-1218.

Asociación de Apoyo a las Mujeres Indígenas de México K'inál Ansetik. (2023) <https://www.idesmac.org/ongs/2018/10/25/kinal-ansetik/>

Ávalos, J. C. (2013). Derechos reproductivos y sexuales. *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*.

Basadre, C. C. (2019). Educación prenatal: una esperanza para el futuro. *Boletín Redipe*, 8(5), 85-103.

Beade A., y García, C. El embarazo. La espera tiene un costo (2016) Procuraduría Federal del Consumidor. *Gobierno de México*. <https://www.gob.mx/profeco/articulos/el-embarazo-la-espera-tiene-un-costo-34555?idiom=es>

Berrio, L., & Loggia, S. (2014). El estado de las parteras en el Mundo 2014: Oportunidades y retos para México.

Boletín UNAM-DGCS 297. (2022). Urge incrementar la lactancia materna en México. Ciudad Universitaria. [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2022\\_297.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2022_297.html)

Borges D. L, et. al. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 44(3), 1-12.

Camps, V. (2008). *Creer en la educación*. Barcelona: Península.

Capella, D., et. al. (2017). Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(2), 212-218.

Carrillo, A. M. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión: las parteras tituladas en México. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 19, 167-190.

Castillo, N. (2015). ¿Madres al natural? UNAMirada a la ciencia. DGDC, UNAM. [http://www.unamiradaalaciencia.unam.mx/download/pdf\\_prensa/unamirada\\_507.pdf](http://www.unamiradaalaciencia.unam.mx/download/pdf_prensa/unamirada_507.pdf)

Cesárea segura. Lineamiento técnico (2013). Secretaría de Salud Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Segunda edición.

CNDH (2022) ¿Cuáles son los Derechos Humanos? <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/cuales-son-los-derechos-humanos>

Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM), (2022). Ciudad Defensora: Vol. 2 (Número 16). Dirección Ejecutiva de Investigación e Información en Derechos Humanos de la CDHCM. <https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2022/01/Ciudad-Defensora-16-final.pdf>

CONAPO (2018). Situación de los derechos sexuales y reproductivos. República Mexicana. 2018. Resumen ejecutivo. [http://dnias.dif.gob.mx/wp-content/uploads/2020/12/Resumen\\_ejecutivo\\_Derechos\\_sexuales\\_version\\_digital\\_con\\_ISBN.pdf](http://dnias.dif.gob.mx/wp-content/uploads/2020/12/Resumen_ejecutivo_Derechos_sexuales_version_digital_con_ISBN.pdf)

Cuervo Montoya, E. (2016). Exploración del concepto de violencia y sus implicaciones en educación. *Política y cultura*, (46), 77-97.

de Dios-Vallejo, D. S. (2014). Equidad de género y embarazo. *Perinatología y reproducción humana*, 28(2), 71-78. <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v28n2/v28n2a2.pdf>

De La Herrán, et. al. (2018). Educación Prenatal y Pedagogía Prenatal: Nuevas perspectivas para la investigación, la enseñanza y la formación.

Delitos contra las mujeres en México alcanzan cifras históricas en mayo de 2022. (2022). Expansión política. <https://politica.expansion.mx/presidencia/2022/06/27/delitos-contra-las-mujeres-en-mexico-alcanzan-cifras-historicas-en-mayo-de-2022>

Diario Oficial de la Federación. (2016) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

Díaz, T. (2022) Las madresposas. <https://www.excelsior.com.mx/blog/una-vida-singular/las-madresposas/1073574>

Ehrenreich, B., et. al. (2014). Brujas, Parteras y Enfermeras: Una historia de sanadoras femeninas. El Rebozo, Palapa.

Empecer, definición. Diccionario de la Real Academia Española. <https://dle.rae.es/empecer>

Enema, definición. Real Academia Española. <https://dle.rae.es/enema>

Episiotomía, definición. <https://www.lexico.com/es/definicion/episiotomia>

Federación Internacional de Planificación Familiar de la Red Europea (IPPF). (2015). Cuenta atrás 2015 Europa. Campaña por el acceso universal a la salud reproductiva. [https://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/IPPF\\_FactSheet-4\\_Health-ES1.pdf](https://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/IPPF_FactSheet-4_Health-ES1.pdf)

Felitti, K. (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18, 113-129.

Flebotomía, definición. Diccionario de Google Oxford. <https://cutt.ly/4wbyE8UP>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2022). Planificación familiar. <https://cutt.ly/eNquRrW>

Fondo de Población de las Naciones Unidas, México (UNFPA) (2020). Planificación familiar y anticoncepción en México. Prescripción de métodos anticonceptivos. Manual de facilitación. [https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/taller\\_01\\_pf.pdf](https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/taller_01_pf.pdf)

Freyermuth, G. (2018). Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación.

Fundación Medicina Fetal Barcelona, iNatal (2022) El parto instrumentado. <https://inatal.org/el-parto/38-otros-tipos-de-parto/147-el-parto-instrumentado.html>

Ganso Pérez, A. I. (2016). Las parteras: un arte de mujeres para mujeres: una investigación sobre el pasado.

García-Villanueva, et. al. (2012). Violencia: análisis de su conceptualización en jóvenes estudiantes de bachillerato. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 495-512.

Goberna-Tricas, J., et. al. (2018). *El concepto "violencia obstétrica" y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Tecnos.

Gómez Abero, A.M. et. al. (2019). Parto en casa versus parto en el hospital. Revisión bibliográfica de la literatura actual. *SANUM* 2019 3(3):6-15 [https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum\\_v3\\_n3\\_a1.pdf](https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v3_n3_a1.pdf)

Gómez Aguilar, S. (2018). Derechos sexuales y reproductivos en la escuela secundaria: una propuesta para la prevención del embarazo adolescente. <http://132.248.9.195/ptd2018/abril/0772470/Index.html>

González, J. A. A., et. al. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Revista género y salud en cifras*, 10, 48-49.

Gregorio, P. D. (2014). Derechos sexuales y reproductivos. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*, 74(2), 73-77.

Guzmán, F. (2019). Matilde Petra Montoya, primera médica del país. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/matilde-montoya-primera-medica-del-pais/>

H. Congreso de Nuevo León. (2019) Ley de protección al parto humanizado y a la maternidad digna del estado de Nuevo León. [http://www.hcnl.gob.mx/trabajo\\_legislativo/leyes/leyes/ley\\_de\\_proteccion\\_al\\_parto\\_humanizado\\_y\\_a\\_la\\_maternidad\\_digna\\_del\\_estado\\_de\\_nuevo\\_leon/](http://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/leyes/ley_de_proteccion_al_parto_humanizado_y_a_la_maternidad_digna_del_estado_de_nuevo_leon/)

Heterónimo, definición. (2023) <https://dle.rae.es/heter%C3%B3nomo>

INMUJERES (2007). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia ¡Conócela! [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/lgamvv.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/lgamvv.pdf)

Instituto Mexicano del Seguro Social (2022) ¿Para qué sirve el ácido fólico? *Gobierno de México*. <http://www.imss.gob.mx/maternidad/deseas-ser-mama/para-que-sirve-acido-folico>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017) *Control prenatal con atención centrada en la paciente*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>

Instituto Nacional de Antropología e Historia. (2018). Información básica sobre la partería tradicional. Saberes milenarios. *Secretaría de cultura*. <https://deas.inah.gob.mx/archivos/publicaciones/1715825292o.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública (2020), *Estudio de investigadores del CISS/INSP muestra el estado de la atención prenatal en México*. <https://www.insp.mx/avisos/4115-atencion-prenatal-mexico.html>

Intriago, M. G. M., et. al. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de las Ciencias*, 4(3), 392-415.

Kinzie, B., Gómez, P. (2004) Atención materna y neonatal básica: Una guía para proveedores de salud. UNASID.

Laako, H. (2016). Los derechos humanos en los movimientos sociales: el caso de las parteras autónomas en México. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 61(227), 167-194.

Lagarde, M. (2005). Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. Siglo XXI Editores México.

Lagarde, M. (2014). El género. La perspectiva de género.

Maciel, N. (2019) Parteras tradicionales: mujeres que acompañan a otras mujeres. La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica y en su defensa como un derecho cultura. *Comisión Nacional de Derechos Humanos*. <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/parteria-tradicional.pdf>

Martínez Pacheco, A. (2016). La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. *Política y cultura*, (46), 7-31.

Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. (2022) GIRE. <https://informe.gire.org.mx/>

OMS (1996). Una Guía Práctica informe Presentado Por El Grupo Técnico De Trabajo Organización Mundial De La Salud Ginebra. *Departamento De Investigación Y Salud Reproductiva*.

OMS (2022). Prevención de la violencia. <https://cutt.ly/GX5yeBA>

ONU (2022). Derechos sexuales y reproductivos. <https://cutt.ly/3X5yuPT>

ONU Mujeres (2022). Preguntas frecuentes: tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

Organización Panamericana de la Salud (2022). Lactancia materna y alimentación complementaria. <https://cutt.ly/INTg4Ld>

Palacios, J. (1989) La cuestión escolar. Ed. Laia, Barcelona.

Parto distócico, definición. <https://dpej.rae.es/lema/parto-dist%C3%B3cico>

Parto eutócico, definición. <https://dpej.rae.es/lema/parto-eut%C3%B3cico>

Pérez, C. I; Castañeda, G. C. (2012). Antecedentes históricos de las parteras en México. [http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj\\_antecedent\\_historic\\_parter\\_mexico.pdf](http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_antecedent_historic_parter_mexico.pdf)

Pérez, I. (2020) Embriología. La formación de un nuevo ser humano y los riesgos dentro del útero materno. Ciencia UNAM- DGDC. <https://ciencia.unam.mx/leer/1062/embriologia-la-formacion-de-un-nuevo-ser-humano-y-los-riesgos-dentro-del-utero-materno>

Piedrahita, M. V. A. (2002). Concepciones e imágenes de la infancia. *Revista de Ciencias Humanas*, (28).

Poggi, F. (2019). Sobre el concepto de violencia de género y su relevancia para el derecho.

Ruiz-Sánchez, J., et. al. (2014). Cesárea: Tendencias y resultados. *Perinatología y reproducción humana*, 28(1), 33-40.

Sánchez Jaramillo, N. I., et. al. (2018). Desarrollo de capacidad de agencia en jóvenes privados de la libertad en el centro de formación juvenil Valle del Lili.

- Sánchez, C. (2007). El taller pedagógico una alternativa de actualización.
- Sánchez, J. A., et. al. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-247.
- Sánchez-Contreras, M. L. (2019). Taxonomía socioformativa: Un referente para la didáctica y la evaluación. *Forhum International Journal of Social Sciences and Humanities*, 1(1), 100-115.
- Save the children (2022). La importancia de la leche materna. <https://www.savethechildren.mx/la-importancia-de-la-leche-materna/>
- Schulte, A. M., & Krivitzky, S. K. (2021). Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 19(3), 361-367. <http://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v19n3/1870-7203-amga-19-03-361.pdf>
- Secretaría de cultura, Instituto Nacional de Antropología e Historia. (2018). Información básica sobre la partería tradicional. Saberes milenarios. <https://deas.inah.gob.mx/archivos/publicaciones/1715825292o.pdf>
- Secretaría de Salud. Género y salud en cifras (2010). *Gobierno Federal*. Vol. 8, núm. 3. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29347/ViolenciaObstetrica.pdf>
- Sesento García, L. (2021). La formación humanista en educación superior. Programas de tutorías en las universidades. *Revista Innovaciones Educativas*, 23(34), 70-80.
- Sibrian, N. (2020). Chile Crece Contigo: un programa puesto a prueba por mujeres gestantes. En: Arguedas G., et al. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa, 145 – 165.
- Tamés, R. (2015). Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos.
- Tejeda, Armando G. (2022) Cataluña lava memoria de centenares de “brujas” quemadas por la Iglesia. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2022/01/27/mundo/cataluna-lava-memoria-de-centenares-de-brujas-quemadas-por-la-iglesia/>
- Torre Palomo, M. T. D. L. (2011). La atención al parto no hospitalario.

Torres, B. (2022). 1 de cada 3 mujeres sufre maltrato en el parto; México rebasa nivel de cesáreas que aconseja la OMS. *Animal Político*. <https://www.animalpolitico.com/2022/03/maltrato-en-el-parto-mexico-rebasa-cesareas-aconseja-oms/>

Torres, H. A. (2023) El enfoque humanista en educación. <https://www.milenio.com/opinion/alfonso-torres-hernandez/apuntes-pedagogicos/el-enfoque-humanista-en-educacion>

Uranga, A., et. al. (2004). Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. *Argentina: Ministerio de salud de la Nación Argentina*.

Vargas Guadarrama, L. A., & Matos, E. (1973). El embarazo y el parto en el México prehispánico. In *Anales de Antropología* (Vol. 10).

Vázquez Soto, M. C. (2012). Analgesia epidural en el parto y otras medidas de apoyo. *Ceuta, España: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria*. [https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Analgesia\\_epidural.pdf](https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Analgesia_epidural.pdf)

Viniegra-Velázquez, L. (2021). Colonialismo y educación médica: ¿educare o educere? *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 78(4), 306-317.