



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL  
CAMPO DE CONOCIMIENTO: DIMENSIONES SOCIALES DE LA SALUD

DEVELANDO LA VIOLENCIA FAMILIAR CONTRA MUJERES PRIMIGESTAS QUE  
POSTERGAN LA MATERNIDAD. UN ESTUDIO REALIZADO EN LA CIUDAD DE MÉXICO

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

CECILIA FERNANDA JIMÉNEZ TREVIÑO

TUTORA

MTRA. MARÍA CONCEPCIÓN REYES ÁLVAREZ  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DRA. GUADALUPE FABIOLA PÉREZ BALEÓN  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL - UNAM

DRA. JAHEL LÓPEZ GUERRERO  
CENTRO DE INVESTIGACIONES INTERDISCIPLINARIAS EN CIENCIAS Y HUMANIDADES – UNAM

DRA. MARÍA ELENA FIGUEROA DÍAZ  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS – UNAM

DRA. MARÍA CAROLINA AGOFF  
CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS - UNAM

Ciudad Universitaria, noviembre, 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



## **Dedicatoria**

*A todas las niñas y mujeres, concibo para nosotras un mundo libre de violencia.*

*A Bruno Alonso, mi hijo, por asirse con fuerza vital a mi vientre, anuente de un viento de cambio, en un ambiente social inicuo y convulso, grandes retos te esperan, yo seré tu guía, ahí estaré para ti, te quiere mamá.*

*A Lucía Montserrat, mi bien amada hermana mayor, mi referente, un faro de luz en la oscuridad, ambas navegamos en un mar de incertidumbre, hacia el puerto de la equidad.*

*A mi admirada y adorada hermana menor, Ana Luisa, a quien cuido poco, y me cuida más, en mis andares de búsqueda constante como mujer, madre y profesionalista.*

*A mis abuelas, Josefina Ramírez Olvera y Constancia Robledo Cardozo, quienes me acunaron, cual magas malditas y brujas benditas, con fuerza y sabiduría, por nuestras correrías e instantes compartidos, por su pasión y tenacidad escrita en mis genes, veneradas por siempre.*

*A dos sabias mujeres, por quienes siento un gran cariño y admiración, Gilberta Prudencio Estudillo y Margarita Estudillo Pablo.*

## **Agradecimientos**

***Agradezco a mi familia por todo su amor y acompañamiento durante mi proceso académico han sido un gran soporte en mi vida:***

*A mi madre María Elena Treviño Ramírez, por apoyarme siempre que te he necesitado, por ser mi guía y alentarme a seguir adelante, a pesar de las adversidades; a mi padre, un rebelde y crítico consuetudinario, Miguel Ángel Jiménez Robledo, quien desde pequeña me adentró en el mundo de la lectura, por creer en mí, dar oídos a mis ideas y nunca limitarme, sino darme la oportunidad de elegir mis senderos. A ambos, gracias por su amor y comprensión, son una conjunción de saberes y destrezas, les agradezco por prepararme para la vida, me siento dichosa de ser su hija.*

*A mis queridos hermanos Emilio Cristóbal y Miguel Antolín, con quienes disfruto y reflexiono sobre la vida, le dan un nuevo sentido a las cosas, son mi actualización constante ante nacientes fenómenos culturales.*

***Agradezco a todas aquellas personas que coincidieron conmigo en la vida y llegaron para iluminarla:***

*En especial a Gerardo Esteban Chaparro, por ser mi compañero, amigo y cómplice de vida, le agradezco al destino por permitirme conocerte, eres parte importante en mi historia; sin condición, me has apoyado en cada nuevo proyecto, además de traer a mi vida a grandes personas, recuerda que «La energía no se crea ni se destruye, solo se transforma».*

*Por su cariño invaluable a Efraín Flores Flores, Leobardo Tepacalpa San Miguel, Oscar Aguilar Franco, Araceli Jiménez Rojas, Valentín Yedra Mendoza, Catalina Hernández Vázquez y Lilia Jiménez Robledo, soy muy afortunada de tenerlos a mi lado, gracias por hacer de este mundo un lugar más llevadero, por abrazarme, por escucharme, por sus muestras de afecto, por su tiempo y por estar presentes en mis días grises.*

*A mis amigas y amigos por las andanzas, el acompañamiento, la protección y las aventuras compartidas: Patricia Mendoza Guzmán, María Fernanda Álvarez Bravo, Lorena Juárez Nava, Rosa Cecilia Guerrero Rivera, Sandra Marisol Cruz Posadas, Yoselyn Thalia Díaz Morales,*

*Nancy Paola Ramírez Rendon, Carolina Alicia Robles Martínez, Josefa Chaparro Morales, María Fernanda Vilchis Angeles, Yohuali Donaji Sáenz García, David Barrera Hernández, Gerardo Jesús Mouriz López, Diego Peralta Torres, César Velázquez Hernández, Suriel López Lozano, Bryan Fernando Tovar Trinidad, José Luis Robles Vázquez, Julio Alberto Montoya Lara, Juan Humberto Méndez, Minerva, Olivia, Jorge y Víctor.*

***A mi universidad y a quienes contribuyeron en mi formación académica:***

*Agradezco a mi alma máter la Universidad Nacional Autónoma de México, la cual académicamente me preparó con los mejores profesores, diversidad de conocimientos y pensamiento crítico.*

*A mis mentoras la Mtra. Wendy Mitzi Galicia Orihuela y la Dra. Julia Chávez Carapia por compartirme sus conocimientos y mostrarme que el feminismo no es como lo pintan, tiene bases históricas, metodología y teoría, me han abrazado e inspirado en esta materia, gracias por todo su apoyo, acompañamiento y enseñanzas, reconozco que aún me falta mucho por aprender.*

*A mi tutora la Mtra. María Concepción Reyes Álvarez, le agradezco su dedicación, tiempo, orientación y por impulsarme a concluir este proyecto.*

*Al Dr. Ulises Lara López y Mtro. Aristarco Noel Méndez Lechuga, gracias por creer en mí, otorgarme su confianza, retroalimentarme intelectualmente, su apertura al diálogo y sus cátedras.*

*A la Mtra. Ana Lilia Arroyo Lemus y Mtro. Carlos A. Gómez Bermejo, gracias por su amistad, por su iniciación en este proceso, sus enseñanzas de vida, así como por cobijarme y protegerme.*

*Especial agradecimiento y sororidad a las mujeres, quienes me confiaron sus experiencias, que hicieron posible esta investigación. Gloria, Ol, Adry S, Chelo, Blanca, Gabriela, Tere y Ana.*

***¡Por mi raza hablará el espíritu!***



Introducción	3
Capítulo 1. Violencia contra las mujeres durante su proceso de embarazo, parto y puerperio	6
<b>1.1. Violencia familiar contra las mujeres durante su proceso de EPP</b>	6
<b>1.2. Mitos de la violencia</b>	16
<b>1.3. Tipos de violencia</b>	18
<b>1.3.1. Violencia psicológica.</b>	18
<b>1.3.2. Violencia física.</b>	19
<b>1.3.3. Violencia patrimonial.</b>	20
<b>1.3.4. Violencia económica.</b>	21
<b>1.3.5. Violencia sexual.</b>	22
<b>1.4. Ciclo de la violencia</b>	24
<b>1.5. Acciones para la protección de las mujeres embarazadas.</b>	26
Capítulo 2. Violencia en la postergación de la maternidad	34
<b>2.1. Violencia contra las mujeres que postergan la maternidad</b>	34
<b>2.2. Violencia sociocultural en la postergación de la maternidad</b>	41
<b>2.3. Violencia en la postergación de la maternidad por dificultades de salud</b>	52
<b>2.4. Violencia en la postergación de la maternidad por decisión</b>	55
<b>2.5. Violencia en la postergación de la maternidad desde la medicina</b>	57
<b>2.6. Violencia en la postergación de la maternidad desde lo jurídico</b>	59
<b>2.7. Violencia en la postergación de la maternidad desde la psicología</b>	62
Capítulo 3. Planteamiento de la investigación y consideraciones metodológicas	67
<b>3.1. Planteamiento del problema</b>	67
<b>3.2. Justificación de la investigación</b>	69
<b>3.3. Supuestos hipotéticos de la problemática</b>	72
<b>3.4. Pregunta de investigación</b>	72
<b>3.5. Objetivo general</b>	73
<b>3.6. Objetivos específicos</b>	73
<b>3.7. Lugar donde se realizó la investigación</b>	73
<b>3.8. Tipo de investigación</b>	74
<b>3.9. Selección de la muestra</b>	74
<b>3.10. Criterios de inclusión</b>	75



<b>3.11. Estrategias de abordaje</b>	75
<b>3.12. Técnicas de producción de datos</b>	76
<b>3.13. Procedimiento para el análisis de resultados</b>	77
Capítulo 4. Un camino hacia la visibilización de la problemática	78
<b>4.1. Procedimiento</b>	78
<b>4.2. Categoría 1: Perfil sociodemográfico</b>	80
<b>4.3. Categoría 2: Postergación de la maternidad</b>	95
<b>4.4. Categoría 3: Plan de vida</b>	101
<b>4.5. Categoría 4: Experiencias en la concepción</b>	106
<b>4.6. Categoría 5: Experiencias en el embarazo</b>	108
<b>4.7. Categoría 6: Experiencias en el parto</b>	118
<b>4.8. Categoría 7: Experiencias en el puerperio</b>	126
<b>4.9. Categoría 8: Experiencias de violencia</b>	134
Conclusiones	145
Referencias	155
Anexos	162
<b>A.1 Guía de entrevista mujeres primigestas que postergan la maternidad</b>	163
<b>A.2 Simbología del familiograma</b>	169
	169
<b>Glosario</b>	170

## Introducción

El objetivo de la presente investigación fue analizar las experiencias de violencia familiar de las mujeres primigestas que postergaron la maternidad, padecidas durante su embarazo, parto y puerperio, infringidas por sus diferentes integrantes, divididos en las siguientes categorías: la pareja, la familia nuclear y la familia extendida.

Cabe señalar que este trabajo de investigación no pretende enjuiciar a las mujeres por la decisión de postergar su maternidad; por el contrario, se buscaron los tipos de violencia que las participantes lograron identificar en su proceso de embarazo, parto y puerperio, para después develar la violencia normalizada que fue difícil de percibir incluso por las mujeres entrevistadas.

Queda entonces de la siguiente forma la pregunta de investigación ¿Cómo fueron las experiencias de violencia familiar durante el embarazo, el parto y el puerperio que padecieron las mujeres primigestas que postergaron la maternidad?

Una de las ideas constantes acerca de la violencia es que se padece solo en los estratos sociales bajos, y esta investigación pretende dar respuesta a dos fenómenos que día con día son más visibles en la Ciudad de México: la violencia familiar y la postergación de la maternidad. Esta última se encuentra asociada a mujeres profesionistas, con un nivel educativo alto y que son económicamente independientes; pero ¿estas mujeres padecerán violencia en alguna de sus manifestaciones? ¿O por su nivel económico y educativo, estarán exentas de la violencia? Ese es el eje medular de esta investigación, determinar si las mujeres, en su mayoría profesionistas, que deciden postergar su maternidad, padecen violencia en alguna de sus manifestaciones dentro de su núcleo familiar.

La investigación se llevó a cabo en la Ciudad de México, dado que ahí ha aumentado el número de mujeres que deciden postergar la maternidad, así como tener menos hijos, debido a que en las zonas urbanas como ésta se encuentran más mujeres con

un nivel escolar más alto, existe un incremento en el uso de métodos anticonceptivos, hay una mayor incorporación de la mujer al ámbito laboral, y cuyo desarrollo en el mismo influye en esta decisión.

La investigación se encuentra sustentada en la metodología cualitativa. Como técnica se realizaron entrevistas vía virtual, dadas las condiciones actuales de contingencia sanitaria por COVID-19. Asimismo, se utilizó como instrumento un cuestionario de entrevista con preguntas semiestructuradas, para conocer las experiencias de violencia familiar de las mujeres primigestas, mayores de 35 años, que ya hubieran pasado por el proceso de embarazo, parto y puerperio (EPP), profesionistas, es decir, que terminaron una carrera universitaria y que la ejercen, cuentan con un trabajo formal y remunerado, independientes económicamente y que además aceptaron participar en el estudio.

Se realizó un muestreo de bola de nieve, el cual se caracteriza por ser no probabilístico, la primera participante designa a otra y así sucesivamente, esto permitió llegar a ocho mujeres primigestas mayores de 35 años que postergaron la maternidad, las cuales formaron parte de esta investigación. Cabe resaltar que la primera participante se encontró en Ciudad Universitaria.

Esta tesis está compuesta por dos partes. En la primera, se encuentra la fundamentación teórica, compuesta por los 2 primeros capítulos.

En el Capítulo 1. Violencia contra las mujeres durante su proceso de embarazo, parto y puerperio, se brindan los elementos clave de información con respecto a la violencia familiar contra las mujeres a lo largo de estos procesos. Posteriormente, se explican los mitos que giran alrededor de la violencia con respecto a las mujeres y su impacto, así como los tipos de violencia que existen y sus implicaciones; también se retoma el ciclo de la violencia y por último se citan los acuerdos nacionales e internacionales para la protección de las mujeres embarazadas.

El Capítulo 2. Violencia en la postergación de la maternidad, se abordó a partir de las aportaciones de la teoría feminista, así como de algunas categorías de la metodología feminista, las cuales han cuestionado las formas tradicionales de categorización, clasificación y representación de las mujeres que se han fundado bajo el discurso de «naturaleza». Este capítulo pretende dar una respuesta a cómo se construye la maternidad y porqué la postergación de la misma genera violencia. Se visualiza desde los enfoques médico, jurídico, psicológico, sociológico, y de trabajo social.

La segunda parte se refiere al estudio empírico, el cual está compuesto por el capítulo 3 y 4:

En el Capítulo 3. Planteamiento de la investigación y consideraciones metodológicas se aborda el marco metodológico de la investigación de campo, el cual explica cada uno de los procesos llevados a cabo para la realización de la investigación.

En el Capítulo 4. Un camino hacia la visibilización de la problemática, se elabora el análisis de los resultados obtenidos en la investigación realizada, a través de las entrevistas vía virtual.

Finalmente, se encuentran las conclusiones, en donde se puntualizan los ejes críticos de la problemática planteada, y se establecen consideraciones finales y aspectos clave a tomar en cuenta.

La postergación de la maternidad viene acompañada de diversas problemáticas sociales que requieren la aportación de nuevos conocimientos, que sumen al conocimiento de lo ya existente. La investigación desde Trabajo Social brinda estos elementos para plantear soluciones desde la intervención integral en dicha problemática.

# **Capítulo 1. Violencia contra las mujeres durante su proceso de embarazo, parto y puerperio**

## **1.1. Violencia familiar contra las mujeres durante su proceso de EPP**

«Muchas mujeres han sido madres sin haberlo elegido, y muchas más han perdido la vida al traer vida al mundo» (Rich, 1996).

En este capítulo se pretende visualizar cómo la violencia familiar ejercida a las mujeres que postergan la maternidad resulta ser un factor que afecta la salud de ellas y de sus futuros hijos.

Para las mujeres enfrentarse a la violencia de la que son presas en sus diferentes esferas sociales resulta complejo, dado que si en sus entornos más cercanos como lo son los de la familia padecen violencia, esto las hace más vulnerables en sus demás ámbitos sociales.

Por tal motivo, en esta investigación se pretende conocer la violencia a la que se enfrentan las mujeres primigestas que postergan la maternidad en su núcleo familiar, por considerarse un espacio preponderante donde se inician las relaciones sociales.

De acuerdo con sus experiencias familiares, las mujeres se relacionan con sus demás esferas sociales; la familia es entonces un núcleo que puede contribuir a la perpetuidad de la violencia, pues en este caso forma mujeres más susceptibles a la discriminación, que a su vez se manifiesta en violencia, situación que genera un proceso cíclico, lo cual impide un cambio.

Hay situaciones que son exclusivamente femeninas y solo las mujeres experimentan sus repercusiones negativas. Algunas, como el embarazo, el parto y el puerperio, no son enfermedades sino fenómenos biológicos y sociales que entrañan riesgos para la salud y requieren asistencia sanitaria (OMS, 2009).

La evidencia científica reconoce al proceso de embarazo, parto y puerperio (EPP), como un momento clave para las mujeres, en donde se encuentran más vulnerables de padecer violencia principalmente de género en sus diferentes manifestaciones.

Cabe resaltar que las consecuencias derivadas del maltrato sufrido principalmente en el contexto familiar, generan repercusiones en la madre y el hijo a corto, medio y largo plazo, dejando secuelas severas para el desarrollo de la maternidad y el bienestar biopsicosocial de las mujeres.

La violencia es una problemática que trasciende y afecta cada vez más a las mujeres, pues aunque podría pensarse que el embarazo, el parto y el puerperio funcionarían como un escudo protector para ellas que evitaría que padecieran violencia o que la misma persistiera, esto no es así, no las indulta de los riesgos.

Se da por hecho que... «En países en desarrollo tanto como en los industrializados, el embarazo constituye con frecuencia un estado que protege contra la violencia, aunque esta conclusión no se aplica a todas las culturas» (Campbell y García, 2004).

Tal es el caso de México, en donde según algunos estudios realizados, la violencia contra las mujeres embarazadas aún persiste. Dentro de los resultados obtenidos por Castro, Ruiz, Arenas, Juárez y Barrios (2002) se concluyó que, al considerar a la población en su conjunto, resultan evidentes dos cosas:

- a) Que la severidad de la violencia sexual disminuye durante el embarazo en comparación con la existente en el periodo previo, lo que puede deberse, entre otras causas, a la disminución de la actividad sexual en las parejas durante el embarazo, o bien a una cierta disposición de los hombres a recurrir menos violencia sexual con sus parejas cuando éstas están embarazadas.
- b) Que entre la población que reporta alguna forma de violencia durante el embarazo, la severidad de la violencia emocional aumenta durante este periodo en comparación con los 12 meses

previos; el incremento en la severidad de esta forma de violencia puede deberse, entre otras razones, a la menor «disponibilidad» sexual de las mujeres embarazadas o la dificultad de algunos hombres para aceptar la realidad del embarazo; sin embargo, el embarazo explicaría que, al tiempo que los hombres que optan por mantener constante el abuso contra las mujeres en términos físicos, deciden también recurrir a una mayor cantidad de insultos, amenazas y humillaciones hacia ellas.

Este estudio nos confirma que en México el hecho de estar embarazada no exime a las mujeres de la violencia que sufrían con anterioridad por parte de sus parejas, por el contrario, los niveles de violencia emocional incrementan.

La violencia de pareja (IPV) es un problema importante de salud pública y la forma más común de violencia contra las mujeres en todo el mundo. El embarazo no protege contra este fenómeno, que puede causar resultados de salud adversos tanto para la madre como para el recién nacido (Izaguirre y Calvete, 2014).

La violencia ejercida por parte de la pareja o la familia contra las mujeres embarazadas deja graves secuelas en su persona, así como en el feto, las cuales impiden el adecuado desarrollo personal y bienestar de ambos, afectando gravemente su salud biopsicosocial.

En otro estudio realizado por Izaguirre y Calvete (2014), la mayoría de las participantes refirió que continuaron experimentando abuso psicológico y físico durante su embarazo, mientras que algunas de las participantes comenzaron a experimentar abuso sexual. Como consecuencia de la IPV, algunas madres sufrieron resultados obstétricos negativos en el parto. Los efectos negativos de IPV en las habilidades maternas de las mujeres fueron especialmente notables (Izaguirre y Calvete, 2014).

Las experiencias de las mujeres embarazadas nos permiten entrever los tipos de violencia que padecen y cómo desestabilizan sus vidas y las de sus hijos; en los resultados de este estudio podemos observar cómo las habilidades maternas también se ven afectadas por la violencia.

La madre puede presentar complicaciones durante y posterior al embarazo. Cuando la agresión ocurre antes del parto es probable que la gestación no sea deseada, lo que repercute en una inadecuada evolución obstétrica. Si ocurre durante el embarazo, ésta puede provocar ruptura del útero, hígado o bazo, fractura de pelvis y hemorragias, presentan un riesgo dos veces mayor de abortar, tener desprendimiento prematuro de placenta, presentar oligohidramnios, parto prematuro, infecciones y complicaciones postparto, mala alimentación, desnutrición, anemia y metrorragias, hasta la muerte. Las mujeres pueden desarrollar depresión postparto, estrés, ansiedad, fobias, angustia, aislamiento social, baja autoestima, adicción a drogas, tabaco, alcohol o ambos (Téllez, 2018).

Algunos estudios muestran que las mujeres embarazadas maltratadas son más propensas a buscar atención médica debido a lesiones, en comparación con las mujeres maltratadas fuera del embarazo, y también que son más propensas a sufrir abortos espontáneos y a presentar una mayor tasa de mortalidad infantil (Donovan, 1995; Ramírez y Vargas, 1993; citado en Castro, 2004).

Existen estudios que nos reflejan la violencia ejercida contra las mujeres embarazadas y las consecuencias que generan, es un hecho frecuente que puede comenzar o agravarse durante el embarazo.

Dentro de los resultados obtenidos por Castro (2004) se encontró lo siguiente:

- (Para las mujeres) El solo hecho de haber atestiguado violencia física (entre los padres) en la infancia, sin necesariamente haberla sufrido en carne propia, significa un riesgo 2.85 veces mayor de sufrir violencia en el embarazo, en comparación con aquellas que no vieron violencia entre sus padres.
- De la misma manera, aquellas mujeres que reportaron que sus parejas masculinas sufrieron violencia moderada o severa durante su infancia presentan un riesgo 1.82 veces mayor de tener violencia en el embarazo, que aquellas que señalaron que sus esposos sufrieron poca violencia o ninguna en aquella etapa.
- La variable más claramente asociada con la violencia durante el embarazo es la existencia de violencia en los 12 meses previos al embarazo actual. Aquellas mujeres que tuvieron violencia en ese periodo presentan un riesgo 20.25 veces mayor de tener violencia en el embarazo que aquellas que no la tuvieron.
- Las mujeres que declararon que sus esposos castigan físicamente a sus hijos tienen un riesgo 1.74 veces más alto de sufrir violencia



durante el embarazo, que aquellas cuyos esposos no golpean a sus hijos.

- El caso del abuso emocional contra los hijos presenta un patrón similar: aquellas mujeres que declaran recurrir a insultos, humillaciones y ofensas para con sus hijos, tienen un riesgo 1.88 veces más alto de sufrir violencia por parte de sus esposos durante embarazo, que aquellas que no abusan emocionalmente de sus hijos.
- Y aquellas que señalan que son sus maridos quienes abusan así a sus hijos, están en un riesgo 5.4 veces mayor de sufrir violencia que las que señalan que sus parejas no reprimen a sus hijos de esta forma.
- Lo anterior es indicativo, sobre todo, de un ambiente de violencia intrafamiliar, donde un tipo de violencia parece «sinergizarse» con otro.
- Una variable adicional también asociada con la violencia durante el embarazo se refiere al consumo de alcohol de la pareja: Aquellas parejas donde el hombre presenta un alto consumo de alcohol tienen un riesgo 3.2 veces mayor de tener violencia que aquellas donde se reportó que la pareja no consume alcohol.
- Las mujeres señalaron que las discusiones más frecuentes en la pareja tienen que ver con el cuidado de los niños, el dinero, los celos, y la comida o ropa.
- Las mujeres señalaron también que las causas por las que sus parejas masculinas más frecuentes se enojan y luego las maltratan se relacionan con la comida, el cansancio, el consumo de alcohol por parte de la pareja, por el deseo de ella de salir, por celos, y por el cuidado de los niños.

Se alcanza a vislumbrar que los factores asociados a la violencia que padecen las mujeres en el embarazo, principalmente se encuentran relacionados con la dinámica de pareja y la historia de vida de las mujeres.

Se puede concluir que la infancia es importante para evitar la reproducción de la violencia, ya que el solo hecho de presenciar violencia entre los padres, demostró más riesgo de sufrir violencia durante el embarazo, comparado con las mujeres y los hombres que no presenciaron violencia entre sus padres (Castro, 2004).

Un factor importante para las mujeres, se encuentra relacionado con el hecho de si un año antes del embarazo padecieron violencia, existe un riesgo mayor a que esta

violencia continúe o quizá se incremente durante su proceso de embarazo. (Castro, 2004).

Vivir en un ambiente familiar en donde está presente la violencia física y psicológica, tanto de parte de las madres a los hijos, como de los padres a los mismos, será una razón latente a que durante el embarazo también exista violencia.

Otro rasgo transcendental de padecer violencia durante el embarazo será el hecho de que la pareja consuma alcohol, a lo cual también podría anexarse cualquier uso de sustancias que generen adicción, dadas las influencias de las mismas en el cuerpo, las emociones y el comportamiento, por su alteración del Sistema Nervioso Central. (Castro, 2004).

Las dinámicas y los roles de género establecidos también afectan a las relaciones familiares, dados los intereses de cada persona, en cuanto a sus actividades, proyecto de vida, aspiraciones y necesidades. Si no son afines o no se respetan, esto lleva a la generación de violencia familiar.

Los resultados obtenidos por Coggins y Bullock (2003) son que, de 10 casos entrevistados, siete mujeres sufrieron efectos negativos en el parto, como aborto espontáneo, prematuridad y parto de un bebé grande.

Dentro de su estudio Pérez, López, y León (2008) nos mencionan lo siguiente:

- Cuando la violencia ocurre durante el embarazo, el feto o el recién nacido puede verse afectado por la violencia sobre la madre o por conductas negligentes o descuido por parte de ella.
- La evolución del embarazo en estos casos, puede ser un aborto espontáneo, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, infecciones intraamnióticas, rotura uterina e incluso muerte materna.
- Las consecuencias inmediatas de esta situación en el producto son: bajo peso al nacimiento (17%) y prematurez (21.4%).

- Las tardías son: muerte fetal o neonatal, riesgo elevado de muerte en el primer año de vida, malformaciones congénitas, maltrato infantil, falta del vínculo madre-hijo y dificultades en la lactancia, posibilidades limitadas para el desarrollo de sus capacidades físicas, cognitivas, afectivas y sociales.

Los resultados de Huth-Bocks, Levendosky y Bogat (2002) revelaron que los hijos de mujeres que tienen IPV (por sus siglas en inglés, Intimate Partner Violence, «violencia de pareja»), sufrida durante el embarazo muestran más problemas de salud durante los primeros 2 meses después del parto, en comparación con niños nacidos de mujeres sin experiencias de IPV.

Sumando a su historia de violencia familiar, algunas mujeres se tienen que enfrentar también a la violencia por parte del personal de salud, en el momento del parto, conocida como violencia obstétrica.

La violencia obstétrica es un acto de violencia de género contra la mujer, el cual ocasiona daños físicos, sexuales y psicológicos. La Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (CONAVIM, 2016), define la violencia obstétrica de la siguiente manera: «La violencia obstétrica se genera con el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente. Se presenta en los lugares que prestan servicios médicos y se da en todas las esferas de la sociedad».

La CONAVIM (2016), menciona algunos de los actos constitutivos de la violencia obstétrica, los cuales son los siguientes:

- Practicar el parto por cesárea existiendo las condiciones para realizar un parto natural sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Obligar a parir acostada y/o inmovilizada.
- Negar u obstaculizar la posibilidad de cargar y amamantar al bebé o la bebé inmediatamente al nacer.
- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.

La violencia obstétrica afecta el proceso de parto de las mujeres, menoscabando su integridad, obstaculizando el nacimiento y perjudicando al neonato y a la madre.

Durante el periodo de puerperio, las mujeres continúan padeciendo violencia, inclusive más que en todas las etapas que le preceden. Según estudios, aquí resulta ser en donde la violencia se exagera, cuando en realidad debería suponer un momento de felicidad y tranquilidad por haber concluido el proceso y tener a su hijo en brazos; lamentablemente, hay mujeres que viven este periodo con dolor, angustia, temor, falta de información, incertidumbre, frustración, inexperiencia, sin apoyo por parte de su núcleo familiar, ni de los servicios de salud.

El período postnatal parece ser crítico para la seguridad de las víctimas ya que la violencia a menudo aumenta después de parto. Por lo tanto, los profesionales deben estar particularmente atentos durante este período. (...) un alto porcentaje (74%) de las mujeres informaron que IPV afectó a sus habilidades maternas (Izaguirre y Calvete, 2014).

La prevalencia de depresión posparto fue del 7,5% (intervalo de confianza del 95%, 6,8-8,2). Controlando los factores de confusión, las probabilidades de depresión posparto fueron significativamente mayores entre las mujeres que informaron violencia de pareja en los últimos dos años en comparación con aquellas que no lo hicieron (odds ratio ajustado, 1,61; intervalo de confianza del 95%, 1,06-2,45) (Beydoun, Al-Sahab, Beydoun y Tamim, 2010).

Se observa que la violencia de pareja se relaciona con la depresión posparto entre las mujeres canadienses, por lo cual debe ser un tema a tratar por los sistemas de salud, así como por los gobiernos (Beydoun et al., 2010).

Podemos concluir que, «La violencia familiar es un problema de salud pública mundial. La mujer es afectada más frecuentemente y la pareja, el principal agresor. Esta situación tiene diversas manifestaciones y afecta su salud física, mental, su conducta social y reproductiva» (Pérez, López y León, 2008).

Esta situación es un patrón de coacción y control, que incluye la agresión física, sexual, emocional o combinación de ellos y amenazas contra una mujer, por su pareja o expareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo. Este fenómeno se ha descrito a nivel mundial entre el 1% y el 70%. Las mujeres señalan haber sido agredidas física, sexual o psicológicamente. Esto ocurre con mayor prevalencia en países en vías de desarrollo (Pérez et al., 2008).

No se puede negar el hecho de que la violencia contra las mujeres existe y está presente en sus diferentes manifestaciones. Las mujeres día con día la padecen desde los contextos socioculturales en los que se encuentran inmersas, e incluso esta violencia puede incrementarse durante el embarazo, el parto y el puerperio, poniéndolas en desventaja en sus actividades cotidianas.

«Por lo anterior, al utilizar unos lentes que nos permiten ver el embarazo, el nacimiento y la procreación a partir de la desigualdad, hacemos a un lado la naturalización de la maternidad, que ha sido uno de los puntos más importantes que ha combatido el feminismo» (Sánchez Bringas, 2015).

El proceso reproductivo de las mujeres se vive a través de la desigualdad, tanto en comunidades indígenas como en la Ciudad de México o Pachuca. Es decir, estas condiciones y el impacto de la desigualdad en la población mexicana ocurren tanto en el campo como en las áreas urbanas y en la metrópoli, lo que evidencia que es una problemática común (Sánchez Bringas, 2015).

En los trabajos de investigación realizados desde diversos organismos internacionales y de salud, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1994), se ha insistido en el hecho de que la violencia contra las mujeres también es un problema prioritario de salud pública y han documentado que sus efectos acumulativos sobre la salud pueden ser enormes, se estima que llegan a representar la pérdida de hasta una quinta parte de los años de vida saludable de las mujeres en su período reproductivo (Heise, 1994).

Se debe proporcionar mayor atención a las experiencias de violencia que viven las mujeres en su proceso de embarazo, parto y puerperio, ya que es un problema social y de salud pública, por la morbilidad y mortalidad femenina que representan, así como

los daños colaterales para los recién nacidos, por lo que atañe a toda la población mexicana dar una respuesta.

Otro aspecto importante es con respecto a la formación del personal de salud; sería de vital importancia que tuvieran asignaturas con perspectiva de género, prevención y atención de la violencia, dado que, en muchos casos, los médicos, enfermeras/os y trabajadores sociales, son el primer contacto con las mujeres que padecen violencia en cualquiera de sus manifestaciones.

Cabe resaltar que las mujeres pierden años de su vida por la violencia de género que experimentan, por lo que se requieren medidas urgentes para que no se continúen repitiendo actos de violencia contra ellas; además, se debe considerar que al encontrarse embarazadas las diferentes manifestaciones de violencia que viven también afectan al desarrollo del embrión y a la salud física y mental de los neonatos.

Es importante realizar más investigaciones e intervenciones sociales, en cuanto a la violencia que padecen las mujeres en su proceso de embarazo, parto y puerperio (EPP), en los diferentes contextos socioculturales de México.

«La dominación sobre las mujeres es un fenómeno social que se apoya, entre otras cosas, en normas, valores y hasta en refranes populares, que dificultan que el tema de la violencia sea llevado fuera del propio hogar. Estas normas son las que nos hacen creer que «los trapos sucios se lavan en casa» (Castro, 2004).

Estos mitos socioculturales acerca de la violencia, son los encargados de generar que las mujeres normalicen e invisibilicen la violencia familiar y no la denuncien, por considerarla algo privado. Por esto, aumenta el número de solicitudes a los servicios de salud por parte de aquellas que padecen violencia familiar, siendo esta una de las afectaciones al bienestar físico, psicológico y social de las mujeres.

## 1.2. Mitos de la violencia

Los mitos culturales adquieren un gran valor con respecto a la violencia en contra de las mujeres, pues funcionan como elementos perturbadores del problema, ya que se resisten al cambio y son invulnerables a las pruebas racionales que los desmienten. Los mitos cumplen tres funciones principales:

### ⇒ Culpabilizar a la mujer

- De la provocación, «si ella se viste así, es porque quiere algo contigo».
- El masoquismo (placer por el dolor), «tenías que ser mujer».
- El embarazo, «no vayas a salir con tu domingo siete».

### ⇒ Naturalizar la violencia

- «Eso te pasa por abrir las piernas»
- «Tienes que respetarlo, es tu esposo»
- «Donde hay celos hay amor, donde hay viejos hay dolor»

### ⇒ Impedir a la víctima salir de la violencia

- Mitos acerca de la familia «ni modo, es la cruz que te tocó cargar»  
«a la mujer casada, el marido le basta»
- El amor «aquel que celos no tiene, no tiene amor verdadero»
- La abnegación «baja novia, la cabeza, si entrar en la iglesia quieres»
- La maternidad «embarazo penoso, parto trabajoso»

## MITOS DE LA VIOLENCIA QUE SE COMETE CONTRA LAS MUJERES EN EL ÁMBITO FAMILIAR

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana (ENSU) (2020) se estima que entre enero y septiembre de 2020, 9% de los hogares experimentaron alguna situación de violencia familiar.

MITO	REALIDAD
La violencia que se comete contra las mujeres en el ámbito familiar «casi» no ocurre.	En México, 7 de cada 10 mujeres de 15 años y más ha vivido violencia por parte de su pareja o de otras personas en su familia, en la comunidad, en el trabajo o en la escuela. La violencia más frecuente entre las mujeres es la familiar, cuatro de cada diez mujeres han sufrido violencia por parte de su pareja.
El «hogar» es el lugar más seguro para las mujeres.	A pesar de que se cree que el hogar es un lugar seguro para las niñas, los niños y las mujeres corren más riesgo de vivir violencia por parte de algún familiar o persona conocida.
Los «trapos sucios» se lavan en casa.	La violencia contra las mujeres en el ámbito familiar es un problema que afecta no solo a quien la padece directamente, sino a toda la sociedad. Hasta hace pocos años no había sido un asunto de interés de los gobiernos porque se consideraba un problema que ocurría sólo en casa, entre las parejas.
A las mujeres «les gusta» que las maltraten.	Existen diversos motivos emocionales, sociales y económicos por los que una mujer no abandona a su agresor. Un ejemplo de ellos son los sentimientos de culpa, vergüenza y miedo que le impiden pedir ayuda; además tienen la esperanza de que el agresor cambie y con frecuencia creen en sus promesas.
También las mujeres maltratan a los hombres.	Cuando la mujer agrede, lo hace generalmente para defenderse. Cuando las mujeres recurren a la violencia, sus compañeros reaccionan con más violencia.
La conducta violenta es natural en los hombres.	Existe la creencia de que los hombres violentos no se pueden controlar y ejercen violencia porque simplemente “son así.” Los hombres no son violentos con todas las personas ni en todas las situaciones. Por tanto, la violencia es una conducta que se aprende como una manera de resolver conflictos.
Es normal que un esposo maltrate a su mujer.	El matrimonio o la vida en pareja no otorgan ningún derecho de propiedad sobre las mujeres, por lo que en ninguna circunstancia se debe abusar de ellas. Ningún ser humano es propiedad de otro.
Las mujeres que son o han sido maltratadas «se lo han buscado».	Algunas conductas o descuidos de las mujeres pueden provocar enojo en sus parejas, sin embargo, esto no justifica que las maltraten. Este mito se utiliza para culpar a la víctima y no al agresor. La conducta violenta es responsabilidad absoluta de quien la ejerce.
La violencia es un problema de las mujeres pobres y con pocos estudios.	La violencia se da en todas las clases socioeconómicas y niveles educativos.
El alcohol y la droga hacen que los hombres maltraten a sus mujeres.	El efecto relajante del alcohol y la droga pueden incrementar o empeorar la violencia, pero no son causantes. Muchos hombres que toman no son violentos.

**Figura 1.** Mitos de la violencia que se comete contra las mujeres en el ámbito familiar.

Adaptado de «Portal Vida sin Violencia» INMUJERES, 2019, pág.7. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Violencia2019\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Violencia2019_Nal.pdf)



### **1.3. Tipos de violencia**

Es importante abordar los diferentes tipos de violencia que existen, para poder identificar los que se manifiestan en las mujeres primigestas que postergan la maternidad durante su proceso de embarazo, parto y puerperio.

De acuerdo con el Artículo 5, fracción IV de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia, publicada en febrero de 2007, la violencia contra la mujer es «cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público». Esta ley tipifica la violencia física, económica, psicológica, patrimonial y sexual (INMUJERES, 2007).

A continuación, se explicarán los diferentes tipos de violencia que existen, así como sus implicaciones:

#### **1.3.1. Violencia psicológica.**

La violencia psicológica es el patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas de ejercer otras formas de violencia, actitudes devaluatorias, de abandono y que provocan en quienes las reciben, deterioro, reducción o afectación en la estructura de la personalidad, afectándose gravemente la autoestima (Henales, Sánchez, Carreño y Espíndola, 2007).

De acuerdo con el artículo 6º de la Ley General para el acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, apartado I, menciona que la violencia psicológica:

Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido, reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, 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 (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2012).

Dentro de los indicadores de maltrato psicológico, síntomas y signos indicativos de alteraciones psicológicas podemos encontrar los siguientes: autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación, entre otros, o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento suicida, entre otros (INMUJERES, 2007).

El personal de salud debería estar capacitado para prestar atención a estos signos y síntomas cada vez que las mujeres acuden a sus servicios, ya que pueden marcar la diferencia realizando un adecuado diagnóstico para brindar a las mujeres la atención que requieren.

### **1.3.2. Violencia física.**

«La violencia física responde a todo acto de agresión intencional repetitivo en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto arma o sustancia que inmoviliza y causa daño a la integridad física del otro» (Henales, Sánchez, Carreño y Espíndola, 2007).

El artículo 6º de la Ley General para el acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, apartado II, menciona que la violencia física: «Es 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 sea internas, externas o ambas» (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2012).

Dentro de los indicadores de maltrato físico, signos y síntomas podemos encontrar los siguientes: hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, entre otros, congruentes o incongruentes con su génesis, recientes o antiguos con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes (INMUJERES, 2007).

La violencia física contra las mujeres suele ser más fácil de detectar por los familiares y el personal de salud, dado que los signos y síntomas son visibles físicamente.

### **1.3.3. Violencia patrimonial.**

En el artículo 6º de la Ley General para el acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, apartado III, menciona que la violencia patrimonial:

Es 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.

La Procuraduría General de la República (2017), especifica los siguientes aspectos de la Violencia Patrimonial:

- Cuando se dañan los bienes o pertenencias de las mujeres, como ropa u objetos personales de valor, con el objetivo de humillarla o hacerla sentir mal.
- Cuando se les oculta documentos personales como actas de nacimiento, identificación oficial, etc., que son necesarios para realizar trámites de algún tipo.
- Cuando se les quita documentos que comprueban que son dueñas de alguna propiedad.
- Cuando su pareja o familiares disponen de sus bienes sin su consentimiento.
- Cuando se les obliga a escriturar o poner a nombre de otra persona, cosas o propiedades que compraron o heredaron.
- Cuando su pareja controla todos los gastos del hogar y se apropia de todo el patrimonio familiar.

La violencia patrimonial puede acogerse detrás del sistema patriarcal y los estereotipos de género, otorgándole a los hombres poder sobre todos los bienes y pertenencias de las mujeres.

#### **1.3.4. Violencia económica.**

La violencia económica se refiere al manejo de los recursos materiales, como dinero o bienes, para controlar y someter a la otra persona. En el caso de la violencia económica dentro de la esfera familiar, la pareja suele romper o regalar objetos de su pareja. También se pueden observar actos violentos de omisión, como, por ejemplo, privar a la pareja de los medios necesarios para satisfacer sus necesidades básicas (Henales, Sánchez, Carreño y Espíndola, 2007).

De acuerdo con el artículo 6º de la Ley General para el acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, apartado IV, menciona que la violencia económica:

Es 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 (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2012).

Cada vez un número más alto de mujeres se han insertado al mundo laboral, lo que las hace independientes económicamente, pero ¿realmente eligen en qué y cómo utilizar su dinero? ¿o continúan siendo oprimidas por el sistema patriarcal?

Dos de cada diez mujeres en México (24.5%) han recibido reclamos por parte de su pareja por la forma en que gastan el dinero, les han prohibido trabajar o estudiar, o les han quitado dinero o bienes (terrenos, propiedades, etc.) (ENIDREH 2011, citado en PGR, 2017).

Los roles de género asignados, como el del proveedor en el hombre, y el de ama de casa en la mujer, genera la idea de que quien lleva el dinero al hogar es la autoridad que decide lo que se tiene que hacer. Sin embargo, en ocasiones, siendo ellas quienes aportan y llevan el sustento económico al hogar, el hombre maneja el patrimonio, apropiándose de los recursos y bienes materiales de las mujeres; entonces, las mujeres aportan los recursos económicos, además de continuar asumiendo las responsabilidades domésticas (PGR, 2017).

Podemos observar que los estereotipos de género, continúan presentes en el caso de algunas mujeres, generando efectos colaterales en su salud.

Cuando una mujer es víctima de violencia económica y patrimonial, presenta efectos desfavorables en su autoestima y autonomía para tomar decisiones. Esto puede propiciar se encuentre vulnerable para ser víctima de otros tipos de violencia como la física y sexual (Ídem).

La Procuraduría General de la República (2017), especifica los siguientes aspectos de la Violencia Económica:

- Cuando alguien impide el crecimiento profesional o laboral de las mujeres, como forma de limitar sus ingresos económicos.
- Cuando se les paga menos que a un hombre por las mismas responsabilidades o actividades.
- En el matrimonio o convivencia familiar, cuando al tener una dependencia económica con su cónyuge o concubino, se le impide tomar decisiones sobre la economía del hogar.
- Cuando tienen que dar cuenta a su pareja acerca de todo lo que se gasta, aun cuando ganen sus propios recursos.
- Cuando se ven obligadas a asumir solas el cuidado y la manutención de los hijos/as.

### **1.3.5. Violencia sexual.**

La violencia sexual es un patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiterados y cuyas formas de expresión pueden ser: negar las necesidades sexo-afectivas, inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja (Hemales, Sánchez, Carreño y Espíndola, 2007).

Según la Ley General para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en su artículo 6º, apartado V, menciona que la violencia sexual: «Es 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».

Dentro de los indicadores de maltrato sexual, síntomas y signos físicos podemos encontrar los siguientes: lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales o psicológicos, baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otros, además de alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual (INMUJERES, 2007).

Por último, la Ley General para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en su artículo 6º, apartado VI, menciona que también se considera violencia contra las mujeres «Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres».

Las mujeres pueden experimentar violencia en sus diferentes manifestaciones durante su proceso de embarazo, parto y puerperio. En algunos casos, padecen solo uno de los tipos de violencia; en otros, se pueden manifestar todos los tipos de violencia en conjunto. En cualquiera de los casos, la violencia representa una problemática a nivel de salud física y mental para las mujeres, por lo cual se deben tener en cuenta todos los signos y síntomas para poder incidir en la prevención, intervención y solución a la misma. Los profesionales deben estar alerta y realizar diagnósticos con perspectiva de género, evitando juicios de valor, con la finalidad de dar una atención oportuna a los casos de violencia contra las mujeres.

## **1.4. Ciclo de la violencia**

Lenore E. Walker (1979) propone lo que denomina como «Cycle of abuse» o «Ciclo de la Violencia», en referencia al ciclo que viven las personas que padecen violencia y lo que acontece en la relación con su maltratador.

Este ciclo según Walker se encuentra compuesto por 4 fases:

### **1. Fase de calma**

- Como su nombre lo indica, esta fase corresponde a una etapa calmada, sin discusiones entre las partes.
- Si la víctima ha vivido ya el ciclo completo, puede tener la sensación de que esta fase existe, porque según el agresor todo está bien.

### **2. Fase de acumulación de tensión**

- En esta fase, la tensión entre las partes va en aumento, existiendo diferencias entre ellas. Es importante saber que aquí, el agresor comienza a ejercer un maltrato psicológico.
- El agresor quiere controlar a la víctima.
- Es habitual que, en esta etapa, la víctima intente complacer al agresor, para que la tensión entre ellos no vaya en aumento.
- La tensión, se manifiesta mediante diversas conductas como: menosprecios, insinuaciones, ira, sarcasmo, largos silencios, etc...y pueden también producirse agresiones físicas.
- La víctima tiende a minimizar el problema y a justificar la conducta del agresor.

### **3. Fase de explosión**

- En esta etapa, el agresor descarga toda la tensión de la fase anterior. Se caracteriza porque en ella, se producen las agresiones físicas, psicológicas, sexuales y económicas.

### **4. Fase de luna de miel**

- En esta etapa, el agresor muestra arrepentimiento por lo sucedido y presenta conductas compensatorias, para demostrar a la víctima que siente lo ocurrido y que no volverá a pasar nunca.
- Esta fase hace que la víctima pueda observar el lado positivo de la relación con el agresor.



**Figura 2.** Ciclo de la Violencia. Elaboración propia con base en el ciclo de la violencia de Walker, 1979.

Podemos observar que el ciclo de la violencia se encuentra conformado por relaciones de poder, haciendo uso de la fuerza y ejerciendo control sobre las mujeres, así como de sus emociones, desencadenando de esta forma la violencia en sus diferentes manifestaciones, lo cual genera que las mujeres naturalicen e internalicen la violencia haciéndola parte de su vida; por ello se convierte en un ciclo que una vez que comienza es difícil concluir, dado que, en muchas ocasiones, se vive en silencio o se espera que la pareja cambie por las conductas de arrepentimiento que muestra el agresor en la etapa de luna de miel.



## **1.5. Acciones para la protección de las mujeres embarazadas.**

Las acciones que se han implementado a nivel regional, nacional e internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres, pretenden ser un parteaguas en las sociedades, así como contribuir a la concientización de esta problemática social.

En estas acciones, se debe tomar en cuenta que «El problema de la violencia contra las mujeres se entiende mejor si se le analiza desde una perspectiva de género, es decir, desde un enfoque que parta de cuestionar la desigualdad social existente entre hombres y mujeres y busque en ésta las causas fundamentales del problema» (Bedregal, Saucedo y Ríquer, 1991).

El 17 de diciembre de 1999 la Organización de las Naciones Unidas en su Resolución A/RES/54/134, declaró el 25 de noviembre Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. En este documento reconoce que la violencia contra las mujeres no es un problema de índole privado, sino social y que «...constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer» (ONU, 2000).

Existen instrumentos internacionales como:

- La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer (conocida por sus siglas en inglés como CEDAW)
- Estrategias de Nairobi Orientadas hacia el Futuro para el año 2000
- La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing
- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará)

A nivel nacional se encuentran:

- La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV).
- NOM - 046- SSA2- 2005

En estos instrumentos se pone especial énfasis en salvaguardar los derechos humanos de las mujeres, los cuales son violados constantemente a nivel estatal, nacional, internacional y mundial.

***La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer (conocida por sus siglas en inglés como CEDAW).***

La ONU (2019), nos explica que, en 1979, la Asamblea General aprobó La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer (CEDAW), que a menudo se describe como una Carta Internacional de Derechos Humanos para las mujeres. En sus 30 artículos, esta Convención define explícitamente la discriminación contra las mujeres y establece una hoja de ruta de acción nacional para poner fin a tal forma de discriminación. La Convención se centra en la cultura y la tradición como fuerzas influyentes que dan forma a los roles de género y a las relaciones familiares. Además, es el primer tratado de derechos humanos que ratifica los derechos reproductivos de las mujeres.

En 1985 tuvo lugar en Nairobi la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz. Se convocó en un momento en el que el movimiento por la igualdad de género finalmente había ganado verdadero reconocimiento mundial; al mismo tiempo, 15.000 representantes de organizaciones no gubernamentales (ONG) participaron en un Foro de ONG.

El acontecimiento fue descrito por muchos como «el nacimiento del feminismo a nivel mundial». Al darse cuenta de que los objetivos de la Conferencia de Ciudad de México no se habían alcanzado adecuadamente, los 157 gobiernos participantes

aprobaron las Estrategias de Nairobi Orientadas hacia el Futuro para el año 2000. El documento sentó nuevas bases al declarar que todos los asuntos afectaban a las mujeres.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995 fue más allá de la de Nairobi. La Plataforma de Acción de Beijing reivindicó los derechos de la mujer como derechos humanos y se comprometió a llevar a cabo acciones específicas para asegurar el respeto de estos derechos.

El 2 de julio de 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas votó unánimemente la creación de un único organismo de la ONU encargado de acelerar el progreso sobre la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. La nueva entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, ONU Mujeres, fusionó cuatro instituciones y organismos internacionales: el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), la División para el Adelanto de la Mujer (DAM), la Oficina del Asesor Especial en Cuestiones de Género y el Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer.

La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW) es el principal órgano internacional intergubernamental dedicado exclusivamente a la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. Esta Comisión desempeña una labor crucial en la promoción de los derechos de la mujer: documenta la realidad que viven las mujeres en todo el mundo y elabora normas internacionales en materia de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres.

***La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará).***

La Convención de Belém do Pará establece por primera vez el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia. Este tratado internacional ha dado pauta para la adopción de leyes y políticas sobre prevención, erradicación y sanción de la violencia contra las mujeres en los Estados Parte de la Convención; formulación de planes nacionales; organización de campañas e implementación de protocolos y de servicios de atención, entre otras iniciativas, y ha sido un aporte significativo al fortalecimiento del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (CNDH, 2013).

Por medio de la Convención de Belém do Pará, los Estados Parte acordaron que la violencia contra las mujeres:

[...] constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades.

[...] es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres.

[...] trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión y afecta negativamente sus propias bases.

***La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV).***

Tiene por objetivo establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CONAVIM, 2017).

Contiene los principios rectores para el acceso de todas las mujeres a una vida libre de violencia que son: la igualdad jurídica entre la mujer y el hombre; el respeto a la dignidad humana de las mujeres; la no discriminación, y la libertad de las mujeres.

Define conceptos fundamentales como la violencia contra las mujeres, derechos humanos de las mujeres, perspectiva de género, empoderamiento de las mujeres y misoginia.

Es una ley general que definió por primera vez los tipos de violencia, psicológica, física, económica, patrimonial y sexual, para dejar claro que la violencia no necesariamente produce lesiones físicas.

Estableció en qué ámbitos de la vida están siendo violentadas las mujeres, definiendo violencia por modalidades: violencia familiar, laboral y docente, comunitaria y violencia institucional. Asimismo, define el hostigamiento, el acoso sexual y la violencia feminicida, a partir de la cual se tipifica el feminicidio.

Incluye la Alerta de Violencia de Género como el conjunto de acciones gubernamentales de emergencia para enfrentar y erradicar la violencia feminicida en un territorio determinado, ya sea ejercida por individuos o por la propia comunidad.

## **Norma Oficial Mexicana - NOM - 046- SSA2- 2005.**

El embarazo es una etapa en la vida de las mujeres que les representa grandes cambios, para los cuales requiere del apoyo de la pareja y la familia. En algunos casos, lejos de brindar acompañamiento, los integrantes de la familia ejercen violencia contra las mujeres embarazadas.

Al respecto se implementó la norma oficial mexicana NOM - 190 - SS1 - 1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, a la cual se le realizó una modificación, para quedar como NOM - 046- SSA2- 2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

En la misma, se consideran relevantes los siguientes puntos:

- Se establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres. No obstante, subsisten aún profundas inequidades entre ellos, que propician situaciones de maltrato y violencia hacia los grupos en condición de vulnerabilidad en función del género, la edad, la condición física o mental, la orientación sexual u otros factores, que se manifiestan cotidianamente (CNDH, 2009, pág. 3).
- Por su alta prevalencia, efectos nocivos e incluso fatales, la violencia familiar y sexual es un problema de salud pública que representa un obstáculo fundamental para la consolidación efectiva de formas de convivencia social, democrática y con pleno ejercicio de los derechos humanos (CNDH, 2009, pág. 3).
- Su magnitud y repercusiones, documentados a través de encuestas e investigaciones, no deben minimizarse. El espectro de daños a la salud se da tanto en lo biológico -desde retraso en el crecimiento de origen no orgánico, lesiones que causan discapacidad parcial o total, pérdida de años de vida saludable, ITS/VIH/SIDA, hasta la muerte-, como en lo psicológico y en lo social, pues existe un alto riesgo de perpetuación de conductas lesivas, desintegración familiar, violencia social e improductividad (CNDH, 2009, pág. 3).
- La violencia familiar se ejerce tanto en el ámbito privado como público, a través de manifestaciones del abuso de poder que dañan la integridad del ser humano (CNDH, 2009, pág. 4).
- Si bien cualquier persona puede ser susceptible de sufrir agresiones por parte del otro, las estadísticas apuntan hacia niños, niñas y

mujeres como sujetos que mayoritariamente viven situaciones de violencia familiar y sexual. En el caso de niños y niñas, ésta es una manifestación del abuso de poder en función de la edad principalmente, mientras que, en el caso de las mujeres, el trasfondo está en la inequidad y el abuso de poder en las relaciones de género. La violencia contra la mujer, tanto la familiar como la ejercida por extraños, está basada en el valor inferior que la cultura otorga al género femenino en relación con el masculino y la consecuente subordinación de la mujer al hombre (CNDH, 2009, pág. 4).

- Se requiere realizar nuevas investigaciones en el tema que permitan profundizar en el conocimiento de las características del problema para estar en condiciones de afrontarlo mejor, de diseñar o reforzar políticas públicas y tomar decisiones para la prevención y atención integral de las y los involucrados (CNDH, 2009, pág. 4).
- Con la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana, el Gobierno de México da cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre en el seno de la familia y contra la mujer, que se encuentran plasmados en la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979); Convención sobre los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989); Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (23-mayo-1969); Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993); Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Pará" (OEA, 1994); Convención Americana sobre Derechos Humanos (San José de Costa Rica, 1969); y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966) (CNDH, 2009, pág. 4).
- Realizar entrevista dirigida a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual, en un clima de confianza, sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad. Debe considerar las manifestaciones del maltrato físico, psicológico, sexual, económico o abandono, los posibles factores desencadenantes del mismo y una valoración del grado de riesgo en que viven las o los usuarios afectados por esta situación. Debe determinar si los signos y síntomas que se presentan -incluido el embarazo- son consecuencia de posibles actos derivados de violencia familiar o sexual y permitir la búsqueda de indicadores de maltrato físico, psicológico, sexual, económico o de abandono, como actos únicos o repetitivos, simples o combinados, para constatar o descartar su presencia (CNDH, 2009, pág. 10)
- En el caso de maltrato en mujeres embarazadas, valorar lo siguiente: la falta o el retraso en los cuidados prenatales; la historia

previa de embarazos no deseados, amenazas de aborto, abortos, partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer; lesiones ocasionadas durante el embarazo, dolor pélvico crónico e infecciones genitales recurrentes durante la gestación. El diagnóstico estará apoyado, cuando sea posible, en exámenes de laboratorio y gabinete, estudios especiales y estudios de trabajo social, para lo cual podrán, en caso de estimarlo conveniente, utilizar los recursos disponibles que puedan brindar otras instituciones de salud, así como organismos de la sociedad civil especializados en el tema, que contribuyan y faciliten dicho diagnóstico, siempre que no contravengan la presente Norma (CNDH, 2009).



## Capítulo 2. Violencia en la postergación de la maternidad

### 2.1. Violencia contra las mujeres que postergan la maternidad

«...Una vez una señora me dijo que esa presión de ser mujer nunca se acaba, porque ella es una mujer mayor y no es abuela; todas mis amigas me siguen presionando porque yo soy la que no es abuela, eso a mí ya ni me toca, pero sí es una cuestión que tenemos que trabajar, que sea una maternidad por decisión a la edad que sea» (Chelo, 2020).

En el capítulo anterior visualizamos la violencia familiar ejercida contra las mujeres durante su proceso de embarazo, parto y puerperio; como podemos concluir, la violencia en esta población de mujeres es una realidad alarmante.

Si aunado a esto sumamos el hecho de que algunas mujeres por diversas circunstancias personales, sociales o de salud, deciden postergar la maternidad, encontraremos algunos datos que nos indican que esto puede ser un factor más para que las mujeres padezcan diversos tipos de violencia.

Simone de Beauvoir (2005), hace referencia de que «A muchas mujeres, por las costumbres, la tradición, se les niega la educación, la cultura, las responsabilidades, las actividades que son un privilegio de los hombres, pero, sin embargo, se les ponen sin ningún escrúpulo hijos entre los brazos»

Estas concepciones han cambiado a lo largo de la historia, muchas mujeres se insertan cada vez más en el mundo académico y laboral, modificando sus historias de vida, aunque lamentablemente existe otro sector de mujeres que, a pesar de sus deseos y capacidades, no logran acceder a estas oportunidades.

El INEGI (2019), menciona que existe una proporción de mujeres que no ha participado ni en la escuela, ni en el mercado laboral a lo largo de su vida, [...] la participación de las mujeres depende, en gran medida, de los patrones culturales de género, de las condiciones socioeconómicas de las familias, de la edad de la mujer, del entorno inmediato y territorial de la

entidad en la que residen y también de la disponibilidad de recursos institucionales y económicos (INEGI, 2019).

A diferencia de las generaciones pasadas, lo que se busca en la vida, ya no se concentra en el matrimonio, pareja e hijos. Una de las consecuencias de este hecho es la pérdida del carácter imperativo de estos hitos y la indefinición del momento de tales acontecimientos. Cuando la maternidad ha dejado de ser un hito indiscutible de la biografía e identidad de la mujer, se convierte en un acto de creciente responsabilidad, que pasa por preguntas tales como: «¿Estaré preparada?», «¿Será el momento indicado?» (Montilva, 2008).

Las mujeres están terminando con los hitos de la maternidad como destino y están comenzando a construir nuevas formas de vivir su maternidad.

Los discursos sociales acerca de la determinación de tener hijos/as articulan representaciones y concepciones sobre la familia, el matrimonio, la pareja, la sexualidad, los derechos individuales, los códigos y las relaciones de género. A partir de ella se establecen las posibilidades, los límites y los criterios para la toma de decisiones y para establecer los trazos del proyecto vital (Martí, 2011).

Para estas profesionales la maternidad es una de las tantas áreas que puede desarrollar una mujer. Ser o no ser madres no las hace ni más, ni menos mujeres. Una vez que el desarrollo de la individualidad de una mujer dejó de estar exclusivamente sustentado en el ámbito afectivo y doméstico, pasaron a integrar su identidad áreas que antes se consideraban exclusivamente masculinas: la carrera laboral, el disfrute de sí misma, el conocimiento del mundo (viajes, estudios) (Montilva, 2008).

A esta edad las mujeres han pasado por toda una serie de procesos de aprendizajes, experiencias, vivencias, conocimientos, que les han permitido ser más conscientes de lo que quieren, cuándo, cómo, con quién y por qué. Esto les permite vivir una maternidad por elección o incluso decidir no ser madres. La decisión de la maternidad debe ser un proceso personal.

Pero aún se tienen que enfrentar a «la idealización de la maternidad en la narrativa cultural dominante, la cual solo aumenta el sentimiento de culpa entre aquellas cuya propia experiencia personal les ha hecho dudar de la esencia del ideal» (Mersal, 2012).

«La culpa es un sentimiento esencial, ya que sirve para definir las prácticas de la madre en su vida diaria, con ideas como que el peso de su hijo está por debajo del promedio para su grupo de edad; seguro no lo está alimentando lo suficiente» (Mersal, 2012).

Cada mujer vive la maternidad dependiendo su contexto sociocultural, pero las formas de ser madre están cambiando; sin embargo, es este sentimiento de culpa de cubrir con las expectativas del «ser madre» que se han inculcado de generación en generación, lo que las mantiene cautivas a responder a las imposiciones patriarcales.

Estas imposiciones son una forma de violencia contra las mujeres, que van desde las prácticas que cada madre decide realizar con sus hijos, hasta el cuidado de los mismos. Ser profesionista y ser madre, es una labor difícil de conciliar bajo el sistema androcentrista.

La política pública y los programas para que las mujeres se incorporen al mercado de trabajo, tengan un ingreso, estén mejor educadas o capacitadas no necesariamente ha tenido un efecto positivo en términos de igualdad en las relaciones de género. La confianza que se ha depositado en el mercado con este tipo de políticas y programas, impide advertir que la cuestión del poder al interior de la unidad doméstica es un aspecto fundamental a considerar. El diseño de soluciones solamente para mujeres sin introducir acciones deliberadas dirigidas a desaparecer la desigualdad surgida de la diferencia sexual, deja intacto el poder y con ello «se empuja a las mujeres a un círculo de cambio sin transformación» (Portocarrero, 1990).

La incorporación de las mujeres al mercado de trabajo sin una real valoración de su contribución en la producción y reproducción social, y sin una redefinición de la división del trabajo al interior de los hogares ha propiciado su ubicación laboral en los sectores menos modernos y más desventajosos de la economía, así como un incremento en su carga de trabajo (doble jornada). La subordinación de las mujeres en el hogar y fuera de este no se ha alterado de manera automática ni necesariamente en respuesta a esta incorporación femenina al trabajo (Tepichin, 2010).

Este es otro de los tipos de violencia a los que se enfrentan las mujeres que postergan la maternidad, la «doble jornada», pues ahora tienen que cumplir con sus actividades dentro del hogar y en su trabajo, así como, con sus «obligaciones maternas», lo cual les genera una carga impresionante de estrés y cansancio, afectando su salud.

El tipo de madre dedicada con exclusividad a la casa y los hijos, un modelo que las clases medias supieron adoptar para sí por varias generaciones, actualmente entra en contradicción con los tiempos, deseos y responsabilidades de las madres que trabajan, especialmente aquellas con una vida profesional exitosa (Zicavo, 2013).

El trabajo para algunas mujeres no solamente les remunera económicamente, sino también puede representarles su estabilidad, sus logros, su independencia económica, su bienestar, placer, pasión, posición social, entre otras cosas.

Con relación a las madres con formación terciaria o universitaria que ejercen las profesiones para las cuales estudiaron por impulso vocacional, o de las mujeres que se desempeñan con éxito en los negocios, el trabajo es además de una importante fuente de ingresos para ella y/o su familia, dependiendo del caso una fuente de satisfacciones, que compite con las llamadas «obligaciones maternas» (Zicavo, 2013).

Simone de Beauvoir (2012) planteaba que en una sociedad en la que los bebés y niños fuesen cuidados de manera colectiva y la madre fuese cuidada y ayudada, la maternidad no sería inconciliable en absoluto con el trabajo femenino: «la mujer que posea la vida personal más rica será la que más dé al hijo y la que menos le pida; la mujer que adquiera en el esfuerzo y la lucha el conocimiento de los verdaderos valores humanos será la mejor educadora». El hecho de que el cuidado y la educación de los niños no esté cubierto por el Estado es una carencia social: «pero es un sofisma justificarla pretendiendo que una ley escrita en el cielo o en las entrañas de la Tierra exige que madre e hijo se pertenezcan exclusivamente el uno al otro; esta mutua pertenencia no constituye, en verdad, sino una doble y nefasta opresión».

Las mujeres que cuentan con redes de apoyo, pueden llevar una maternidad más saludable, en todos los aspectos, ya que les permite disfrutar de su bienestar, físico, emocional, psíquico, intelectual y social, lo cual beneficia su desarrollo personal y se

traduce en una tranquilidad para con sus hijos. La maternidad no debería estar peleada con el desarrollo personal de las mujeres; no obstante, por generaciones se les ha inculcado que el «sacrificio» es parte de ser una buena madre.

En cuanto al cuidado de los hijos, es una labor que se considera preponderantemente de las mujeres, madres, abuelas, hermanas, suegras, cuñadas, tías, primas, amigas, vecinas, nanas, en fin, mujeres.

La cultura patriarcal que construye el sincretismo de género fomenta en las mujeres la satisfacción del deber de cuidar, convertido en deber ser ahistórico natural de las mujeres y, por tanto, deseo propio y, al mismo tiempo, la necesidad social y económica de participar en procesos educativos, laborales y políticos para sobrevivir en la sociedad patriarcal del capitalismo salvaje. (...) Los poderes del cuidado, conceptualizados en conjunto como maternazgo, por estar asociados a la maternidad, no sirven a las mujeres para su desarrollo individual y moderno y tampoco pueden ser trasladados del ámbito familiar y doméstico al ámbito del poder político institucional (Lagarde, 2003).

Las mujeres se encuentran aprisionadas por este sistema patriarcal, cuidar a los otros olvidándose de ellas, porque es algo «natural», propio de las mujeres, de sus deberes y obligaciones ¿De no ser así, cómo se garantizaría la subsistencia del sistema familiar?

La fórmula enajenante asocia a las mujeres cuidadoras otra clave política: el descuido para lograr el cuidado. Es decir, el uso del tiempo principal de las mujeres, de sus mejores energías vitales, sean afectivas, eróticas, intelectuales o espirituales, y la inversión de sus bienes y recursos, cuyos principales destinatarios son los otros. Por eso, las mujeres desarrollamos una subjetividad alerta a las necesidades de los otros, de ahí la famosa solidaridad femenina y la abnegación relativa de las mujeres. Para completar el cuadro enajenante, la organización genérica hace que las mujeres estén políticamente subsumidas y subordinadas a los otros, y jerárquicamente en posición de inferioridad en relación a la supremacía de los otros sobre ellas (Lagarde, 2003).

La realidad gestante de esta violencia, no solo es a nivel familiar y doméstico, sino también a nivel personal, laboral, institucional, político y del Estado, todo lo cual es parte

de que esta violencia contra las mujeres se siga reproduciendo no solo a nivel micro, sino macro.

Las transformaciones del siglo XX reforzaron para millones de mujeres en el mundo un sincretismo de género: cuidar a los otros a la manera tradicional y, a la vez, lograr su desarrollo individual para formar parte del mundo moderno, a través del éxito y la competencia. El resultado son millones de mujeres tradicionales-modernas a la vez. Mujeres Atrapadas en una relación inequitativa entre cuidar y desarrollarse (Lagarde, 2003).

Los hombres contemporáneos no han cambiado lo suficiente como para modificar ni su relación con las mujeres, ni su posicionamiento en los espacios domésticos, laborales e institucionales. No consideran valioso cuidar porque, de acuerdo con el modelo predominante, significa descuidarse: Usar su tiempo en la relación cuerpo a cuerpo, subjetividad a subjetividad con los otros. Dejar sus intereses, usar sus recursos subjetivos y bienes y dinero, en los otros y, no aceptan sobre todo dos cosas: dejar de ser el centro de su vida, ceder ese espacio a los otros y colocarse en posición subordinada frente a los otros. Todo ello porque en la organización social hegemónica cuidar es ser inferior (Lagarde, 2003).

Los costos laborales se calculan sobre la base de un estereotipo de trabajador varón que dedica tiempo completo a su trabajo y a quien no hace falta tiempo para realizar actividades propias de la reproducción biológica. El modelo de familia implícito se caracteriza por la actividad laboral del varón a tiempo completo (de por vida), y la «inactividad» y/o parcial actividad laboral de las mujeres responsables del cuidado y fuerza de trabajo secundaria. La subsistencia depende del salario del varón, el cual se supone suficiente para asegurar la existencia de la familia (Yáñez S., 2004).

Si se considera que cuidar es ser inferior en la organización social hegemónica, entonces las mujeres son inferiores a los hombres, por lo que deben continuar subordinadas, dejar de lado sus pasiones, sus ideales, su bienestar, su desarrollo personal, su dinero, sus bienes, dejar de lado su vida, por sus hijos. Los hombres por el contrario, o asumen su responsabilidad como padres, o continúan con el pensamiento androcentrista, abandonando todo lo relacionado con el cuidado.

Las mujeres que postergan la maternidad tienen que enfrentarse a estas concepciones, se les violenta al considerárseles seres inferiores, que por naturaleza

tienen que ser las cuidadoras exclusivas de sus hijos, sin descuidar su trabajo ni a su pareja (en caso de haberla).

Hace falta la implementación de más instituciones que cuenten con guarderías, para que las madres puedan estar cerca de sus hijos y no tengan que desplazarse de un lado a otro en esta vertiginosa ciudad, así como de políticas públicas que verdaderamente se encuentren contextualizadas.

La postergación de la maternidad está asociada a mujeres con perfiles de mayor escolaridad e ingresos laborales estables. Como podemos ver, esto no las exime de padecer violencia en sus espacios privados, a causa del sistema patriarcal, las percepciones que se tienen de los roles de género y la desigualdad.

La violencia contra la mujer representa una de las formas más extremas de desigualdad de género y una de las principales barreras para su empoderamiento, el despliegue de sus capacidades y el ejercicio de sus derechos, además de constituir una clara violación a sus derechos humanos (Zamudio, Ayala y Arana, 2014).

En el fenómeno de la violencia de género prevalece el ejercicio del poder del hombre sobre la mujer, por medio de agresiones psicológicas, económicas, físicas o sexuales en contra de ella por el sólo hecho de ser mujer. Al interior de los hogares, esta violencia se asocia también con relaciones de poder que pueden ser a la vez causa y efecto del acceso y uso desigual de los recursos del hogar entre sus integrantes, específicamente entre las parejas (INMUJERES, 2006).

«Las desigualdades entre hombres y mujeres y la aceptación de la violencia contra la mujer son la causa principal de la violencia ejercida contra estas» (OMS, 2017).

A pesar de los esfuerzos que se han realizado y algunos progresos, la sociedad y sus diferentes formas de gobierno a nivel mundial, no ha habido un cambio sustancial en el trato a la mujer en todas las etapas de su vida.

Existen pocas investigaciones en específico acerca de la violencia que padecen las mujeres que postergan la maternidad. Por tal motivo, esta investigación pretende a través de las experiencias de las mujeres, visibilizar esa violencia de la que está siendo objeto este sector de la población.

## **2.2. Violencia sociocultural en la postergación de la maternidad**

«...ya sé de qué se trata envejecer y desde esa distancia puedo mirar a la mujer que fue mi madre y a la chica y la joven que fui, y también entender de qué se trata tener un cuerpo, decir ésta es la que soy» (Dillon, 2015).

En pleno siglo XXI persiste la ideología de que las mujeres deben ser madres para lograr su realización; incluso, se les establecen edades idóneas para culminar con este propósito, y de no cumplir con lo establecido, son discriminadas y violentadas por su decisión; si se es madre a temprana edad, existen juicios acerca de su embarazo, y si se posterga la maternidad, existen prejuicios con respecto a su edad. En caso de tomar la decisión de no ser madres, se les recrimina el «no realizarse como mujeres», por no cumplir con los mandatos socioculturales y naturales, restándoles valor como tales; asimismo, también existen modelos del cómo debe ser una madre, en cuanto a educación, crianza, valores, lineamientos, edad, comportamiento, todos ellos «regidos por las buenas costumbres».

A estas y muchas otras prácticas se tienen que enfrentar las mujeres en la actualidad, lo que las lleva a cuestionarse acerca de su rol del ser mujer y madres.

La maternidad no es un «hecho natural», sino una construcción cultural diversamente determinada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época determinada de su historia; se trata de un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso que es, a la vez, fuente y efecto del género. Este imaginario tiene actualmente, como piezas centrales, dos elementos que lo sostienen y a los que parecen atribuírsele, generalmente, un valor de esencia: el instinto



materno y el amor maternal. (Badinter, 1980 y Knibiehler, 2001 citado en Palomar, 2005)

Es el instinto materno lo que lleva a las mujeres a decidir ser madres, dado que, visto desde este imaginario, todas las mujeres nacen con este instinto, y a su vez con el amor maternal, por el cual las mujeres son capaces de dejar todo por sus hijos; pero en realidad son estos dos elementos los que continúan confinando a las mujeres bajo mandatos socioculturales, que deben cumplir porque es «su naturaleza».

La maternidad y el género se conforman de construcciones simbólicas, las cuales se irán modificando dependiendo del momento histórico y el contexto sociocultural, propio de cada zona geográfica, lo cual las hace subjetivas, aunque no por ello menos importantes.

Estas construcciones determinarán las configuraciones de la maternidad. Para los mexicanos, el símbolo de la madre representa respeto, amor, devoción, compasión, abnegación, sufrimiento, perdón, sabiduría, incondicionalidad, protección; el ser madre dentro de la cultura mexicana encierra todo un misticismo.

Octavio Paz (1981) nos narra: ¿Quién es la Chingada? Ante todo, es la madre. No una madre de carne y hueso, sino una figura mítica. La Chingada es una de las representaciones mexicanas de la Maternidad, como la Llorona o la «sufrida madre mexicana» que festejamos el diez de mayo. La Chingada es la madre que ha sufrido, metafórica o realmente, la acción corrosiva e infamante implícita en el verbo que le da nombre. Vale la pena detenerse en el significado de esta voz.

La madre, como podemos ver dentro de nuestra cultura, es ese ser especial, que debe contar con ciertas características, virtudes, lineamientos y requisitos para el ejercicio de la maternidad, los cuales son impuestos socioculturalmente. La madre es ese ser intocable, al grado de considerar «al hijo de la chingada» un insulto, hecho contradictorio en un país donde la violencia contra las mujeres es un problema sociocultural a nivel nacional, de grandes dimensiones.

66 de cada 100 mujeres de 15 años y más, residentes en el país, han experimentado al menos un acto de violencia de cualquier tipo, ya sea, violencia emocional, física, sexual, económica, patrimonial o discriminación laboral, misma que ha sido ejercida por diferentes agresores, sea la pareja, el esposo o novio, algún familiar, compañero de escuela o del trabajo, alguna autoridad escolar o laboral o bien por, amigos, vecinos o personas conocidas o extrañas. Esto es, 30.7 millones de mujeres en México han sido sujetas a actos violentos y discriminatorios alguna vez, a lo largo de su vida (INEGI, 2019, pág. 3).

Ser mujer, desde el modelo hegemónico de maternidad, es percibido como sinónimo de ser madre; ser madre se convierte en un estereotipo, en donde socialmente es más aceptado ser una madre joven que una madre mayor de 35 años, a quien se le denomina socialmente como «añosa». También es mejor aceptado socialmente no tener otro proyecto de vida más que la maternidad, contrario a aspirar a concluir los estudios, trabajar o ejercer su profesión. Si por alguna razón las mujeres quieren participar en los espacios públicos, tendrán que responder primero a sus espacios privados, cuidar a su pareja e hijos, dedicarse a las labores del hogar y trabajar, ya que se les considera «Súper Mujeres», teniendo así a su cargo una doble o hasta triple jornada laboral.

Todo lo anterior desgasta a las mujeres, física, psicológica y socialmente, confrontándolas a la falta de oportunidades laborales, la falta de realización personal, la violencia, la desigualdad y la discriminación.

¿La mujer? Es muy sencillo, afirman los aficionados a las fórmulas simples: es una matriz, un ovario; es una hembra: basta esta palabra para definirla. [...] El término «hembra» es peyorativo, no porque enraíce a la mujer en la Naturaleza, sino porque la confina en su sexo (Beauvoir, 2012).

Con estas expresiones Simone de Beauvoir hace alusión a que la mujer está condicionada por su constitución biológica, tal como lo aborda la postura biologicista, la cual tiende a universalizar un modelo de maternidad dejando de lado e invisibilizando el contexto socio-cultural y la historia de la cual están permeadas las prácticas maternas.

Este discurso biologicista del «instinto materno» está inscrito en la construcción social del modelo hegemónico de maternidad, legitimando la desigualdad de las mujeres y exponiéndolas a la violencia y discriminación, dado que permanece en el imaginario social, transmitiéndose y reproduciéndose de generación en generación.

En la cultura patriarcal, la mujer se define por su sexualidad frente al hombre que se define por el trabajo. Además, se confina la sexualidad en el ámbito de la naturaleza, como una esencia más allá del hacer de la mujer (Lagarde, 2005).

Dados estos discursos heteronormados, las mujeres siguen respondiendo a los simbolismos tradicionales de ser madre, siendo la familia el principal micro-espacio donde se ejerce poder.

La mujer experimenta una alienación más profunda cuando el huevo fecundado desciende al útero y allí se desarrolla; verdad es que la gestación es un fenómeno normal que, si se produce en condiciones normales de salud y nutrición, no es nocivo para la madre: incluso entre ella y el feto se establecen ciertas interacciones que le son favorables; sin embargo, y contrariamente a una optimista teoría cuya utilidad social resulta demasiado evidente, la gestación es una labor fatigosa que no ofrece a la mujer un beneficio individual<sup>1</sup> y le exige, por el contrario, pesados sacrificios (Beauvoir, 2012).

Sacrificios que, bajo el sistema patriarcal, son propios de la mujer, de su amor maternal, por el cual se justifica que viva para los otros; de sus obligaciones como tal, de su naturaleza, de su condición de reproductora, de su deber femenino, de ser propiedad privada, convirtiéndose su cuerpo en un terreno de dominación sexual, y que se vea como objeto, susceptible de explotación y cautiverio.

Cautiverio es la categoría antropológica que sintetiza el hecho cultural que define el estado de las mujeres en el mundo patriarcal: se concreta políticamente en la relación específica de las mujeres con el poder y se caracteriza por la privación de la libertad. Las mujeres están cautivas

---

<sup>1</sup> Me sitúo aquí en un punto de vista exclusivamente fisiológico. Es evidente que, psicológicamente, la maternidad puede ser para la mujer sumamente provechosa, como también puede ser un desastre. (Beauvoir, 2012)

porque han sido privadas de autonomía, de independencia para vivir, del gobierno sobre sí mismas, de la posibilidad de escoger, y de la capacidad de decidir. El cautiverio caracteriza a las mujeres en cuanto al poder de la dependencia vital, el gobierno de sus vidas por las instituciones y los particulares (los otros), la obligación de cumplir con el deber ser femenino de su grupo de adscripción, concretando en vidas estereotipadas, sin opciones. Todo esto es vivido por las mujeres desde la posición de subordinación a que las somete el dominio de sus vidas que, en todos los aspectos y niveles, ejercen la sociedad y la cultura clasistas y patriarcales (Lagarde, 2005).

Las mujeres están sujetas a estos cautiverios en la familia tradicional y la maternidad es una forma de ello, ya que se encuentran privadas de su libertad, no se les permite ser plenas, tomar decisiones, ver más allá; viven cautivas de estas vidas estereotipadas, del ser una buena mujer, una buena esposa, una buena madre, una buena cuidadora, por su condición genérica y su situación caracterizada por la opresión, en la cultura machista, patriarcal, clasista, heterosexual y burguesa.

Dentro del patriarcado para la mujer tener acceso a otras oportunidades de desarrollo distintas a la maternidad, continuar con sus estudios, desarrollarse profesionalmente, o no ser madre, son condiciones que no se le otorgan, ni se le permiten; por el contrario, debe cumplir primero con sus responsabilidades como mujer.

Son escenarios que parecen del pasado, pero no es así. Actualmente aún existen mujeres que viven bajo estas normas sociales, y si no es así, se buscan nuevos mecanismos de opresión. Al respecto Beauvoir, 2012, menciona, «No se podría obligar directamente a la mujer a dar a luz: todo cuanto se puede hacer es encerrarla en situaciones donde la maternidad sea para ella la única salida; la ley o las costumbres le imponen el matrimonio, se prohíben los procedimientos anticonceptivos y el aborto, se prohíbe el divorcio».

Hoy en día podemos observar cómo estas condiciones están transformándose en la Ciudad de México y algunos estados de la República Mexicana, gracias a la lucha de un gran número de mujeres por sus derechos humanos.

Las mujeres tendrían ahora la capacidad de decidir si desean ser madres o no, incluso de vislumbrar la maternidad como un proyecto de vida, para el momento en que decidan ser madres, si es que así lo quieren.

Existen en el mercado diversos métodos anticonceptivos, el aborto es legal en la Ciudad de México, las parejas actualmente deciden casarse o no, así como divorciarse.

Dentro de la maternidad como proyecto de vida, podemos visualizar la decisión de las mujeres de ser madres, la claridad en sus objetivos del cuándo y cómo desean serlo y la inclusión de este proceso dentro de su proyecto de vida personal.

«El proyecto de vida constituye un esquema o plan a través del cual las personas dan sentido a sus acciones a partir de un objetivo a largo plazo» (Sánchez, 2009).

«La formación de una familia constituye uno de los proyectos de vida, al alcance de la mayoría de las mujeres y hombres, con el cual se estructura la vida cotidiana, se da valor a la descendencia y se vislumbra el futuro» (Sánchez, 2009).

Cabe aclarar que, a pesar de la lucha feminista, no todas las mujeres gozan de los mismos privilegios, dado que sus situaciones de vida, niveles de opresión y leyes que las respaldan, difieren entre unas y otras.

La condición de la mujer está constituida por el conjunto de relaciones de producción, de reproducción y por todas las demás relaciones vitales en que están inmersas las mujeres independientemente de su voluntad y de su conciencia, y por las formas en que participan en ellas; por las instituciones políticas y jurídicas que las contienen y las norman, y por las concepciones del mundo que las definen y las interpretan (Lagarde, 2005).

El conocimiento se debe producir colectivamente para reconocer la existencia de relaciones de poder en la maternidad, desigualdad, discriminación y violencia, con el fin de transformarlas, y romper con la tradición social de género, que establece el modelo hegemónico, al cual fortalecen y perpetúan las instituciones de la familia y la sociedad.

La igualdad solo puede restablecerse cuando ambos sexos gocen de derechos jurídicamente iguales; pero esta liberación exige la vuelta de todo el sexo femenino a la industria pública. «La emancipación de la mujer no es posible sino cuando esta puede tomar parte en vasta escala en la producción social, y el trabajo doméstico no la ocupe sino un tiempo insignificante. Y esta condición sólo ha podido realizarse en la gran industria moderna, que no solamente admite el trabajo de la mujer en gran escala, sino que hasta lo exige formalmente...» (Beauvoir, 2012).

Simone de Beauvoir mencionaba esto en el siglo XX, y actualmente en pleno siglo XXI podemos observar como la desigualdad de género permanece presente, aunque gracias a los movimientos feministas se ha hecho más visible. A pesar de ello, se continúa imponiendo a las mujeres la concepción de ser madres y si no lo son, no sirven como mujer o no se han realizado como tal; al parecer ninguno de los logros que alcancen las mujeres ya sea en el ámbito profesional o personal es suficiente para la sociedad; ser mujer continúa siendo sinónimo de ser madre.

Aún en la cultura occidental todavía hoy no tener descendencia es motivo de dolor o vergüenza. Distintos discursos expertos han señalado que el proceso de convertirse en madre (o padre) es considerado un logro importante en la vida personal, en tanto profundiza la autopercepción, amplía las conexiones con la comunidad y actúa como puente entre la generación del pasado y del futuro (Olmo y Marre, 2010).

Hace unas tres décadas se hicieron visibles en el mundo anglosajón algunas mujeres que por deseo y convicción no querían ser madres. Pronto se les conoció popularmente como las mujeres NoMo (abreviatura en inglés de Not Mothers, «No Madres») (Gutiérrez, 2019).

Actualmente en México también se presenta este fenómeno social, lo cual indica que el número de mujeres que no tienen hijos va en aumento.

Como señala el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), basado en los datos generados por la Encuesta Nacional sobre Discriminación, desde 1960 a la fecha, la Tasa Global de Fecundidad ha ido a la baja, pasando de siete hijos promedio a dos, especialmente en

mujeres que viven en contextos urbanos y tienen una mayor preparación educativa (Gutiérrez, 2019).

«En el 2017, México tocó el nivel más bajo de nacimientos registrados ante las oficinas del Registro Civil en la última década con 2.2 millones de recién nacidos, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)».

«Al dar a conocer los principales resultados de la estadística de nacimientos registrados en 2017, el organismo dejó ver que la tendencia de nacimientos en el país va a la baja ya que hace 10 años, en el 2008, la cantidad de neonatos registrados ascendió a 2.6 millones» (Cruz, 2018).

En México, durante 2017 se contabilizaron 2, 234 039 nacimientos registrados en las oficinas del registro civil. La tasa de nacimientos registrados por cada 1 000 mujeres en edad reproductiva en 2017 fue de 66.15 (INEGI, 2018).

En cuanto al número de partos que ha tenido la madre al momento del registro, el 45.7% (1 020 491) corresponde al primero, es decir el registrado; el 28.1% (628 202), al segundo; el 15.8% (354 032), al tercero, y 10.4% (231 314) al cuarto y más (INEGI, 2018).



**Figura 3.** Gráfica que representa el número de partos de la madre. Recuperado de «Características de los nacimientos registrados en México durante 2017» INEGI, 2018, pág.7. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/EstNamentos2017.pdf>

Por lo cual se puede inferir que en México la población de mujeres que tienen hijos por primera vez según las estadísticas es considerablemente mayor; de allí la relevancia de este estudio en mujeres primigestas que postergan la maternidad. Cabe mencionar que, actualmente, también existe una población de mujeres que no planea tener hijos.

Anteriormente, a las mujeres que no planeaban tener hijos se les conocía como mujeres sin hijos, lo cual representaba la idea de que a esas mujeres les faltaba tener mínimo un hijo; de no ser así, socialmente no eran bien vistas, aceptadas ni reconocidas, ya que se consideraba que no se encontraban completas.

Apenas en los últimos años se ha popularizado el concepto «no maternidad» para nombrar y reconocer el deseo de las mujeres de no tener hijos, dice Tania Rocha Sánchez, académica de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Culturalmente, en México la decisión de no ser madre está mal vista en las diferentes esferas sociales de la mujer. Cabe resaltar que existen diversas razones por



las que una mujer entra en el concepto de «no maternidad»: por decisión personal; por haberse embarazado sin desearlo y decide abortar, y por cuestiones de salud que impiden el embarazo.

No obstante, también hay mujeres que toman esta decisión desde su propia historia y el deseo de no ser madres, en algunos casos porque no quieren repetir la vida de las mujeres que les antecedieron como madres o abuelas, porque no les atrae el hecho de dedicar su vida al cuidado y la crianza de un hijo o porque dan prioridad a su desarrollo personal y profesional (Gutiérrez, 2019).

Como podemos observar, existen múltiples factores que llevan a ciertas mujeres a tomar la decisión de no ser madres, quienes han realizado sus propias construcciones sociales de la maternidad a partir de lo que dicta la cultura mexicana, pero lo hacen desde sus propias experiencias y contextos.

Quizás en algún momento las mujeres NoMo sí pensaron en la posibilidad de tener hijos, pero entonces no había las condiciones (económicas, de disponibilidad de pareja...), o bien, cuando había las condiciones, ellas sintieron que no era el momento adecuado. Es importante pensar en un deseo fluctuante, en el que diversos factores, tanto externos como internos, se vinculan con la vivencia de la no maternidad (Gutiérrez, 2019).

Sea como sea, es fundamental echar por tierra la idea de que las mujeres NoMo tienen algún problema psicológico, sufrieron algún trauma en la infancia o son lesbianas, aspecto que no interfiere con el deseo y la posibilidad de que sean madres. Muchas de las mujeres NoMo manifiestan que tienen otras prioridades en su vida, como desarrollarse en el ámbito personal y profesional, o que sencillamente no se sienten atraídas por el proceso que las convertiría en madres. Sin embargo, no les resulta fácil asumir esta posición porque, a partir de la creencia de que el deseo de ser madre es universal e innato, y, por consiguiente, está presente en todas las mujeres, la sociedad ejerce una presión muy fuerte sobre ellas (Rocha, 2019, citado en Gutiérrez, 2019).

Dentro de los movimientos sociales también surgieron los llamados «Dinky», que es «un término que surgió en los 80 y que proviene de las siglas inglesas para double-income; no kids (sueldo doble sin hijos). Así se denomina a las personas que no quieren ser padres para poder dedicarse exclusivamente a sus carreras laborales y a su vida personal. Algunos

atribuyen esta decisión a diversos motivos, como su incapacidad económica, la sobrepoblación mundial o la dura realidad del mundo en la que deberá vivir ese niño. Los críticos de estas personas aseguran que son seres egoístas y hedonistas, que dejan de lado los valores de la familia y se dedican sólo al consumismo» (Amadeo, 2013, citado en Escobar, 2018). A su vez, también surge un nuevo concepto que es «Childfree», el cual en castellano se podría traducir como «libre de hijos» o como «Sin hijos por elección», así «No es muy complicado entender en qué consiste este innovador movimiento: representa a aquellas personas que han decidido no tener hijos y entienden la vida sin la maternidad o la paternidad. Los niños, la descendencia no forma parte esencial de la vida de estas personas» (Martín, 2014, citado en Escobar, 2018).

«Childfree», va más allá de una definición que logra conjugar a las personas que deciden no ser padres, ya que se ha transformado en una bandera social, masificada en el mundo anglosajón, principalmente a través de las redes sociales virtuales, en donde comparten sus testimonios, y muestran las consecuencias de esta elección en sus proyectos de vida, la fuerte discriminación que viven, y también los beneficios en su estilo de vida.

Como podemos observar, la violencia se hace presente en sus diferentes manifestaciones para con las mujeres desde sus diversos espacios socioculturales por tomar la decisión de postergar su maternidad, ya sea por su edad, por preponderar su desarrollo profesional, por decidir viajar antes de embarazarse, por concluir con sus estudios, por construir un patrimonio, por pensar en una estabilidad económica antes de tener un hijo, por disfrutar a su pareja e incluso por decidir no tener hijos.

### 2.3. Violencia en la postergación de la maternidad por dificultades de salud

«La maternidad y la no-maternidad en el patriarcado han sido utilizadas contra las mujeres». (Yáñez S., 2017)

Cabe mencionar que existe otro grupo de mujeres que no son madres, no porque decidan no serlo, sino por causas de infertilidad. La infertilidad es un problema de salud que afecta a 11.8% de las mujeres en edad reproductiva, el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) estima que en México existen 1.5 millones de parejas con infertilidad. En 2014 mencionó que la tasa global de fecundidad alcanzó un promedio de 2.2 hijos por mujer, en tanto que en 1999 era de 2.9 hijos y proyecta un descenso continuo y progresivo de dicha tasa, en gran medida determinado por el estilo de vida y las aspiraciones socioculturales cambiantes de la mujer (Ortega, Carballo, Sánchez, Monterrosas y Ambe, 2017).

«La infertilidad ocupa el 20% de la consulta del médico familiar, de estos pacientes del 8 al 10% ameritará el manejo por el médico especialista en reproducción humana» (CONAPO, 2007 citado en IMSS, 2012).

Infertilidad es un término que los doctores usan cuando una mujer no ha podido quedar embarazada después de haberlo intentado por lo menos por un año. Si una mujer tiene varios abortos espontáneos, eso también es infertilidad. La infertilidad femenina puede ser causada por problemas físicos, hormonales, por el estilo de vida o factores ambientales. La mayoría de los casos de infertilidad femenina son a causa de problemas de ovulación. Un problema es la insuficiencia ovárica primaria, en el cual los ovarios dejan de funcionar antes de la menopausia natural. Otro problema es el síndrome de ovario poliquístico, cuando los ovarios no liberan un óvulo con regularidad o no pueden liberar un óvulo sano. Alrededor de un tercio de las veces, la infertilidad es un problema con la mujer. Un tercio de las veces, es un problema con el hombre. A veces, no se puede encontrar una causa (MedlinePlus, 2019).

No debería de hablarse de una infertilidad absoluta, sino de distintos grados de subfertilidad que pueden tener mayor o menor trascendencia en función del tiempo de evolución y de la edad de la mujer. Hay varios factores que pueden causar infertilidad, algunos son fáciles de encontrar y tratar, mientras que otros no lo son (IMSS, 2012).

Como podemos observar, los problemas de infertilidad aquejan tanto a hombres como a mujeres y representan una de las causas por las cuales un porcentaje de la población no puede tener hijos.

A continuación, se mencionan algunos de los hospitales del Gobierno que se encuentran en la Ciudad de México que cuentan con tratamientos para la infertilidad y brindan atención a la población:

El «Hospital Juárez» de México cuenta con una clínica de infertilidad, en donde se brinda a las parejas con dificultades para concebir opciones terapéuticas. En la clínica de infertilidad se realiza un protocolo básico del paciente infértil y se investiga qué tipo de alteración tiene, para ofrecerle alternativas. Dichas opciones terapéuticas pueden ser de baja complejidad y técnicas de reproducción asistida.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, conocido por sus siglas como IMSS, cuenta con una Guía Práctica Clínica, para el Diagnóstico de la pareja infértil y tratamiento con técnicas de baja complejidad.

El IMSS (2012), define la infertilidad como, la incapacidad de lograr el embarazo después de tener relaciones sexuales regularmente, sin el uso de métodos anticonceptivos durante un año. El estudio de la infertilidad podría comenzar después de 6 a 12 meses de tener relaciones sexuales sin el uso de anticonceptivos, aunque distintos factores asociados podrían ser indicativos de iniciar a los 6 meses tales como edad de la mujer (más de 35 años, anormalidades menstruales (oligo/amenorrea), conocimiento o sospecha de enfermedad uterina y/o trompas uterinas, endometriosis o cirugías pélvicas o edad de la pareja o conocida como subfétil, etcétera. Las técnicas para el manejo de la infertilidad de baja complejidad son aquéllas que comprenden hiperestimulación ovárica controlada, seguimiento del crecimiento folicular, relaciones sexuales programadas o inseminación intrauterina de semen capacitado, que puede ser de la pareja o de semen congelado en casos de azoospermia o alteraciones cromosómicas en el hombre.

A continuación, se presenta la siguiente tabla con los Criterios que el IMSS toma en cuenta para realizar una referencia temprana a un Médico Especialista en Infertilidad:

En mujeres:	En hombres:
<p><b>Edad.</b></p> <p>a) Menos de 35 años con más de 12 meses de infertilidad.</p> <p>b) 35 o más años con más de 6 meses de infertilidad.</p> <p><b>Duración del ciclo menstrual.</b> (Menos de 21 o más de 35 días).</p> <p><b>Anormalidades menstruales.</b> (Amenorrea u oligomenorrea).</p> <p><b>Historia Clínica.</b> Infecciones pélvicas, endometriosis, cirugía pélvica (Ej. Apendicitis perforada), anomalías del desarrollo.</p> <p><b>Hallazgos anomalidad en exploración cervicovaginal.</b></p> <p><b>Títulos de anticuerpo Chlamydia mayores o iguales a 1:256</b></p> <p><b>Progesterona menor a 20 nmol/l en mitad de fase lútea.</b></p> <p><b>FSH mayor a 10 UI/l en fase folicular</b></p> <p><b>LH mayor a 10 UI/l en fase folicular</b></p> <p><b>Ansiedad o petición para envío por la paciente.</b></p>	<p><b>Historia Clínica</b></p> <p>Cirugía Urogenital</p> <p>Infecciones de transmisión sexual</p> <p>Varicocele</p> <p>Criptorquidia</p> <p>Enfermedad sistémica</p> <p>Quimioterapia</p> <p>Radioterapia</p> <p><b>Resultados anormales del análisis de semen:</b></p> <p>Conteo espermático menor a 20 millones/ ml.</p> <p>Motilidad espermática menor a 25% (tipo A).</p> <p>Motilidad espermática menor a 50% (tipo B).</p> <p>Formas espermáticas anormales mayores al 15%.</p> <p><b>Hallazgos de anomalidad tras la exploración genital.</b></p> <p><b>Ansiedad o petición para envío por el paciente.</b></p>

**Figura 4.** Criterios para referencia temprana a Médico Especialista en Infertilidad.

Recuperado de «Diagnóstico de la pareja infértil y tratamiento con técnicas de baja complejidad» IMSS, 2012, pág.7. Disponible en:

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS\\_621\\_13\\_DXPAREJAINFERTIL/621GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_621_13_DXPAREJAINFERTIL/621GRR.pdf)

La sociedad recrimina constantemente a las mujeres el hecho de no poder ser madres, lo cual les afecta en su salud emocional; incluso se llega a poner en tela de juicio su capacidad de «cumplir como mujer», con lo que se les violenta en sus diversas esferas socioculturales.

La maternidad debe ser una decisión personal, sin presiones sociales, debe ser deseada, y de no poder ser madre por cuestiones ajenas a las personales, la sociedad debería mostrar más empatía al respecto.

## 2.4. Violencia en la postergación de la maternidad por decisión

“Cuando era joven tenía muchos proyectos, no era importante para mí embarazarme, mi importancia era salir adelante económicamente” (OI, 2020)

Una de las transformaciones más relevantes de las sociedades occidentales a lo largo del último tercio del siglo XX, en el marco del capitalismo tardío (Boltanski y Chiapello, 2002 citado en Bogino, 2020), tiene que ver con los cambios en las condiciones de la reproducción, la gestación y el nacimiento. Estos cambios afectan a los significados y a las prácticas sociales de la maternidad, a las representaciones de la familia y a las relaciones de género, a la vivencia de la sexualidad y la afectividad, y también a cómo nos enfrentamos a las posibilidades que ofrecen hoy las biotecnologías (Boltanski, 2016 citado en Bogino, 2020).

Actualmente las mujeres han atribuido un nuevo significado a la maternidad, y esto aunado a su inserción en el mundo laboral, sus diversas ocupaciones profesionales, factores económicos, de pareja y sus proyectos de vida, han consolidado lo que hoy conocemos como la postergación de la maternidad.

Elizabeth Badinter (1981), vislumbraba en su libro *¿Existe el amor maternal?*, esta realidad existente para algunas mujeres en donde menciona que «Paradójicamente, habrá que esperar la liberación económica de las mujeres, su acceso a las carreras otrora reservadas a los hombres, para que una vez establecida la igualdad los hombres piensen por fin, a instancias de las mujeres, en cuestionar la función del padre. ¿Exigirán también para sí que se los libere del compromiso económico, y se les otorgue el derecho a ser padres presentes?».

El movimiento feminista ha hecho visibles estas exigencias de masculinidad hegemónica que se tienen para con los hombres, por lo cual se propone una paternidad responsable, donde ellos procuren no solamente brindar una vivienda adecuada, alimentación, educación, salud y vestimenta a sus hijos, sino también amor, amistad, tiempo, protección, comprensión y dedicación; algunas instituciones otorgan actualmente a los hombres el derecho a la licencia de paternidad, para pasar tiempo y compartir la crianza con sus hijos. Estas acciones encaminan hacia la igualdad de género, donde no

solo las mujeres destinen tiempo a los hijos, sino también ellos, y no sean solamente proveedores económicos.

De esta forma las mujeres no tendrían que ver obstaculizados sus proyectos de vida profesionales, laborales y sociales, ya que ambos géneros tendrían la posibilidad de compartir la crianza y aportar a la economía familiar.

Sánchez (2009), nos menciona que la edad en la que se inicia la maternidad varía de acuerdo con las condiciones socioeconómicas. La escolaridad y la carrera laboral contribuyen a postergar la experiencia de la maternidad y a vislumbrar el proyecto de maternidad como una elección que toma la mujer después de evaluar sus circunstancias personales. La decisión de algunas mujeres de postergar la maternidad hasta un poco después de la mitad de su vida, según Beverly y Dale (1998), es frecuentemente el resultado de dos procesos ligados entre sí. Por un lado, su decisión, de consolidar una vida estable y autónoma por y para sí mismas antes de experimentar la maternidad. Y por el otro, el conocimiento de que la decisión de consolidarse profesional, económica y personalmente, generalmente, va ligada a estar empleada fuera de casa durante una parte sustancial de su vida.

La maternidad, como ya se ha revisado anteriormente, recae principalmente en las mujeres, las cuales deben elegir entre su desarrollo profesional y personal o los espacios domésticos; de no hacerlo, tendrán que asumir la carga psicoemocional, física, social y laboral que conlleva asumir ambos roles; todas estas contrariedades han influido para que cada vez más mujeres consideren las opciones que se les presentan, antes de decidir ser madres o no, postergando así la maternidad. Esta desigualdad de oportunidades genera violencia familiar.

Aunado a ello, médicamente se considera que después de los 35 años un embarazo es de alto riesgo; incluso algunos profesionales de la salud clasifican a las mujeres como «añosas», generando juicios de valor discriminatorios hacia las mujeres embarazadas que postergan la maternidad. Como podemos observar, la violencia contra las mujeres que postergan su maternidad por decisión, se manifiesta en sus diversos espacios socioculturales.

## 2.5. Violencia en la postergación de la maternidad desde la medicina

Dentro del enfoque médico, se considera que un embarazo después de los 35 años es de alto riesgo.

En Lima, Perú, se realizó un estudio el cual se presentó en el XVIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, en 2010. En donde mencionan que, considerando que la maternidad tardía se asocia a alteraciones preexistentes que inevitablemente incrementan con la edad, con patologías como hipertensión, miomatosis uterina, prematuridad, malformaciones congénitas, alteraciones cromosómicas, entre otras. Ellas afectan sensiblemente la morbilidad y mortalidad materno infantil, por mayor frecuencia de afecciones médicas y obstétricas, que favorecen las complicaciones en el parto y aumentan las intervenciones quirúrgicas (William, Palacios, Oscuvilca y Peña, 2019).

En cuanto al lenguaje técnico utilizado en la medicina, se encuentra el término «añosas» para referirse a las mujeres mayores de 35 años que se embarazan por primera vez. Este término es discriminatorio para las mujeres que han tomado la decisión dentro de su plan de vida de embarazarse después de los 35 años o más, ya que desde la medicina se les estigmatiza por su edad al nombrarlas de esa forma («añosas»).

Cuando estas mujeres asisten a sus consultas de rutina para tener un control del embarazo, en general los médicos lo clasifican inmediatamente como de alto riesgo; otros, no toman en cuenta su historia clínica y en automático se les programa para cesárea, sin esperar a observar cómo se desarrolla la gestación.

El hecho de mencionarle a una mujer que su embarazo es de alto riesgo, sin la adecuada información del por qué es así o puede ser así, le genera angustia, ansiedad y miedo, y se encuentra ante una situación desconocida para ella fisiológica, emocional, y socialmente.



Sí bien algunos estudios médicos demuestran que el embarazarse después de los 35 años implica un riesgo para esta población de mujeres, el adecuado seguimiento y la correcta realización de la historia clínica, estudios oportunos, citas de control del embarazo, entre otras medidas, prevendrían factores de riesgo y ayudarían a disminuir problemáticas médicas en las mujeres que postergan la maternidad.

El cuerpo de las mujeres en el embarazo, el parto y el puerperio, puede instaurar un objeto de control, ya que se pueden vigilar sus movimientos, su distribución y su comportamiento. A esos métodos que permiten el control del cuerpo imponiendo una relación de docilidad es a lo que se denomina disciplina.

«La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos «dóciles». La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos económicos de utilidad) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos como políticos de obediencia)» (Foucault, 2002).

«El ejercicio de la disciplina supone un dispositivo que coacciona por el juego de la mirada; un aparato en el que las técnicas que permiten ver inducen efectos de poder y donde, de rechazo, los medios de coerción hacen claramente visibles aquellos sobre quienes se aplican» (Foucault, 2002).

Los médicos de esta forma obtienen el control sobre el cuerpo de las mujeres, ya que los expertos son ellos y bajo esta idea, ellas se ven sometidas a lo que ellos dictaminen.

Es importante dejar de lado la educación patriarcal con la que se forma a los médicos, para que dejen de apropiarse de los cuerpos de las mujeres y comiencen a respetarlos; también es esencial que se deje de ver a las mujeres como objetos y se les comience a tomar en cuenta como personas durante su proceso de embarazo, parto y puerperio.

Dentro del enfoque médico se puede concluir que es de vital importancia tomar las medidas necesarias al interior de las instituciones médicas y por parte del personal sanitario, para lograr un proceso de embarazo, parto y puerperio exitoso y gratificante, tanto para la madre como para el hijo, libre de violencia, ya que de ello depende su salud.

En todo momento del proceso de EPP se deben tener en cuenta los derechos humanos de las mujeres por parte del personal de salud, quienes son el primer contacto con las mujeres y que se ha visto que lejos de apoyarlas, contribuyen con la violencia a la que ellas pueden estar siendo sujetas, formando parte del ciclo de la misma.

## **2.6. Violencia en la postergación de la maternidad desde lo jurídico**

Para las mujeres ha sido una gran batalla defender sus derechos y libertad a decidir sobre su cuerpo, una lucha que en algunos estados de la República Mexicana aún no se ha logrado: no obstante, se ha conseguido abrir espacios y caminos en zonas geográficas en donde se consideraba impensable que las mujeres ejercieran sus derechos y libertad. Nosotras aún continuamos en pie de lucha por todas, por una vida libre de violencia.

Justo en este marco, podemos visualizar el enfoque jurídico, dentro del cual se encuentra la Interrupción Legal del Embarazo conocida por sus siglas como ILE, la cual fue aprobada en la Ciudad de México el 24 de abril de 2007. Los diputados y diputadas locales votaron a favor de las reformas a los artículos 144 a 147 del Código Penal para el Distrito Federal y las adiciones a los artículos 16 bis y 16 bis-8 de la Ley de Salud del Distrito Federal, con lo que la despenalización del aborto entró en vigor.

«El derecho al aborto permite ejercer el derecho a la maternidad y el derecho a la no maternidad, subvirtiendo de este modo los imaginarios sociales que subyacen de la maternidad como destino fisiológico y vocación natural, y de la no-maternidad como destino trágico e incompleto» (Bogino, 2020).

Cabe mencionar que esta ha sido una de las leyes más polémicas que ha tendido la CDMX, incluso fue impugnada por la Procuraduría General de la República (PGR) y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), quienes interpusieron acciones de inconstitucionalidad ante la Suprema Corte que no prosperaron. En agosto de 2008 la Suprema Corte ratificó la constitucionalidad de la reforma, así como la obligación por parte de las autoridades sanitarias acerca de la práctica del aborto establecido dentro del periodo de 12 semanas de gestación.

A raíz de la despenalización del aborto las mujeres cuentan con el derecho de decidir sobre su cuerpo, así como ser madres o no, sin importar las razones que las hayan llevado a tomar esa decisión, ni su edad o si es soltera o casada, ni el lugar de nacimiento, ni la latitud geográfica actual. Todas las mujeres pueden acceder al servicio en clínicas públicas y privadas de la Ciudad de México y así reafirmar su capacidad de elección.

El hecho de que anteriormente el aborto no fuera legal en la Ciudad de México, no implicaba que las mujeres no lo realizaran, e incluso ponían en riesgo su vida a manos de personas que ni siquiera tenían una formación como médicos, con hierbas, con recetas caseras, con medicamentos, en lugares insalubres, sin las condiciones óptimas, ni los elementos necesarios, sin atención psicológica o el seguimiento del Trabajador Social.

«Con la despenalización del aborto, se planteó acabar con la muerte de mujeres a causa de procedimientos clandestinos, introducción de objetos extraños al útero o autolesiones infringidas» (UNAM, 2019).

Dentro de los argumentos de los grupos en contra de la despenalización del aborto se encuentra el hecho de que, si era aprobado, esto incrementaría el número de mujeres que decidieran practicárselo, y que incluso lo usarían como método de anticoncepción o una modalidad de control natal.

Recientemente la Universidad Nacional Autónoma de México publicó un artículo por los 12 años que cumple la aprobación de la despenalización del aborto, en donde se menciona que según datos de la Secretaría de Salud capitalina la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) hasta la doceava semana de gestación ha sido solicitada por 208 mil 231 mujeres desde abril de 2007 y hasta el 28 de febrero de este año.

«Por otra parte, la doctora Oliva López Arellano, actual secretaria de Salud de la Ciudad de México, informó que desde la aprobación legal del aborto se reporta un total de 209 mil 353 procedimientos realizados al 31 de marzo de 2019, con cero muertes maternas en los servicios públicos» (Rodríguez, 2019).

«El número de abortos es reducido, no es lo que se esperaba, pues algunos decían que cuando se aceptara, las cifras se dispararían, pero no ha sido así», afirmó la Doctora Julia del Carmen Chávez Carapia (2019).

Por su parte, Marta Lamas comentó que incluso el número de reincidencias (mujeres que abortan más de una vez) es mínimo. Entonces, «es falso el argumento de que la interrupción del embarazo serviría como un modo de control natal».

Existen 13 clínicas de Salud Sexual y Reproductiva que brindan el servicio de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en la Ciudad de México. Mujeres de todo el territorio, y hasta extranjeras, acuden a la capital del país para practicarse un aborto legal. La principal entidad es la CDMX, con 145 mil 442 interrupciones de embarazo; le sigue el Estado de México, Puebla, Hidalgo, Morelos, Jalisco, Querétaro, Michoacán, Veracruz, Guanajuato, Oaxaca y Tlaxcala (UNAM, 2019).

La maternidad no tiene que ser una obligación o un castigo, debe ser una elección personal, pero esto no se respeta. Actualmente, dentro de la jerga juvenil se encuentra el término de «bendición» para referirse a los hijos de mujeres que se convierten en madres a edades tempranas; por otra parte, a las madres solteras que buscan salir adelante, trabajando o estudiando, para mantener a sus hijos, se les llama

despectivamente «mamá luchonas». Podemos observar que esto es parte de la cultura mexicana actual, pues al encontrarnos con estas problemáticas sociales de gran impacto, los jóvenes se refieren a ellas en forma despectiva, discriminatoria y de burla.

La criminalización del aborto es la materialización de la idea de que la maternidad es la función obligatoria de las mujeres; idea que continúa permeando no solo la cultura, sino todas las instituciones del Estado y que representa una violación a los derechos humanos (GIRE, 2019).

Chávez Carapia (2019) subrayó la necesidad de una transformación de fondo, pero no solo de la mujer, que involucre a hombres y mujeres, de cultura, de formas de ver la vida, de formas de identificar a las mujeres, que sean consideradas personas, personas jurídicas, de carácter legal, de carácter económico; la cultura cambia más lentamente, es más complejo, que la ley, por lo tanto, ella considera que debería ser primero el derecho y ese derecho nos va ir dando después otra idea de cómo pensar el aborto.

Este proceso de repensar el aborto y la maternidad no ha sido fácil, pero el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo les permite poder continuar con sus proyectos de vida, a ser madres por decisión, no por obligación. Por ello, se debe poner fin a la violencia que padecen las mujeres al ser forzadas a que otros tomen decisiones sobre su cuerpo.

## **2.7. Violencia en la postergación de la maternidad desde la psicología**

Jazmín Ortega Martínez y Linda Karen Castro Aride (2019) realizaron la investigación «La postergación de la maternidad/paternidad: causas entre hombres y mujeres» en la cual se destacan los siguientes aspectos como relevantes para dar respuesta a este fenómeno, así como la violencia que se gesta, desde la visión psicológica:

- En México como en el resto del mundo, las mujeres esperan cada vez más para ser madres, muchas de ellas aguardan el éxito profesional antes de

iniciar una familia, por ejemplo, las capitalinas esperan un mayor tiempo entre el primer y segundo hijo, lo cual muestra una mayor planificación familiar y tiempo dedicado a sus carreras profesionales.

- La soltería ha jugado un papel muy importante dentro de la sexualidad, debido a que al posponerse el matrimonio y aumentar el periodo de soltería, existe una mayor apertura a disfrutar de la sexualidad fuera del matrimonio, por lo que los hombres y mujeres esperan cada vez más tiempo para casarse; agregándole que el éxito profesional y la educación universitaria permiten la postergación del matrimonio.
- El ideal de matrimonio se mantiene porque muchos jóvenes visualizan su postergación, pero no su ausencia, de igual manera esperan casarse y no ven la vida en soltería como algo tan positivo, quizá se deba al estereotipo social, refiriéndose a las etiquetas de «solteronas», «quedadas» y «amargadas», a su vez la soltería refleja el tiempo dedicado a sí mismo, postergación de la maternidad o paternidad y alcanzar un desarrollo profesional pleno.
- Se debe tomar en cuenta el contexto, ya que, para las mujeres de zonas indígenas, rurales o marginadas en precariedad económica, la única opción viable que tienen para su crecimiento personal es ser madres, aspecto que en las zonas urbanas se contrapone tomando como decisión el querer postergar su maternidad o paternidad eligiendo un desarrollo en el ámbito laboral y académico.
- Este hecho genera que la vida sexual de los jóvenes se retrase o incluso se posponga y si se lleva a cabo el acto sexual se toman medidas preventoras utilizando más de tres métodos anticonceptivos o el aborto como otra medida preventiva para no ser padres. En la actualidad el 34% de las mujeres recurren a la interrupción del embarazo argumentando una falta de recursos económicos, tanto para sus hijos como para ellas y el 32% por el deseo de postergar su maternidad argumentando que desean desarrollarse personal y académicamente.
- De este modo se habla de la planificación de los hijos, pero para la generación de las abuelas prácticamente no existe y se mantiene la creencia de que los hijos vienen implícitos con el matrimonio y el único método para controlarse es el ritmo. A la generación de hijas implica embarazarse cuando empieza la vida conyugal, pero algunas de ellas comienzan a utilizar la píldora, en consecuencia, se llega a posponer la llegada de los hijos, lo que significa tener más tiempo para acabar su carrera. Para la generación de nietas se planifican los hijos, dentro de relaciones de pareja consolidadas. Por lo tanto, tener hijos es un proyecto tanto de la pareja como individual siendo una decisión conjunta en la que intervienen factores como la formación de cada uno de los miembros de la pareja, la profesionalización y la economía.
- Una vez que se casaron las mujeres de la generación de abuelas se dedicaron al hogar y a los hijos, lo cual era un factor casi exclusivo de realización personal, porque los hijos son fuente de amor que no tienen punto de comparación con nada; en contraste con la generación de hijas y nietas, los hijos se ven como una opción en la vida, normalmente son mujeres que se han preparado, por lo que sus aspiraciones en la vida van más allá del cuidado del hogar e hijos.

- Actualmente tener hijos se considera consecuencia de una decisión voluntaria, ya que, antes de tenerlos se requiere de una preparación para asumir la paternidad o maternidad.
- Los hijos han pasado de ser algo social y colectivo a través de lo cual hombres y mujeres cumplen una obligación con la sociedad, a ser algo privado y propio.
- Por lo tanto, las razones que se tienen para no procrear suelen ser de dos tipos; unas relacionadas con la falta de seguridad y perspectivas económicas y otras con los cambios que los hijos suponen en el proyecto de vida de los adultos jóvenes.

En el estudio anterior, podemos visualizar que dentro de los factores que influyen en la postergación de la maternidad desde el enfoque psicológico, se encuentran la espera de tener éxito profesional antes de conformar una familia. Los estudios universitarios permiten a las mujeres tener una visión más amplia acerca de su proyecto de vida, motivo por el cual realizan una planificación familiar, para que sus estudios y el tiempo dedicado a los mismos no se vea mermado con el maternar. Sin embargo, las mujeres son constantemente violentadas, por considerárseles egoístas al preponderar sus objetivos personales dentro de su plan de vida antes de ser madres.

El inicio de una vida sexual plena antes del matrimonio, también influye en la postergación de la maternidad, ya que antes las mujeres bajo la idiosincrasia mexicana tenían que esperar hasta el matrimonio para iniciar su vida sexual. Esta apertura y derecho de las mujeres, ha permitido que las mismas no se vean obligadas a casarse a edades tempranas, postergando también así la maternidad. En este caso son violentadas socioculturalmente por considerar que los hombres son los únicos que pueden gozar del derecho a su sexualidad.

A pesar del acceso a la información que los jóvenes adquieren y los cambios culturales, aún manifiestan la idea de casarse en algún momento de sus vidas, la percepción que se tiene acerca de la soltería es negativa, dados los estándares sociales impuestos. Por tal motivo, los jóvenes sí conciben la postergación de la maternidad por todos los aspectos mencionados anteriormente, pero vivir en pareja sigue siendo un factor importante para ellos. Actualmente se ha popularizado el término de amor propio, el cual nos permite aprender a estar con nosotros mismos, para poder

compartir con los demás; sin embargo, socioculturalmente se continúa asociando la soltería como un signo de infelicidad.

Es de vital importancia resaltar que existe una diferencia muy marcada entre zonas geográficas, en las zonas rurales, indígenas o marginadas. La única opción para la realización personal que las mujeres de estas regiones siguen manifestando, es la de casarse y ser madres, aunque no necesariamente esto se encuentra relacionado con su ideología; algunas simplemente no tienen acceso a la educación, ni a los medios para continuar estudiando o ejercer profesionalmente, ya que su contexto es diferente, el cual les demanda socialmente otras actividades.

La explicación de esa “constante universal” que es la subordinación de las mujeres, puede apoyarse en el doble hecho de que la mujer, debido a su papel en la reproducción, es vista normalmente como más cercana a la “naturaleza” que el hombre (Ortner, 1974, citado en Castro y Bronfman, 1993).

Los seres humanos, sin embargo, han sido conscientes de que el rasgo central que los diferencia de las demás especies es su capacidad de crear cultura, es decir, su capacidad de trascender lo meramente natural. Al atribuir un valor especial a lo que les es único (la cultura), las diversas sociedades han atribuido sólo un valor secundario a “lo natural” (Castro y Bronfman, 1993).

De acuerdo con Ortner (1974), la posición secundaria de las mujeres en la sociedad ha sido justamente el resultado de su construcción social como seres más cercanos a la naturaleza que los hombres.

En las zonas urbanas como la Ciudad de México, se puede observar que las mujeres y los hombres tienen mayor acceso a la educación, lo cual les permite continuar desarrollándose profesionalmente, por lo que pueden tomar libremente la decisión de postergar la maternidad, ya que la ven como una opción en la vida, no como un factor de realización personal, pues sus aspiraciones en la vida van más allá del cuidado del hogar e hijos.



En las zonas urbanas también existe un mayor acceso a la educación sexual, lo cual permite a los individuos conocer y tomar medidas para evitar embarazos no deseados, a través de métodos anticonceptivos o la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), y poder continuar así desarrollándose profesional y académicamente.

Tomar la decisión de embarazarse ha adquirido también un nuevo significado para las nuevas generaciones, ya que requiere de planificación, realización profesional, la cual se refleja en la seguridad económica, decisión personal y voluntaria. Actualmente, los jóvenes sienten que requieren de preparación para asumir dicha responsabilidad, y su decisión va más allá de cumplir socialmente como ancestralmente se llevaba a cabo, sino ahora significa algo privado y propio.

La falta de seguridad y perspectivas económicas para los adultos jóvenes, suelen ser motivos para no procrear, dado que no se cuenta con una estabilidad y certeza de sus circunstancias; otro, está relacionado con los cambios que los hijos suponen, puesto que están conscientes de la responsabilidad que implican los hijos y cómo esto impactaría en su proyecto de vida.

Como podemos visualizar, dentro del enfoque psicológico, se preponderan los aspectos relacionados con los procesos mentales, el sentir, las percepciones, las emociones, la conducta y el comportamiento de las personas, lo cual se encuentra directamente relacionado con el contexto que los rodea, lo social, siendo este último el principal generador de violencia hacia las mujeres que deciden postergar la maternidad.

## Capítulo 3. Planteamiento de la investigación y consideraciones metodológicas

### 3.1. Planteamiento del problema

«Las mujeres han conseguido en los últimos años grandes avances en participación política, escolaridad y trabajo fuera del hogar. También ha disminuido la fecundidad, han encontrado nuevas formas de organización familiar y, cada vez, hay un mayor reconocimiento de los estereotipos de género, entre otros aspectos que llevan a importantes transformaciones de la sociedad en su conjunto» (INEGI, INMUJERES, 2016).

Las mujeres actualmente estudian, se insertan al mundo laboral donde cada vez adquieren más responsabilidades, puestos directivos y crecimiento profesional, disfrutan su sexualidad, realizan actividades recreativas y gozan de independencia económica, lo cual les permite decidir ser madres cuando lo consideran adecuado.

La Dra. Julia del Carmen Chávez Carapia, catedrática de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), comentó que «actualmente las mujeres tienen menos hijos, inician su vida de pareja o bien se casan a edad más avanzada, alrededor de los 30 años y esto responde a la incorporación al trabajo, a la economía familiar y a la educación; también se ha modificado, sobre todo en las ciudades, el estereotipo tradicional de la mujer madre, muchas han roto con este estereotipo que la sociedad impone».

Sin embargo, las mujeres que deciden ser madres después de la edad médicamente establecida para que no existan riesgos de complicaciones, se encuentran expuestas a sumar a su historia de violencia, más violencia, desde sus diferentes contextos socioculturales (la pareja, la familia de origen, la familia política, los amigos, el trabajo, la comunidad (vecindario) y el ámbito médico, por la postergación de la maternidad.

Casi 50 por ciento de las mujeres profesionistas universitarias postergan el ejercicio de la maternidad hasta después de los 30 o 35 años; 20 por ciento no reproduce el papel tradicional de ser madre, y 30 por ciento son madres que no tienen pareja. La tasa de fecundidad en México ha bajado de manera notable; en los años 60 era de siete hijos; en los 80, de 4.4; en los 90, 2.1; 2000, de 1.8; en 2010 hubo un mínimo incremento y subió a 2.1” (Chávez, 2015, citado en Gómez, 2015).

El porcentaje de la población femenina en edad fértil de 30 a 34 años es de 15.0%; de 35 a 39 años 14.6%; de 40 a 44 años es de 14.9%, y de 45 a 49 años es de 12.8%. En los próximos años, en México aumentará la tendencia a postergar la maternidad después de los 35 años de edad. En el país cada vez más mujeres anteponen su desarrollo personal, profesional y económico al embarazo, lo que es una decisión válida, pero requiere tener suficiente información y responsabilidad, estableció Hugo Tapia Martínez, académico de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (López, 2015).

La realidad social es clara, las mujeres han decidido postergar la maternidad por elección, pero médicamente después de los 35 años se considera un embarazo de alto riesgo, lo cual requiere cuidados especiales. Además, por si fuera poco, deberán enfrentarse al juicio social de ser «madres añosas» y a la violencia intrafamiliar que se manifiesta en diferentes formas, la cual se normaliza y permanece invisibilizada en muchas ocasiones hasta para la propia mujer.

### 3.2. Justificación de la investigación

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el embarazo como «Los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer, es para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad. Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado» (OMS, 2019).

Asimismo, reconoce una «experiencia de parto positiva» como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas (OMS, 2019).

«El puerperio, período posparto o período puerperal es el período de 6 semanas que siguen al parto y en el que el cuerpo de la madre vuelve al estado anterior al embarazo. Después del parto, suelen aparecer habitualmente algunos síntomas, pero por lo general son leves y temporales. Las complicaciones son raras. No obstante, por lo general el médico, los miembros del personal del hospital o algún grupo encargado del cuidado de la salud, conciertan un programa de seguimiento en consulta o visitas a domicilio» (Moldenhauer, 2019).

Se considera dentro del lenguaje médico «primigestas» a aquellas mujeres que están embarazadas por primera vez, pero en la CDMX y algunos estados de la República, se les conoce coloquialmente como «mamá primerizas».

La investigación se realizó con mujeres primigestas, ya que médicamente un embarazo de primera vez después de los 35 años implica mayores riesgos, para la salud de la madre y el recién nacido.

El presente estudio recupera los tres periodos que experimentan las mujeres que deciden ser madres, el embarazo, el parto y el puerperio, ya que cada uno de ellos representa cuidados específicos y cambios en las mujeres, que van desde lo físico a lo psicológico.

La presente investigación se centra en la violencia familiar, pues tradicionalmente de la familia se espera apoyo, cuidado, acompañamiento, protección y amor; sin embargo, en diversas ocasiones, esta termina siendo la principal fuente de violencia recibida durante el embarazo, el parto y puerperio.

La violencia contra la mujer es un problema social que tiene gran impacto en la salud de las mujeres en México y el resto del mundo. Este tipo de violencia encuentra sus raíces en la desigualdad entre los géneros, es decir, en cómo se construyen los modelos de masculinidad y feminidad y en las relaciones sociales entre hombres y mujeres, que implican la subordinación de estas últimas (Carlessi, 1986, citado en Cuevas, Blanco, Juárez, Palma y Valdez, 2006).

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como: «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada» (OMS, 2018).

Partiendo de esta definición, la violencia ejercida a mujeres primigestas, que deciden postergar la maternidad, es un acto de violencia de género contra la mujer, el cual ocasiona daños físicos, sexuales y psicológicos.

La violencia de género, se ejerce contra las mujeres por ser mujeres, es un gran problema social que mantiene un doble vínculo con la desigualdad de género: es consecuencia de ella, y simultáneamente contribuye a perpetuarla. La violencia contra

las mujeres embarazadas es una expresión particular de las múltiples formas que adquiere la violencia de género (Castro, 2004).

Sofía Cuevas, Julia Blanco, Clara Juárez, Oswaldo Palma y Rosario Valdez Santiago (2006) caracterizaron la violencia de pareja e identificaron los principales factores que se asocian a la violencia en el embarazo en cuatro estados de alta marginación en México.

Dentro de los resultados encontraron que, del total de mujeres, 250 (13%) informaron haber sufrido violencia (física, psicológica, sexual y económica) durante alguno de sus embarazos; una de cada tres refirió haber recibido golpes en el abdomen durante ese periodo. En la mayor parte de los casos (91.4%) el agresor fue el cónyuge.

Las variables que se asociaron positivamente con violencia en algún embarazo fueron: nivel de escolaridad de la mujer, antecedentes de violencia en la niñez, antecedentes de abuso sexual antes de los 15 años, consumo diario de alcohol por la pareja.

El estudio concluyó que «la violencia durante el embarazo es un hecho frecuente en contextos de alta marginación, además de que su expresión tiende a ser más severa. Los resultados sustentan la necesidad de seguir estudiando el problema de la violencia en el embarazo en México» (Cuevas et al. 2006).

Existe la percepción de que la violencia contra las mujeres en el contexto familiar es un fenómeno exclusivo de las familias pobres. Sin embargo, ha sido estudiado que la pobreza, el desempleo, la falta de acceso a la educación, el hacinamiento, la falta de disponibilidad de bienes y servicios y la carencia de recursos, no son por sí mismos causas de la violencia, solo son factores que configuran condiciones de vida y situaciones que la propician y la favorecen (OMS, 2016).

La relevancia de esta investigación se centra en particular en la población de estudio elegida, la cual es de un estrato privilegiado dentro de la sociedad mexicana, mujeres que han tenido acceso a estudios universitarios y que se desempeñan como profesionistas en el mercado laboral, con una independencia económica y con gran apertura a diversas oportunidades de desarrollo humano.

Desde Trabajo Social es necesario estudiar esta problemática ya que es un fenómeno social actual que continuará incrementándose, dadas las aspiraciones, deseos, proyectos y metas de vida de las mujeres actuales. No se puede prohibir, estigmatizar o discriminar a las mujeres por tomar la decisión de ser madres a determinada edad, pero se deben tomar las medidas pertinentes para que su salud y la de su hija o hijo no se vean comprometidas.

### **3.3. Supuestos hipotéticos de la problemática**

Las mujeres actualmente postergan la maternidad a límites considerados por la medicina peligrosos para la madre y la hija o el hijo, lo cual representa una problemática de salud, así como social, generada por diferentes circunstancias a las que las mujeres se enfrentan como lo son escolares, laborales, económicas, de pareja, biológicas, de decisión propia, entre otras. Una vez que se embarazan padecen violencia desde los diferentes contextos socioculturales en donde se encuentran inmersas, como son la pareja, la familia de origen, la comunidad (vecindario, la familia política, los amigos), inclusive el ámbito laboral y los servicios de salud (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales). El interés de esta investigación es centrarse en la violencia familiar, por ser el primer núcleo de personas con las que conviven las mujeres.

### **3.4. Pregunta de investigación**

¿Cómo fueron las experiencias de violencia familiar durante el embarazo, el parto y el puerperio que padecieron las mujeres primigestas que postergaron la maternidad?

### **3.5. Objetivo general**

Analizar las experiencias de violencia familiar padecida en el embarazo, parto y puerperio, de las mujeres primigestas que postergan la maternidad.

### **3.6. Objetivos específicos**

- Conocer las experiencias de violencia familiar padecidas durante el embarazo, de las mujeres primigestas que postergan la maternidad.
- Conocer las experiencias de violencia familiar padecidas en el parto, de las mujeres primigestas que postergan la maternidad.
- Conocer las experiencias de violencia padecida en el puerperio, de las mujeres primigestas que postergan la maternidad.
- Visibilizar los diferentes tipos de violencia que padecieron las mujeres durante estas distintas etapas.

### **3.7. Lugar donde se realizó la investigación**

La investigación se realizó en la Ciudad de México. Según el análisis más reciente de la Situación de la Salud Sexual y Reproductiva en la República Mexicana, elaborado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), se ha incrementado el número de mujeres de la Ciudad de México que deciden postergar la maternidad, así como tener menos hijos, lo cual debido a que en las zonas urbanas como ésta se encuentran más mujeres con mayor escolaridad, así como por un incremento en el uso de anticonceptivos.

El retraso de la maternidad se asocia con desarrollo económico y educativo, situación que ocurre principalmente en las grandes ciudades [...] en ese sentido, se encuentran proporciones más altas de mujeres de 35 a 39 años sin hijos en la Ciudad



de México y Guadalajara (capitales con alta escolaridad) (Mier y Terán, 2014, citado en Lugo, Baleón y Bringas, 2021).

### **3.8. Tipo de investigación**

La investigación se encuentra sustentada en la metodología cualitativa. Es una investigación transversal, ya que es un método no experimental para recoger y analizar datos en un momento determinado. Esta investigación se basó en el diseño exploratorio, para tener un acercamiento a una problemática poco estudiada.

Como técnica se realizaron entrevistas vía virtual, dadas las condiciones actuales de contingencia sanitaria por COVID-19; como instrumento de recolección de datos, se elaboró un cuestionario de entrevista con preguntas semiestructuradas, para conocer las experiencias de violencia familiar de las mujeres primigestas, mayores de 35 años, que ya hubieran pasado por el proceso de embarazo, parto y puerperio (EPP), profesionistas, es decir, que terminaron una carrera universitaria y que ejercen su profesión, que cuentan con un trabajo formal y remunerado, por lo que son independientes económicamente y que además aceptaron participar en el estudio.

### **3.9. Selección de la muestra**

La muestra se realizó con mujeres primigestas (primer embarazo) mayores de 35 años, habitantes de la CDMX, que ya habían experimentado el proceso de embarazo, parto y puerperio (EPP). Dado que es un estudio cualitativo, el número de participantes se determinará de acuerdo con la saturación de la información.

Se realizó un muestreo de bola de nieve, el cual se caracteriza por ser no probabilístico, la primera participante designa a otra y así sucesivamente, esto permitió llegar a más mujeres primigestas mayores de 35 años que postergaron la maternidad.

En el muestreo por bola de nieve o cadena, se identifican los casos de interés a partir de alguien que conozca a alguien que puede resultar un buen candidato para participar (Martínez , 2011).

### 3.10. Criterios de inclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
<b>Sexo</b>	Mujeres que experimentaron el proceso de embarazo, parto y puerperio (EPP).
<b>Número de hijos</b>	Primigestas.
<b>Edad Inicio</b>	Mayores de 35 años.
<b>Población</b>	Habitantes de la CDMX.
<b>Escolaridad</b>	Profesionistas, es decir, que terminaron una carrera universitaria y que ejerzan su profesión.
<b>Características particulares</b>	Independientes económicamente, que refirieron un trabajo formal y remunerado.
<b>Otras</b>	Que estuvieron dispuestas a participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

*Figura 5.* Cuadro de los criterios de inclusión. Elaboración propia con base en la investigación.

### 3.11. Estrategias de abordaje

Con las ocho mujeres seleccionadas para el estudio se realizó un primer acercamiento de presentación y explicación de los objetivos del estudio. Asimismo, se les leyó virtualmente y pidió que firmarán una carta de consentimiento informado, en donde se especificó el uso que se le dará a la información, siempre resguardando su integridad y datos personales; posteriormente se procedió a explicarles en qué consistía la entrevista.

Cabe mencionar que antes de iniciar el proceso se realizó una prueba piloto, para realizar los ajustes necesarios a la Guía de Entrevista. Para no perder detalles de la información brindada por las mujeres se realizó con su consentimiento una grabación de video de la entrevista realizada, utilizando una herramienta de la tecnología de la información.

### 3.12. Técnicas de producción de datos

Se organizaron los datos recolectados y se transcribieron; posteriormente, se analizó la información recabada en las categorías de análisis establecidas con la finalidad de encontrar los diferentes tipos de violencia que estas mujeres padecieron durante su embarazo, parto y puerperio, así como sus experiencias; en las primeras siete categorías el objetivo es encontrar la violencia que permanece invisibilizada o normalizada por las mujeres, y en el último apartado el objetivo es detectar las experiencias de violencia que las mujeres logran identificar.

Operacionalización de categorías de análisis
1.- Perfil Sociodemográfico
2.- Postergación de la Maternidad
3.- Plan de Vida
4.- Experiencias en la Concepción
5.- Embarazo
6.- Parto
7.- Puerperio
8.- Experiencias de Violencia

*Figura 6.* Cuadro de la operacionalización de categorías de análisis. Elaboración propia con base en la Guía de entrevista a mujeres primigestas que postergan la maternidad.

### **3.13. Procedimiento para el análisis de resultados**

Se realizó el análisis de la información con la recuperación de las experiencias de las ocho mujeres en las entrevistas realizadas, acerca de la violencia padecida en el embarazo, parto y puerperio dentro del contexto familiar de mujeres primigestas que postergaron la maternidad en la Ciudad de México de acuerdo con la operacionalización de las categorías de análisis determinadas. Se interpretaron los resultados obtenidos, para explicar cómo intervienen en el ejercicio (reproducción) de la violencia, los integrantes de la familia de origen y la pareja.

## **Capítulo 4. Un camino hacia la visibilización de la problemática**

Dada la contingencia sanitaria suscitada a nivel mundial por COVID-19, se tuvieron que modificar las relaciones sociales que se mantenían cotidianamente; por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como de los respectivos gobiernos de cada país, se establecieron indicaciones y medidas que nos impidieron mantener contacto directo con las entrevistadas, motivo por el cual dichas entrevistas se realizaron mediante la plataforma digital Zoom.

### **4.1. Procedimiento**

Se realizó la entrevista a ocho mujeres, a cada una de las cuales se les leyó una carta de “Consentimiento de Participación Voluntaria”, en donde se les especificó que la información proporcionada sería de carácter confidencial, y en caso de sentirse incómodas por alguna de las preguntas, se encontraban en libertad de suspender la entrevista.

También se les informó que dicha entrevista sería grabada y que los datos obtenidos serían con fines de investigación, a lo cual accedieron.

Posteriormente se inició el análisis de las entrevistas, en primera instancia, observando y escuchando nuevamente los videos, los cuales duraron entre 2 y 3 horas aproximadamente, para transcribir textualmente los relatos de cada una de las mujeres.

Para obtener el análisis de las entrevistas se realizaron ejercicios de lectura y relectura, mientras se iban resaltando los principales datos que surgían de cada temática que se planteó en la entrevista.

A continuación, se muestran en dos cuadros los datos sociodemográficos de las mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad:

Nombre	Edad a la entrevista	Condición de Pareja	Religión	Grado de escolaridad	Ocupación
Gloria	37	Casada	Católica	Licenciatura	Mercadotecnia y renta de vivienda
OI	52	Separada	Cristiana	Maestría	Abogada y docente
Adry S	42	Casada	Católica	Licenciatura	Administración de empresas y renta de vivienda
Chelo	37	Casada	Católica	Maestría	Docente y comerciante
Blanca	42	Unión libre	Católica	Licenciatura	Directora de agencia de seguros
Gabriela	51	Casada	Mahikari	Maestría	Pedagoga y comerciante
Tere	50	Divorciada	Católica	Licenciatura	Aeromoza y renta de vivienda
Ana	48	Divorciada	Católica	Especialidad	Médica y renta de vivienda

**Figura 7.** Cuadro de datos sociodemográficos de las mujeres al momento de la entrevista. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a las informantes.

Nombre	Edad al primer embarazo	Edad a la primera relación sexual	Número de gestas	Edad de la pareja al primer embarazo
<b>Gloria</b>	35	18	1	38
<b>OI</b>	35	28	1	37
<b>Adry S</b>	39	15	3 gestas, 2 abortos	38
<b>Chelo</b>	35	14	3 gestas, 1 aborto	37
<b>Blanca</b>	41	17	1	48
<b>Gabriela</b>	38	16	1	42
<b>Tere</b>	41	18	2 gestas, 1 aborto	46
<b>Ana</b>	40	17	3 gestas, 2 abortos	48

**Figura 8.** Cuadro de datos sociodemográficos de las mujeres antes y durante el embarazo. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a las informantes.

## 4.2. Categoría 1: Perfil sociodemográfico

Castro et al. (2002) encontraron que cuando ambos integrantes de la pareja tienen un bajo *nivel educativo* (de cero a cuatro años de escolaridad), el riesgo de que la mujer embarazada sufra alguna forma de violencia es 2.61 veces mayor en comparación con aquellas parejas que presentan un nivel educativo alto, esto es, de 12 años o más (IC: 1.1-6.22).

En la investigación de Sofía Cuevas, Julia Blanco, Clara Juárez, Oswaldo Palma y Rosario Valdez Santiago (2006) se concluyó que «la violencia durante el embarazo es un hecho frecuente en contextos de alta marginación, además de que su expresión tiende a ser más severa».

Estos estudios ya se habían analizado en el capitulado y como podemos observar, contrario a lo que se piensa, la violencia durante el embarazo, parto y puerperio no es exclusiva de un bajo nivel económico, o de un bajo nivel educativo, o de mujeres dependientes económicamente, ni tampoco del número de hijos que se tenga. Por ese motivo, esta categoría pretende conocer la estructura y el contexto sociocultural de la población que se investigó.

Dentro de los resultados obtenidos en dichas entrevistas, en el primer apartado Perfil Sociodemográfico, se encontró que de las ocho entrevistadas, cuatro de ellas se encuentran casadas, tres de ellas separadas y otra viviendo en unión libre, estos datos son del momento en que se realizó la entrevista, pero podemos observar que la mayoría de mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad se encontraban casadas o con pareja en el momento del embarazo, siendo este un factor importante para ellas en la toma de decisiones al tener hijos.

**Gloria:** *«Mis planes antes del embarazo eran casarme, vivir con mi pareja un tiempo, para saber qué y cómo era la vida en pareja porque a veces de novios te llevas perfecto, pero ya cuando vives en pareja empiezas a conocer realmente a*

*la persona y tú te empiezas a conocer realmente también, salen las mejores y peores cosas de las personas»*

**Blanca:** *«El encontrar la pareja adecuada, el indicado [...] era importante para mí antes de tener un hijo»*

**Tere:** *«Yo sabía que quería hijos, pero era difícil encontrar una pareja que quisiera formar una familia, nunca me imaginé siendo madre soltera»*

También se puede observar que la primera relación sexual de cinco de las mujeres fue cuando eran menores de edad y tres de ellas iniciaron su vida sexual cuando eran mayores de edad.

Lugo, Baleón y Bringas 2021, mencionan que cada año que aumentó la edad a la primera relación sexual también incrementó la posibilidad de tener un primer hijo hasta pasados los 30 años; pero sin duda, el factor determinante que las motivó a iniciar su reproducción fue el contar con una pareja conyugal en el año previo al nacimiento del hijo/a, es decir, tener una pareja con la cual construir su familia es el factor preponderante que motiva y habilita las condiciones de género para que se inicie la reproducción.

Existe el despliegue de un modelo de sexualidad mixto en el que coexiste un grupo mayoritario de mujeres que sigue la secuencia normativa «unión-primer relación sexual-embarazo» y otro grupo minoritario, pero que ha ganado presencia, que experimenta los tres eventos en distinto orden y a una edad más tardía y/o con mayor disociación entre la primera relación sexual y el primer embarazo, no así entre la unión conyugal y el evento reproductivo (Páez y Zavala, 2016, citado en Lugo et al., 2021).

Las mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad no siguen la secuencia normativa «unión-primer relación sexual-embarazo», lo cual pudiera encontrarse relacionado con factores como, acceso a información sobre educación sexual, acceso a métodos anticonceptivos y origen social, estos aspectos permiten a las mujeres disfrutar su sexualidad y a su pareja antes de decidir ser madres.



Con respecto a la escolaridad de las mujeres que postergaron la maternidad, se encontró que cuatro tienen grado académico de maestría y cuatro de licenciatura, lo cual indica que todas las mujeres entrevistadas son profesionistas. Por lo tanto, cuentan con un alto nivel académico.

**Ana:** *«Para mí siempre fueron importantes mis estudios, tenía una meta clara y era ser médico y realizar una especialidad»*

Dentro de las percepciones económicas el rango que prepondera es el de \$25.000 mil a \$34,999 pesos y una de las mujeres dentro del rango de \$45,000 mil pesos.

Si se toma en cuenta que el Gobierno de México estableció actualmente el salario mínimo diario en \$141.7 pesos, el sueldo mensual mínimo quedaría en \$4,310.514 pesos. Así, tres de las mujeres entrevistadas tiene 10.44 veces el salario mínimo mensual, cuatro de ellas tienen 8.11 veces el salario mínimo mensual, y una de ellas tiene 5.8 veces el salario mínimo mensual.

Según Coneval, en el 2017 se consideraba que una familia compuesta por 4 integrantes, a la cual le ingresaban menos de \$11,290.80 pesos, se encontraba en situación de pobreza; por lo tanto, se puede inferir que ninguna de las mujeres entrevistadas que postergan la maternidad entran en este rubro, y tienen estabilidad económica, ya que cuentan con un empleo formal, son independientes económicamente y cuentan con una vivienda propia.

La religión que principalmente profesan seis de las mujeres entrevistadas es la católica; una la cristiana y otra de ellas Mahikari. Todas practican una religión.

**Gabriela:** *«Yo practicaba una religión y era muy presente dentro de las prácticas la idea de que la mujer tiene la bendición de casarse y ser madre entonces está bien a los ojos de Dios. Sí formaba parte de mi cosmovisión»*

Podemos observar que la religión es un aspecto relevante en la vida de las mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad. La religión suele ser un factor que influye en la perspectiva de las personas, sus acciones y su forma de conducirse en la vida, por lo que en estos casos fue un factor que influyó en la decisión del ser madre, como parte de un constructo social, con la idealización del matrimonio y la conformación de una familia.

Otro aspecto relevante de las mujeres que postergaron la maternidad fueron sus fuentes de ingresos, ya que se determinó que de las ocho entrevistadas, siete de ellas tienen más de una fuente de ingresos.

**Gloria:** Trabaja para el Sector Privado «Tengo mi trabajo y a parte administro un departamento mediante la aplicación móvil Airbnb»

**OI:** Trabaja para el Gobierno Federal «Trabajo en el gobierno y aparte doy clases»

**Adry S:** Trabaja para el Sector Privado «Administro una empresa familiar y rento dos propiedades, mediante la aplicación móvil Airbnb»

**Chelo:** Trabaja para el Gobierno Federal «Doy clases y vendo algunos artículos por internet»

**Blanca:** Trabaja para el Sector Privado «Dentro de mis actividades económicas solo tengo mi trabajo y ya»

**Gabriela:** Trabaja para el Gobierno Federal «Tengo mi empleo y aparte un negocio propio»

**Tere:** Trabaja para el Gobierno Federal «Viajo constantemente, como ingreso extra rento mis viviendas cuando estoy fuera, mediante Airbnb»

**Ana:** Trabaja para el Gobierno Federal «Trabajo en un hospital, pero también obtengo ingreso de la renta de 6 departamentos»

De acuerdo con lo expresado por las entrevistadas, la mayoría de ellas cuenta con más de un empleo, que les remunera económicamente y les brinda estabilidad económica.

Dentro de las principales actividades sociales y culturales que realizan las mujeres entrevistadas se puede observar que tienen acceso a diversas actividades socioculturales, por ejemplo, ir a conciertos, ir al cine, practicar algún deporte, salir con amigos, ir al teatro, visitar museos, asistir a exposiciones de arte, ver televisión, realizar lectura, escuchar podcast, estudiar algún idioma y tomar cursos en línea.

**Gloria:** «Mis actividades sociales disminuyeron al ser madre; en cuanto a las culturales, antes de la pandemia iba al cine, teatro y, exposiciones de arte»

**OI:** «Mis actividades sociales se han visto mermadas por cuestiones de trabajo y maternidad; antes de la pandemia iba a museos, al teatro y conciertos»

**Adry S:** «Antes de la pandemia iba al cine, convivía con mi familia, por el nacimiento de mi hijo se han visto dificultadas mis actividades culturales»

**Chelo:** «Antes de la pandemia era voluntaria en un programa, iba a visitar a mi mamá, practicaba yoga, iba a museos, al cine; con la pandemia, veo televisión, conciertos de música, leemos a diario, escucho programas de maternidad y ecología en podcast»

**Blanca:** «Por la contingencia le dedico más tiempo de atención a mi hija; antes de la contingencia asistía a reuniones con familiares y amigos, pero mis actividades culturales las suspendí a raíz del embarazo; antes tomaba clases de inglés, mediante cursos en línea y para el desempeño de mis actividades laborales tomaba cursos de liderazgo y uso de plataformas»

**Gabriela:** «El trabajo es absorbente pero cuando tengo tiempo mantengo contacto con la familia, hago ejercicio, leo, me gustaría aprender a bordar, salir a tomar café con mis amigas, desayunar juntas; antes de la pandemia, me gustaba ir a ver cine de arte, con la pandemia no puedo hacer nada de lo que me gusta»

**Tere:** «Ser madre me cambio la vida, recuerdo que tuve que reorganizar mis actividades y mi trabajo, antes asistía al teatro y conciertos, con Julieta eso me resulto complicado, pero sí la llegue a llevar al museo y exposiciones»

**Ana:** «Yo era muy activa antes de tener a mi hijo, me la pasaba realizando todo tipo de actividades, cine, conciertos, caminar, salir con mis amigas, después de mi bebé busque la forma de seguir haciéndolo, pero la verdad prefería pasar tiempo con é»

Podemos observar que las entrevistadas especifican un antes y un después de la maternidad. Esto implica que las mujeres entrevistadas han tenido que dejar de realizar sus actividades sociales y culturales por la doble jornada de trabajo laboral, a la que han tenido que enfrentarse, también se aprecia que algunas de ellas han decidido dejar o reorganizar sus actividades por compartir tiempo con sus hijos, otro factor que ha influido en sus actividades cotidianas ha sido la contingencia por COVID-19.

En cuanto a la vivienda en donde habitaban las mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad durante su embarazo, siete de ellas permanecieron en su vivienda propia; solo una de ellas vivía con sus padres por la violencia a la que se enfrentaba con su pareja.

**Gloria:** *«En mi casa siempre viví en este departamento, nunca me fui a vivir con mi mamá, mi mamá venía un ratito, venía como de las 9 a las 6 más o menos. A esa hora mi esposo regresaba y entonces mi mamá se iba, pero siempre en mi casa, mi departamento»*

**OI:** *«En mi embarazo vivía con mi esposo en nuestra casa, tuvimos problemas, por su familia y él era muy conflictivo, así que decidí irme a vivir con mis padres»*

**Adry S:** *«Siempre he vivido en mi casa propia con mi esposo»*

**Consuelo:** *«Vivía en mi departamento con mi esposo durante mi embarazo»*

**Blanca:** *«Vivía en mi casa propia durante el embarazo»*

**Gabriela:** *«En mi embarazo vivía en mi departamento con mi esposo»*

**Tere:** *«En mi embarazo vivía junto con mi esposo en mi departamento, pero él iba y venía constantemente, unos días estaba con su madre y otros conmigo»*

**Ana:** *«En mi embarazo vivíamos en mi casa yo y mi esposo, pero él siempre se la pasaba fuera»*

Podemos observar que en el caso de OI tuvo que cambiar de domicilio, dado que padecía violencia dentro de su hogar, por tal motivo, ella toma la decisión de salir de su casa y se va a casa de sus padres. En el caso de las otras siete entrevistadas, todas ellas vivieron durante la etapa de su embarazo con su pareja en su propia casa o

departamento, pero dos de ellas externan que su pareja a pesar de vivir con ellas no siempre se quedaba en casa.

Durante el periodo de puerperio de las mujeres que postergaron la maternidad cinco de ellas vivieron en su casa o departamento propio, dos permanecieron en casa de sus padres y una se fue a vivir con sus suegros. El motivo por el cual algunas de las mujeres no permanecieron en su vivienda propia fue para que sus familiares las apoyaran durante este proceso.

**Gloria:** *«En ninguna de mis etapas me fui a vivir con mis padres, mi decisión fue vivir en el departamento con mi esposo»*

**OI:** *«Vivía con mis padres ya que requería de su apoyo para mis cuidados y los de mi hija; posteriormente me fui a vivir con mi esposo a un departamento cuando la niña tenía como un mes»*

**Adry S:** *«Nunca cambié mi domicilio, siempre fue el mismo»*

**Chelo:** *«Durante el puerperio me fui a vivir con mi mamá como un mes»*

**Blanca:** *«Siempre viví en el mismo lugar»*

**Gabriela:** *«Vivía con mi esposo en mi departamento»*

**Tere:** *«Me quede en mi departamento, mi madre iba a ayudarme con la bebé»*

**Ana:** *«En el puerperio mi esposo me dijo que nos fuéramos a casa de sus padres, para que nos apoyaran, pero su familia nunca me acepto, me quede dos semanas y me regrese a mi casa con mi hijo»*

En el caso de OI, posteriormente a su proceso de puerperio, adquirió su propio departamento.

**OI:** *«Mi hija vino con torta, al mes de que nació, el papá de mi hija me llevó un sobre y me dijo que me había llegado a su domicilio, ya que antes vivía allí con él, abrí el sobre y se me informaba que salí sorteada y me estaban otorgando un crédito de vivienda, Fovissste, el cual hice efectivo y actualmente tengo mi propio departamento»*

Podemos observar que todas las mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad cuentan con un patrimonio propio. Cabe mencionar que toda la población de estudio vivió con su pareja antes de embarazarse, por lo que se puede deducir que para ellas fue importante conocer a su pareja, relacionarse con ella, disfrutarla y compartir experiencias y momentos, antes de tomar la decisión de un embarazo, lo cual nos habla también de su planificación familiar.

En ese sentido, Lugo et al. (2021) encontraron en su estudio que en algunas de las mujeres se identificó un periodo de vida en pareja previo al nacimiento del primer hijo/a, ya que aproximadamente una de cada cinco mujeres de este grupo inició su maternidad, por lo menos, después de cinco años de vida conyugal; a diferencia de las que iniciaron más jóvenes y que lo hicieron, casi en su totalidad, en los primeros cuatro años de vida en pareja.

Se les preguntó a las mujeres entrevistadas quiénes eran las personas que integraban su familia; posteriormente, se realizaron los familiogramas de cada una de ellas. A continuación, se presenta cada uno:

**Familia Nuclear.**

**Gloria:** «Esposo, hijo y yo»

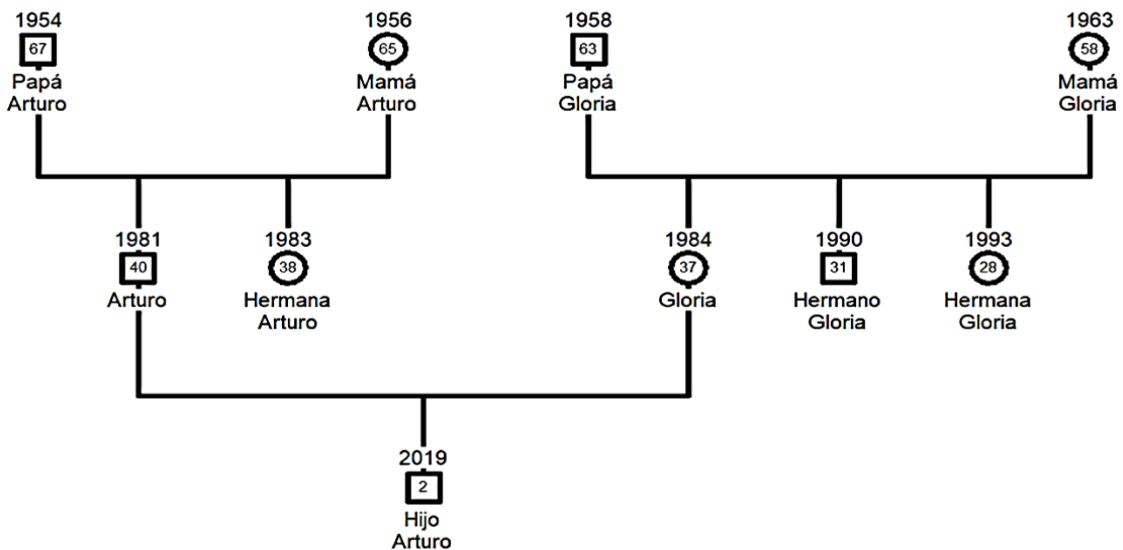
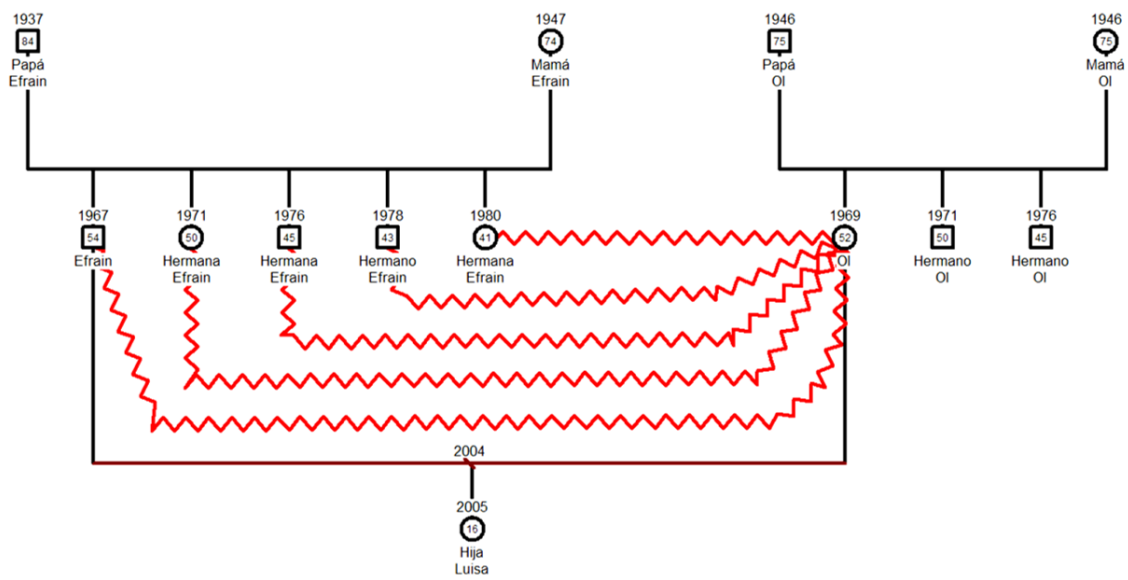


Figura 9. Familiograma. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a las informantes.

### **Familia Monoparental.**

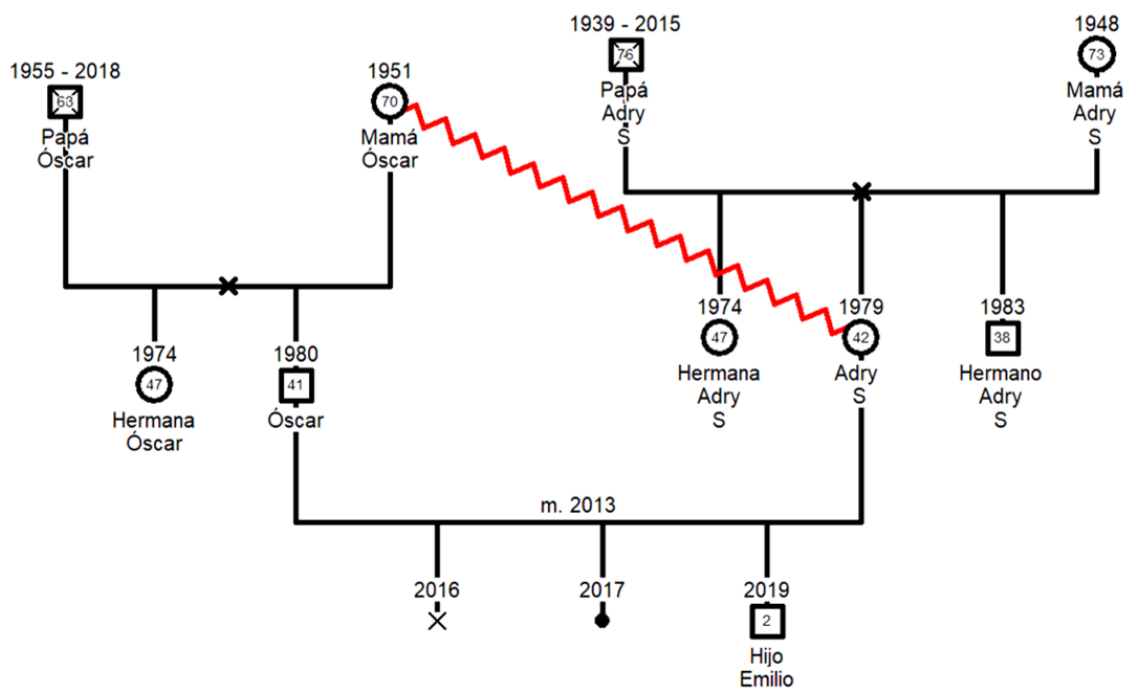
OI: «Hija y yo»



**Figura 10.** Familiograma. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a las informantes.

**Familia Nuclear.**

**Adry S:** «Esposo, hijo, 5 perros y yo»

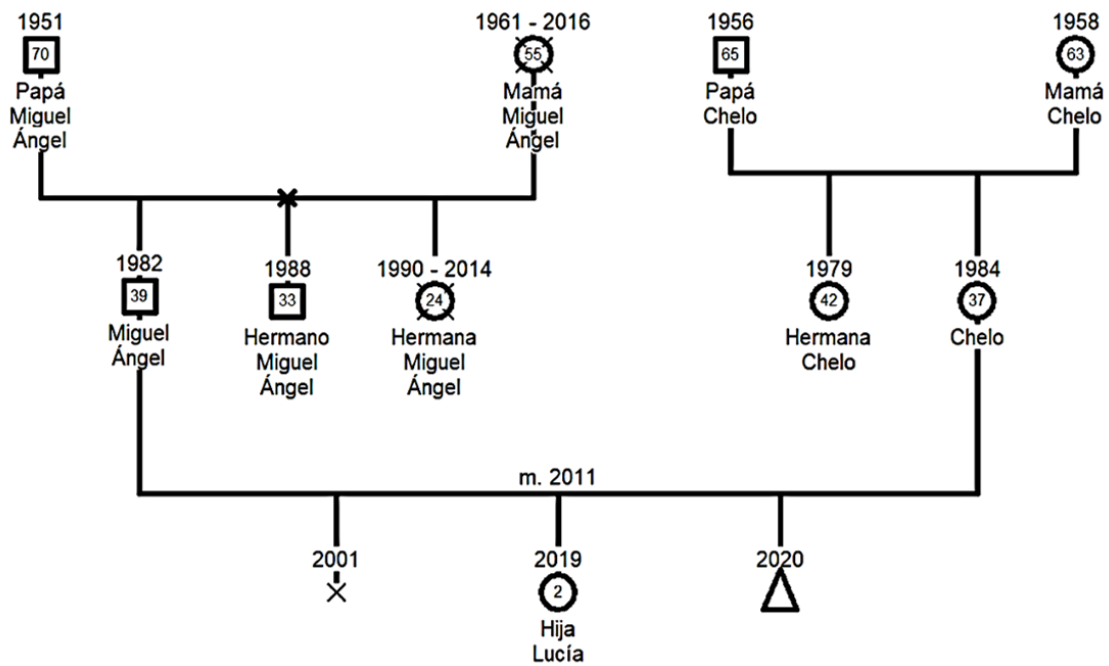


**Figura 11.** Familiograma. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a las informantes.



**Familia Nuclear.**

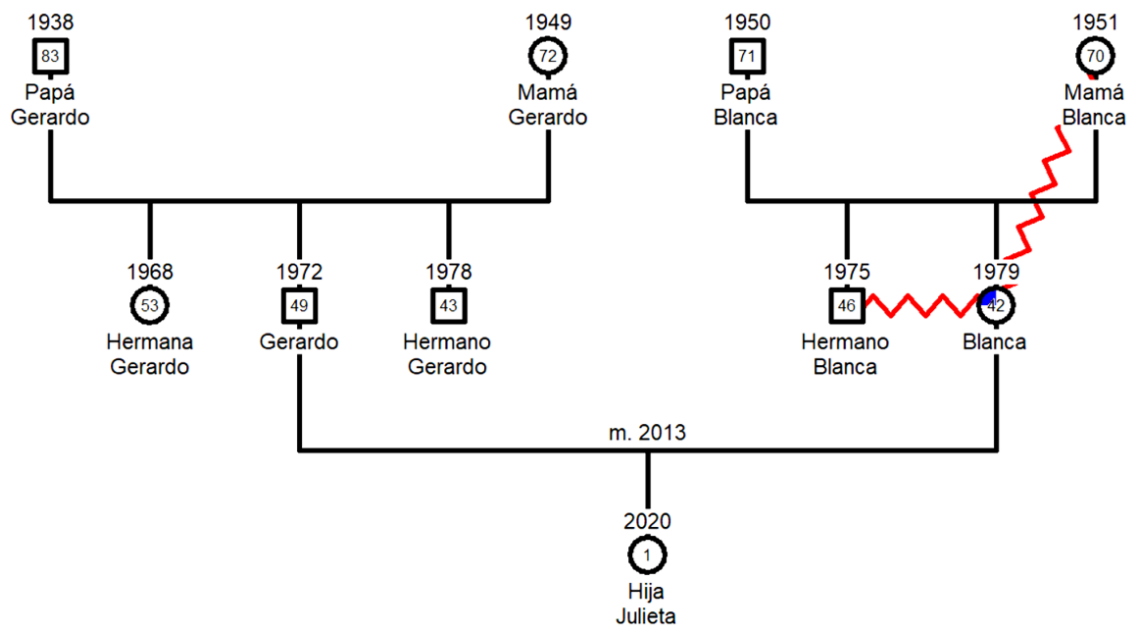
**Chelo:** «Esposo, hija y yo»



**Figura 12.** Familiograma. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a las informantes.

**Familia Nuclear.**

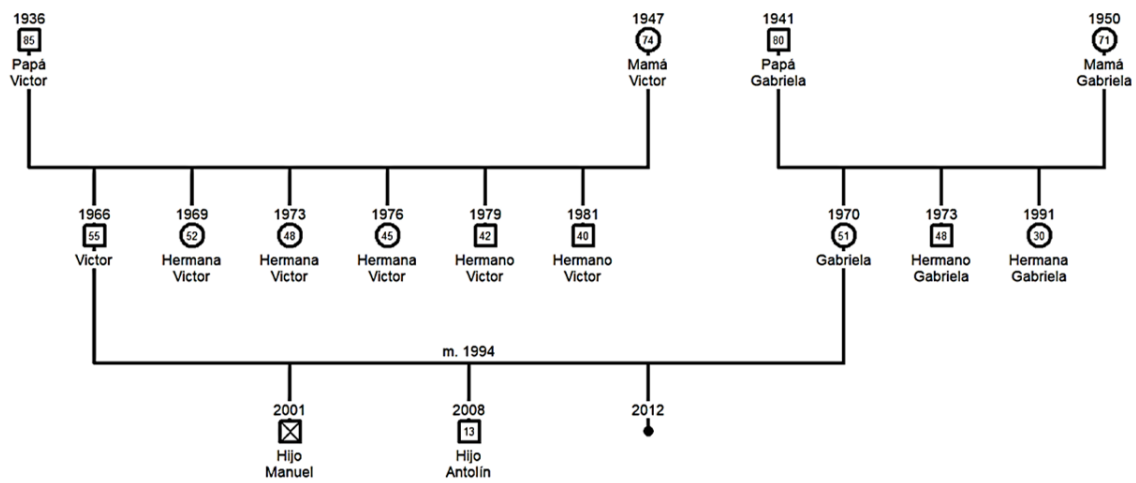
**Blanca:** «Pareja, tía, hija y yo»



**Figura 13.** Familiograma. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a las informantes.

## **Familia Nuclear.**

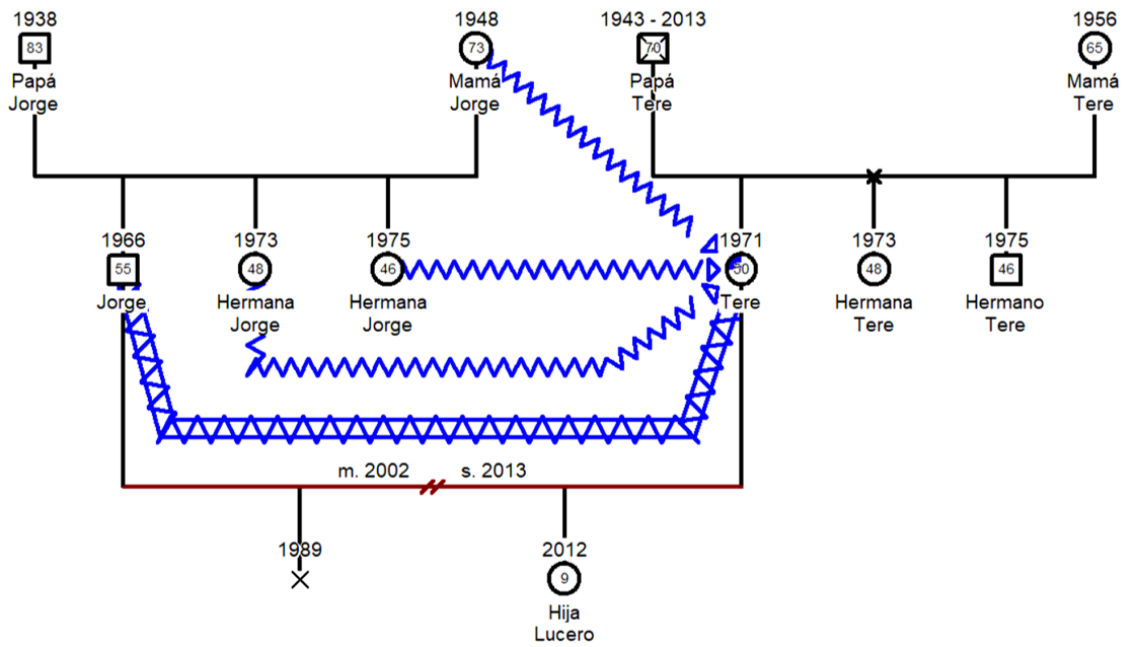
**Gabriela:** «Hijo, Esposo y yo»



**Figura 14.** Familiograma. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a las informantes.

### **Familia Monoparental.**

**Tere:** «Mi hija y su mamá o sea yo»



**Figura 15.** Familiograma. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a las informantes.

## Familia Nuclear.

Ana: «Mi hijo Bruno y yo Ana»

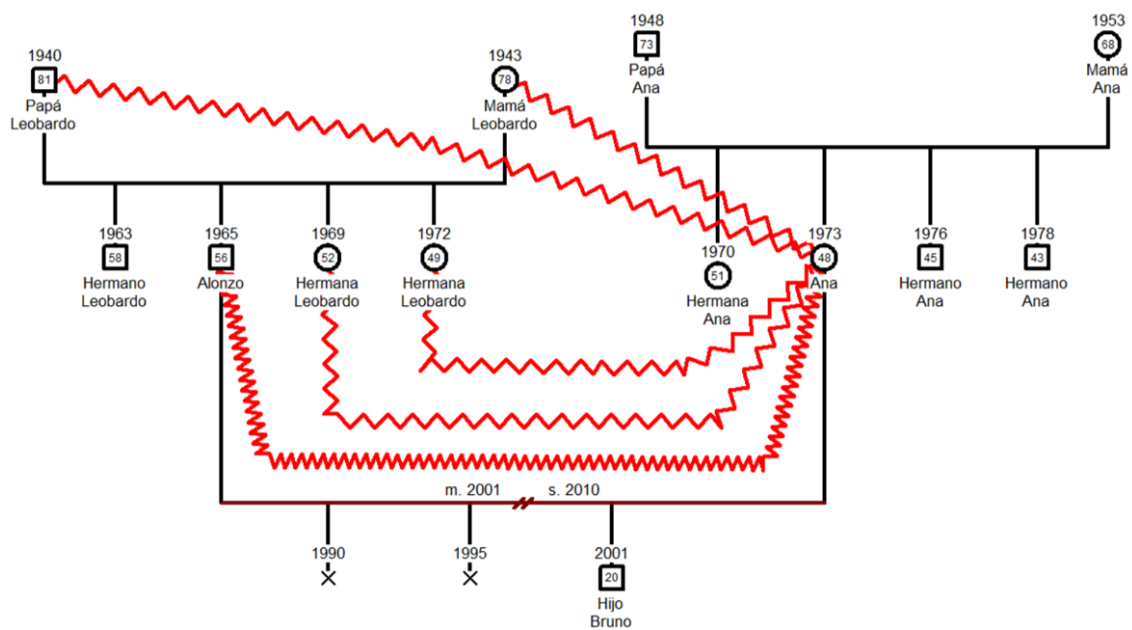


Figura 16. Familiograma. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a las informantes.

Podemos observar que de las ocho mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad, cinco de ellas viven en pareja y tienen una familia nuclear; en el caso de tres de ellas, no vive en pareja y su familia es monoparental, pero al momento del embarazo sí tenían pareja.

Al hacer el análisis del perfil sociodemográfico de la población de estudio, podemos corroborar que todas las mujeres cuentan con un alto nivel educativo, socioeconómico, acceso a actividades sociales y culturales, son casadas, profesan una religión y cuentan con una vivienda propia; características que se buscaron en la población de estudio para esta investigación.

#### **4.3. Categoría 2: Postergación de la maternidad**

Esta categoría pretende dar respuesta a los motivos por los cuales las mujeres postergaron su maternidad, así como conocer el tipo de relación que mantienen con su pareja, y buscar indicios de algún tipo de violencia padecida durante este proceso.

En cuanto a su relación de pareja la mayoría de las mujeres que conformaron esta población externaron que la relación con su pareja es buena, equitativa y sana, pero en el caso de OI, Tere y Ana presenciaron violencia psicológica por parte de su pareja.

**Gloria:** *«Muy buena, yo considero que tenemos una relación buena, bonita, sana, en la que los dos nos echamos porras, tanto en lo profesional, como en lo familiar, considero que es una relación muy buena y sana»*

**OI:** *«Él era conflictivo, dominante, quería que las cosas se hicieran como él quería, era buen proveedor, pero cuando se enojaba no me daba dinero, era manipulado por su mamá y de allí comenzaron los conflictos. Sus familiares decían que yo le quitaba el dinero. Cuando iba de visita querían que lavara los trastes de todos, ya que una cuñada que tenía sí lo hacía, pero yo no estaba de acuerdo, fuera de eso era responsable y trabajador»*

**Adry S:** *«Bien, equitativa»*

**Chelo:** «Muy buena, hay mucha comunicación, con la pandemia ha habido fricciones por los espacios, pero en general es buena»

**Blanca:** «Buena, no discutimos, no peleamos»

**Gabriela:** «Es una relación muy interesante, porque ambos venimos formados de un sistema patriarcal y él viene de una familia muy tradicional y yo vengo de una familia en la que tiene un segundo matrimonio mi mamá, entonces hemos ido aprendiendo en conjunto a conformar esta relación, con base en lo que nosotros creemos que es adecuado para nosotros, es a veces difícil realizarlo, a veces se vuelve muy difícil, pero también es muy gratificante compartir en conjunto el crecimiento personal, el crecimiento como pareja»

**Tere:** «Cuando éramos novios él se quedaba en mí casa a dormir después se iba a su casa, posteriormente cuando nos casamos y nos fuimos a mi departamento nunca cambio la dinámica, iba y venía al departamento y yo aportaba todo para los gastos, cuando me pagaban en mi trabajo se quedaba y cuando el dinero comenzaba a terminarse buscaba la forma de pelear para irse»

**Ana:** «Nuestra relación era muy distante, a veces me demostraba mucho amor y a veces me hacía sentir menos, ante su familia me decía que estaba muy flaca, sin chiste y que le dedicaba mucho tiempo al hospital»

Los motivos que plantearon las mujeres entrevistadas con respecto a la postergación de su maternidad fueron variados, pero existieron puntos de encuentro entre sí.

**Gloria:** «Yo siempre quise primero trabajar para 1.- Ganar dinero y 2.- Para saber cómo ganarme el dinero para poder mantenerme sola. Si en algún momento hubiera tenido o tuviera un problema con mi pareja, saber que soy capa, que puedo mantenerme yo sola y que puedo sacar a mis hijos adelante, entonces por eso fue que me embaracé hasta los treinta y tantos, porque primero quería trabajar tener experiencia y posteriormente ya embarazarme»

**OI:** «Trabajo desde pequeña, ya que apoyaba a mi mamá, fui dejando muchas cosas, trabajaba y estudiaba, tengo una Especialidad en Derecho Fiscal, Maestría en Derecho Familiar, Especialidad en Derecho Familiar y actualmente estudio la Maestría en Derechos Humanos; además la cuestión de pareja no daba para más,

*es un hombre muy inseguro, si me hablaban los hombres decía que con la mirada yo les había hablado»*

**Adry S:** *«Me casé a los 35 años, desde que nos casamos intentamos, pero sufrí infertilidad, estuvimos intentando muchos tratamientos»*

**Chelo:** *«Francamente lo primero fue la cuestión económica, yo entré a estudiar la maestría, entonces decidimos esperarnos a que terminara la maestría, y luego también hubo un conflicto de pareja de un mes que nos llevó a separarnos, eso todavía postergó más la espera; posteriormente cuando nos decidimos a tener un bebé tardamos un año en lograrlo»*

**Blanca:** *«El encontrar la pareja adecuada, el indicado, me dediqué a trabajar, viajaba, también era importante para mí formar un patrimonio antes de tener un hijo»*

**Gabriela:** *«Comencé mi noviazgo con mi actual pareja desde que yo tenía 19 años y él 23, decidimos vivir juntos cuando yo tenía 24 y él 28. Mi primer embarazo fue 5 años antes de que mi hijo naciera, aquel bebé falleció neonato, antes de él andábamos haciendo cosas, bailando, estudiando, nos gustaba mucho viajar, no nos veíamos con esta posibilidad de atender la maternidad y la paternidad; después de lo sucedido con mi bebé entré en depresión, creer en esta posibilidad de ser madre, enfrentar el miedo que me daba, ese período duró cinco años, fue muy difícil. Manuelito nació con una hernia en el diafragma, esta provocó que el aparato digestivo subiera, no se terminaron de desarrollar bien los pulmones, tuvo una operación al nacimiento y como 22 días después no fue capaz de sostener su propia respiración. Yo no me perdonaba ser tan mala mujer, tan incapaz de hacer lo que cualquier mujer debe poder hacer bien, gestar a un hijo y tenerlo sano. Cinco años después decidí volver a retomar el embarazo, siempre quise ser mamá, no sé si es un constructo social, pero ser mamá es algo que siempre me ilusionaba mucho, me parecía bello, lo he disfrutado bastante»*

Gabriela padece la experiencia de un primer embarazo que por cuestiones de un incorrecto desarrollo del neonato este falleció, lo cual genera en Gabriela un trauma, seguido de la depresión de ella y su pareja, motivo por el cual decide postergar su maternidad.



**Gabriela:** «Lo vivimos muy unidos en el momento que creímos que podíamos sacar al bebé adelante, después vino una etapa de mucha soledad acompañada, en esta idea de no querer hacernos sufrir, empezamos a sufrirlo por separado y esto provocó que en la relación nos volviéramos unos extraños, ha sido un trabajo de mucha decisión de querer estar juntos, de poder reconstruir la relación. En los primeros años después del fallecimiento de Manuelito no fuimos capaces de ver al otro y compartirle nuestro sufrimiento, porque además teníamos que regresar a nuestra vida cotidiana, yo estaba muy metida en mi propio sufrimiento y no me di cuenta en ese momento, pero después supe que él tampoco la estaba pasando muy bien y viceversa. Ocurrió un fenómeno en el que estábamos como muégano, para todo queríamos estar juntos y poco a poco se fue volviendo esta otra parte de la soledad acompañada, aunque convivíamos aquí en casa, fue muy difícil superarlo y volver a retomar la idea de ser padres»

**Tere:** «Primero terminar mis estudios, después conseguir un empleo, lograr establecerme económicamente, tener un patrimonio, ser solvente, nunca fue mi idea depender de nadie, fui madre cuando me sentí preparada para serlo»

**Ana:** «Mi objetivo era concluir mis estudios, ingresar a la Facultad de Medicina, especializarme, viajar y aprender más, por lo tanto, tener hijos no estaba en mis planes a una edad temprana»

Podemos encontrar algunas similitudes en cuanto a la decisión que tuvieron las mujeres de postergar su maternidad, entre las que destacan su crecimiento personal, su estabilidad económica y su formación académica, aspectos que para ellas resultan de suma importancia, para posteriormente decidir ser madres; en algunas ocasiones, los factores de salud como la infertilidad dificultan esta decisión; la pérdida de un hijo como en el caso de Gabriela, fue también un factor que determinó la postergación de la maternidad.

En cuanto a la toma de decisiones, las mujeres entrevistadas mencionaron cómo surgió la decisión de embarazarse y especificaron si alguien influyó en la misma.

**Gloria:** «No, la decisión la tomé yo, de hecho, todavía quería esperarme un poquitín más pero ya tenía treinta y tres años cuando me casé siempre dije a lo

*mejor al año buscamos embarazarnos. Sucedió mucho que mis amigas de la edad no podían embarazarse tan rápido, entonces dije 'lo voy a intentar y de aquí a que pega a lo mejor son 2 o tres años más', pero pegó luego, luego, pero nadie influyó, es una decisión que yo tomé y creo que fue acertada»*

**OI:** *«Influyó el factor edad, sentí que ya era momento y por los riesgos que pudiera haber si me embarazaba después»*

**Adry S:** *«Fue una decisión de ambos, mi esposo y yo»*

**Chelo:** *«Era algo que tenía en mi proyecto de vida desde que yo era niña, yo me veía como una mamá joven, me fui a vivir con mi pareja a los 25, nos casamos cuando tenía 28 años. Estar en la docencia influyó mucho en mi entorno hay muchas mamás, al igual muchas mujeres que no son mamás, que se dedican a la vida académica, mi directora de tesis siempre me decía 'no te embaraces, espérate'»*

**Blanca:** *«Era algo que tenía previsto desde antes, me causaba ilusión y consideré que ya era el momento dado mi reloj biológico»*

**Gabriela:** *«No recuerdo si socialmente existía una presión, yo creo que sí, porque yo practicaba una religión y era muy presente dentro de las prácticas la idea de que la mujer tiene la bendición de casarse y ser madre, entonces realizarlo está bien a los ojos de Dios, sí, definitivamente, formaba parte de mi cosmovisión. Ideas como «Pobrecita no le han dado la bendición», aunque yo no recuerdo haberme mirado a mí misma de esa forma, pero sí recuerdo desde los veinte algo que yo deseaba ser mamá»*

**Tere:** *«Sí quería ser madre, pero no tan joven, todas mis hermanas ya eran madres tenían de 2 a 4 hijos, me sentía mal por no ser madre, pero la realidad es que mi pareja de años y años, no me daba la seguridad, me ilusionaba diciéndome que lo intentáramos y luego se molestaba conmigo y me decía 'ya estás vieja ya no sirves para ser madre, te dije cuando estabas joven ahorita ya para que' cada que mis compañeras del trabajo y mi familia me hablaban sobre mi falta de hijos me sentía muy mal»*

**Ana:** *«Mi esposo me presionó mucho y a él lo presiono su familia, todo el tiempo me decían que 'para cuando los hijos, ya llevan mucho tiempo casados, ya estas grande, sí querías mantener tu cuerpo de señorita nunca te hubieras casado, tú eres doctora que no sabes que puede nacer mal', yo sí quería tener hijos, pero me molestaba que nos presionaran tanto desde que nos casamos, yo quería*

*disfrutar mi matrimonio, definitivamente a pesar de todo tuve a mi hijo cuando lo sentí pertinente»*

Podemos apreciar que para las mujeres la maternidad representa una lucha constante entre lo aprendido en el entorno sociocultural y la decisión propia.

**Gloria:** *«Me sentí plena, realizada como mujer, era una etapa que quería, en la que quería realizarme y que me faltaba, me sentí muy bien»*

En el caso de las mujeres entrevistadas, todas ellas expresan que embarazarse fue una decisión propia, incluso para algunas estaba dentro de su proyecto de vida, pero podemos deducir que sí hubo factores que influyeron en esta decisión, como lo son la edad, la formación desde pequeñas para ser madres, la pareja, la familia de origen, la familia de la pareja, las compañeras de trabajo y los códigos culturales. Se observa la presencia de violencia psicológica con respecto a la edad de Tere y Ana por su decisión de ser madres cuando ellas lo decidieron, no cuando se les imponía su pareja o la familia de la misma.

En cuanto a si en algún momento pensaron no embarazarse, las mujeres entrevistadas externaron sus inquietudes y decisiones.

**Gloria:** *«No, sí quería tener bebés, me hacía mucha ilusión tener bebés, porque veía a mis sobrinas y me llevaba muy bien con ellas, me gustaba mucho el tiempo que pasaba con mis sobrinas cuando las llevaba a patinar, al cine, al boliche, eso me gustaba mucho, esa etapa y siempre dije ‘voy a ser mamá y voy a tener 3 hijos’, no sé si ahora tendría 3 hijos, pero sí al menos otro más»*

**OI:** *«Cuando era joven tenía muchos proyectos, no era importante para mí embarazarse, mi importancia era salir adelante económicamente. Conseguí empleo antes de terminar la universidad»*

**Adry S:** *«Sí lo pensé, al final de tanto tratamiento, dije cero tratamientos, ya no más, me enfoco a la adopción y fue cuando me embarace»*

**Chelo:** *«Cuando estaba terminando la maestría tuve la oportunidad de irme a Bélgica y no la tomé, era el dilema que tenía, ‘ya llegué hasta la maestría y si*

*puedo seguir viajando y haciendo cosas enfocadas a mi profesión, tal vez ya no me embarazo', también allí había un deseo, entonces era desarrollo profesional o desarrollo personal con mi familia»*

**Blanca:** «No. Nunca»

**Gabriela:** «No, nunca lo pensé, sí quería ser madre»

**Tere:** «Siempre supe que quería tener hijos, pero después de alcanzar mis objetivos personales»

**Ana:** «Para mí siempre fueron importantes mis estudios, sinceramente en mi época de estudiante nunca pensé en ser madre»

La opinión con respecto a este apartado, por parte de la población de estudio, se encontró dividida. Por una parte, algunas de las mujeres tenían muy claro el hecho de querer ser madres; otras, se inclinaban por continuar realizándose académica y profesionalmente, por lo cual la idea de la maternidad no era algo que estuviera en sus planes de vida; en otro caso, a pesar de los problemas de salud, ella estaba muy segura de querer ser madre, dado que pensó en la adopción como opción. En el caso de todas, ellas decidieron ser madres bajo sus propias circunstancias.

#### **4.4. Categoría 3: Plan de vida**

En la tercer categoría plan de vida, se les preguntó a las mujeres cuáles habían sido sus proyectos antes, durante y después del embarazo, con la finalidad de conocer si sus proyectos habían cambiado en cada una de las etapas que vivieron, así como si fue posible que los cumplieran o no, y cuáles fueron las razones, también para conocer los factores que influyeron en que decidieran postergar su maternidad.

Se puede observar que las mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad tienen en común dentro de sus proyectos de vida antes del embarazo, factores como el desarrollo profesional, el desarrollo personal, vivir en pareja, ir a fiestas, bailar, estudiar, viajar y la adquisición de vivienda; por lo tanto, se puede inferir que estas mujeres buscaron tener una estabilidad económica para poder realizar sus proyectos de vida. En el caso específico de OI se aprecia la precia de violencia patrimonial.

**OI:** «Quería viajar al extranjero, pero no se ha dado. De tener una casa, la tuve, pero posteriormente me tuve que salir de allí por problemas con mi pareja, a pesar de haber invertido dinero en su construcción, él se quedó con todo ya que lo puso a su nombre, su familia intervino mucho, no tenía privacidad, ellos tenían llaves de mi casa y entraban cuando querían, me vigilaban todo el tiempo y tomaban mis cosas personales, se las llevaban, ya no las encontraba»

Dentro de los principales proyectos que tuvieron las mujeres durante el embarazo, se encontró que la mayoría de ellas asistieron a cursos psicoprofilácticos, otras mencionaron su preocupación por la reorganización de su trabajo, también mencionaron que se dedicaron a acondicionar el espacio del bebé y buscaron información acerca de su desarrollo, en el caso de Chelo y Blanca se encontraban consolidando la adquisición y construcción de una vivienda, para OI sus proyectos se vieron mermados dadas las dificultades que presentó en su embarazo.

**OI:** «Se terminaron mis proyectos, por peligro de aborto desde el segundo mes, al séptimo mes me dio urticaria, se me hincharon las piernas y me enferme del riñón. Todos mis proyectos se vinieron abajo, lo importante era la salud del bebé y la mía»

**Chelo:** «Estaba concretando los trámites de un crédito de vivienda, estaba en el dilema de cómo le voy a hacer para pagar, pero actualmente lo estamos pagando ambos. Me encontraba trabajando de tiempo completo, profesionalmente quería hacer lo más posible para dejar concluido mi trabajo. Remodelamos el departamento antes de que naciera el bebé, compré una sala, cambiamos los closets y las ventanas»

**Blanca:** «Tenemos una casa de descanso y estuvimos construyéndola en conjunto. Laboralmente mi trabajo es de muchos retos y hacer cosas diferentes y buscar clientes nuevos, nunca bajé la guardia, a pesar de que trabajaba desde casa, siempre tuve apoyo laboralmente»

Las mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad son mujeres que se mantienen informadas acerca de su proceso de embarazo y el desarrollo del bebé, se preparan para el momento del parto y acondicionan el espacio donde recibirán a su hijo.

También se puede apreciar como sus planes de vida se modifican durante el embarazo, encaminados principalmente al bebé.

Dentro de los principales proyectos que tuvieron las mujeres entrevistadas después del embarazo, algunas de ellas mencionaron la dedicación al cuidado del bebé y la modificación a la dinámica familiar, en otros casos estuvo presente la búsqueda de información acerca del desarrollo del bebé y la búsqueda de empleo de medio tiempo o a distancia, por último, otras de ellas buscaron retomar el trabajo y profundizar sus conocimientos.

**Gloria:** «Informarme sobre temas del desarrollo del bebé tanto motriz como neuronal, estarlo llevando a sus clases de estimulación temprana, comencé a buscar algo que no fuera tan demandante como la oficina, ¿Quién te cuida al bebé?, ¿Dónde lo dejas?, ¿Si ya llegó o no llegó tu esposo? y luego retomas el tema de ama de casa, bueno ‘¿Qué hay de cenar?’, entonces por eso busqué el tema de Airbnb, porque era algo que me permitía desde mi celular estar trabajando sin tener que estarme yendo a la oficina y estar horas sentada, estar visualizando todo, pero dentro de la oficina. Empecé a preocuparme más por un plan de trabajo que fuera adaptable a mis necesidades, o sea, hablar con mi jefe y decirle ‘sí puedo estar en la oficina, pero no voy a estar todo el tiempo, voy a estar desde mi casa, voy a contestar correos desde mi casa’ y entonces cuando el bebé se dormía, yo contestaba correos desde mi celular, lo cual me permitió poder hacer las cosas, pero ya no de tiempo completo, me refiero a estar yendo a la oficina»

**OI:** «No tuve proyectos, me enfoqué más en mi hija, tiene muchas alergias, se enfermaba del estómago, no me salía mucha leche, entonces mi bebé tenía mucha hambre, me dedicaba al cuidado de ella»

**Adry S:** «Sigo trabajando, me he dedicado a tener convivencia en familia y estar siempre con mi hijo»

**Chelo:** «Ya no fueron tantos, tuvimos que modificar la dinámica económica, empezamos a buscar un negocio que fuera nuestro y que no le dedicará tanto tiempo, logré cambiarme de dar clases de asignatura a dar práctica que eran más

*horas de trabajo, con más libertad, sin horario fijo. Tomé cursos de manejo de redes sociales y quiero concluir con mi proyecto de doctorado»*

**Blanca:** *«Retomar lo del idioma, leer un poco más, ahora me interesan más las cosas de bebés que otros temas; dentro de mis proyectos es seguir desempeñándome, creciendo laboralmente en mi trabajo, no descuidando mi familia, mi bebé, ni mi pareja, afortunadamente la contingencia ha ayudado a estar más en casa, yo no he dejado de venir a trabajar, pero por las tardes trabajo desde mi domicilio, esta contingencia, aunque es fea, también ha ayudado a estar pendiente de la familia»*

**Gabriela:** *«Me titulé después de que nació mi hijo, en cuanto ya tuve al niño no quise que creyera en lo que yo venía creyendo, esa fue una razón importante para que yo saliera de allí, ya que todo mi círculo social, todo, giraba en torno a Mahikari. Dejé de trabajar para educar a mi hijo en casa, pero también empecé a trabajar con proyectos desde casa. Tuve un proceso de recuperación de mi propio poder, de mi propia capacidad, de mi propio ser, de mis propios sueños, que se habían quedado por allá entregados»*

**Tere:** *«Me dedique de tiempo completo a mi hija, leía mucho de crianza, de desarrollo, ejercicios para bebés, afortunadamente en mi trabajo me dieron tiempo para estar con ella, después busque guarderías para poder regresar a mi trabajo»*

**Ana:** *«A pesar de tener mucha información con respecto al desarrollo de los bebés y del embarazo, vivirlo fue una experiencia única, me cambio todo, mis proyectos se dirigieron a buscar la forma de seguir trabajando y pasar tiempo con mi bebé»*

Podemos observar que sus proyectos se encaminaron más a los cuidados de sus hijos, pero también a retomar sus actividades profesionales, buscaron alternativas para compaginar la maternidad y lo profesional. Sin embargo, es muy marcado el hecho de que sus proyectos de vida antes del embarazo eran diferentes a los que posteriormente llevaron a cabo cuando se convirtieron en madres.

En cuanto a si en algún momento recurrieron a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), en el caso de algunas de ellas sí recurrieron en cierto momento de su vida a ello, pero cabe mencionar que en algunos de los casos no era legal cuando se decidió interrumpir el embarazo.

**Chelo:** «Sí, cuando yo tenía 17 años, pero no era legal entonces, estaba terminando la preparatoria, cuando me di cuenta, con el que entonces era mi novio y con unas amigas me llevaron a una clínica en la Ciudad de México»

**Adry S:** «Sí, estábamos muy felices, por un método que realizamos con el que logré embarazarme, pero a los tres meses me dijeron que venía mal mi hijo, el doctor me dijo 'No es bueno seguir', por eso decidimos terminar con el embarazo. Tenía 3 meses de embarazo, exactamente el día que iba a dar la noticia, fue cuando me dijeron no podemos seguir con esto, ya que tenía muchas deformaciones el niño y espalda bífida»

**Tere:** «Sí, me embarace muy joven estaba trabajando y estudiando, definitivamente no hubiera podido ofrecerle a mi hijo o hija en ese momento lo que ahora le he ofrecido a mi bebé, tenía 18 años estaba entrando apenas a la universidad»

**Ana:** «Me embaracé cuando estaba en preparatoria, decidí no continuar el embarazo ya que quería concluir mis estudios, ingresar a la Facultad de Medicina, especializarme, viajar y aprender más, después volví a embarazarme casi al finalizar la universidad, tampoco era el momento, pero mi método anticonceptivo falló»

También se les preguntó a las mujeres entrevistadas si antes de su embarazo tuvieron algún aborto espontáneo, a lo que algunas de ellas respondieron que sí y narraron su experiencia.

**Adry S:** «En una ocasión la prueba de embarazo me marcó que estaba embarazada, pero no lo sentí, yo creo ni siquiera lo pude sostener»

**Gabriela:** «Tuve un aborto espontáneo después de mi hijo Gabriel; de repente sentí como si hubieran ponchado un globo dentro de mí, estaba sangrando, fui al hospital. En esta ocasión no me culpe nunca de ser mala mujer y no poder hacerlo»

Es importante destacar que la Interrupción Legal del embarazo (ILE) ha permitido a las mujeres decidir sobre su cuerpo para poder continuar con sus proyectos de vida, así como interrumpir un embarazo por cuestiones de salud de la madre o el feto, entre



otros motivos que pudieran tener las mujeres para tomar esta decisión, en el caso particular de las mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad dadas las fechas en que decidieron interrumpir su embarazo podemos inferir que en ese momento no era legal. Asimismo, se puede observar que los abortos espontáneos también han sido un factor que ha influido en la postergación de la maternidad.

#### **4.5. Categoría 4: Experiencias en la concepción**

En la cuarta categoría, se buscó conocer la experiencia de las mujeres en el momento en que se enteran de su embarazo, así como la presencia de violencia y el papel que cada miembro de su familia y pareja tuvieron durante este proceso.

En lo relacionado a la planeación del embarazo todas las mujeres afirmaron que sí habían planeado su embarazo por lo cual se puede inferir que las mujeres entrevistadas que postergaron su maternidad, tuvieron la oportunidad de elegir ser madres en el momento que ellas lo consideraron adecuado. A pesar de ello, en el caso de OI se manifestó violencia psicológica por parte de la pareja y la idea de la edad como una condicionante para ser madre.

***OI:** «Sí, yo fui la que dijo ya es tiempo, ya no puede pasar más tiempo, yo le planté embarazarnos a mi pareja y me dijo ‘bueno, es la posibilidad’, le dije ‘Sí. ¡Ya se me estaba pasando el tiempo, por mi salud y la del bebé!’ Luego me comentó ‘me usaste’ y le dije ‘por favor bien que te dejaste’»*

Con respecto a sí se sometieron a un tratamiento de fertilidad; algunas de las mujeres expresaron que sí, otra de ellas comenzó el proceso para posteriormente llevar a cabo el tratamiento, pero logró embarazarse antes.

***Adry S:** «Sí, cinco tratamientos, inseminaciones, método en casa, inyectarme todos los días, ellos me iban diciendo como estaba, me monitoreaban y me decían qué días tenía que hacer la tarea en casa, hicieron que tuviera más folículos. En ningún tratamiento logré embarazarme, las veces que lo logré fue en los inter que dejaba los tratamientos, las tres veces que ocurrió un embarazo fue sin*

*tratamiento. La tercera vez que fue cuando se logró, fue natural, yo ya había dicho cero tratamientos, me enfoco en la adopción y fue cuando me embaracé»*

**Consuelo:** *«No, me faltó muy poco para entrar a tratamiento, me dijeron ‘si en diciembre no te embarazas, en enero entras a tratamiento...’, ya teníamos estudios, justo en diciembre me embaracé y entonces ya no fue necesario»*

**Blanca:** *«Nos sometimos a un tratamiento in vitro, entonces sí fue muy planeado todo. En un instituto que se dedica a eso, nos hicieron estudios, vieron que estábamos bien, hicieron una estimulación, luego una extrusión de óvulos y los fecundaron, algo que nos gustó mucho de ese proceso es que a los embriones que se lograron les hicimos estudios genéticos, yo tenía la inquietud de que por la edad algo no pudiera estar bien y eso me preocupaba mucho, entonces con este estudio, se determinó que ella era la que no tenía ninguna alteración cromosómica, de treinta y tantas enfermedades ella salió bien y fue la que implantaron. Fue un proceso planeado y estudiado»*

**Tere:** *«Llevaba mucho tiempo intentando embarazarme naturalmente y no se logró, me sometí a todo tipo de tratamientos médicos, al no funcionar opté por la medicina tradicional mexicana, me sobaron, me dieron té, me bañaron en el temazcal, me limpiaron con hierbas, hicieron rituales, estuve así algunos meses, hasta que me indicaron que ya podía embarazarme y efectivamente logré embarazarme, mi pareja estaba muy emocionada con ser padre, pero a veces me hacía comentarios de reproche como ‘sí hubieras sido madre cuando podías, no tendríamos que pasar por nada de esto’»*

**Ana:** *«Sí, opte por una reproducción asistida mediante fecundación in vitro, ya que mi capacidad reproductiva disminuyo, me cuidaba mucho para estar en óptimas condiciones»*

Podemos apreciar que las mujeres que se sometieron a un tratamiento de fertilidad vivieron sus experiencias diferente, en algunos casos fue complicado lograr el embarazo y en otros el procedimiento para embarazarse fue más rápido y efectivo.

Los embarazos de esta población de estudio fueron tan planeados y deseados que en algunos casos se sometieron a tratamientos de fertilidad o incluso optaron por la medicina tradicional para lograr su objetivo, todas las mujeres entrevistadas externaron

que nunca pensaron interrumpir su embarazo. También se puede apreciar la presencia de violencia psicológica por parte de la pareja y la permanencia del factor edad como un elemento para decidir embarazarse.

#### **4.6. Categoría 5: Experiencias en el embarazo**

En la quinta categoría, la finalidad es conocer las experiencias de las mujeres entrevistadas con respecto a su embarazo, frente al papel que cada miembro de su familia y pareja tuvieron durante este proceso para detectar la presencia de violencia durante esta etapa.

En cuanto a su experiencia personal en el momento en que se enteran de su embarazo, muchas de las mujeres entrevistadas coincidieron en los sentimientos experimentados durante su proceso.

*OI: «Me dio miedo, la forma de planteárselo a mis padres a pesar de que ya estaba grande y era casada, no le dije a mi mamá hasta el segundo mes, mi papá no sabía, hasta que tuve el problema de amenaza de aborto le comenté a mi mamá, hasta el cuarto mes hablé con mi padre, porque él es muy conservador, me daba miedo, cuando se enteró existió molestia de su parte no estaba muy de acuerdo, eso me hizo sentir triste»*

Podemos destacar que todas las mujeres entrevistadas expresaron como principal sentimiento el miedo al enterarse que estaban embarazadas, sobre todo al enfrentarse a una experiencia nueva para ellas, también manifestaron alegría al enterarse de la noticia de su embarazo y emoción por comunicárselo a su familia, aunque en el caso específico de OI ella tenía miedo de comunicar la noticia por miedo a sus padres en cuanto a el resultado de la misma existió desacuerdo por parte de su padre con respecto a su embarazo.

En relación al trato de la pareja cuando se enteraron del embarazo todas las mujeres expresaron que su pareja estuvo feliz al recibir la noticia de que iban a ser

padres, lo cual se reflejó en el acompañamiento, empatía, apoyo y cuidados hacia las mujeres entrevistadas, solo en los casos particulares de Ol y Gabriela se observaron otras situaciones.

**Ol:** «Se puso muy contento, pero él quería tener un hijo, le compraba cosas azules, quiere mucho a mi hija actualmente, pero quería niño»

**Gabriela:** «Se puso muy contento, le gustaba mucho la fotografía, entonces siempre me tomaba fotos, hablaba con el bebé. Él tenía la idea de no lastimar al bebé, 'ni te toco, ni te veo, ni te respiro cerca'; no me sentí desquerida por eso, al contrario, era este cuidado extremo. Hubo una época que puso una cama en el piso, para no aplastarme, para no pegarme»

Se percibe la presencia sutil de violencia de género, alimentada por la cultura androcentrista. Existe una presión sociocultural hacia las mujeres porque el primogénito sea hombre. En el caso de Gabriela se observa miedo y desinformación por parte de su pareja, manifestado en mantener distancia hacia ella con la finalidad de no lastimar al bebé, dada la pérdida anterior que vivieron él y su pareja.

De acuerdo a los comentarios que recibieron las mujeres entrevistadas por parte de su pareja al enterarse de su embarazo, ellas exteriorizaron que su pareja se encontraba feliz, contento, con miedo ante la nueva experiencia, presuntuoso ante la noticia, preocupado por la alimentación de la pareja y en otros casos ha pasado tanto tiempo desde su embarazo, que no recuerdan exactamente la reacción de su pareja. Solo en el caso de Ol se visualiza la presión e imposición de su pareja por que dejará su trabajo, así como violencia psicológica.

**Ol:** «Estaba muy contento. Siempre he sido independiente, esa parte como que no le agradaba mucho, cuando nos casamos me dijo, 'salte de trabajar yo te mantengo, ponte a estudiar nada más, vete hasta el doctorado', yo estaba en la maestría. En una relación tiene que haber un sometido y alguien que someta y le dije 'pues sí, pero aquí te equivocaste, conmigo te equivocaste'. Yo le comenté al papá de mi hija '¿Por qué nunca me has regalado flores? a lo que él contestó,

*‘cómo dice mi mamá, nada más se regalan flores cuando se muere la persona’, un día me dijo que la comida no estaba bien y le dije que la iba a tirar, después de eso se la comió»*

En el caso particular de OI a pesar de la expresión de felicidad por parte de su pareja, se denota violencia psicológica y la presión por parte del mismo al manifestar querer mantener a OI fuera del ámbito laboral, para de esta forma continuar ejerciendo su papel de proveedor.

La familia nuclear es considerada de los principales sostenes de las mujeres durante su periodo de embarazo; en este caso algunas de ellas recibieron felicitaciones, a otra de ellas le externaron molestia y otras recibieron comentarios con respecto al tiempo que esperaron para embarazarse.

**Gloria:** *«Que, qué bueno, que ya era hora, decían mis tías, como yo ya tenía 35 años, me decían que ya me había tardado y enhorabuena, que, qué bueno que estaba embarazada, que todo saliera muy bien, lo típico, que venga bien el bebé»*

**OI:** *«De mi papá molestia porque sabía que mi pareja era muy agresiva, mis demás familiares herméticos, no fueron expresivos»*

**Adry S:** *«Mi mamá me decía ‘que todo está en Dios, que, qué bueno, que ella estuvo rezando todos los días para que pasara’»*

**Chelo:** *«Fue chistoso porque todo mundo ya me presionaba sinceramente, mis primas, mis tías, me decían ‘Ay al fin, lo tienes que hacer bonito porque ya lo esperamos mucho tiempo’, o ese tipo de expresiones, sus comentarios me llegaron a hacer sentir mal y triste, todas mis primas fueron mamás muy jóvenes y actualmente ya tienen hijos adolescentes»*

**Blanca:** *«De parte de mi mamá y mi hermano, no recibí ningún apoyo, eso me duele mucho, su rechazo, una vez mi madre me habló, pero con afán de pelear y me comentó muy grosera ‘Ya era hora’ mi hermano se enteró de mi embarazo, pero permaneció distante. Cuando me refiero a mi familia son mi papá que tiene su familia, mis tías, mis primas, mis primos, todos ellos han estado muy al pendiente. Mucho amor, mucho cariño»*

**Gabriela:** «Mi hermana de 17 años y yo, nos embarazamos al mismo tiempo, fue una situación extraña en la familia, estaban contentos con mi embarazo, atentos, cuidándome, pero por otro lado, estaban desconcertados con el embarazo de mi hermana, el problema era sobre las posibilidades que ella tendría de desarrollarse en la vida, porque además no quiso abortar, mis padres estaban preocupados en cuanto a la decisión que tomó y 'Gabriela pues ya es grande, tiene a su esposo, entonces que hagan ellos lo que tengan que hacer, nosotros nos tenemos que volcar hacia lo que vamos a hacer con la hija menor'. Por eso yo pasé todo mi embarazo, parto y puerperio en mi casa, porque mi mamá estaba muy atenta de la otra hija, ahora que lo pienso me hubiera gustado que me acompañarán a mí también y estuvieran presentes»

**Tere:** «Mi mamá se sintió feliz de que al menos iba a tener un hijo para que estuviera conmigo y no me quedará sola en realidad yo no me sentía sola, pero sí quería un hijo»

**Ana:** «Mis padres estaban muy felices de ser abuelitos, les daba risa que yo sí los hice abuelos ya que ya no eran abuelos jóvenes»

Podemos observar que la familia nuclear puede ser una gran fuente de apoyo para las mujeres durante esta etapa de embarazo o, por el contrario, pueden llegar a causar incomodidad con sus comentarios o proceder para con ellas, así lo externaron las mujeres entrevistadas. En este caso, se manifestó violencia psicológica y verbal con algunas de las mujeres entrevistadas, por parte de actores como el padre, la madre, los hermanos, las tías y las primas.

Se perciben también en paralelo las visiones de dos mujeres que, a pesar de ser hermanas, cuentan con proyectos de vida diferentes, por lo cual, cada una en su momento, decide ser madre. Al manifestarle al otro la noticia del embarazo, se espera reciprocidad, pero no siempre una noticia de felicidad para una persona, significa lo mismo para los demás.

Las mujeres entrevistadas nos permiten entrever la reacción, comentarios y apoyo de su familia extendida, al enterarse de su embarazo.

**Gloria:** «Mi suegra muy contenta, mi suegro también, muy lindos y siempre con los brazos abiertos para cuidar a mi bebé, me deseaban que el bebé viniera bien, que me cuidara mucho, que cuidara lo que comía, que cuidara mi peso, que estaban muy contentos con el bebé, que ojalá fuera niño para que le pusieran Arturo y el apellido siguiera por los siglos de los siglos»

**OI:** «No fue bueno, la familia le pedía dinero prestado a mi pareja, su mamá, sus hermanos, decían que yo le quitaba el dinero, no fui aceptada por la familia, eran muy fiesteros y yo llegaba cansada del trabajo, quería dormir, eran agresivos. Ellos decían que yo le quitaba el dinero y ya no les daba a ellos, también decían que salía con uno y con otro, en especial su madre»

**Adry S:** «Su madre nos dijo, 'felicidades por ustedes' (en un tono serio y molesta), nos dijo que ella todos los días rezaba para que no me embarazara, ella es testigo de Jehová, decía que, cómo era posible que quisiéramos traer un niño a la destrucción o no sé qué mentalidad tiene de que ya viene el apocalipsis y no sé qué, entonces esa era mucho su mentalidad de que no quería que nosotros tuviéramos un hijo. Ahora se desvive por mi hijo»

**Chelo:** «Cambió mucho, aunque siempre ha sido una relación cordial, era distante, yo me sentí de su familia hasta el momento en que les dije que estaba embarazada. Mi suegro era muy respetuoso, no tengo suegra y en ese momento era como 'Hija, déjame acariciarte la pancita'. Se unió más la relación con la familia, me llegaron a comentar que esperaban un niño, siempre estaban 'Ay, tiene que ser niño, para que sea el primero y hombre', mi suegro me hacía hincapié en que dejara de trabajar, que cómo le iba a hacer, que las guarderías no son lo mejor, siempre, aunque muy amables, siempre hacía esos comentarios, metiéndose en cosas que me competían a mí y a mi pareja»

**Tere:** «La noticia no fue buena para ellos, su madre me decía '¡Ya eres una vieja para tener hijos eso déjalo para las jovencitas!'»

**Ana:** «Su familia me hizo padecer mucho, mi suegra y mis cuñadas me decían '¡en qué estabas pensando cuando decidiste embarazarte! ¡Vas a tener un hijo deforme!'»

Se aprecia el apoyo de la familia de sus parejas, manifestándose en un trato de respeto, unión y felicidad por parte de ellos, principalmente de las suegras, los suegros y demás integrantes, pero a pesar de ello, existió violencia verbal y psicológica para con

algunas de las entrevistadas por parte de estos mismos actores, las suegras, los suegros, las cuñadas y los cuñados. Se reafirma la misma idea que con la familia nuclear, la familia extendida puede significar apoyo, presión y/o desinterés. También se puede apreciar por parte de la familia de la pareja, la presencia de violencia de género y la presión sociocultural hacia las mujeres para que el primogénito sea hombre.

Con relación a las complicaciones o situaciones difíciles que vivieron durante el embarazo algunas mujeres padecieron problemáticas y las externaron.

**OI:** «Amenaza de aborto en el segundo mes (sangrado); al séptimo mes me dio urticaria, se me hincharon las piernas y me enfermé del riñón. La amenaza de aborto en el segundo mes me cambió la vida»

**Adry S:** «Sí, me salieron como unas bandas, me dijeron que el niño podía atorarse en esas partes y que por eso llegan a nacer sin alguna extremidad; dado que podía atorarse, me indicaron que no podía ser parto natural, tenía que ser cesárea»

**Chelo:** «Tuve presión alta desde la semana 14 de embarazo, yo no sabía que era O negativo, no tuvimos la atención de hacernos pruebas antes, esta incompatibilidad sanguínea fue un estresor para el bebé, me dijeron que a lo mejor por esa razón no podía embarazarme, fui diagnosticada con diabetes gestacional, eso derivó en otras complicaciones, de ser un embarazo feliz y muy esperado, me comencé a estresar, me internaban constantemente. Me generó estrés en el trabajo, dado que la relación con mi jefa era distante, yo no tenía la confianza para decirle 'me siento muy mal', se me subió la presión, se me comenzaron a complicar las cosas en el trabajo. Comenzaron a dejarme fuera de los proyectos especiales, me hacían a un lado, comencé a sentir culpa porque me decían 'esto tenía que estar listo, pero como se ha ausentado entonces vamos a dejarlo una semana más'. Me acompañaba mucho mi compañera de oficina y la secretaria, ellas me ayudaron muchísimo a resolver mis pendientes y a orientarme con respecto a cómo iba todo»

**Gabriela:** «No, pero médicamente me trataron como embarazo de alto riesgo por ser 'madre añosa' y por el antecedente que tenía»



**Tere:** «Cuando por motivos del trabajo tuve que asistir al ISSSTE, me dijeron los médicos que me atendieron que era una ‘madre añosa’, así que iba a requerir muchos cuidados, me regañaron por embarazarme a mi edad ‘Ay señora ya para que quiere hijos’»

Podemos observar la presencia de problemáticas relacionadas con la salud de esta población de estudio y la de sus hijos por diversos factores, así como violencia laboral hacia Chelo por excluir su participación de los proyectos y aislarla, Gabriela y Tere padecieron violencia obstétrica por parte del personal médico y psicológica.

En lo referente a su experiencia durante su proceso de embarazo las mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad manifestaron la presencia de malestares físicos principalmente durante los tres primeros meses, ascos, vómitos y gastritis, posteriormente externaron miedo, temor a lo desconocido, cambios en su estado de ánimo, incomodidad para dormir con su panza pero también se mantuvieron informadas todo el tiempo con respecto a esta etapa, externaron la felicidad que les significó y los recuerdos entorno a su embarazo. En el caso de Adry S y Blanca se muestran dos perspectivas contrarias con respecto a su peso.

**Adry S:** «Mi experiencia en el embarazo fue buena, llevaba un control de peso, pero los médicos siempre me estaban dice y dice que estaba subiendo mucho ‘¡Ya se encuentra muy subida de peso deje de comer tanto!’ eso me incomodaba»

**Blanca:** «Fue muy buena, no tuve malestares, no subí mucho de peso. No tuve complicaciones, ni malestares, se rompió la fuente, yo estaba preparada para un parto natural, se rompió la fuente y fue cesárea. Todo el proceso fue bueno, ya que fue en una clínica particular»

Podemos observar que el peso es un factor que resaltaron las mujeres entrevistadas, ya sea ganarlo, mantenerlo o perderlo, adquiere un significado negativo o positivo para ellas, así mismo se observa la presencia de violencia verbal, psicológica y obstétrica por parte del personal médico.

En relación a las personas que estuvieron presentes y apoyando a las mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad durante su proceso de embarazo, se encontró principalmente la familia nuclear (madre, padre, hermanos y primas), también estuvo en la mayoría de los casos presente la pareja y en particular Gloria tuvo acompañamiento por parte de sus jefes del lugar donde laboraba.

**Gloria:** *«Mi mamá y mi jefa me apoyaron mucho, también mi familia y mi esposo, estuve trabajando hasta los 8 meses, mi jefa estuvo muy cercana a mí se preocupaba por cómo me sentía, sentí mucho apoyo por parte de mis dos jefes, me decían, ‘vas a ir al evento’, pero me preguntaban todo el tiempo, ‘¿te sientes bien?’, si los pies los tenía hinchados me decían ‘no vayas a trabajar, quédate en tu casa’, todo el tiempo procurándome y procurando que yo me sintiera bien»*

Se puede concluir que primordialmente la familia nuclear de esta población de estudio, estuvo presente en el periodo de embarazo de las mujeres entrevistadas, seguido de la pareja, la cual también estuvo presente en la mayoría de los casos.

Con respecto al control médico que las mujeres entrevistadas llevaron, podemos observar que todas las mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad, tuvieron un control de su embarazo, cada mes o cada quince días dependiendo las circunstancias, por lo cual ellas mismas no pusieron en riesgo su salud ni la de su hija o hijo, se cuidaron, tomaron precauciones, acataron indicaciones, asistieron a sus citas con regularidad y se mantuvieron informadas.

En relación al trato de la pareja de las mujeres entrevistadas durante el proceso de embarazo, pudimos encontrar diferentes comportamientos.

**Gloria:** *«A veces con bromas de que ‘estás ya gordita’ o así, pero la verdad muy bien, muy contento, se veía muy ilusionado y eso me emocionaba a mí también»*  
**OI:** *«Bajó su agresión, fue más tranquilo, iba a visitarme, me apoyaba en lo que podía, sus horarios de trabajo eran complicados, llegaba a marcarme 2am para preguntarme cómo estaba»*

**Adry S:** «Bueno, más paciente»

**Chelo:** «Mucha paciencia, había momentos entre el trabajo, la salud y las hormonas que yo estaba muy tensa y él fue paciente y amoroso»

**Blanca:** «Muy bueno»

**Gabriela:** «Atento, cuidadoso, decidido a estar conmigo, pero también al mismo tiempo con miedo de poder lastimar al bebé, se alejaba de mí en el contacto físico, no solo sexual, sino en todos los aspectos»

**Tere:** «Él estaba muy emocionado, cambio mucho, me apapachaba más, me procuraba, aunque también me llevo a mencionar que me estaba llenando de muchas estrías, eso me hizo sentir insegura»

**Ana:** «Me trato bien, le gustaba recostarse en mi pancita, me invitaba a comer, me compraba lo que se me antojaba, me complacía, un día mientras teníamos relaciones sexuales cuando estaba embarazada, le dio mucho asco que tuviera leche en los pechos, ya no quiso continuar y eso me hizo sentir mal, a partir de allí hasta que deje de darle leche a mi bebé no quiso ni tocar mis senos»

Podemos notar la presencia de violencia psicológica y sexual con respecto al cuerpo y los cambios que surgieron en las mujeres por su embarazo; Gabriela percibió rechazo sexual, físico y emocional por parte de su pareja dada su condición de embarazo, lo cual podría estar directamente relacionado con la experiencia previa de esta pareja con respecto a la pérdida de un bebé, el miedo y la desinformación pueden generar este tipo de comportamientos. También se observó que algunas mujeres externaron que los niveles de violencia de su pareja hacia ellas disminuyeron en este periodo, las parejas mostraron más paciencia que en otras etapas para con ellas.

Conforme a el trato de la familia nuclear hacia las mujeres que participaron en la investigación la mayoría de ellas expreso que fue bueno, se desvivían por ellas, buscaron acompañarlas, las apoyaron, también les externaron la importancia de estar presentes durante su parto y estuvieron pendientes de ellas todo el tiempo a pesar de no poder estar cerca por la distancia, pero en el caso de Chelo, Blanca y Gabriela se apreciaron otros escenarios.

**Chelo:** «Mi mamá me regañaba, me decía, 'ya no trabajes, siéntate', con enojo, pero era por su preocupación»

**Blanca:** «Papá estuvo al pendiente, de lejos. Mamá un poco moral, pero no estuvo presente, eso me hizo sentir triste, pero tuve el apoyo de otras personas que me querían»

**Gabriela:** «Bien, sí acaso sí un poco más de llamadas, pero en general cada quien estaba en sus actividades, no sentí su apoyo y ahora considero que me hizo falta»

Nuevamente se ratifica el hecho de que la familia nuclear puede beneficiar el proceso de embarazo o causar emociones negativas para con las mujeres.

El trato de la familia extendida hacia las mujeres entrevistadas durante su proceso de embarazo, se hizo notar en las atenciones que manifestaron hacia ellas, cuidados, gustos, antojos, ponerlas como prioridad, en algunos casos pudieron estar cercanos y en otros mediante llamadas telefónicas preguntaban cómo se encontraban, en el caso de OI, Tere y Ana, externaron otras circunstancias por parte de la familia extendida hacia ellas.

**OI:** «Trataba de evitarlos, yo nunca hice nada contra ellos, pero ¿para qué estar en un lugar donde no eres grata?»

**Tere:** «No estaban de acuerdo con mi embarazo, sobre todo mi suegra y sus hermanas, estaban molestas por mi decisión, me decían que iba a parecer la abuela de mi hijo, no la madre, que ya no estaba para andarme embarazando a mi edad»

**Ana:** «Era complicado, su madre estaba gustosa de que por fin fuera a darle un hijo a su hijo, pero me decía '¡tú debes saber cómo cuidarte, si nace mal va a ser tu culpa por esperar tanto, ni modo tendrás que hacerte cargo!'»

Conforme a lo expresado por OI, Tere y Ana, se observa violencia psicológica y verbal hacia las entrevistadas principalmente de actores como su suegra y cuñadas.

En esta categoría experiencias en el embarazo, se visualizó que las mujeres acudieron a controles médicos, se cuidaban y se mantenían informadas, tenían muy claro cómo querían que fuera su proceso de embarazo. En la mayoría de los casos la pareja les apoyó durante su embarazo, emocional, física y económicamente, mostrando su interés por ser parte del proceso, sin embargo, algunas de ellas externaron principalmente violencia verbal y psicológica por parte ellos. Con respecto a la familia nuclear, el apoyo durante esta etapa se hizo notar en algunos casos; en otros, las mujeres entrevistadas externaron que les faltó acompañamiento durante este proceso. En cuanto a la familia extendida en algunos casos existió acompañamiento, manifestándose de forma presencial y a distancia, en otros se visualizó la presencia de violencia psicológica y verbal por parte de sus suegras y cuñadas.

#### **4.7. Categoría 6: Experiencias en el parto**

En la sexta categoría se pretende conocer si las mujeres tuvieron complicaciones durante el parto, así como conocer su experiencia, para determinar si existió la presencia de violencia.

Con respecto a las complicaciones o situaciones difíciles que enfrentaron las mujeres entrevistadas durante el parto, la mayoría de ellas externo que no presentaron ninguna circunstancia negativa, en el caso de OI, Chelo y Gabriela, sí manifestaron diversas situaciones.

**OI:** *«Fui a revisión en el Hospital de PEMEX y me retuvieron, yo no tenía planeado quedarme allí, mi idea era atenderme en un particular, pero ya no se pudo.»*

**Chelo:** *«Sí, porque yo llegué a una revisión, ya que me habían dicho que estaba un poco dilatada, tenía 36 semanas, me internaron y me dijeron que me iban a realizar cesárea, pero me la realizaron hasta el otro día. Mi bebé tenía restricción de crecimiento, desde la semana 32 del embarazo ya no creció y mi placenta se estaba envejeciendo, me dijeron que fue probablemente por la presión alta»*

**Gabriela:** *«Sí, yo voy a revisión y me dicen que tengo que regresar para unos estudios, regresé, pero me hicieron quedar ya para que naciera el bebé, el líquido*

*amniótico empezaba a disminuir, pero no se me había roto la fuente, de tal manera que no tuve contracciones y me rompieron la fuente, no había dilatado, los médicos estaban preocupados porque no dilataba y yo no quería cesárea. Yo les decía 'me quiero parar' y no me dejaban porque decían que iba a caerme, a pesar de ello yo me pare, les dije, 'así como usted tiene la firmeza de creer que si me paro me puedo caer, yo creo que la gravedad me puede ayudar', entonces se rieron de mí y les dije 'yo no me río de sus creencias, entonces no entiendo porque se ríen de mí'. Es complicado porque no estás en tu mejor momento, en que puedes estar observando si hay violencias o no hay violencias, tú quieres que nazca tu niño y en ese momento te recuerdan de la muerte de tu primer hijo y te dicen 'Pues sí no quiere que se lo entregue otra vez muerto, déjeme hacerle como yo digo', que tienen razón, ellos son los expertos médicos, pero me parece poco adecuada la forma muy violenta, muy poco empática, no necesitan utilizar esas formas, pero las utilizan porque suponen que son las maneras. Suponen que establecer estas relaciones jerárquicas de violencia es lo que les da el poder y necesitan ese poder para poder atender la vida. A ellos así les enseñaron, así los educaron cuando fueron estudiantes, los médicos les maltrataron, por ello creen que se tiene que repetir este círculo, pero todo esto no lo piensas en ese momento, tú en ese momento estás pensando en tu hijo y que todo salga todo bien»*

Podemos llegar a la conclusión de que las mujeres entrevistadas que se atendieron en un hospital del gobierno padecieron violencia obstétrica, todas coinciden en que solo iban a una revisión de rutina, no tenían planeado quedarse en el hospital; sin embargo, las circunstancias y los médicos lo dictaminaron así.

En cuanto a la experiencia de las mujeres durante su proceso de parto, las mujeres entrevistadas narraron como vivieron su proceso.

**Gloria:** *«Traumática como la de todas las mujeres, yo fui al parto muy informada, fui al curso psicoprofiláctico, yo quería parto natural, yo tenía una doula en mi habitación y estuve en un hospital que se llama "Bité Médica" que es un hospital pro parto natural, esto quiere decir que si el bebé venía boca abajo, boca arriba, con el cordón, la doula me decía, 'si te dicen que el cordón, tú gateas y entonces*

*el movimiento del bebé se cambia', entonces yo iba muy bien informada, sabía que iba haber muchísima sangre, que me iba a doler mucho, pero también sabía cómo controlar mi dolor, cómo me podía ayudar mi esposo a controlar el dolor, qué tenía que usar, si tenía que usar una pelota, si sentía la contracción en la espalda dónde me podía presionar, fue un buen parto, fue un parto de pocas horas y fue buen parto, pero pues el dolor nunca se me va a olvidar, eso sí fue un poco traumático, pero de allí en fuera estuvo bien»*

**OI:** *«No quería cesárea, pero era la segunda noche de mi doctor sin dormir, estaba cansado, a mí me ingresaron a las 11 am aproximadamente y el me propone a las 7 pm hacerme cesárea ya que tenía 6 de dilatación, yo tenía hambre y mucha sed, pero no me pudieron dar agua porque me pusieron la raquea. Me hicieron la cirugía vertical, cuando nació la niña comencé a temblar mucho, no me podía controlar, las dos anesthesiólogas estaban conmigo. Me pasaron a mi niña para darle un beso y del temblor le pegué con mi cabeza. Me ayudaron a bañarme y me desvanecí, cerré los ojos y veía manchas, las enfermeras y médicos me apoyaron. Se les olvidó ponerme analgésico para el dolor y sentía ardor, dolor. Me comentaron que la enfermera le puso muy fuerte el calor dentro del cunero y mi hija se estaba quemando, el pediatra se percató y la regañó. Me pusieron a la bebé para darle el calostro, ya que mi hija lloraba y lloraba porque tenía hambre, me apoyó la enfermera a darle de comer. Estuve una hora en sala de recuperación y después me mandaron a la habitación con mi bebé, durante la noche una enfermera me dijo 'póngase fomentos de agua caliente', porque no me salía leche, me apoyó con una jeringa para sacarme leche»*

**Adry S:** *«Todo estaba programado, fue muy bonito, lo único malo fue la epidural, no fue al momento que me la pusieron, si no cuando me pusieron en posición de cucharita, cuando me apretaron, fue lo único que sentí mal»*

**Chelo:** *«Estaba asustada, no estaba planeado yo quería llegar a la semana 38 y esperaba tener un parto natural, nunca perdí la esperanza, aunque me habían dicho que era muy probable que tuviera cesárea»*

**Blanca:** *«Fue muy bonito, me pusieron música, mi hija nació con la canción de 'Te amaré' de Miguel Bosé, yo elegí al artista y ella nació en ese momento, conocía muy bien al neonatólogo y a la ginecóloga, tenía muy buena relación con ellos y me trataron con mucho cariño, con muchos cuidados, ya cuando oí que nació y lloró y que la pesaron y dijeron que estaba perfectamente bien, me la*

acercaron, la abracé, en ese momento abrió los ojos y ya después siguieron conmigo con el proceso de cerrar la cesárea. A mi experiencia de parto le pondría 10»

**Gabriela:** «Le prohibí a mi esposo que firmará cualquier documento donde se aceptará que fuera cesárea, le dije 'no quiero que vayas a firmar', hubo un momento en que una doctora me gritó muy enojada y me dijo 'Es que su esposo no acepta que hagamos la cesárea y si no acepta está corriendo riesgo usted y el bebé' y yo le dije 'no va a aceptar porque yo le dejé instrucciones de que no aceptara', entonces le dije la clave y él ya firmó la cesárea. Esto quiere decir que ni siquiera habían tomado en cuenta mi opinión, salían y le decían a él de la cesárea y él decía que no, no consideraban que quien tenía que dar el permiso era yo, por lo tanto, no me preguntaron mi opinión sobre lo que iba a ocurrir en mi cuerpo. Si me hubieran permitido decidir sobre mi cuerpo, no me hubieran roto manualmente la fuente, me hubieran dado oportunidad de que mi cuerpo hiciera el proceso de parto y ya si yo veía que no iba a poder, yo solita hubiera dicho 'claro, si mi cuerpo no puede, no voy a poner en riesgo a mi hijo, adelante vamos a hacer la cesárea', pero no se me preguntó»

**Tere:** «Todo estuvo muy bien planeado, yo estaba muy feliz, fue una experiencia única, me atendí en el hospital 'Ángeles Pedregal' tenía un especialista para cada cosa, me apoyaron emocionalmente, conté con mi propia habitación, me sentí segura con la tecnología que contaban, en cuanto mi hijo nació lo atendió un pediatra, me brindaron platicas, me enseñaron a bañar y amamantar correctamente a mi bebé, los que estaban esperándonos estuvieron muy cómodos en la sala de espera, con todo al alcance, disfrute mi experiencia, estaba muy informada de todo el proceso de parto»

**Ana:** «Me atendí en el 'Centro Médico ABC' sabía que estaba en buenas manos, un colega me atendió, todo perfecto, no tenía de que preocuparme en cuanto a mi atención, sabía lo que ocurriría, eso me ayudo a mantenerme tranquila»

La experiencia de las mujeres entrevistadas que se atendieron en un hospital de gobierno estuvo llena de dificultades; por el contrario, las mujeres entrevistadas que se atendieron en un hospital privado contaron con más atenciones y cuidados durante su proceso de parto. En el caso de Ol y Gabriela se observa violencia psicológica y obstétrica.



En relación al apoyo por parte de la pareja y/o los integrantes de la familia durante el proceso de parto se analizó que todas las mujeres entrevistadas estuvieron acompañadas por alguien durante este proceso, en el caso particular de Gloria, Chelo, Blanca, Gabriela, Tere y Ana nos describen más a fondo como fue su experiencia.

**Gloria:** «Sí estuvo mi esposo conmigo desde que empezaron las contracciones, en la sala de parto y de ahí no se movió y estuvimos los dos días que teníamos que estar. En el hospital también estuvo mi mamá y la mamá de mi esposo, yo pedí que no estuvieran al día siguiente, que nos dejarán a mi esposo y a mí disfrutar nuestro bebé y que llegaran como una visita normal, ya en mi casa estuvieron más de tiempo, la verdad sí me sentí apoyada. Yo me sentí muy segura con los médicos, con Arturo y no quería que estuviera mi suegra y mi mamá ahí viéndome en un momento...yo no quería que mi suegra me viera cuando terminara de parir, que tienes sangre, todo, yo les pedí que fueran nada más un rato, que vieran al bebé y las dos por común acuerdo, para poder vivir este proceso yo y mi esposo, vivirlo en privacidad, con intimidad, punto. La doula estuvo todo el tiempo conmigo durante el proceso desde las contracciones, recordándome lo que habíamos visto en clase pero me decía 'te acuerdas de que yo te dije de que ibas a sentir la contracción así y cómo ibas a respirar' y todo, entonces ella me ayudaba mucho en el sentido de tranquilizarme, de darme agua cuando lo necesitaba, de decirme en qué postura me pusiera para que me doliera menos, el doctor todo el tiempo me estaba revisando, mi esposo estaba ahí, todo el tiempo presente, me estuvo echando porras, estuvo poniendo los aromaterapias, ya cuando entré a la expulsión, también estuvo conmigo y me abrazaba y me tomaba de la mano, todo el tiempo estuvo conmigo»

**Chelo:** «Nadie, la anestesióloga me regañaba, me decía '¡Ay señora, estás muy nerviosa, ya duérmete!', yo decía '¿Cómo me voy a dormir en el nacimiento de mi hija?' Yo le agarraba la mano al médico y el médico me soltaba. No sentí apoyo de nadie»

**Blanca:** «Mi pareja estuvo en el parto, muy bonito porque estuvo todo el tiempo conmigo, sentí acompañamiento, tranquilidad y seguridad»

**Gabriela:** «Es el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) no dejan entrar a más nadie, estás tú sola, pero yo sabía que mi esposo estaba al otro lado de la puerta, atento. A pesar de que las políticas

*del ISSSTE no permiten entrar a un acompañante, pedimos que se le dejará entrar para acompañarme, pero no se lo permitieron; sin embargo, yo sabía que estaba allí del otro lado de la puerta y eso me hacía sentir acompañada, te da una sensación de seguridad de acompañamiento, de calidez humana, saber que estaba allí, expectante, esperando. Tengo el nudo en la garganta, no había nadie más»*

**Tere:** *«Todo fue perfecto, no hubo ningún inconveniente, el hospital, los médicos, la atención, todo bien, pero por alguna extraña razón mi suegra quería permanecer conmigo en el momento del parto, lo cual me hacía sentir incomoda y le dije con la pena que no, no quería que, en un proceso personal, mío, estuvieran presentes, viéndome quejarme, llorar, sudar, en fin, mi ex esposo me tomo un video»*

**Ana:** *«Sí, su familia de mi entonces esposo y la mía estuvieron presentes, mis suegros me trataron muy bien, estaban encantados, felices, muy contentos con el bebé, el papá de mi hijo me acompañó en el quirófano, los demás se quedaron en la sala de espera, me sorprendió mucho el trato de mis suegros tan preocupados, procurándome lo que nunca hicieron»*

Nuevamente es muy notoria la diferencia de atención y apoyo que recibieron las mujeres en hospitales de gobierno y privados, el acompañamiento de sus familiares les brindo seguridad y tranquilidad, si bien no fue dentro del quirófano en todos los casos, estuvieron en la sala de espera acompañando a sus parejas y familiares; cabe mencionar que todas las mujeres tomaron la decisión de que este proceso fuera íntimo, el cual solo querían compartir con su pareja dentro del quirófano, ya que se avergonzaban al sentirse observadas por otros familiares, por su dolor, sangrado, la duración, los gritos, el sudor y el llanto.

Por otra parte, el trato de la pareja durante el proceso de parto en todos los casos fue de acompañamiento.

**Gloria:** *«Muy cariñoso, muy respetuoso y de admiración, cuando nació el bebé se soltó a llorar y después me dijo ‘gracias, gracias, gracias, por este bebé, gracias por tu esfuerzo, no puedo creer lo que viví lo que vi’, porque él estuvo presente en*

*el momento en que nació, entonces él veía como me daba instrucciones la doula, 'en este momento puja, en este momento haz esto, en este momento haz lo otro', pero sí fue de mucha gratitud y de admiración, porque no me pusieron epidural, ni episiotomía, fue como antes, como lo natural»*

**OI:** *«El papá de mi hija se quedó esperando en la sala de espera toda la noche, lo primero que me dijo, cuando me vio fue, 'entonces es niña, no niño', a lo que el camillero dijo 'hay que cambiarle la cobija' ya que era azul y me pusieron una rosa»*

**Adriana:** *«Muy nervioso, pero entusiasmado»*

**Chelo:** *«Él llegó a calmarme a las 7 am antes de la cirugía, tuvimos un momento de platicar, de que me leyera algo, hacer una oración juntos y pues me ayudó mucho, me sentí mejor. Cuando salí de la cirugía a medio día, estaba muy feliz, muy feliz»*

**Blanca:** *«Muy bueno, muy cuidadoso, muy al pendiente, como siempre ha sido»*

**Gabriela:** *«Fue bonito, desde el momento que yo empiezo a sentir que hay contracciones, hubo acompañamiento, yo me sentí sostenida, donde podía recargarme»*

**Tere:** *«Estuvo conmigo tomando mi mano, apoyándose, esforzándose, dándome amor, cuando nació mi hija él estaba muy muy feliz, pero a pesar de ya saber que era niña, él menciona '¿no es niño?'"»*

**Ana:** *«Nunca lo había visto tan feliz, tan orgulloso, tan contento, tan emocionado, cuando lo escuchó llorar al nacer y le dijeron es niño comenzó a llorar y me dijo '¡soy el hombre más feliz del mundo, gracias!'»*

En el caso de todas las mujeres de nuestra población de estudio, existió acompañamiento por parte de su pareja en el momento del parto, algunos incluso participaron activamente durante el proceso, otros no tuvieron esa oportunidad, pero estuvieron en la sala de espera hasta tener noticias de sus parejas. En el caso de OI y Tere se percibe nuevamente la idea androcentrista en esta etapa de parto, por parte de sus parejas, al esperar un niño, no una niña y externarlo.

Con respecto al trato de la familia nuclear hacia las mujeres durante su proceso de parto, todas ellas manifestaron que al menos un familiar estuvo presente,

principalmente su padre o madre. Gloria, Chelo y Gabriela nos exteriorizan más a fondo como fue su acompañamiento.

**Gloria:** *«De apoyo yo sabía que estaban allí, me mandaban mensajito de ‘cómo vas, aquí estamos, échale ganas y todo va a salir muy bien’, fue de mucho apoyo y después del parto también de admiración me decían ‘no, pues qué bueno que lo lograste, si fue parto natural, qué bueno que no fue cesárea’, y bueno si hubiera sido también no pasa nada, vas pensando que es lo mejor para el bebé, si hubiera sido también estaba mentalizada»*

**Chelo:** *«En la mañana vi a mi papá, mi mamá estaba muy tranquila porque ya estábamos las dos, mi mamá estaba preocupada por la bebé porque no la había podido ver, pero fue de mucho apoyo, mucho amor, yo me sentí como niña otra vez, mi mamá, ni siquiera me dejaba que me pusiera de pie, fue muy bonito»*

**Gabriela:** *«Cuando ya nació, les avisamos y su respuesta fue ‘Ay qué bueno’, no estuvo muy presente casi nadie, mis hermanos pues no son muy presentes tampoco y mi mamá estaba muy ocupada con mi otra hermana, 7 u 8 días después nació su hija.*

Con respecto a la familia nuclear, la madre y el padre estuvieron presentes con sus hijas en algunos de los casos; para otras no existió este acompañamiento, ni apoyo moral o existió solo por alguno de ellos, cabe mencionar que ellas manifestaron la importancia de que sus familiares sí hubieran estado presentes en este proceso.

En cuanto al trato de la familia extendida hacia las mujeres durante su proceso de parto, Gloria, Ol, Tere y Ana externaron acompañamiento por parte de sus suegros, los cuales se encontraban en la sala de espera al momento del parto, Adry S, Chelo, Blanca y Gabriela, manifestaron que no estuvieron presentes durante su proceso; también comentaron que su familia extendida conoció a sus hijos ya que habían nacido, en algunos casos inmediatamente dado que estaban en la sala de espera, en otros asistieron días después a sus hogares y con ninguna de las mujeres estuvieron presentes en el quirófano por decisión propia. En el caso de Ol, Tere y Ana, externaron que la familia de su pareja en esta etapa se encontró muy feliz, participando y

acompañándolas, contrario a la violencia que habían externado para con ellas en las etapas anteriores.

#### **4.8. Categoría 7: Experiencias en el puerperio**

En la séptima categoría, se pretende conocer la experiencia de las mujeres en su proceso de puerperio y si existieron indicadores de violencia padecida por nuestra población de estudio.

Con relación a las complicaciones o situaciones difíciles durante el puerperio, así como el apoyo recibido por parte de su pareja y/o integrantes de la familia, todas ellas revelaron las problemáticas que presentaron en esta etapa.

**Gloria:** «Solo el tema de adaptarme a esta nueva vida, adaptarme a estar 24/7 con mi bebé, no hubo ninguna otra complicación porque tenía leche, le pude dar leche, eso era muy importante para mí, me apoyaron mi mamá, mi esposo, mis amigas y mi suegra»

**OI:** «Me enfermé de la garganta, ya que mis defensas bajaron. Tuve dificultades para amamantar a mi bebé los primeros días, ya que no me salía mucha leche, estuvieron conmigo mis padres, mis dos hermanos y el papá de mi hija»

**Adry S:** «No pude amamantar a mi bebé, me dio un dolor espantoso de riñón, fui hacerme análisis, me dieron medicamento muy fuerte y, por lo tanto, ya no pude amamantar, estuvo apoyándome mi amiga enfermera en el cuidado de mi bebé y mi esposo acompañándome en todo momento»

**Chelo:** «Mi bebé estuvo en cuneros cuatro días y en incubadora estuvo dos, entonces no le pude dar pecho de inmediato, cuando yo lo intenté, ella no sabía, entonces la primera noche fue horrible, lloraba de hambre y al otro día mi hermana me dijo que comprara unas pezoneras y fue con eso que libramos la maternidad. Después le llamé a la chica con la que tomamos el curso de preparación y vino a enseñarme a amamantar, amamantar acostada, tarde cuatro días en poder amamantar a mi bebé, en este proceso estuvo apoyándome mi esposo, mi mamá, mi papá y la doula, incluso me vino a visitar, estuvo al pendiente, me hablaba para saber cómo seguía»

**Blanca:** «Presente preeclampsia posparto, depresión posparto, dolor de cabeza, fue un shock entre atender al bebé, entenderle, conocerle, dormir, no dormir, aprender. Afortunadamente, una tía se fue a vivir conmigo y tenía esta red de apoyo con mis amigos, mi familia con la que sí tenía una buena relación»

**Gabriela:** «Yo no aprendía a lactar con la familia, yo fui a grupos de apoyo a la lactancia. Establecer la lactancia fue difícil. Yo les pedí que no le dieran mamila en el hospital, pero no me hicieron caso, cuando yo quería pegarme al bebé, el bebé lloraba, porque ya había tomado leche más pesada. Cuando salimos del hospital, le pedí a una enfermera si podría decirme el nombre de la leche que le dieron, en caso de que no pudiera establecer la lactancia o una que me recomendara, pero no quiso decirme, me dijo 'usted lacte'. Yo le dije a mi esposo que me comunicaría con un familiar que es pediatra para pedirle alguna leche, mi esposo me dijo 'Qué te parece si esperamos esta noche y si no se ha podido establecer la lactancia, le hablamos a tu tío', entonces yo dije 'está bien', ¡Qué noche!, lloraba el niño, lloraba yo, a las 3 o 4 de la mañana sentí como el bebé se pegó y empezó a alimentarse. Yo me mantuve en la lactancia, porque estaba convencida de que quería que tuviera esos beneficios, pero me llagué y tuve una perla de leche; afortunadamente, en los grupos de apoyo a la lactancia me enseñaron cómo solucionar esa problemática y ya no pasó a mayores, mi esposo y cuñada estuvieron conmigo»

**Tere:** «Me sentía muy triste, me la pasaba llorando todo el tiempo, estaba agotada quería que me abrazaran, me dieran amor, mi mamá me apoyo mucho, casi todo el día estaba conmigo, nos preparaba de comer, pero ella iba y venía, no se quedaba conmigo, pensaba que mi pareja me apoyaba por las noches, pero en este momento comenzó a faltar mucho a casa, prácticamente no estaba nunca en casa, toda esta situación me puso muy mal, estaba bien después me enojaba, quería gritar»

**Ana:** «Fue una etapa muy bonita, la viví acompañada, mis suegros estaban tan felices que me convencieron de irme con ellos a su casa, no sabía ni lo que me esperaba, al principió todo bien con ellos, pero después mis cuñadas comenzaron a interferir mucho, siempre era una constante comparación y se molestaban de que mis suegros me apoyaran, decían que por qué sí yo ni su hija era, que mi hijo adivinar de quién era, que no se parecía a su hermano, que ya me levantara de la cama, que ellas se pararon rápido, que eso me pasaba por que ya estaba vieja,

*que para que tenía un hijo sí no iba a poder hacerme cargo de su cosas, que me pusiera a hacer algo, se molestaban cuando sus padres estaban con mi hijo, cuando mi suegra cargaba a mi niño decían ‘te dije que mis hijos se van a molestar si te ven cargando a ese bebé’ y la señora inmediatamente dejaba a mi hijo, después el trato de sus padres cambió, eran más distantes con nosotros entonces inmediatamente tome mis cosas y me fui a mi casa, ‘que tengo que estar aguantando, no tengo la necesidad, tengo mis propias cosas, soy independiente, bye’, pensé»*

Se puede observar que todas las mujeres de esta población de estudio, tuvieron alguna complicación o situación difícil durante su periodo de puerperio, la más común de ellas fue la dificultad para amamantar, a la cual la mayoría pudo darle solución, buscando ayuda con expertas. Otro aspecto relevante fue el hecho de enfrentarse y adaptarse a esta nueva etapa de su vida, la maternidad y todo lo que implica, en el caso de Blanca y Tere se analiza que padecieron depresión posparto para con la primera también existió preeclampsia posparto, por otra parte, Ana experimento violencia verbal y psicológica de los familiares de su pareja.

En cuanto al apoyo recibido en relación a las dificultades que presentaron durante su proceso de puerperio, se aprecia que en algunos casos los integrantes de su familia nuclear, familia extendida, amigas, especialistas y la pareja fueron un soporte fundamental, no obstante, en otros casos significaron el ejercicio de violencia para con las mujeres entrevistadas.

Con respecto a la experiencia durante su proceso de puerperio, las mujeres participantes nos describieron como fue esta etapa para ellas. En el caso de Gloria, Chelo, Blanca y Gabriela nos compartieron más a fondo su vivencia.

**Gloria:** *«Es muy satisfactorio que se logre tu bebé, me sentí plena, realizada como mujer, era una etapa que quería, en la que quería realizarme y que me faltaba, me sentí muy bien, tranquila acompañada por mis papás, por los papás de mi esposo y también por Arturo, entonces fue una buena etapa. En el sentido que no*

*me sentí contenta o que lloraba, era al ver mi cuerpo diferente, de decir este no es mi cuerpo, de sentir que no podía regresar a mi cuerpo, el tema de la panza, de las bubis que me dolían, del olor a leche, todo este tema del cuerpo, no quería este cuerpo, lo rechazaba, decía 'Esta no soy yo, no puede ser que no entre en mi ropa', la desesperación. Y el tema de que mis amigos decían 'nos vamos a ver este jueves todos los de la oficina y vamos a ir al Chips' o un bar o donde fuera y saber que, porque yo tenía que cuidar a mi bebé y tenía que darle leche, no podía, era frustrante, pero todo lo demás estuvo bien. El tema del cuerpo, el saberte distinta, el ya no tener tu vida como antes, sí es frustrante»*

**Chelo:** *«Creo que todo el puerperio fue tranquilo, hubo un día en que tuve un conflicto con mi esposo, porque mi esposo ya quería irse a la casa, estar en casa de mi mamá ya no le era tan cómodo y sí hubo un conflicto de pareja, pero bien tratado, porque nos hablamos, pusimos un límite, entonces nos fuimos a casa un poquito antes de lo planeado, pero los dos conformes»*

**Blanca:** *«Uno siente que la maternidad va a ser muy bonita e implica muchas cosas, implica un cambio de vida, te cambia la vida completamente y como que eso no te lo imaginas o no lo dimensionas hasta que llega el momento. Sí, se me hizo difícil, pero no lo cambio por nada. El puerperio fue la etapa más difícil para mí»*

**Gabriela:** *«Cambias todo el plan que tenías, mi idea era, regreso a los 40 días, lo dejo en esta guardería y ya me voy a trabajar, a las 4 paso por él y me queda cerca, ya lo tienes todo organizado y cambia, el calorcito, el sentir que esa personita te reconoce, te pide, te quiere, su mirada, viene esta sensación de responsabilidad, de saber que eres su mundo, y entonces empiezas a responsabilizarte del mundo que quieres hacer extensivo al resto de su vida»*

La etapa de puerperio para nuestra población de estudio fue un período de cambios en su vida y rutina, dado que ellas ya tenían estructurado todo su proyecto de vida antes de la maternidad. A pesar de haber realizado algunos planes para la llegada de su hija o hijo, vivir la experiencia les implicó grandes retos desde los cuidados del menor hasta retomar y continuar con su vida profesional, laboral, social, etc. Incluso el cambio de su cuerpo también es algo que llegó a impactarles. Estos cambios también se



reflejaron en su relación de pareja. En el caso específico de Blanca y Tere externaron que ha sido la etapa más complicada para ellas.

En cuanto a las personas que estuvieron presentes y las apoyaron durante el proceso de puerperio, cada participante expuso quienes fueron estos actores que las acompañaron y de qué forma. En todos los casos se percibe la presencia de al menos un familiar que estuvo pendiente de los cuidados requeridos por ellas.

**Gloria:** *«En la cuarentena estuve cobijada tanto por mi mamá como por la mamá de Arturo, me venían a ver de 9 a 6 pm, porque a las 6 llegaba Arturo y a esa hora yo ya quería estar en mi intimidad con él, ya no había mamás, ya no había visitas. Siempre cuide mi tiempo, el de mi bebé y mi esposo, el tiempo de adaptarme con mi pareja ahora que ya teníamos el bebé, procurar tener tiempo con él, comer juntos, platicar de las cosas de su trabajo, yo no tenía mucho de que platicarle más que del bebé»*

**OI:** *«Mi mamá me apoyaba, mi papá me lavaba la ropa de la niña o me la tendía, mi papá me compró un teléfono para que pudiera pedir comida, seguía percibiendo sueldo por los 90 días de maternidad, mi mamá me dejaba el desayuno, me ayudaba a bañar a la niña»*

**Adry S:** *«Mi amiga enfermera se quedó con el niño a apoyarme en esta nueva etapa, mientras mi esposo me llevaba al médico»*

**Chelo:** *«Sí, mucho de mi mamá, desde cuidarme a mi hija, baños de yerbas, me ayudaba a bañar, a limpiarme la herida, bañar a la bebé, me daba de comer. A mí esposo le dieron días, pero yo estaba en el hospital»*

**Blanca:** *«Muy bueno, él se quedó un tiempo en la casa para ayudarme, le dieron días en el trabajo para estar con nosotras, me compraba todo lo que hiciera falta, pomada, pañales, todo»*

**Gabriela:** *«Mi cuñada viene a la casa cuando el niño tenía más de un mes y se fue cuando el niño tenía tres meses, se quedó a vivir conmigo, ella vino, conoció al niño y mi esposo le pidió que si podía venir a ayudarnos porque el niño nació a principios de diciembre y él tenía vacaciones hasta el 15, le preocupaba este primer periodo en que no podía estar todo el tiempo, entonces él le pidió a su hermana que si podía apoyarnos»*

**Tere:** «Mi mamá me apoyo en todo, me cuido, me procuro, ella estaba muy feliz por mí, me atendía, veía a la niña, me preguntaba ¿Cómo estás? Yo intentaba no preocuparla, le decía que lloraba de felicidad, pero en realidad me sentía muy triste»

**Ana:** «Mis suegros me atendieron muy lindo el primer mes, me veían a mí, a mi bebé, nos consintieron mucho, estaban encantados, pero después todo esto se transformó para mal; cuando me fui a mi casa, mi familia pudo estar más presente conmigo, me apoyaron en todo lo que resto de mi proceso de puerperio»

En este proceso de puerperio podemos apreciar que las principales fuentes de apoyo y acompañamiento para esta población de estudio, se encontraron conformadas por las madres, los padres, las suegras, las cuñadas, las parejas, las amigas y especialistas; todas las mujeres entrevistadas tuvieron el apoyo de alguien durante este proceso.

Mientras que el trato de la pareja hacia las mujeres durante su proceso de puerperio, en algunos casos fue ejerciendo su paternidad y en otros de violencia, cada una de ellas nos externa su experiencia.

**Gloria:** «Apoyo y paciencia»

**OI:** «El papá de la niña me hablaba para saber si me apoyaba en algo, que cómo estaba la niña y yo, me hablaba para decirme ‘Tengo contigo dos pollitos’ que porque había soñado que salía con alguien, se volvió más inseguro, me marcaba constantemente»

**Adry S:** «Muy bueno, si ya estaba yo muy estresada, él cuidaba al niño también, hasta la fecha el cambia pañales, lo baña conmigo, está muy metido en el cuidado del niño»

**Chelo:** «Fue muy bueno, aguantábamos juntos las desveladas, hubo un momento de ajuste cuando nos estábamos metiendo más en lo cotidiano, había cierta tensión, pero aguantamos bien como pareja, hubo mucho apoyo»

**Blanca:** «Muy bueno, estuvo muy al pendiente de mí y la bebé, así como de nuestras necesidades»

**Gabriela:** «Me chiqueó mucho, 'perdiste mucha fuerza, está bien, el niño es importante, pero no te vayas a quedar sin alimentarte', los primeros días que necesitaba irse a trabajar, me dejaba todas las cosas listas, iba, venía, regresaba, dejaba todo listo, me paraba solo a bañarme, las necesidades básicas y ya. Mi esposo me fajaba, me revisaba la herida, me acompañaba a revisión, tomó la responsabilidad y yo lo permití»

**Tere:** «En esta etapa nos separamos yo y mi esposo, pues él prácticamente nunca estaba en casa y yo tuve que continuar con mi bebé sola, siempre me culpaba de que le dedicaba mucho tiempo a la niña y no a él, llegó a intentar obligarme a tener relaciones sexuales y fue cuando marque mis límites apenas tenía 2 semanas de nacida mi hija y había sido cesaría, yo no estaba ni en condiciones físicas, mucho menos emocionales, me sentía muy mal, no tuve ningún apoyo de su parte solo reproches, cargaba a la niña me decía que la quería, pero después se iba, pero no quería sacar sus cosas de mi depa, un día me fui a casa de mi hermana ya que vive lejos de la ciudad y deje cerrado mi departamento, no mantuve contacto con él durante 1 mes, mi hermana me ayudo mucho en este proceso, después llegamos a un acuerdo y se llevó sus cosas definitivamente»

**Ana:** «Pues mi esposo nunca hizo nada, cuando su familia me hacía comentarios, no marco límites, pero sí estaba muy feliz con nuestro hijo y me apoyaba mucho yo creo que esto le molestaba a su familia verlo tan entregado a mí y a su hijo»

La pareja representó para esta población de investigación, apoyo, acompañamiento y paternidad responsable. Durante el proceso de puerperio las parejas se involucraron en los cuidados de sus hijos, así como de su pareja, en el caso particular de OI se ejerció violencia psicológica, de igual forma para con Tere, pero ella además padeció violencia sexual.

Por otra parte, en el trato de la familia nuclear hacia las mujeres durante su proceso de puerperio la mayoría de las entrevistadas expresó recibir principalmente apoyo para con ellas y su hija o hijo, paciencia, respeto, amor, acompañamiento y llamadas telefónicas. En el caso de OI, Adry S y Gabriela externaron otras circunstancias.

**OI:** «Mucho apoyo, mi mamá se desesperaba ya que no podía apoyarme al 100% por su trabajo»

**Adry S:** «Nada más vinieron a visitarlo una vez, mi mamá es una persona mayor, yo no me apoyo mucho con ella para el cuidado con el niño, por esa razón. Cuando se va mi amiga, contrato una persona para que me ayude»

**Gabriela:** «Estuvieron ausentes. Solo llamadas telefónicas esporádicas; en cuanto a presencia física fue poca, me hubiera gustado que estuvieran más cercanos»

En la mayoría de los casos se observó apoyo y acompañamiento para las mujeres entrevistadas y sus hijas o hijos, incluso en el caso de OI su madre deseaba apoyarla más, pero su trabajo se lo impedía, en cuanto a Adry S ella estaba consciente de que su madre no podría apoyarla, por lo tanto, busco apoyo extra y en el caso de Gabriela ella hubiera deseado más cercanía por parte de sus familiares.

En relación, al trato de la familia extendida hacia las mujeres durante su proceso de puerperio, las ocho mujeres entrevistadas explicaron el comportamiento de sus familiares durante esta etapa, en algunos casos resulto benéfico en otros se observó la presencia de violencia.

**Gloria:** «De apoyo, me echaban porras, mi suegra me llevó una faja, ya que me veía preocupada por recuperar mi figura»

**OI:** «Su mamá quería irse a vivir conmigo, pero yo no acepté ya que no tenía ni la confianza, ni un buen trato hacia mi persona de su parte. El papá de mi hija llevó como 25 personas a conocer a la niña, yo me sentí incómoda, ya que tenía pocos días de nacida y yo estaba recuperándome y adaptándome; más allá de esa visita, no estuvieron presentes nunca en la vida de mi hija»

**Adry S:** «La familia de él, por videollamada»

**Chelo:** «No los vi, vinieron a los 15 días a conocer a la bebé y de allí no los volví a ver hasta que la niña tenía como tres meses»

**Blanca:** «Muy bueno»

**Gabriela:** «Muy ausentes, solo mi cuñada»

**Tere:** «Me trataron fatal, yo evite verlos, pero acudieron a mi casa a conocer a la bebé, sus comentarios fueron 'hubiera sido niño, con tu edad ya no van a poder tener otro, se va a perder el apellido contigo hijo, bueno ya después te consigues una más joven que sí quiera tener hijos a su edad, no cuando sea abuela' en fin ya es historia, obviamente me separe de él, así que ni ya ni recordar»

**Ana:** «Ya lo había externado antes, pero...en resumen, al principio se portaron bien, después volvieron a ser los mismos de siempre, acabo de recordar que en algún momento me dijeron 'vaya hasta que estas agarrando cuerpo al menos ya no estas tan flaca, sí que te hacía falta ser mamá'»

Cabe resaltar que en algunos de los casos las mujeres externaron apoyo y un buen trato por parte de la familia extendida, otras de ellas manifestaron que no existió acompañamiento, apoyo, colaboración, ni presencia durante esta etapa, la ausencia de la familia extendida, se hizo notar para con ellas. En el caso de Tere y Ana se observa la presencia de violencia psicológica.

#### **4.9. Categoría 8: Experiencias de violencia**

En la octava y última categoría, se pretende conocer la experiencia de las mujeres en su proceso de embarazo, parto y puerperio, preguntándoles directamente respecto a la violencia que ellas alcanzan a percibir, cabe señalar que cada una de ellas, externo lo que considero violencia en los diferentes apartados.

Lo primero que se tomó en cuenta fue la violencia durante el proceso de embarazo, parto y puerperio por parte de la pareja y/o algún miembro de la familia, a tal efecto OI, Gabriela, Tere y Ana externaron su experiencia.

**OI:** «Muchos celos, inseguridad»

**Gabriela:** «Me daba tristeza la actitud de mi mamá, pero porque yo tengo paradigmas y creía que mi mamá tenía que actuar de una manera diferente. Me hubiera gustado que me platicara más sobre cómo hacer un cambio de pañal, cómo cargar un bebé, sobre los cuidados, me hubiera gustado que también a mí me hubiera traído las hierbas postparto y poder hacer el baño de hierbas. Entiendo

*que tenía dos hijas recién paridas con siete días de diferencia, era muy complicado para ella, pero me hubiera gustado. Una vez discutí también con mi esposo»*

**Tere:** *«Mi esposo ejerció mucha presión en mí, durante todo mi proceso de embarazo junto con su mamá, sus hermanas, su familia, mi idea era formar mi familia con él y en el intento me sentí muy triste, me sentía sola, lloraba, hasta que dije hasta aquí, no más»*

**Ana:** *«Muchos insultos, que, aunque yo decía que no, sí me afectaron, fue difícil convertirme en madre y vivir en constante comparación, luchar contra mis ideales, los de mi pareja y de paso los de su familia, por eso mejor me separé, porque el tampoco hacía nada para que las cosas fueran diferentes, le pedí muchas veces que nos fuéramos a nuestra casa, pero él no quería»*

La pareja aparece como un factor generador de violencia psicológica, así como la familia extendida, en el caso de Gabriela esperaba más apoyo y acompañamiento por parte de la madre, lo cual le generó angustia y tristeza.

Ninguna mujer de esta población de estudio manifestó situaciones de riesgo durante su proceso de EPP, lo cual nos indica que mantenían los cuidados adecuados a lo largo de su proceso, puesto que tuvieron los medios para estar informadas todo el tiempo a cerca de las diferentes etapas de su embarazo. En consecuencia, todas las mujeres entrevistadas consideraron los cuidados necesarios durante su embarazo y los llevaron a la práctica.

**Gloria:** *«Alimentación, vitaminas, ácido fólico, ejercicio, caminar, citas médicas, no frecuentar lugares peligrosos, conciertos masivos, ni transporte público, metrobús, micros»*

**OI:** *«Alimentación, vitaminas, descanso»*

**Adry S:** *«Comer sano, tomar los suplementos que me mandaba el doctor»*

**Chelo:** *«Muchos, mi alimentación el sueño, como lo deseaba tanto cuidaba hasta lo que leía, lo que veía, soy de la idea de que uno trasmite muchas cosas al bebé o puede ayudar mucho al bebé, entonces sí cuidaba todo, lo que comía, lo que hacía, lo que vivía, no peleaba»*

**Blanca:** «Ir al ginecólogo, no tener demasiado esfuerzo, comer bien, no consumir café»

**Gabriela:** «Alimentación, ejercicio y de esfuerzos. Mi esposo sabía que para mí era importante leer sobre los procesos que iba experimentando, entonces sí tuve cerca los libros que requerí, me compró la pelota para ejercicios de profilaxis, caminaba, procuraba hacer ejercicio, mi esposo iba por mí, me preguntaba si quería que fuera por mí, tuvo atenciones conmigo»

**Tere:** «Todo lo que me indicaban los médicos y sí leía algo lo consultaba con ellos para tomar la mejor decisión, le ponía música a mi bebé en la pancita para estimularlo, cuidaba mi alimentación, me cuidaba por mi y mi bebé»

**Ana:** «Hacia ejercicio, dormía bien, me alimentaba sanamente, le hablaba a mi bebe, me daba masajes, acudía con el médico, ponía mis pies en sales y agua caliente para relajarme, me daba baños de tina, me aplicaba crema para evitar estrías y tomaba mucha agua»

Podemos analizar que la alimentación fue un factor importante para esta población de estudio, también eliminaron alimentos de su dieta, consumieron vitaminas, realizaron ejercicio, acudieron a sus citas médicas, y evitaron lugares que las pusieran en riesgo a ellas y sus hijos, lo cual nos corrobora el hecho de que sus embarazos fueron planeados, dado que tomaron todas las medidas preventivas durante el embarazo.

En cuanto al consumo de sustancias las mujeres entrevistadas nos exteriorizaron lo que consumieron y en algunos casos hasta que etapa del embarazo lo hicieron y cuál fue la cantidad de consumo.

**Gloria:** «Cafeína (adicta al café), cerveza o una copa de vino»

**OI:** «No consumo alcohol, no fumo, no consumo sustancias»

**Adry S:** «No consumo alcohol, cuando me enteré del embarazo dejé de fumar»

**Chelo:** «Cafeína al principio del embarazo»

**Blanca:** «Tabaco, bueno ya casi no consumía tabaco, disminuí el alcohol, a lo mucho tomaba una cerveza o una cuba, lo que me indicaba la ginecóloga que podía tomar»

**Gabriela:** «Cuando supe que estaba embarazada dejé el café»

**Tere:** «Consumía café antes del embarazo, los primeros meses lo deje, alcohol no consumo, ni ninguna otra cosa»

**Ana:** «Cerveza sin alcohol y cafeína, pero procuré no hacerlo tan frecuentemente como antes, el cigarro y cualquier otra sustancia como estimulantes que estuviera ingiriendo los dejé definitivamente incluso unos meses antes de comenzar a planificar mi embarazo»

Una constante dentro del consumo de sustancias en esta población de estudio fue el café y el alcohol, otras de ellas fumaban y una consumía sustancias (principalmente para no dormir y mantenerse alerta), en algunos casos las mujeres dejaron su consumo por completo al enterarse de su embarazo, algunas disminuyeron la cantidad y otras dejaron su consumo desde que planificaron su embarazo.

En lo que respecta a la violencia verbal, algunas mujeres mencionaron no haberla notado en su proceso, en cambio otras de ellas expresaron algunas de las problemáticas que tuvieron y las relacionaron a este apartado.

**OI:** «El padre de mi hija es mal hablado, usa palabras altisonantes, 'chinga, puta madre'. Recibí críticas por mi peso, en el trabajo, me decían, 'Cuando viene OI se nota cuando entra, pero nada más se le ve la panza, no se le ve nada más, se nota cuando va dando la vuelta'»

**Chelo:** «Sí, dos, una cuando estaba toda hormonal en el puerperio y comencé a discutir con mi mamá, la verdad yo tuve la culpa porque mi mamá me dijo, 'si es como tú quieres, no voy a discutir' y la otra fue con mi esposo, la razón fue en dónde íbamos a terminar el puerperio, si ya nos regresábamos a casa o si nos quedábamos con mi familia, con mis papás, eso nos generó un disgusto. Y gritos sí, con mi esposo»

**Blanca:** «Dos veces durante mi embarazo con mi mamá tuve alguna discusión por teléfono y como yo decidí no engancharme, terminaba las llamadas rápido»

**Gabriela:** «Una discusión con mi esposo que recuerdo, tenía como 8 o 9 meses ya casi para nacer el bebé. Lo que ocurrió es que yo estaba muy enojada y él trataba de tranquilizarme, yo le decía 'ya me voy, no quiero saber nada, adiós', y él me decía 'no te puedo dejar, permíteme voy, yo te respeto, si no quieres estar



*conmigo perfecto, pero permíteme ir a dejarte a la casa y me voy, no te puedo dejar que te vayas sola', pero como yo no cedía, me alzó la voz, me tranquilicé, se tranquilizó, nos esperamos un momento, dejamos pasar un momento, luego caminamos a la casa, dejamos que se liberara la tensión y luego lo platicamos»*

**Tere:** *«Sí por parte de mi esposo, con sus comentarios que me hacían daño, sobre todo ya que tuve a mi bebé, por ejemplo 'vieja y con una hija, nadie te va a querer'»*

**Ana:** *«Mis cuñadas, me decían 'tu obligación es tu hijo y tu esposo atiéndelos, nosotros tuvimos a nuestros hijos y al otro día ya andábamos lavando la ropa del bebé preparando la comida, ya ponte a hacer algo, no te vas a quedar nada más acostada, como te sientes la gran cosa, crees que todos tenemos que estar a tu disposición, mi hermano esta para que le sirvas, no para servirte' mi suegro me decía 'Ya para que vas a trabajar, aquí tienes todo lo que necesitas, debes quedarte en casa a atender a tu familia'»*

Cabe mencionar que las mujeres entrevistadas manifestaron lo que ellas percibieron como violencia verbal durante su proceso de embarazo, parto y puerperio, en algunos de los casos se denotan comentarios relacionados al peso, la edad, el lugar de vivienda, así como a las obligaciones y roles de género que le corresponden a cada individuo, en algunos casos la violencia verbal es muy visible.

En relación a la violencia psicológica algunas de las mujeres manifestaron que no presenciaron este tipo de violencia, por el contrario, en algunos casos sí se hizo presente y las mujeres entrevistadas lo externaron.

**OI:** *«Celos, misógino, 'Tengo contigo dos pollitos' que porque había soñado que salía con alguien. Por trabajo no estaba, pero no lo sentí como abandono, porque era por el trabajo. Indiferencia por los celos que él sentía, me dejaba de hablar. Los celos se incrementaron en el puerperio, cuando la niña ya tenía un mes»*

**Chelo:** *«Críticas por mi directora de tesis, me decía que no la iba a terminar. Por parte del personal del ISSSTE, me decían que era descuidada, me decían que no me iban a atender en ese hospital porque no me tocaba. Yo sentí agresivos los comentarios de 'Ay, ya al fin, ya lo lograste', por parte de mis primas. Indiferencia por parte de mis amigas que no eran mamás, como todo mi mundo era feliz porque*

*tenía mi embarazo, siento que ya no coincidíamos, sentí abandono también porque las buscaba, y pues ellas ya no estaban en el mismo ritmo»*

**Blanca:** *«Chantajos e indiferencia de mi mamá y mi hermano»*

**Gabriela:** *«Mi mamá me criticaba ya que no estaba de acuerdo en que yo hiciera movimientos físicos, entonces les decía a mis hermanos ‘Tu hermana sigue recogiendo las cosas, sigue haciendo quehacer, sigue saliendo a caminar’, hubo insistencia en que me quedara quieta. Sentí abandono por parte de la familia, por parte de los seres que dicen quererte. Indiferencia principalmente de mis hermanos. Mi hermana expresó, ‘¿Por qué sí le da alegría el embarazo de Gabriela y el mío no?’»*

**Tere:** *«Como me sentía tan triste y mal, mi ex llegó a decirme ‘todas las mujeres nacen con instinto para ser madres, pero tú no vales como mujer estas toda arrugada, manchada y fea’ cuando me sentí más fuerte le dije ‘sabes que sácame tus cosas de la casa, ya basta, no quiero que sigamos haciéndonos daño’ me dijo ‘esto no se queda así’ al otro día su familia me mandó un mensaje de texto diciéndome ‘jajaja cuantos gritos, eres bien histérica, no aguantas nada y eso que fue cesárea imagínate si hubiera sido natural, al momento no sabía si me lo decían por lo que le dije a él un día antes o qué, después me llegó otro mensaje diciéndome que bonito recuerdo tiene mi hijo de cuando tuviste a Julieta’, no podía creer que Jorge hubiera caído tan bajo al mostrarles mi video en labor de parto, el cual era personal, eso me hizo venirme abajo otra vez.*

**Ana:** *«Sentí mi capacidad para ser madre criticada constantemente por la familia del papá de mi hijo me reiteraban que no era capaz, que no podía, que no sabía, hacían comparaciones de mi carrera con el ser madre ‘si como eres madre trabajas en el hospital no quiero imaginarme pobres pacientes’ mi suegra llegó a comentarme ‘deberías agradecer que tu hijo nació sano, bueno quien sabe verdad que vaya a presentar después, eres una irresponsable al querer irte a trabajar y dejar a tu hijo a la buena de Dios’ era tanta la presión que mi esposo en un enojo llegó a decirme ‘no sirves para nada pobre de mi hijo con una madre como tú’ todo esto paso tan rápido, casi un mes de amor, felicidad, buenos tratos, atenciones, cariño, fue hermoso, pero después vinieron los comentarios que comenzaron inocentes pero llevaban una intención de herir y generar problemas obviamente yo no estaba para permitir.*

En esta población de estudio se manifestó principalmente violencia psicológica, la cual tuvo lugar en la mayoría de las mujeres entrevistadas durante la etapa del puerperio. Por parte de la pareja, la familia extendida y otros actores no contemplados como la tutora de tesis, las amigas y el personal de salud, se externó una o algunas de las siguientes problemáticas, celos, inseguridad, indiferencia, abandono, chantaje, desacuerdo con los estilos de crianza, ignoración, desvalorización, comentarios despectivos, críticas respecto a la edad, burla, humillación, menosprecio y rechazo. También aparecieron otras violencias que no se estaban considerando en la investigación como violencia de género y violencia obstétrica.

En torno a la violencia sexual, algunas de las mujeres entrevistadas respondieron con un no rotundo al hecho de haber recibido violencia sexual; otras de ellas externaron su visión al respecto.

**Gloria:** *«Me preguntaba cómo me sentía durante el sexo, sí quería o no y que posición me era más cómoda»*

**Chelo:** *«En el puerperio mi esposo me chantajeaba un poco, el hecho de que ya se había esperado mucho, durante el embarazo»*

**Gabriela:** *«Abandono sexual sí, no me quería tocar, durante el periodo del principio del embarazo, él me decía ‘discúlpame, eres bellísima, te quiero mucho, pero me da miedo lastimar al bebé, no sé sí mi cuerpo pueda lastimarlo y me da miedo’»*

**Tere:** *«Sí, como ya lo había mencionado anteriormente, él llegó a intentar tener relaciones conmigo cuando yo no quería, acababa de tener a mi bebé, no tenía ni 15 días y para ser sincera en alguna ocasión sí me obligo ya tenía como 1 mes y fracción mi bebé, yo le dije que no en repetidas ocasiones y él no tuvo ni la más mínima delicadeza a pesar de mi cirugía, solamente se preocupó por su placer, me sentí fatal, usada, triste, me puse a llorar y él me dijo ‘hay no es para tanto, no inventes, yo pensé que sí querías, pensé que me extrañabas como yo a ti, tanto drama a tu edad eso ya no te va e... además acabas de tener una hija ya madura’ después de eso nuevamente tome fuerza y dije no, ni una más y me separe de él anteriormente ya te explique cómo lo logré, porque él se aferraba y no quería, me agarro en un momento muy vulnerable.»*

En el caso específico de Gloria podemos distinguir el contraste entre continuar disfrutando su sexualidad de forma consensuada y con respecto a los casos de Chelo, Gabriela y Tere se observa todo lo contrario. Se entrevén diferentes factores para con estas últimas mujeres mencionadas como falta de comunicación, desinformación, obligación, coerción, violación y con ello la presencia de violencia sexual. Particularmente con Gabriela se analiza que existió desinformación por parte de su pareja con respecto a su sexualidad durante la etapa del embarazo, además del miedo a experimentar nuevamente la pérdida de su hija o hijo.

Referente a la violencia económica algunas de las mujeres que se entrevistaron externaron no haber padecido la misma, en cambio otras manifestaron los diversos acontecimientos en que percibieron el ejercicio de violencia económica para con ellas.

**Gloria:** «Críticas acerca del hospital que elegí y del doctor, porque es un hospital caro y el doctor era director del hospital y sus honorarios son altos, del porqué un parto en agua, porqué ese doctor. Puedo escatimar en muchas cosas, pero en la salud y educación de mis hijos nunca voy a escatimar»

**OI:** «Yo vivía con mis papás, entonces tenía que cubrir también algunos gastos, eso a él le molestaba, decía que de su dinero yo les daba a mis padres. Le compró una cuna a su hija, pero cuando se enojó la regaló, lo mismo me llegó a hacer con su ropa»

**Chelo:** «Cuando yo estaba pensando renunciar, mi mamá me exigía, me vigilaba, me decía 'Mira, cómprate otra cosa, cómprale a la niña'. Porque yo regresé a trabajar y cuando gastaba algo en mí, entonces era como la exigencia de 'ya no, ya no gastes en ti, piensa en la niña'»

**Tere:** «Pues entre tantas discusiones, yo seguí insistiendo en que saliera de mi casa, nunca estaba y solo iba de vez en cuando, así que le pedí se llevara sus cosas, como no quería le dije que llamaría una patrulla, entonces tomo mi teléfono y lo estrello contra el piso para que no pudiera comunicarme, me moleste mucho y tome el de la casa entonces me amenazo con romper mi laptop, me vio tan decidida que la dejo en su lugar y se salió del departamento y se fue, pensé que ya no regresaría pero después ocurrió la vez que me forzó, también recuerdo que al principio del embarazo lo llegue a sorprender tomando dinero de mi bolso y le

*dije '¿que buscas?' y me dijo 'hay es que estaba buscando las llaves', le creí pero esto volvió a ocurrir en otras ocasiones, la verdad él se quedó sin trabajo era piloto y yo decidí apoyarlo porque éramos pareja, entonces prácticamente yo cubría todos los gastos de la casa y le compraba a él ropa, zapatos, todo, con mi embarazo me enfoqué más en mí, mis cuidados y necesidades, él me decía ¿estas gastando mucho no crees? fue cuando él comenzó a tomar dinero»*

**Ana:** *«Mis cuñadas me comentaron que por que gastaba tanto en leche en polvo, que era muy cara e invertía mucho en algo que yo podía hacer que era alimentar a mi bebé, les comenté que yo la utilizaba como complemento, un día mi esposo me dijo 'ni siquiera eres capaz de amamantar a mi hijo, no tendríamos necesidad de darle otra leche, pero de tan flaca que estas tu leche ni siquiera lo satisface, ha de estar toda aguada, sin grasa ni sabor como tú, ya estas toda seca ni chichis tienes, estas abuela'»*

Se denota la presencia de violencia económica hacia algunas de las mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad, con respecto al control del dinero y gastos, privación de recursos económicos, limitación y control de los ingresos, así como pérdida, apropiación, sustracción y destrucción de bienes, principalmente por parte de la pareja.

Para finalizar se le pidió a cada una de las mujeres entrevistadas la conclusión a cerca de su experiencia durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

**Gloria:** *«Feliz, plena, estoy muy contenta, creo que tomé la mejor decisión de embarazarme en el momento que me embaracé, de tener al bebé en el momento que lo tuve, me siento acompañada con mi esposo, es proactivo, se hace cargo y no un papá que acompaña, él también está en todo el proceso. Estimulación temprana, natación, No me siento frustrada, en ningún aspecto, claro ya no es lo mismo»*

**OI:** *«Me sentí satisfecha, por el apoyo de mi familia, sentí que a él le faltó mayor acompañamiento conmigo, como por ejemplo a los ultrasonidos, más apoyo de parte de él hacia mí durante el embarazo, pero entiendo que tenía trabajo. Que mi parto fuera en un hospital particular ya que el trato es diferente y la cirugía de la cesárea quedó muy mal estéticamente. En otro momento al pasar los años asistí al ginecólogo al hospital de PEMEX y un médico me dijo 'dónde le hicieron*

esta salvajada', a lo que respondí que allí, al médico ya no le quedó más que quedarse callado»

**Adry S:** «Muy bien, es una dicha mi hijo, cada vez lo amamos más»

**Chelo:** «Es complicado, ha sido muy bonito y estoy muy feliz de ser mamá, es algo que me llena y me da mucha plenitud. Anhele tener un poco de crecimiento profesional, personal, otra vez, hacer el doctorado, porque estoy dedicándole mucho tiempo a ser mamá. La relación con mi mamá y mi papá se estrechó, con mi esposo también, le agarré un sentido más bonito a ser familia, tuve mucho apoyo. Hubiera querido que fuera un poco más libre, porque a veces me sentí un poco como dirigida, ordenada, 'Cuídate' y así, me hubiera gustado que fuera más de compañía, más solidario. Hay mucho estigma alrededor de la edad, los médicos te califican como «añosa», hay presión para ser mamá y para ya no ser mamá, es complicado. Una vez una señora me dijo que esa presión de ser mujer nunca se acaba, porque ella es una mujer mayor y no es abuela, 'todas mis amigas me siguen presionando porque yo soy la que no es abuela, eso a mí ya ni me toca', pero sí es una cuestión que tenemos que trabajar, que sea una maternidad por decisión a la edad que sea. Yo siempre sentí la presión social, desde que me casé a los 28 años, porque me fui a vivir con él desde los 25, a los dos años, ya estaban presionándome, me decían mis primas '¡Ya antes de los treinta!'"»

**Blanca:** «Muy contenta, muy satisfecha, muy enamorada de mi bebé. Tuve muchísimas demostraciones de amor que no me imaginé y de gente que no me esperaba. A la fecha sigo recibiendo grandes demostraciones de amor»

**Gabriela:** «Soy una mujer muy empoderada con relación a como fui, soy una mujer que ha retomado sueños, intereses, que ha descubierto en sí misma capacidades que no sabía reconocer, aprendí en la infancia a aceptar violencias muy graves y muy fuertes, también ahora he aprendido que en ese momento era una niña y ahora soy una mujer, me siento muy orgullosa de mí misma, de lo que estoy logrando. Que hoy soy capaz de decir esto sí lo estoy logrando, sí lo estoy construyendo, esto sí lo estoy rescatando. Tiene mucho que ver con la maternidad, porque ahora sé que hay una persona que se está modelando, y por otro lado, está aprendiendo el mundo desde la construcción que se hace en este espacio íntimo familiar y que además está aprendiendo cómo son las relaciones con otras personas y cómo son las relaciones con las mujeres desde su relación conmigo, y entonces eso me impulsa a ser cada vez mejor y me siento orgullosa

*de que lo voy logrando. Yo me sentí muy contenta, agradecida, apapachada en este momento, me entristece darme cuenta que en el embarazo, el parto y el puerperio no estuvo presente el apoyo familiar, el apoyo materno, pero ahora que lo pienso, que me estás ayudando a verbalizarlo, tiene toda la lógica del mundo, no tenía porqué haber sido diferente. Hubiera querido que hubiese más amor, más alegría por mi alegría, más por compartir»*

**Tere:** *«Me siento tranquila, estable, feliz, mi hija me dio mucha fortaleza pero sí la pase muy mal, la depresión posparto existe y yo pase por ella, fue difícil pero busque ayuda de mi hermana y ella me apoyo mucho, fui al médico, recibí terapia, nunca dude del amor a mi bebé solo no me sentía en condiciones emocionales y definitivamente ahora que me has hecho analizarlo la violencia que viví fue en un momento en que me sentí muy vulnerable, mi pareja no colaboro en nada, por el contrario me hundía más...de no haber tenido mi propio departamento y trabajo, así como el apoyo de mi familia no sé qué hubiera pasado ahora me encuentro más feliz que nunca»*

**Ana:** *«La maternidad debe ser deseada, yo desee mucho a mi bebé, lo planee, lo esperé, me preparé, a pesar de todo lo vivido con mi pareja y su familia siempre supe que mi hijo fue mi decisión y ellos lo reafirmaban siempre, así que sí, yo decidí tener a mi hijo en el momento que me sentí preparada y por ello con pareja o sin ella yo salí adelante, nunca dependí de él así que sin problemas»*

## Conclusiones

La postergación de la maternidad es un proceso que sigue en construcción, dado que la sociedad continúa en constante movimiento. Las presentes conclusiones son con el propósito de continuar dialogando y repensando acerca de este fenómeno, el cual cada vez es más visible en la sociedad actual, por lo cual se deben abordar las problemáticas relacionadas con la misma, considerando que aún faltan muchas voces por escuchar, experiencias por contar e investigaciones por imaginar.

La presente tesis tuvo como objetivo general analizar las experiencias de violencia familiar padecidas en el embarazo, parto y puerperio, de las mujeres primigestas que postergaron la maternidad.

Los objetivos específicos fueron conocer las experiencias de violencia familiar padecidas durante el embarazo, parto y puerperio de las mujeres primigestas que postergan la maternidad, y visibilizar los diferentes tipos de violencia que padecieron las mujeres durante cada una de estas etapas.

Resulta importante visibilizar si se logró atender a la pregunta que sustento esta investigación, así como a los objetivos, el cuestionamiento fue con respecto a cómo fueron las experiencias de violencia familiar durante el embarazo, parto y puerperio que padecieron las mujeres primigestas que postergaron la maternidad; en las observaciones que se realizaron podemos concluir que sí existió la presencia de violencia, la cual fue principalmente de tipo psicológica para con las mujeres que participaron en esta investigación.

En el análisis realizado en cuanto al perfil sociodemográfico de esta población de estudio se encontró que predominó el hecho de que las mujeres entrevistadas se casaron, tienen grados de escolaridad altos, ya sea licenciatura o posgrado, cuentan con estabilidad económica y vivienda propia, por lo que son independientes económicamente, lo cual era uno de los criterios de inclusión para esta investigación.



Estas particularidades les brindan la posibilidad de que, en caso de padecer violencia, su independencia les permita contar con un espacio propio al cual llegar, así como redes de apoyo a las cuales recurrir.

También se revelaron los siguientes datos, todas profesan una religión, la mayoría conformó una familia nuclear y tienen acceso a actividades socioculturales, cabe mencionar que no toda la población tiene acceso a las diversas actividades socioculturales que existen.

La mayoría de ellas cuenta con más de un empleo, lo cual representa no solo una doble jornada laboral, sino se podría hablar de hasta una triple jornada, ya que realizan actividades dentro del hogar, el cuidado de los hijos y algunas de ellas tienen más de una actividad que les remunera económicamente, lo cual les brinda una mayor estabilidad.

Aunado a esto se enfrentan actualmente por la pandemia de COVID-19, a vivir todos estos roles en un solo espacio (el hogar), con una fuerte carga de trabajo, con el llamado «Home Office», lo cual también ha impactado en sus actividades sociales y culturales, enfrentándose a un desgaste físico y emocional significativo para ellas y su salud.

Se puede observar que las mujeres que postergan la maternidad han modificado la idea patriarcal de que la toma de decisiones al interior del hogar es exclusiva de los hombres, por lo que ambos toman las decisiones. En el caso de OI se manifestó violencia por parte de la pareja y la familia de su pareja, por lo que tuvo que cambiarse a casa de sus padres durante el periodo del embarazo.

Se deja entrever la imposición social patriarcal en donde la familia nuclear es una de las instituciones básicas de ese orden social; lo cual podría ser una de las motivaciones de las mujeres de esta población de estudio al considerar importante tener

una pareja para tener hijos y en el caso particular de Tere y Ana mantenerse en situaciones de violencia por el deseo de formar una familia en pareja.

En este orden de ideas, podemos observar que algunas de las parejas y familiares de las mismas, quería relegar a las mujeres entrevistadas exclusivamente al cuidado de los hijos, solicitándoles dejaran sus actividades laborales. En el caso de OI a pesar de visualizar esta situación, considera que el padre de su hija es responsable y trabajador, dado que el mismo sistema patriarcal demanda esos atributos a los hombres, como proveedores del hogar. Para las mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad, representa una lucha constante el romper con los esquemas sociales patriarcales impuestos, al conformar su propia familia y su ideología en pareja, con la finalidad de contribuir a la educación de sus hijos y lograr un bienestar común.

Se observo que durante la contingencia por COVID-19 y los requerimientos del gobierno de suspender determinadas labores así como cerrar espacios, algunas personas han tenido que mantenerse dentro de sus hogares realizando diversas actividades, entre ellas las laborales, lo cual reduce los espacios vitales para cada persona y su desenvolvimiento respecto a otras actividades, generando conflictos entre los integrantes de las familias, tal como se visualizó en algunas de las experiencias de esta población de estudio.

En cuanto a los factores que intervinieron para la postergación de la maternidad, se encontró que, antes de embarazarse, las mujeres buscaban ser independientes económicamente, su realización profesional, su crecimiento personal y continuar con sus estudios académicos; otros factores que se encontraron en esta población de mujeres que influyeron en la postergación fueron los relacionados a problemas de infertilidad y la experiencia previa de la pérdida del neonato. A pesar de que todas las mujeres expresaron que la decisión de embarazarse fue propia, se analizó que uno de los componentes que influyó en esta decisión fue la presión sociocultural de convertirse en madres, dentro de la cual la edad se considera un factor en contra de las mujeres para

lograrlo; también se entrevistó que la formación de las mujeres desde niñas para «ser madres» juega un papel importante en la decisión de tener hijos.

En este sentido, en los casos de Tere y Ana se pone en evidencia la violencia psicológica ejercida para con ellas, con respecto a su decisión de ser madres en el momento que lo consideraron adecuado, incluso se les culpabilizó en el entendido de que durante el proceso de embarazo, parto y puerperio llegaron a tener complicaciones por su «negligencia al embarazarse a su edad».

En el caso de la edad, como se planteó en el primer capítulo, médicamente se le atribuyen problemas de salud a las mujeres primigestas mayores de 35 años; también existe una presión sociocultural en las mujeres desde edades tempranas para convertirse en madres, y se les inculca que la juventud debería estar asociada a ello, por lo cual se aprecia la permanencia de códigos culturales, e impacta en la decisión de las mujeres de tener hijos por considerar que la maternidad complementa a las mujeres, como si todos sus logros académicos, laborales, económicos y de patrimonio, no fueran suficientes.

Es importante resaltar que las mujeres de esta población de estudio, tenían muy claros sus objetivos y proyectos antes del embarazo, los cuales estuvieron encaminados a desarrollarse profesionalmente, estudiar, viajar y la adquisición de vivienda, se analizó que esto fue con el propósito de tener y mantener estabilidad económica para continuar realizando sus proyectos de vida, antes de decidir ser madres. Incluso hubo quien recurrió a la interrupción de su embarazo por considerar que no era el momento idóneo para esa responsabilidad.

Con respecto a sus proyectos durante el embarazo, las mujeres comienzan a centrar sus objetivos en su embarazo y el desarrollo del bebé, ajustándose a los mandatos sociales de centrarse en su «maternidad», por lo que, en algunos casos, estuvieron dispuestas a dejar de lado su proyecto de vida anterior al embarazo.

En cuanto a los proyectos que tuvieron después del embarazo, estos se ajustaron a los cuidados de sus hijos, a vivir su experiencia como madres y la modificación de su dinámica familiar, pero también, en algunos casos, buscaron retomar sus actividades laborales y académicas.

Otra característica es que se mantuvieron informadas con respecto a todo lo relacionado a su proceso de embarazo, así como a realizar preparativos para recibir a sus hijos. Son mujeres que viven su proceso informadas, conscientes, planificando cada detalle, leen, investigan, se preparan, lo cual, les permite conocer sobre los cambios en su cuerpo, las etapas que vivirán y a lo que se están enfrentando.

Se puede apreciar cómo los planes de vida de las mujeres tienen un antes y un después de la maternidad, los cuales se modifican para girar en torno a los hijos, ajustándose de esta forma a los códigos culturales del «deber ser una buena madre», modificando sus planes y proyectos anteriores a la maternidad.

Podemos concluir que esta población de estudio decidió postergar la maternidad porque tenían muy claro su plan de vida y culminarlo era su prioridad; si bien en algún momento pensaron en no ser madres, la presión social y familiar, así como la formación y preparación desde pequeñas a tener hijos, las llevó a embarazarse para cumplir con el «ser madres» y así la tan anhelada realización como mujeres. La decisión de embarazarse, debería de ser eso, una decisión personal, en la que las mujeres puedan desde su libertad y derechos elegir un embarazo o no.

En este caso todas las mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad, tuvieron la oportunidad de decidir sobre su cuerpo; por lo tanto, en estos casos la frase feminista «la maternidad será deseada o no será», se ejerció totalmente dado que fueron embarazos deseados, planeados y esperados. En algunos casos la decisión de embarazarse no fue suficiente para lograrlo, por lo tanto, algunas se tuvieron que someter a tratamientos de fertilidad para conseguir su objetivo.

Dentro de las principales emociones que experimentaron las mujeres al enterarse de su embarazo fueron miedo y alegría; algunas de las entrevistadas externaron que les implicó un cambio en sus vidas el hecho de estar embarazadas, como con respecto a su trabajo, en donde se presentó un tipo de violencia que no se estaba investigando, la violencia laboral.

En este aspecto también se vislumbró la presencia de violencia de género, alimentada por la cultura androcentrista, otorgándole a los hombres una posición central en el mundo, las sociedades, la cultura y la historia. Existe una presión sociocultural hacia las mujeres porque el primogénito sea hombre, bajo el supuesto de «conservar el apellido», relegando a las mujeres a un segundo plano, violando sus derechos humanos, ejerciendo a su vez violencia psicológica y verbal al no parir un hijo varón, actualmente se estaría generando un impacto al poder decidir que apellido llevan los hijos en primera instancia. Esta violencia aparece infringida por parte de la familia de la pareja y la pareja, hacia la población de estudio durante las etapas del embarazo y el parto, en donde aun sabiendo que se esperaba una niña, los padres siguen a la expectativa durante el nacimiento de que sea niño y lo externalizan.

Se encontró un caso paradigmático en relación a la edad, dos hermanas que se embarazaron al mismo tiempo, una con 38 años y la otra con 17 años, ambas tuvieron la posibilidad de decidir ser madres o no, y ambas desde su perspectiva decidieron ser madres en el momento que consideraron adecuado, cada una de ellas vive en paralelo su embarazo y su relación con la familia, así como la aceptación de la misma. Resultaría interesante realizar una comparación por edades para determinar las experiencias de violencia padecidas en cada grupo. Respecto a este caso es importante resaltar que no solo las mujeres que postergan la maternidad padecen violencia en sus diferentes manifestaciones en las etapas de su embarazo, parto y puerperio, pero en esta investigación si se encontraron especificidades con respecto a esta población de estudio y efectivamente parte de la violencia que sufren las mujeres se encuentra relacionada a su edad, develando que existe un marcado estigma asociado a la edad en que las mujeres deben embarazarse.

Tal es el caso de los juicios de valor que se manifestaron por parte del personal de salud, con respecto a la edad de las mujeres denominándolas «añosas», ejerciendo violencia obstétrica y psicológica para con ellas al etiquetarlas haciendo alusión despectiva a su edad, así como reafirmando esta violencia con comentarios ofensivos.

También se percibe la presencia de violencia psicológica por parte de la pareja, la familia de la pareja y del personal de salud con respecto a los cambios en el cuerpo de las mujeres generados por el embarazo en relación a el peso, ello nos permite observar los preceptos socioculturales existentes a los que se enfrentan las mujeres del «deber ser», con respecto al peso, ya sea ganarlo, mantenerlo o perderlo, adquiere un significado negativo o positivo para ellas. En este mismo sentido se presentó en uno de los casos rechazo sexual por parte de la pareja con respecto a los cambios relacionados a la producción de leche, motivo por el cual la pareja evito contacto sexual y generó comentarios despectivos ejerciendo violencia psicológica.

En los casos que se manifestaba violencia antes del embarazo, los niveles de esta bajaron, pues las parejas también mostraron más paciencia para con las mujeres y su proceso de embarazo. Por parte de la familia nuclear, el apoyo se manifestó en algunos de los casos; en otros, las mujeres externaron que faltó más acompañamiento y asistencia durante este proceso. La familia extendida asistió y acompañó en algunos casos a las mujeres durante su proceso de embarazo; en otros, prefirieron mantener distancia e incluso en algunos fueron las propias mujeres entrevistadas, quienes solicitaron su privacidad.

Cabe resaltar que, en toda la población de estudio, existió acompañamiento por parte de la pareja en el momento del parto. Durante esta etapa, no existió violencia de ningún tipo por parte de ellos, hasta el momento en que nació su hija en los casos de Ol y Tere, dado que sus parejas esperaban que fuera hombre, como ya se mencionó anteriormente.

Otro hallazgo de la investigación es que cada mujer entrevistada vivió su proceso de parto desde diferentes espacios, para algunas de ellas estos se determinaron dadas sus circunstancias. Las que se atendieron en hospitales del gobierno se enfrentaron a la violencia obstétrica, se les negó su derecho de estar acompañadas y el trato que se les dio a ellas y los neonatos fue deplorable. Otras, por el contrario, vivieron su experiencia en hospitales privados, lo cual les brindó la oportunidad de estar acompañadas en su proceso de parto por las personas que ellas eligieron. Cabe mencionar que la mayoría eligió a su pareja y amigas, sus madres no estuvieron presentes; también tuvieron la oportunidad de escoger la música, el ambiente, la posición y sus movimientos.

Conforme a su proceso de puerperio para nuestra población de estudio fue una etapa de cambios en la vida y rutina de las mujeres, dado que ellas ya tenían estructurado todo su proyecto de vida antes de la maternidad. A pesar de haber realizado algunos planes para la llegada de su hija o hijo, vivir la experiencia les implicó grandes retos, para retomar y continuar con su vida profesional, laboral, social, etc. Incluso el cambio de su cuerpo también es algo que llegó a impactarles. Estos cambios también se reflejaron en su relación de pareja, lo cual les generó conflictos en la reestructuración de su rutina, pero todas coinciden en que a pesar de todo lo que les implicó esta etapa de su vida, se sienten felices. Cabe señalar que, las mujeres también presentaron problemáticas relacionadas principalmente con su salud y la de sus hijos, y siguiendo la literatura, podemos reafirmar que las mujeres primigestas mayores de 35 años presentaron problemas en su salud.

En esta etapa reaparece la violencia en sus diferentes manifestaciones, Ol, Tere y Ana presenciaron violencia psicológica por parte de su pareja, se ejerció violencia económica hacia Chelo por parte de su madre y hacia Ol y Tere por parte de su pareja, experimentó violencia verbal Ana por parte de la familia de su pareja y padeció violencia sexual Tere por parte de su pareja, primero al intentar someterla para mantener relaciones sexuales y posteriormente al obligarla.

En el caso particular de Tere se ejerce violencia psicológica por parte de su pareja y la familia de la misma, dado que se reitera la edad como condicionante para ya no poder tener más hijos después del que acababa de tener, sin tomar en cuenta la decisión de ella respecto al querer otro hijo o no. En cuanto a Ana se ejerce violencia psicológica por parte de la familia de su pareja con respecto al cambio en la complexión de su cuerpo, relacionando el ser madre como condición para «tomar cuerpo». Cabe mencionar que Blanca y Tere presentaron depresión posparto, por lo cual el puerperio significó para ellas la etapa más complicada.

Se puede concluir que en ninguno de los casos planteados en la investigación se externó violencia física, tal vez porque es uno de los tipos de violencia más visibles y detectables, por lo cual se puede inferir que, de sentirse transgredidas por este tipo de violencia, dadas sus condiciones de independencia, las mujeres de esta población de estudio no permanecerían en esa relación. Esto se demuestra en los casos de OI, Tere y Ana quienes al ser violentadas abiertamente y reiteradamente deciden tomar inmediatamente las acciones necesarias para no continuar con su pareja.

Los resultados de este estudio permiten dar cuenta que las mujeres entrevistadas que postergaron la maternidad padecieron durante su proceso de embarazo, parto y puerperio, violencia psicológica, económica, verbal y sexual. A tal efecto se concluye que, a pesar de los recursos con los que cuentan, independencia económica, patrimonio propio, nivel educativo, edad, el número de hijos (primigestas), así como la decisión de ser madres, las mujeres continúan viviendo violencia por parte de la pareja, la familia nuclear y la familia extendida. Principalmente padecen violencia psicológica a veces, invisibilizada, naturalizada y justificada. Cada mujer que formó parte de este estudio, tuvo una historia que contar con respecto a su proceso de embarazo, parto y puerperio, y esta investigación les dio voz.

Asimismo, con estos resultados se pretende contribuir a la academia de Trabajo Social, para continuar desarrollando temáticas de este corte, crear intervenciones en atención a la problemática de violencia y darles voz a más mujeres. El alcance para



futuras investigaciones, son estudios acerca de las diferentes esferas del entorno social de las mujeres, como lo son el trabajo, la atención hospitalaria y la comunidad, para determinar si la violencia se manifiesta hacia esta población de mujeres, no solo en su ámbito familiar, sino en sus demás esferas sociales. Dentro de la violencia que manifestó la población de estudio fuera del ámbito familiar, se encontraron la laboral y obstétrica.

Por otra parte, las recomendaciones para próximos estudios, son discusiones colectivas de la postergación de la maternidad de forma presencial o a través de la creación de grupos de discusión o con el uso de la tecnología mediante grupos de Facebook o Blogs, que permitan a las mujeres conocer las experiencias de otras, pero en distintas latitudes del mundo.

Al mismo tiempo, la visibilidad a cerca de la postergación de la maternidad da cuenta al derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, así como el momento que ellas consideren adecuado para ser madres, sin presión social de la pareja o familia, por cumplir con esta diatriba social de que las mujeres tienen que ser madres para realizarse como mujeres. La maternidad debe ser una decisión personal, sin violencia de ningún tipo, ya que esta genera grandes estragos en la salud biopsicosocial de las mujeres y sus hijos, causando la muerte de ambos o alguno de ellos en los casos más severos, así como restando años de vida saludable a las mujeres, lo cual se traduce en un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.

## Referencias

- (2012). Recuperado el 2 de octubre de 2020, de Real Academia Nacional de Medicina: [https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL\\_BUS=3&LEMA\\_BUS=primigesta](https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=primigesta)
- (2020). Recuperado el 02 de octubre de 2020, de Definición.DE: <https://definicion.de/sinergia/>
- Badinter, E. (1981). *Existe el amor maternal?* Barcelona: Paidós.
- Beauvoir, S. (2012). *El segundo sexo*. Ciudad de México: Debolsillo.
- Bedregal, X., Saucedo, I., y Ríquer, F. (1991). *Algunos hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*. México, DF: CICAM.
- Beverly, B., y Dale, F. (1998). *The faces of motherhood*. New York : Birns.
- Beydoun, H., Al-Sahab, B., Beydoun, M., y Tamim, H. (2010). Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the Maternity Experience Survey. *Ann Epidemiol*, 20(8). doi:10.1016/j.annepidem.2010.05.011
- Bezares, B., Sanz, O., y Jiménez, I. (2009). *SciELO*. Recuperado el Diciembre de 2019, de Patología puerperal: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200015](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200015)
- Bogino, M. (Marzo de 2020). Maternidades en tensión. Entre la maternidad hegemónica, otras maternidades y no-maternidades. *Investigaciones Feministas*. doi: <https://doi.org/10.5209/infe.64007>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (14 de junio de 2012). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Recuperado el 8 de julio de 2020, de [https://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo\\_social/docs/marco/Ley\\_GAMVLV.pdf](https://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_social/docs/marco/Ley_GAMVLV.pdf)
- Campbell, J., y García, C. (2004). *Abuso durante el embarazo en países industrializados y en desarrollo. Violencia contra la mujer*.
- Castiblanco, N., Bejarano, V., Garzón, P., y Castañeda, L. (2015). *Guía de cuidado de enfermería a la mujer en el periodo posparto: Enfermería basada en la evidencia (EBE)*. Bogotá, Colombia. Recuperado el 1 de julio de 2020, de <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20posparto.pdf>
- Castro, R. (2004). *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. Cuernavaca: CRIM UNAM.
- Castro, R., y Bronfman, M. (julio - septiembre de 1993). Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una Discusión. *Cad. Saúde Pública*, 9(3), 375-394. Recuperado el 18 de agosto de 2020, de <https://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/24.pdf>
- Castro, R., Ruiz, G., Arenas, M., Juárez, S., y Barrios, N. (Enero-Marzo de 2002). Violencia contra mujeres embarazadas entre las usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social: un estudio sobre determinantes, prevalencia y severidad. *SciELO*, 8(31). Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252002000100011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252002000100011)
- Chelo. (13 de agosto de 2020). Entrevista a mujeres primigestas que postergan la maternidad. (C. F. Jiménez, Entrevistador)
- CNDH. (16 de abril de 2009). Recuperado el Diciembre de 2019, de Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.: <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>

- CNDH. (Diciembre de 2013). *Convención Belém do Pará*. Recuperado el 4 de Diciembre de 2019, de [https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/Material\\_difusion/convencion\\_BelemdoPara.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/Material_difusion/convencion_BelemdoPara.pdf)
- Coggins , M., y Bullock, L. (2003). The Wavering Line in the Sand: The Effects of Domestic Violence and Sexual Coercion. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(6-7). doi:10.1080 / 01612840305322
- Comisión de Formación y Divulgación. (2018). Recuperado el 02 de octubre de 2020, de [https://aegh.org/wp-content/uploads/2018/03/1.Introducci%C3%B3n\\_Alteraciones-cromosomicas.pdf](https://aegh.org/wp-content/uploads/2018/03/1.Introducci%C3%B3n_Alteraciones-cromosomicas.pdf)
- CONAPO. (2018). *Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente, 2009 y 2014*. Recuperado el 1 de Diciembre de 2019, de <https://datos.gob.mx/busca/dataset/salud-sexual-y-re>
- CONAVIM. (18 de marzo de 2016). *Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres*. Recuperado el 14 de septiembre de 2018, de <https://www.gob.mx/conavim/articulos/sabes-en-que-consiste-la-violencia-obstetrica?idiom=es>
- CONAVIM. (6 de Enero de 2017). Recuperado el 4 de Diciembre de 2019, de <https://www.gob.mx/conavim/documentos/ley-general-de-acceso-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia-pdf>
- Council on Scientific Affairs. (17 de junio de 1992). Violence against women: Relevance for medical practitioners. *JAMA*(23), 267.
- Cruz, J. C. (28 de Septiembre de 2018). *Proceso*. Recuperado el 14 de Junio de 2019, de <https://www.proceso.com.mx/553045/el-2017-el-ano-con-el-nivel-mas-bajo-de-nacimientos-en-mexico-en-10-anos-inegi>
- Dávila, I. (30 de julio de 2019). *LaJornada*. Recuperado el 31 de julio de 2019, de <https://www.jornada.com.mx/ultimas/estados/2019/07/30/disputadas-de-morena-en-edomex-buscan-legalizar-el-aborto-4879.html>
- Dillon, M. (14 de Junio de 2015). Todo sobre mi madre. (C. Zeiger, Entrevistador)
- Escobar, V. (2018). *Mujeres profesionales en ruptura con la maternidad: La decisión de no tener hijos y sus implicancias en las esferas de lo laboral y la salud sexual - reproductiva*. Concepción: Universidad de Concepción. Recuperado el 12 de Marzo de 2020, de [http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/3185/4/Tesis\\_Mujeres\\_Profesionales\\_en\\_ruptura\\_con\\_la\\_maternidad.Image.Marked.pdf](http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/3185/4/Tesis_Mujeres_Profesionales_en_ruptura_con_la_maternidad.Image.Marked.pdf)
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores Argentina.
- GIRE. (2019). *Grupo de Información en Reproducción Elegida*. Recuperado el 22 de Julio de 2019, de <https://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/#/>
- Gutiérrez, R. (1 de Julio de 2019). *Gaceta UNAM*. Recuperado el 2 de Julio de 2019, de <http://www.gaceta.unam.mx/mujeres-nomo-bajo-una-gran-presion-social/>
- Heise, L. (1994). *Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Programa Mujer* . Washington, DC: OPS.
- Henales, C., Sánchez, C., Carreño, J., y Espíndola, G. (2007). *medigraphic*. Recuperado el enero de 2020, de Guía clínica de intervención psicológica de mujeres con violencia doméstica: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2007/ip072d.pdf>

- Heras , B., Gobernado , J., Mora , P., y Almaraz , A. (Noviembre de 2011). La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. (S. E. Obstetricia, Ed.) *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 54(11). doi:10.1016/j.pog.2011.06.012
- Huth-Bocks, Levendosky, y Bogat. (2002). The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence Vict.*, 17(2), 169-185. doi:10.1891/vivi.17.2.169.33647
- Ilic, V., y Marchant, V. (2018). Maternidad tardía: ¿una decisión? Una lectura de las claves teóricas para la comprensión de la construcción biográfica de la maternidad actual. En A. Cárdenas , y M. Yévenes , *Mujeres, familias y trabajos. Un debate internacional*. Buenos Aires: TeseoPress. Obtenido de <https://www.teseopress.com/trabajofemenino/chapter/maternidad-tardia-una-decision-una-lectura-de-las-claves-teoricas-para-la-comprension-de-la-construccion-biografica-de-la-maternidad-actual/>
- IMSS. (Octubre de 2017). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el Noviembre de 2019, de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201710/320>
- IMSS. (2020). Recuperado el 14 de marzo de 2020, de Instituto Mexicano del Seguro Social: <http://www.imss.gob.mx/maternidad/estas-embarazada/cambios-durante-embarazo#:~:text=IMSS%20al%20Ciudadano%22-,Cambios%20durante%20el%20embarazo,abdomen%2C%20hablarle%20y%20ponerle%20m%C3%BAsica.>
- INEGI. (28 de Septiembre de 2018). Recuperado el 12 de Julio de 2019, de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/EstNamientos2017.pdf>
- INEGI. (28 de Septiembre de 2018). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Recuperado el 12 de Julio de 2019, de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/EstNamientos2017.pdf>
- INEGI. (21 de Noviembre de 2019). Recuperado el 23 de Diciembre de 2019, de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Violencia2019\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Violencia2019_Nal.pdf)
- INEGI. (23 de noviembre de 2020). *Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana (ENSU)*. Obtenido de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Violencia2020\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Violencia2020_Nal.pdf)
- INMUJERES. (2006). *Violencia en las relaciones de pareja*. Recuperado el 3 de Diciembre de 2019, de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100924.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100924.pdf)
- INMUJERES. (2007). *Glosario de género* (Primera Edición: Noviembre de 2007 ed.). (S. Larralde, y Y. Ugalde, Edits.) México: Instituto Nacional de las Mujeres. Obtenido de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100904.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100904.pdf)
- INMUJERES. (2020). Recuperado el 14 de marzo de 2020, de Portal Vida Sin Violencia: <http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/#>
- ISTSS. (s.f.). Recuperado el 02 de octubre de 2020, de International Society for Traumatic Stress Studies: [https://istss.org/ISTSS\\_Main/media/Documents/ISTSS\\_IntimatePartnerViolence\\_Spa\\_FNL.pdf](https://istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS_IntimatePartnerViolence_Spa_FNL.pdf)

- Izaguirre, A., y Calvete, E. (15 de septiembre - diciembre de 2014). Intimate partner violence during pregnancy: Women's narratives about their mothering experiences. *Psychosocial Intervention*, 23(3), 209-215. Recuperado el 10 de junio de 2020, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1132055914000143>
- Kabeer, N. (1999). *The conditions and Consequences of Choice: Reflections on the Measurement of Womens Empowerment*. UNRISD Discussion Paper.
- Lagarde, M. (2003). *Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción*. México.
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres*. Ciudad de México: UNAM.
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus.
- Lamas, M. (2003). *El género, la construcción cultural de la diferencia sexual*. Ciudad de México: Porrúa.
- Lugo, M., Pérez Baleón, F., & Sánchez Bringas, Á. (2021). *Cruzar el umbral reproductivo: mujeres mexicanas con un primer hijo/a después de los 30 años*.
- Manual MSD. (2019). Recuperado el 02 de octubre de 2020, de <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/infecci%C3%B3n-intraamni%C3%B3tica>
- Martí, A. (2011). *Maternidad y técnicas de reproducción asistida: un análisis desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias*. Castellón de la Plana: Universitat Jaume.
- MedlinePlus. (21 de Marzo de 2019). Recuperado el 12 de Julio de 2019, de <https://medlineplus.gov/spanish/femaleinfertility.html>
- Mersal, I. (2012). Sobre maternidad y violencia. *Makhzin*. Recuperado el 1 de julio de 2020, de <http://www.makhzin.org/issues/feminisms/maternity-and-violence>
- Moldenhauer, J. (junio de 2018). *Manual MSD*. Recuperado el 21 de octubre de 2019, de <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/el-puerperio-per%C3%ADodo-posparto/introducci%C3%B3n-al-puerperio-per%C3%ADodo-posparto>
- Montilva, M. (Abril-Junio de 2008). Postergación de la maternidad de mujeres profesionales jóvenes en dos metrópolis latinoamericanas. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 13(41), 69-79.
- MUJERES, O. (2019). Obtenido de <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/gender-equality/index.html>
- NICHD. (27 de mayo de 2020). Obtenido de <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/maternal-morbidity-mortality#:~:text=La%20morbilidad%20materna%20describe%20problemas,durante%20o%20despu%C3%A9s%20del%20embarazo>.
- Obregón, L. (septiembre de 2007). Primigesta de edad avanzada. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 67(3).
- Ol. (3 de agosto de 2020). Entrevista a mujeres primigestas que postergan la maternidad. (C. Jiménez Treviño, Entrevistador)
- Olmo, M., y Marre, D. (2010). *Antropología y reproducción: las prácticas y(o) la ética. Dilemas éticos en antropología: las entretelas del trabajo de campo etnográfico*. Madrid: Trotta.
- OMS. (2009). Recuperado el 03 de 12 de 2019, de Las mujeres y la salud: Los datos de hoy, la agenda de mañana: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO\\_IER\\_MHI\\_STM.09.1\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf?sequence=1)

- OMS. (29 de Noviembre de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 1 de Diciembre de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- OMS. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 10 de junio de 2020, de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>
- OMS. (2019). Recuperado el 21 de Octubre de 2019, de [https://www.who.int/topics/gender\\_based\\_violence/es/](https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/)
- OMS. (2020). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 10 de junio de 2020, de <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
- ONU. (7 de Febrero de 2000). Recuperado el 1 de Diciembre de 2019, de <https://undocs.org/es/A/RES/54/134>
- OPS. (1994). *Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud*. Washington, DC: OPS.
- Ortega, J., y Castro, L. (2019). *La postergación de la maternidad/paternidad: causas entre hombres y mujeres*. Estado de México, México: UNAM. Recuperado el 8 de Julio de 2020, de <http://132.248.9.195/ptd2019/mayo/0788839/Index.html>
- Ortega, S., Carballo, M., Sánchez, R., Monterrosas, D., y Ambe, K. (junio de 2017). Percepción de la fertilidad en mujeres en edad reproductiva, según edad. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(6). Recuperado el 8 de Julio de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412017000600364&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000600364&lng=es&nrm=iso)
- Palomar, V. C. (2005). Maternidad Historia y Cultura. *Revista de Estudios de Género. La ventana*(22), 35-67.
- Paz, O. (1981). *El laberinto de la soledad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Pérez, K. (2000). *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. Bilbao: Hegoa e Icaria.
- Pérez, M., López, G., y León, A. (Septiembre-Octubre de 2008). Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. *Acta Pediátrica de México*, 29(5).
- PGR. (junio de 2017). *Violencia Patrimonial y Económica contra las Mujeres*. (UIG, Editor, y P. G. República, Productor) Recuperado el 8 de julio de 2020, de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/242427/6\\_\\_Enterate\\_Violencia\\_economica\\_y\\_patrimonial\\_contra\\_las\\_mujeres\\_junio\\_170617.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/242427/6__Enterate_Violencia_economica_y_patrimonial_contra_las_mujeres_junio_170617.pdf)
- Portocarrero, P. (1990). *Mujer en el desarrollo. Historia, límites ya alternativas*.
- Prieto, B. (2012). Cuidado de enfermería domiciliario durante el puerperio a la luz de la teoría de los cuidados. *CUIDARTE*, 3(3). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v3n1/v3n1a17.pdf>
- Quintana, V. (2019). Sin miedo. México, México.
- RAE. (2020). *Real Academia Española*. Recuperado el 2 de octubre de 2020, de <https://dle.rae.es/otrora>
- Raphael-Leff, J. (1982). *Psychotherapeutic needs of mothers-to-be*.
- Rich, A. (1996). *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. New York: W. W. Norton.
- Rodríguez, G. (26 de abril de 2019). *LaJornada*. Recuperado el 10 de Julio de 2019, de <https://www.jornada.com.mx/2019/04/26/opinion/018a2pol>

- Rubín, G. (1975). *The Traffic in women: Notes on the "Political Economy" of Sex*. Nueva York : Monthly Review Press .
- Sánchez Bringas, Á. (2015). Para Compartir. (A. Oyosa Romero, Entrevistador)
- Sánchez, Á. (1 de Diciembre de 2009). *Perinatología y Reproducción Humana*. Recuperado el Noviembre de 2019, de Medigraphic: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip094h.pdf>
- Sánchez, Á. (s.f.). *Nuevas Maternidades o la desconstrucción de la maternidad en México*. Recuperado el Noviembre de 2019, de PUEG UNAM: [http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/030\\_04.pdf](http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/030_04.pdf)
- SNS. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Andalucía, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado el 1 de Julio de 2020, de [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_533\\_Embarazo\\_AETSA\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf)
- SSA. (2009). *Secretaría de Salud*. Recuperado el 21 de octubre de 2019, de <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/eyr/IMSS-052-08.pdf>
- SSA. (9 de Julio de 2019). *Interrupción Legal del Embarazo (ILE)*. Recuperado el 2019, de <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/>
- Téllez , I. (2018). *Factores de riesgo para la violencia en las mujeres embarazadas en el Hospital Regional de Nezahualcóyotl*. México: UNAM. Obtenido de <http://132.248.9.195/ptd2018/agosto/0779344/Index.html>
- Tepichin, A. (2010). *Política Pública, Mujeres y Género*. México: El Colegio de México.
- Tuber, S. (1996). *Figuras de la madre* . Madrid : Cátedra .
- UNAM. (23 de abril de 2019). *Dirección General de Comunicación Social*. Recuperado el Julio de 8 de 2019, de [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019\\_278.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_278.html)
- UNICEF. (2020). Recuperado el octubre de 21 de 2020, de [https://www.unicef.org/spanish/protection/57929\\_58001.html](https://www.unicef.org/spanish/protection/57929_58001.html)
- Unión, C. d. (2012).
- Warren, S., y Brewis, J. (2004). *Matter over mind? Examining the experience of pregnancy*.
- William, R., Palacios, J., Oscuivilca, E., y Peña, A. (18 de Abril de 2019). *Redalyc*. Recuperado el Noviembre de 2019, de El primer embarazo en mujeres mayores de 35 años de edad: <https://www.redalyc.org/html/3234/323428199010/>
- Yank , D., Bradley, E., y Harvey, E. (17 de junio de 1992). Violence against women: Relevance for medical practitioners. *JAMA*(23), 267. doi:10.1001 / jama.1992.03480230076032
- Yáñez, S. (2004). *La flexibilidad laboral como nuevo eje de la producción. Cambios en los patrones de normalidad del empleo*.
- Yáñez, S. (enero-junio de 2017). Una genealogía feminista para abordar la maternidad como institución y como experiencia. El legado de Adrienne Rich. (U. d. Valle, Ed.) *La manzana de la discordia*, 12(1). Obtenido de <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v12i1.5477>
- Zamudio, F., Ayala, M., y Arana, R. (Julio - Didiembre de 2014). Mujeres y hombres. Desigualdades de género en el contexto mexicano. *Estudios Sociales*, 22(44). Obtenido de Mujeres y hombres. Desigualdades de género en el contexto mexicano: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-45572014000200010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572014000200010)

Zicavo, E. (2013). Dilemas de la maternidad en la actualidad: Antiguos y nuevos mandatos en mujeres profesionales de la ciudad de Buenos Aires. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, IV(38), 50-87. Recuperado el 10 de junio de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-94362013000200004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362013000200004)



# Anexos



**UNAM**  
**POSGRADO**



## A.1 Guía de entrevista mujeres primigestas que postergan la maternidad

**CÓDIGO: 00 (Piloto)**  
**ENTREVISTADORA: FERNANDA**  
**ENTREVISTADA:**  
**ESCENARIO:**  
**HORA DE INICIO:**  
**HORA DE TERMINO:**

**OBJETIVO DE ENTREVISTA:** Conocer las experiencias de violencia familiar padecida durante las etapas de embarazo, parto y puerperio de las mujeres primigestas que postergan la maternidad.

### CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA (CPV)

\_\_\_\_\_  
 (Nombre Completo)

En forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción apruebo que la Lic. en Psic. Cecilia Fernanda Jiménez Treviño me realice esta entrevista. Dadas las circunstancias de emergencia sanitaria por el virus COVID-19, así como, las indicaciones que nos impiden mantener contacto directo, la entrevista se realizará mediante una plataforma digital.

Consiento en proporcionar la información que se me solicite y estoy de acuerdo en que se grabe la entrevista, ya que me encuentro enterada de que los datos que se obtendrán serán utilizados con fines de investigación.

La información que proporcione, mediante mis respuestas, será de carácter confidencial, en caso de sentirme incómoda por alguna de las preguntas, me encuentro en libertad de suspender la entrevista.

Acepto contestar \_\_\_\_\_

Firma de la entrevistada \_\_\_\_\_

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

CATEGORÍA 1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	
<b>OBJETIVO:</b>	Investigar la estructura y el contexto sociocultural de la entrevistada.
<b>DIMENSIONES (SUB-CATEGORIAS):</b>	
<b>1. ESTRUCTURA FAMILIAR</b>	
<b>NOMBRE:</b>	
<b>EDAD:</b>	
	¿A qué edad se embarazó?
<b>ESTADO CIVIL:</b>	
<b>ESCOLARIDAD:</b>	
<b>OCUPACIÓN:</b>	
<b>PERCEPCIONES:</b>	
	a) 15, 000 a 24, 999    b) 25, 000 a 34, 999    c) 35, 000 a 44, 999    d) Más de 45, 000
<b>TELÉFONO:</b>	
<b>2. ASPECTOS SOCIOCULTURALES</b>	
<b>RELIGIÓN:</b>	
<b>ACTIVIDADES ECONÓMICAS:</b>	
<b>ACTIVIDADES SOCIALES:</b>	
<b>ACTIVIDADES CULTURALES:</b>	
<b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:</b>	
<b>DOMICILIO (ALCALDÍA):</b>	
	¿Durante su embarazo, parto y puerperio en dónde vivía? Si se cambió de residencia, ¿Por qué cambio de lugar?
	¿Con qué integrantes de la familia vive actualmente?
<b>ESTADO CIVIL:</b>	
	¿Quiénes conforman su familia?

CATEGORÍA 2. POSTERGACIÓN DE LA MATERNIDAD	
<b>OBJETIVO:</b>	Determinar la relación y toma de decisiones con la pareja.
<b>DIMENSIONES (SUB-CATEGORIAS):</b>	
<b>1. RELACIÓN CON LA PAREJA</b>	
	¿Cómo es la relación con su pareja?
	¿Quién toma las decisiones al interior del hogar?
	¿Qué factores influyeron en la postergación de la maternidad?
<b>2. TOMA DE DECISIONES</b>	
	¿Cómo surgió la decisión de embarazarse? ¿Alguien influyó?
	¿En algún momento pensó en no embarazarse?

CATEGORÍA 3. PLAN DE VIDA
<b>OBJETIVO:</b> Conocer el plan de vida de la entrevistada antes, durante y después del embarazo.
<b>DIMENSIONES (SUB-CATEGORIAS):</b>
<b>1.PLAN DE VIDA</b>
¿Cuáles fueron sus proyectos antes del embarazo?
¿Cuáles fueron sus proyectos durante el embarazo?
¿Cuáles fueron sus proyectos después del embarazo?
¿En algún momento de su vida recurrió a una Interrupción Legal del Embarazo (ILE)?
¿Antes de su embarazo tuvo algún aborto espontáneo?

CATEGORÍA 4. EXPERIENCIA EN LA CONCEPCIÓN
<b>OBJETIVO:</b> Conocer la experiencia de la entrevistada durante la concepción.
<b>DIMENSIONES (SUB-CATEGORIAS):</b>
<b>1.PLANEADO</b>
¿Su embarazo fue planeado?
<b>2. NO PLANEADO</b>
¿Hacia uso de algún método anticonceptivo antes del embarazo?
¿Pensó en algún momento interrumpir el embarazo? Si es así, ¿Por qué decidió continuar con el embarazo?
<b>3. TRATAMIENTOS PARA LOGRAR EL EMBARAZO</b>
¿Se sometió a algún tratamiento de fertilidad? Si es así, ¿Cómo fue el proceso?

CATEGORÍA 5. EXPERIENCIA EN EL MOMENTO EN QUE SE ENTERA DEL EMBARAZO
<b>OBJETIVO:</b> Conocer la experiencia de la entrevistada en el momento en que se enteró de su embarazo.
<b>DIMENSIONES (SUB-CATEGORIAS):</b>
<b>1.PERSONAL</b>
¿Cómo fue su experiencia cuando se enteró que estaba embarazada?
¿Existió alguna complicación o situación difícil al enterarse que estaba embarazada? Si es así, ¿Cuál fue el motivo?
<b>2. PAREJA</b>
¿Cómo fue el trato de su pareja hacia su persona cuando se enteró de que estaba embarazada?
¿Hubo apoyo? Si así fue ¿De qué forma le apoyó?
<b>3. FAMILIA NUCLEAR</b>
¿Cómo fue el trato de su familia hacia su persona cuando se enteraron de su embarazo?
¿Qué comentarios le hicieron a cerca de su embarazo?
¿Hubo apoyo por parte de los integrantes de su familia? Si es así, ¿de quiénes?
<b>4. FAMILIA EXTENDIDA</b>
¿Cómo fue el trato de la familia de su pareja hacia su persona cuando se enteraron de su embarazo?
¿Qué comentarios le hicieron a cerca de su embarazo?
¿Hubo apoyo por parte de los integrantes de su familia? Si es así, ¿de quiénes?

CATEGORÍA 6. EXPERIENCIA EN LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
<b>OBJETIVO:</b> Conocer si existieron complicaciones durante el embarazo y su vivencia.
<b>DIMENSIONES (SUB-CATEGORIAS):</b>
<b>1.COMPLICACIONES DEL EMBARAZO</b>
¿Existió alguna complicación o situación difícil durante el embarazo? Si es así, ¿Cuál fue el motivo?
¿Hubo apoyo por parte de su pareja y/o de los integrantes de su familia en este proceso? Si es así, ¿de quiénes?

CATEGORÍA 7. PROCESO DE EMBARAZO
<b>OBJETIVO:</b> Conocer cómo fueron sus experiencias en el proceso de embarazo.
<b>DIMENSIONES (SUB-CATEGORIAS)</b>
<b>1.PERSONAL</b>
¿Cómo fue su experiencia durante su proceso de embarazo?
¿Quién estuvo presente durante su proceso de embarazo?
¿Quiénes le apoyaron durante su proceso de embarazo?
¿Llevó un control médico durante su embarazo?
<b>2. PAREJA</b>
¿Cómo fue el trato de su pareja hacia su persona durante el proceso de embarazo?
<b>3. FAMILIA NUCLEAR</b>
¿Cómo fue el trato de su familia hacia su persona durante el proceso de embarazo?
<b>4. FAMILIA EXTENDIDA</b>
¿Cómo fue el trato de la familia de su pareja hacia su persona durante el proceso de embarazo?

CATEGORÍA 8. EXPERIENCIA EN LAS COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO
<b>OBJETIVO:</b> Conocer si existieron complicaciones durante el parto y su vivencia.
<b>DIMENSIONES (SUB-CATEGORIAS)</b>
<b>1.COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO</b>
¿Existió alguna complicación o situación difícil durante el parto? Si es así, ¿Cuál fue el motivo?
¿Hubo apoyo por parte de su pareja y/o de los integrantes de su familia en este proceso? Sí es así, ¿de quiénes?

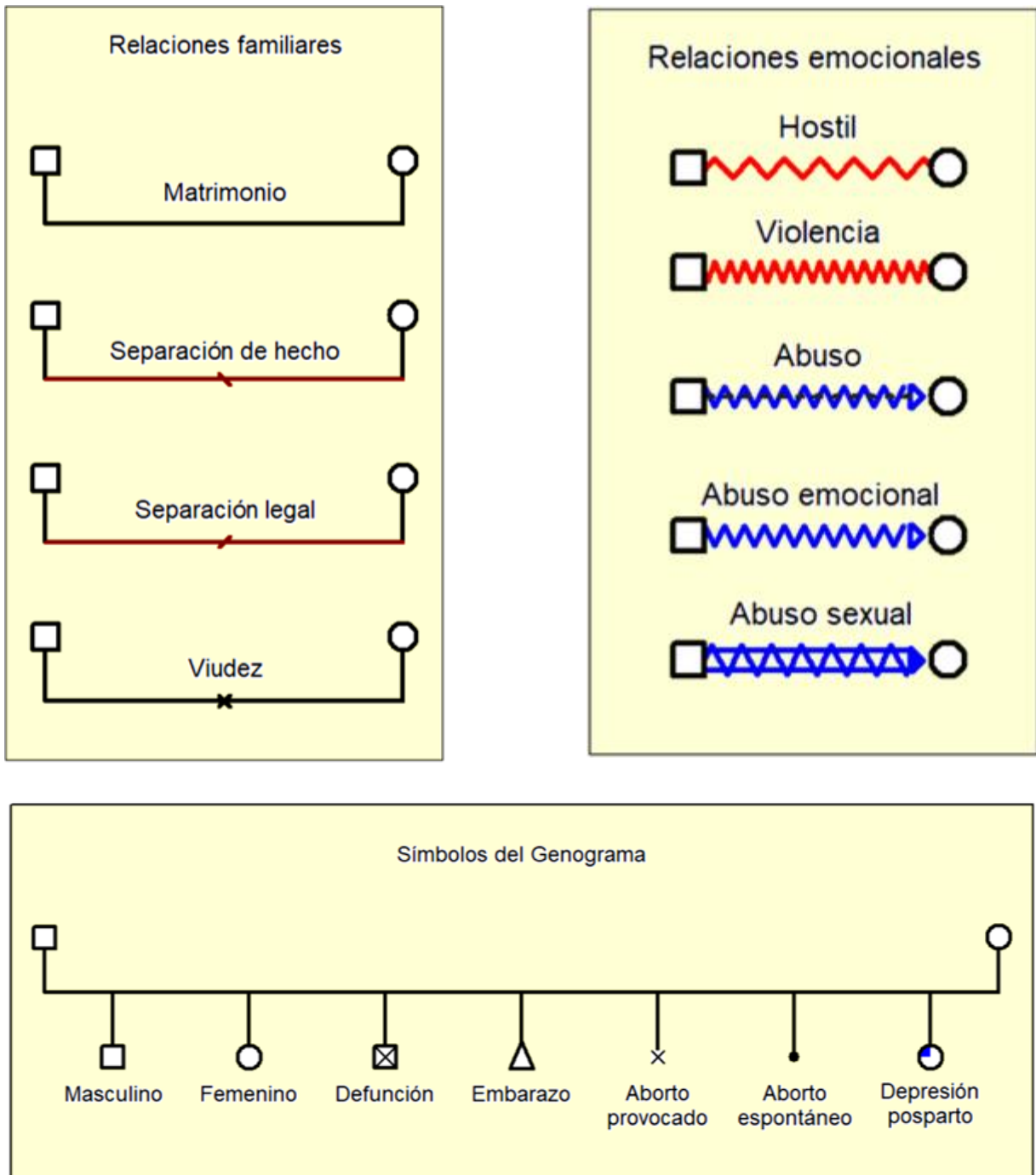
CATEGORÍA 9. EXPERIENCIA DURANTE EL PARTO
<b>OBJETIVO:</b> Conocer cómo fueron sus experiencias durante el parto.
<b>DIMENSIONES (SUB-CATEGORIAS)</b>
<b>1.PERSONAL</b>
¿Cómo fue su experiencia durante su proceso de parto?
¿Quién estuvo presente durante su proceso de parto?
¿Quiénes le apoyaron durante su proceso de parto?
<b>2. PAREJA</b>
¿Cómo fue el trato de su pareja hacia su persona durante su proceso de parto?
<b>3. FAMILIA NUCLEAR</b>
¿Cómo fue el trato de su familia hacia su persona durante el proceso de parto?
<b>4. FAMILIA EXTENDIDA</b>
¿Cómo fue el trato de la familia de su pareja hacia su persona durante el proceso de parto?

CATEGORÍA 10. EXPERIENCIA EN LAS COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO
<b>OBJETIVO:</b> Conocer si existieron complicaciones durante el puerperio y su vivencia.
<b>DIMENSIONES (SUB-CATEGORIAS)</b>
<b>1.PERSONAL</b>
¿Existió alguna complicación o situación difícil durante el puerperio? Si es así, ¿Cuál fue el motivo?
¿Hubo apoyo por parte de su pareja y/o de los integrantes de su familia en este proceso? Si es así, ¿de quiénes?

CATEGORÍA 11. EXPERIENCIAS DURANTE EL PUERPERIO
<b>OBJETIVO:</b> Conocer cómo fueron sus experiencias durante el puerperio.
<b>DIMENSIONES (SUB-CATEGORIAS)</b>
<b>1.PERSONAL</b>
¿Cómo fue su experiencia durante su proceso de puerperio?
¿Quién estuvo presente durante su proceso de puerperio?
¿Quiénes le apoyaron durante su proceso de puerperio?
<b>2. PAREJA</b>
¿Cómo fue el trato de su pareja hacia su persona durante su proceso de puerperio?
<b>3. FAMILIA NUCLEAR</b>
¿Cómo fue el trato de su familia hacia su persona durante el proceso de puerperio?
<b>4. FAMILIA EXTENDIDA</b>
¿Cómo fue el trato de la familia de su pareja hacia su persona durante el proceso de puerperio?

<b>CATEGORÍA 12. EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA</b>
<b>OBJETIVO:</b> Investigar la dinámica familiar y experiencias de violencia.
<b>DIMENSIONES (SUB-CATEGORIAS)</b>
<b>1. VIOLENCIA</b>
¿Durante su proceso de EPP se sintió violentada de alguna manera por su pareja y/o algún miembro de su familia? ¿Cómo fue?
<b>2. VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA</b>
¿Vivió alguna situación de riesgo donde estuvieran en peligro usted o su bebé?
¿Cuáles fueron los cuidados que tuvo durante el embarazo?
¿Durante su embarazo consumió alcohol, cigarrillos, cafeína, marihuana, cocaína u alguna otra sustancia?
<b>3. VIOLENCIA VERBAL</b>
¿Durante su proceso de EPP tuvo discusiones, recibió malas palabras o gritos por parte de su pareja y/o algún miembro de su familia?
<b>4. VIOLENCIA PSICOLÓGICA</b>
¿Durante su proceso de EPP recibió críticas, prohibiciones, amenazas, chantajes, abandono, manipulaciones, indiferencia o celos por parte de su pareja y/o algún miembro de su familia?
<b>5. VIOLENCIA SEXUAL</b>
¿Durante su proceso de EPP recibió algún tipo de abuso por parte de algún miembro de su familia?
<b>5.1. PAREJA</b>
¿Alguna vez su pareja la obligó, amenazó, chantajeó o manipuló para mantener relaciones sexuales (intimidad) durante alguna etapa del EPP?
¿Su pareja en algún momento de su proceso de EPP la humilló mientras mantenían relaciones sexuales?
¿Su pareja la obligó, amenazó, chantajeó o manipuló para realizar alguna práctica sexual en específico?
¿Su pareja en algún momento de su proceso de EPP la abandonó sexualmente?
<b>6. VIOLENCIA ECONÓMICA</b>
¿Durante el proceso de EPP su pareja o algún miembro de su familia le pidió explicaciones acerca de cómo usaba su dinero?
¿Durante el proceso de EPP su pareja o algún miembro de su familia le restringió y condicionó el dinero?
¿Su pareja o algún miembro de su familia destruyó alguno de sus bienes personales en algún momento del EPP?
<b>CONCLUSIONES</b>
Ahora que ya concluyó su proceso de EPP, ¿Cómo se siente ahora? ¿Cómo se sintió con relación al apoyo que le brindaron? ¿Cómo hubiera querido que fuera?
Para finalizar la entrevista me gustaría saber si quiere agregar algo más o si tiene alguna pregunta. Le agradezco por su disposición de colaborar con esta investigación.

## A.2 Simbología del famiograma



*Figura 17.* Famiograma. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a las informantes.



## Glosario

**Primigesta:** Mujer embarazada por primera vez. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Otrora:** En otro tiempo, en un tiempo pasado. (RAE, 2020)

**Patología:** Disciplina científica, rama de la biología, que estudia las alteraciones morfológicas y funcionales que constituyen las enfermedades, las causas que las producen, y los síntomas y signos por los que se manifiestan. **Obs.:** Entre médicos, se usa con frecuencia en un sentido más restringido, referido solo a la patología humana, como rama de la medicina. Conjunto de enfermedades de un órgano, de un sistema o de un aparato corporales. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Miomatosis:** Formación o presencia de múltiples miomas. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Congénito:** Presente ya en el momento del nacimiento. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Alteraciones Cromosómicas:** Son las enfermedades causadas por variaciones en el número o en la estructura normal de los cromosomas. (Comisión de Formación y Divulgación, 2018)

**Morbilidad Materna:** La morbilidad materna describe problemas de salud que resulten de estar embarazada y dar a luz. (NICHD, 2020)

**Mortalidad Materna:** La mortalidad materna se refiere a las muertes por complicaciones del embarazo o el parto que ocurren durante o después del embarazo. (NICHD, 2020)

**Morbilidad Infantil:** Morbilidad es el índice de personas enfermas en un lugar y tiempo determinado. El índice o la tasa de morbilidad es un dato estadístico útil para estudiar los procesos de evolución y control de las enfermedades. (NICHD, 2020)

**Mortalidad Infantil:** La mortalidad infantil es un término usado para describir la muerte de un bebé que ocurre entre el nacimiento y el primer año de edad. Si el bebé muere antes de los 28 días, la muerte también se puede clasificar como mortalidad neonatal. (NICHD, 2020)

**Multigestas:** Mujer que ha tenido más de un embarazo. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Cromosómico:** De los cromosomas o relacionado con ellos. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Encefalopatía hipóxica:** Daño permanente de las estructuras encefálicas por falta de aporte de oxígeno, aunque la circulación se mantenga. Las causas más frecuentes son la obstrucción de la vía respiratoria, los ahogamientos y la parada respiratoria. Algunas estructuras encefálicas son más sensibles a la anoxia, como la neocorteza cerebral, los ganglios de la base, el hipocampo y el cerebelo. Las secuelas dependen de la extensión de las lesiones y van desde un moderado deterioro de memoria y cognitivo, epilepsia, ataxia, mioclonías, distonía o parkinsonismo, hasta el estado vegetativo. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Primípara:** Que pare o ha parido por primera vez. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Hipoxia:** Disminución de la concentración de oxígeno en los tejidos, con el daño celular consiguiente por el descenso de la respiración aeróbica. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Perinatal:** Que ocurre desde poco antes hasta poco después del nacimiento o relacionado con dicho período. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Metrorragia:** Hemorragia irregular y patológica procedente del útero, con independencia del ciclo menstrual. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Nulíparas:** Mujer que nunca ha tenido hijos, no ha tenido parto alguno. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Múltiparas:** Se dice de la mujer que ha tenido varios partos. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Oligohidramnios:** Presencia de líquido amniótico en cantidad menor de la habitual, que se define ecográficamente al término del embarazo por un índice de líquido amniótico (ILA) inferior a 8 cm o, para otros autores, inferior a 5 cm. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Subvirtiendo:** Trastornar o alterar algo, especialmente el orden establecido. (RAE, 2020)

**Cualificado:** Dicho de un trabajador: Que posee formación especializada para desempeñar una actividad profesional o un trabajo específico. (RAE, 2020)

**Ingurgitación Mamaria:** Aumento local o total del tamaño de la mama con mayor turgencia y debido frecuentemente a cambios hormonales. También conocida como congestión mamaria. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Mastitis Puerperal:** Mastitis que se produce durante el puerperio y la lactancia, suele ser de causa infecciosa y se produce por el paso de bacterias a través de las grietas del pezón de la puérpera. Está ocasionada generalmente por *Staphylococcus aureus*, pero pueden existir otras bacterias grampositivas como *Streptococcus* y gramnegativas como *Escherichia coli*. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Tromboembolismo Pulmonar:** Enfermedad caracterizada por la impactación o enclavamiento de émbolos, casi siempre trombos, aunque pueden ser otras materias (grasa, aire, líquido amniótico, tejido trofoblástico, parásitos, partículas, sustancias o materiales extraños, material séptico, necrótico o tumoral, gases exógenos, etc.) en las arterias pulmonares, a las que ocluye, con la consiguiente repercusión hemodinámica, y cuya trascendencia depende del calibre de las arterias obstruidas. La procedencia habitual del material embolígeno es el sistema venoso, en el 90 % de los casos trombosis venosas profundas localizadas en las venas de la pelvis y de los miembros inferiores. En la patogenia de la tromboembolia pulmonar está vigente la tríada de Virchow: estasis sanguínea, alteraciones de la pared vascular e hipercoagulabilidad. Aunque a menudo asintomática, algunos enfermos pueden presentar una disnea inexplicable de aparición súbita, dolor torácico, hemoptisis, síncope, episodios repetidos de taquicardia supraventricular, insuficiencia cardíaca e incluso pueden seguir un curso mortal. La heparina es el tratamiento de elección. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**IPV:** La violencia en las relaciones íntimas (IPV por sus siglas en inglés, Intimate Partner Violence) es un patrón de comportamientos psicológicos, físicos, sexuales y de acoso entre personas que han estado en una relación íntima. Puede incluir violencia o amenazas de parte de una o ambas personas en la relación. (ISTSS, s.f.)

**Dimorfismo:** Presencia de diferencias de forma, tamaño, color, etc., entre seres vivos de una misma especie. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012)

**Profilaxis:** Se conoce como profilaxis a aquello que se lleva a cabo o se utiliza para prevenir la aparición de una enfermedad o el surgimiento de una infección.

**Sinergia:** Dos elementos que se unen y generan sinergias ofrecen un resultado que maximiza las cualidades de cada uno de los elementos. (Definición.DE, 2020)

**Infecciones Intraamnióticas:** La infección intraamniótica es la infección del corion, el amnios, el líquido amniótico, la placenta o una combinación. La infección aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas y de problemas en el feto y el recién nacido. Los síntomas incluyen fiebre, dolor uterino a la palpación, líquido amniótico maloliente, secreción cervical purulenta y taquicardia materna o fetal. El diagnóstico es por criterios clínicos específicos o, para la infección subclínica, el análisis del líquido amniótico. El tratamiento incluye antibióticos de amplio espectro, antipiréticos e inducción del parto. (Manual MSD, 2019)