

# Creencias y atención humanizada del embarazo: análisis de maternidades holísticas en Guadalajara, México

## Beliefs and humanized pregnancy care: analysis of holistic maternity hospitals in Guadalajara, Mexico

*Karla Alejandra Contreras Tinoco*

Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México

karla.ctinoco@academicos.udg.mx

<https://orcid.org/0000-0001-6061-4600>

ISSN: 0185-4259; e-ISSN: 2007-9176

DOI: <https://dx.doi.org/10.28928/ri/982025/atc4/acontreras>

### Resumen

En este trabajo se analizan las razones por las que mujeres embarazadas de Guadalajara, México, optan por una atención humanizada del embarazo y el parto, así como las creencias y prácticas corporeizadas vinculadas con este tipo de atención. La metodología fue cualitativa, con perspectiva de género y desde los diseños biográfico-narrativo y etnográfico. Las participantes fueron siete mujeres gestantes primerizas, de clase media alta o alta y con estudios superiores. Se opta por la atención humanizada por desconfianza, insatisfacción y rechazo a la atención hospitalaria pública y privada del embarazo; para conseguir la participación del padre en el embarazo, y por afinidad con una ideología nueva era y holística de la maternidad. Entre las conclusiones destaca que la atención humanizada del embarazo promueve un disciplinamiento del cuerpo, está asociada a creencias en dioses, ángeles sanadores, efectos lunares, energías y conexiones emociones.

**Palabras clave:** lactancia materna, parto, corporalidades, prácticas corporales, maternidades holísticas

### Abstract

This paper analyzes the reasons why pregnant women in Guadalajara, Mexico, opt for humanized care during pregnancy and childbirth, as well as the embodied beliefs and practices associated with this type of care. The methodology was qualitative, with a gender perspective and from the biographical-narrative and ethnographic designs. The participants were seven first-time pregnant women, upper or upper middle class and with higher education. Humanized care was chosen due to mistrust, dissatisfaction and rejection of public and private hospital care for pregnancy; to achieve the participation of the father in the pregnancy, and by affinity with a New Age and holistic ideology of motherhood. Among the conclusions, it stands out that humanized pregnancy care promotes a disciplining of the body, is associated with beliefs in gods, healing angels, lunar effects, energies and emotional connections.

**Keywords:** breastfeeding, birth, corporealities, body practices, holistic maternity



**IZTAPALAPA**

*Agua sobre lajas*

## Introducción

**E**n México, el sistema de salud pública está dividido en tres instituciones: el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi). A las dos primeras solamente pueden acceder personas trabajadoras y sus dependientes (padres, esposas/os o hijos menores de 18 años) y la derechohabiente tiene un costo monetario; una parte la subvenciona el Estado y otra la pagan empresarios y/o trabajadores. El Insabi, por su parte, es accesible para el público en general, sin embargo, este servicio no ofrece seguridad social, atiende sólo algunas enfermedades y, un buen número de las veces, trabaja con desabasto de medicamentos.

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2019) un país debería destinar para el sector salud el 8.9% del Producto Interno Bruto (PIB), pero en México apenas se destina el 5.5%, lo que genera que la cobertura de un conjunto básico de servicios de salud sea la más baja entre los países de la OCDE, con un 89.3% (OCDE, 2019). Esto muestra una falta de garantías e incumplimiento del Estado para ofrecer una atención a la salud de calidad.

Además, el 41% de los ingresos al sector salud corren por cuenta de los mexicanos, colocándolo como uno de los países de la OCDE con el mayor gasto en salud por parte de sus ciudadanos (OCDE, 2019). Una explicación que suele darse respecto a los altos costos de bolsillo es que los hospitales trabajan sin los insumos necesarios o con personal (médicos y enfermeras) insuficiente (Contreras, 2018). De ahí que las personas de clase media o media alta, que tienen las posibilidades económicas para hacerlo, recurran al sector privado.

En materia de atención a embarazos y partos, en los últimos años se dieron situaciones de negligencia y violencia obstétrica en el sistema público de salud que fueron publicadas en los medios de comunicación (Castellanos, 2015; Sesia, 2017). Incluso, recientemente se ha expuesto mediáticamente un caso de violación a una mujer indígena embarazada un día antes de dar a luz por parte de un médico que le atendió en un hospital regional que pertenece al Insabi (López Fonseca, 2023).

También la atención hospitalaria privada del embarazo ha sido cuestionada por la ciudadanía, principalmente por mujeres académicas y activistas feministas, debido a la frecuente realización de cesáreas innecesarias. En 2017, México ocupó el segundo lugar en cuanto a cesáreas tanto de los países miembros de la OCDE como a nivel mundial, y para el 2019 se alcanzó una cifra histórica de 48.8% de cesáreas, cifra mucho mayor al 15% que recomienda la Organización Mundial de la Salud (Lamadrid-Figueroa et al., 2021). Muchas de estas cesáreas son realizadas en el sector privado, ya sea por solicitud de sus pacientes, por comodidad del personal médico, por requerimientos de salud o bien por fines comerciales (los costos de una cesárea son mayores que los de un parto).

Las críticas y la insatisfacción con la atención del embarazo y el parto, tanto en el sector privado como público, acarrearón la búsqueda y diversificación de la atención de la misma. En las urbes mexicanas, el resultado ha sido un crecimiento de la atención humanizada del parto y de la práctica de partería profesional por fuera de las instituciones de salud o de manera paralela.

El movimiento contemporáneo de atención humanizada del embarazo responde a factores como: la emergencia de nuevas espiritualidades femeninas y de movimientos feministas y humanistas; la búsqueda de sororidad; movimientos transnacionales y nacionales que luchan por los derechos sexuales, así como el trabajo organizado de parteras, organizaciones y doulas, quienes han hecho documentos, declaraciones, talleres de formación y movilizaciones para pugnar por democratizar el parto respetado (Felitti y Abdalá, 2018). Entonces, el surgimiento de la atención humanizada es producto de múltiples elementos sociales, históricos, económicos y políticos (Lazaro, 2017a).

En este trabajo se analizan las razones por las que mujeres embarazadas de Guadalajara, México, optan por una atención humanizada del embarazo y el parto (ya sea a través de la partería, asistencia a cursos psicoprofilácticos, acompañamiento de doulas, casas de partería o parto en agua), así como las creencias y las prácticas corporeizadas vinculadas con el embarazo que estas mujeres despliegan. Se parte del supuesto de que la elección de vivir el embarazo y el parto de modo humanizado está relacionada con creencias en dioses, energías, sacralización del cuerpo y una visión holística del mundo, así como con una insatisfacción con el sistema de salud hospitalario (tanto público como privado), una mirada politizada del parto y algunas ideas feministas relacionadas con la apropiación del cuerpo, elementos afines a lo que Fedele (2016) llama “maternidades holísticas”.

Con este concepto, Fedele (2016) refiere a distintos tipos y opciones de maternidad que tienen en común que consideran que el embarazo, el parto y la primera infancia son fundamentales para el desarrollo del niño y el bienestar de la madre. Estas

maternidades se caracterizan por incorporar explicaciones religiosas y/o espirituales<sup>1</sup> acerca de la concepción, el embarazo y la maternidad.

Por ejemplo, es común que las mujeres embarazadas o los actores ligados a la atención hablen de que los dioses han dotado única y exclusivamente a las mujeres del privilegio de engendrar, gestar y de dar vida. Por lo anterior, se asume que en el embarazo las mujeres podrían empoderarse a través de ciertas prácticas (parto en agua, lactancia prolongada, parto humanizado) o de ciertos rituales (enterrar o encapsular la placenta, rituales de parto, etc.) que permiten una conexión con la tierra, el cosmos, la fuerza interior y la naturaleza.<sup>2</sup> En suma, las *maternidades holísticas* hablan del embarazo y el parto como formas de reconectarse con lo femenino (Fedele, 2016). Al respecto, Lazaro (2017a) ha documentado que, en actividades como las rondas de parto, se habla del empoderamiento del sí mismo y se socializa el parto como un evento que tiene un efecto potenciador y estimulante del yo, en el que la mujer descubre y demuestra su fuerza interior. Sin embargo, Fedele y Knibbe (2013, como se cita en Felitti y Abdalá, 2018) observan que el empoderamiento que proviene de los discursos de la atención humanizada también podría estar permeado por estereotipos de género.

De acuerdo con Fedele (2016), hay 12 características que distinguen a las *maternidades holísticas*: 1) Visión holística, es decir, la unidad de cuerpo, mente y espíritu, así como el contacto del cuerpo con otras energías (Felitti y Abdalá, 2018); 2) relevancia del embarazo consciente, el cual consiste en escuchar y estar atenta a los cambios corporales que ocurren durante esta etapa, la atención al cuerpo a lo largo del embarazo para generar una conexión y cercanía única con el/la bebé; 3) relevancia del parto natural como una opción que ofrece respeto y seguridad a las mujeres. Con frecuencia se argumenta que las mujeres están preparadas para el parto natural, ya que instintivamente saben cómo llevarlo a cabo; 4) la lactancia materna es benéfica para el bebé, ya que establece una conexión “única” y especial entre madre e hijo.

<sup>1</sup> En la posmodernidad comienza a tener relevancia el concepto de *espiritualidades* para describir cómo se viven las creencias desde la experiencia individual. El concepto de espiritualidad remite a la posibilidad de la desinstitucionalización y el escape de las normativas religiosas, y permite la comprensión de la individuación y experiencia interior de las creencias. A través de este concepto se abre la posibilidad de que los sujetos posean consumos y creencias aleatorias y selectivas (De la Torre, 2012).

<sup>2</sup> Ramírez (2016) ha documentado cómo en determinados grupos femeninos puede identificarse la emergencia del discurso del sagrado femenino, que parte de un feminismo mítico y plantea que las mujeres tienen un papel protagónico en la construcción y transformación de la nueva era.

Es frecuente que se describa la lactancia materna como una experiencia placentera y empoderadora para la mujer; 5) crítica a los modelos de atención biomédica del embarazo. Se habla de que las mujeres deben y pueden exigir un embarazo y un parto respetado; 6) importancia del contacto y relación cercana entre madre e hijo, aún antes del nacimiento; 7) promoción de la participación activa, cercana e implicada del padre; 8) creación de rituales para celebrar el embarazo, el nacimiento y las etapas de la primera infancia, tales como consumir remedios, conservar el cordón umbilical, etc.; 9) uso de un discurso de energía; 10) recuperación del poder de la feminidad mediante la maternidad y el embarazo, privilegios únicos de las mujeres; 11) énfasis en la autorrealización, y 12) sacralización del cuerpo y la sexualidad.

La propia Fedele (2016) refiere que no necesariamente una mujer que se adscribe a las maternidades holísticas tendría que congregar las 12 características. Ahora bien, algunas de estas hacen referencia a creencias, ya que se habla de energías, de la sacralización del cuerpo y de la sexualidad, de la realización de rituales y de una visión holística del mundo.

Al respecto, en este trabajo se conciben como creencias los estados de opinión, saberes y discursos comunes y colectivos que congregan representaciones fundamentadas en prenociones que tienen orígenes difusos, que no tienen método, guía o forma, que no parten de un conocimiento probado, es decir, que son azarosas (Durkheim, 1912; Gutiérrez, 2010). Además, siguiendo a diversos autores (Fernández Christlieb, 2005; Gutiérrez, 2010), se asume que las creencias son un conjunto de imágenes de una comunidad que son incuestionadas, recordadas y reafirmadas en su significado constantemente mediante repeticiones, prácticas y rituales, son permeadas y generadoras de emociones en los sujetos y están ligadas con valores, compromisos y votos de confianza que determinan y/o orientan cómo hay que ser y estar en el mundo.

Se optó por trabajar en la ciudad de Guadalajara, México, porque es una de las denominadas *culturas híbridas* (García Canclini, 1997), lo que hace que en ella se congreguen y coexistan diversos y hasta contradictorios modelos culturales, familiares, económicos, políticos, religiosos y espirituales, tales como el neoliberalismo, feminismos, conservadurismo, alta religiosidad católica, espiritualidades propias de la nueva era, entre otros.

## Metodología

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo y con perspectiva de género. Los diseños de investigación fueron biográfico-narrativo y etnográfico. La producción de información se llevó a cabo mediante siete entrevistas semiestructuradas, dos recorri-

dos de día,<sup>3</sup> asistencia a tres *baby shower* con embarazadas primerizas, observación no participante en grupos psicoprofilácticos privados y en casas de parto. En todos los casos se usaron notas y diarios de campo.

El guion de la entrevista semiestructurada estuvo conformado por las siguientes categorías: 1) preguntas introductorias (edad, hábitos, estado civil, etc.); 2) cuerpo, emociones, prácticas, creencias e imaginarios vinculados con el embarazo, y 3) discursos acerca de la atención de salud. El análisis de la información fue hermenéutico-interpretativo.

En el estudio participaron siete mujeres de entre 28 y 39 años, heterosexuales, que estaban embarazadas por primera vez y que asistían a cursos psicoprofilácticos y/o casas de partería profesional de la ciudad de Guadalajara, México (véase tabla 1). Las participantes tienen en común que pertenecen a clases medias o medias altas,<sup>4</sup> tienen educación superior y capitales culturales altos, dato ya señalado en otras investigaciones (Fedele, 2016; Laako, 2015, 2016).

TABLA 1.  
Participantes en el estudio

Nombre	Edad	Profesión	Parto	Clase social	Nivel de estudios	Trabajo actual	Curso psicoprofiláctico/casa de parto
Anahí	33	Recursos humanos	Sí	Alta	Superior	Empresaria	Curso psicoprofiláctico
Ana Paula	33	Abogada	Sí	Media alta	Superior	Directiva de institución	Curso psicoprofiláctico
Hilda	35	Artes Plásticas	Sí	Alta	Superior	Artista/Profesora de idiomas	Ambos Casa de parto y curso psicoprofiláctico
Natalia	28	Artes audiovisuales	Sí	Media alta	Superior	No	Casa de parto
Loredana	39	Pedagogía	Sí	Media alta	Posgrado	Profesora universitaria	Casa de parto
Regina	28	Artes audiovisuales	Sí	Media alta	Superior	Freelance	Casa de parto
Clandia	33	Licenciatura en Artes Plásticas	Sí	Media alta	Superior	Artista	Casa de parto

Fuente: elaboración propia.

Entre los aspectos éticos conviene mencionar que el nombre de las participantes fue cambiado por motivos de confidencialidad. Todas las participantes otorgaron su consentimiento escrito para participar del estudio.

<sup>3</sup> Es una técnica de producción de investigación que consiste en compartir y acompañar a una persona durante todas las actividades de una parte o de todo un día en su vida. Se busca observar interacciones, hábitos, prácticas, etcétera (Zamorano, 2017).

<sup>4</sup> La clase social se determinó a partir del capital cultural, social y económico de las participantes. Por tanto, clasificación de la clase social se construyen de manera inductiva a partir de una exploración en las entrevistas y conversaciones informales de si tenían casa propia, auto propio, estilos de vida y consumo cultural, de sus planes vacacionales, zonas de residencia en la ciudad, redes de amigos que tienen, uso de tecnologías, entre otras cosas.

## Creencias y prácticas en las maternidades holísticas de las mujeres de Guadalajara

### *De las razones de la elección de la atención humanizada*

En términos generales, las mujeres embarazadas que asisten a actividades psicoprofícticas y/o eligen la partería como opción de atención para el nacimiento en Guadalajara lo hacen por dos razones: la insatisfacción con el sistema de atención hospitalaria del embarazo y el interés por que la pareja tenga un rol activo en el embarazo, aunque tiene mayor peso la insatisfacción con la atención hospitalaria como razón para buscar una atención humanizada. A continuación, se explica con más detalle.

- **Adiós a los médicos, bienvenidas las parteras**

Regina optó por la atención con partera porque, antes de embarazarse, presencié un parto hospitalario y le pareció que el trato era frío, distante y excluía a la pareja. En los primeros meses de embarazo acudió con un médico e identificó que este le hablaba de manera genérica, falsa e impersonal, usando frases como “la mamita”. Por el contrario, ella percibe que la partera la trata como persona.

En el caso de Regina, es necesario observar que el médico no la trata como sujeto, sino que se refiere a ella a través de una categoría genérica que hace referencia a un rol relacional, el de “la madre”, el cual, además, nombra en diminutivo, lo que podría significar cariño o inferioridad. En el primer caso, nos estaría mostrando cómo existen algunas representaciones e imaginarios acerca del lugar social y relacional que ocupa y merece la madre. En el segundo, nos hablaría de un modo relacional médico-paciente que está estructurado de forma jerárquica y vertical. Ambos usos son cuestionables.

Desde hace mucho yo quería, siempre decía que quería tener a mis hijos como con una partera o algo más natural, más tradicional... ella me trata como persona, como Regina, no como la embarazada. Fuimos con ella Alonso y yo. Nos preguntó qué buscábamos, qué queríamos. Para eso ya habíamos ido a ver como a dos hospitales, no me había gustado la sensación de estar ahí, no me había gustado que fuera tan hospitalario (Regina, 28 años).

Por su parte, Loredana refiere que en la partería profesional encontró seguridad, tranquilidad e ideas que promovían que confiara en ella misma, algo que le gustó y

que no había encontrado en la atención biomédica, en donde más bien le habían dicho que probablemente su embarazo fuera de alto riesgo debido a su edad (39 años) o bien que podía ser candidata a diabetes gestacional, ya que estaba subiendo mucho de peso. Así lo expresa:

Tengo súper poquito (dándole seguimiento a su embarazo con partera), tengo como un mes, pero desde la primera vez que fui no lloré ahí porque me aguanté, pero sí tenía muchas ganas de llorar, saliendo era así de “ah”, alivio, sabes, de que te dicen, como que dices “esto era lo que necesitaba”. Me ayudaron a que confíe en mi instinto, que confíe en que yo puedo tener, yo como todas las mujeres, como muchas de las mujeres de la humanidad de la historia, que es algo que se ha hecho durante miles de años que... pues esta onda de cómo se va uno transformando también, se va haciendo más fuerte, como esa perspectiva más en lugar de ser de ser... “Hay que ser así como cuidadosos”. En cambio, en la atención hospitalaria era como más frío con todo y eso que la ginecóloga con la que voy es mi amiga... es como muy cercana a nosotros, tanto a Pedro como a mí, pero ahí es la doctora (Loredana, 39 años).

Natalia recuerda que, cuando era niña, escuchó a su abuela (que trabajaba como enfermera) contar que en el hospital una vez un recién nacido se le había caído a un médico y murió. Desde ese entonces, ella comenzó a pensar que quería un parto no hospitalario. Además, las cesáreas le dan miedo porque le parecen más riesgosas:

Yo siempre quise algo natural, un parto 100% natural, no quería meterme en broncas (conflictos), nada, y obviamente en donde lo iba a tener era algo así, no nada más, un parto en casa, algo así, entonces, bueno, ya lo decidimos ir a una casa de partos, y todo, todo perfecto (Natalia, 28 años).

Tanto Regina, Natalia y Loredana coinciden en que el sistema de atención hospitalario no les ofrecía el trato personal, humano y cercano que ellas estaban buscando en la atención de su embarazo. En ocasiones este desencanto con la atención médica es producto de la propia experiencia y observación y, en otras, está ligado a mitos y creencias socializadas por actores importantes en la vida de estas mujeres, por ejemplo, la abuela.

Por otro lado, estas entrevistadas identifican que en la partería han recibido un trato que les ayudó a tener seguridad y a sentirse partícipes de las decisiones sobre sus cuerpos y procesos durante el embarazo, algo que forma parte de las principales

características asociadas con el parto humanizado (Almaguer et al., 2012; Felitti y Abdalá, 2018; Lazaro, 2017a).

Otro elemento coincidente es que hablan de la partería como una práctica milenaria y natural, es decir, no medicalizada, sin inducción o intervención en el proceso de parto. Al respecto, Lazaro (2017a, 2017b) señala que la atención humanizada de tipo más alternativa/naturista se caracteriza por ligar “lo natural” con lo ecológico, el modo de vida indígena y neoespiritualismos. Además, muestra que en la atención humanizada se busca recuperar el cuerpo a través de la experiencia y lo instintivo, dos elementos que la excesiva intervención tecnológica han borrado.

De acuerdo con lo observado en los cursos psicoprofilácticos y los testimonios de las participantes, las embarazadas reciben información sobre la importancia de elegir la posición en la que desean parir, de la relevancia de escuchar su instinto y confiar en su sabiduría originaria de mujeres que les hace saber cómo y cuándo parir; se les dice que los bebés saben nacer, que sólo es cuestión de que sepan escucharlos. También se les habla de la importancia del parto respetado y consciente.

En estos cursos psicoprofilácticos les sugieren libros acerca de la conexión y energía relacional entre madre e hijo. A Regina le recomendaron que leyera el libro *Madre natural* y le dieron un folleto con distintas sugerencias de bibliografía.

Sí, ahorita ya me puse a leer más sobre... bueno, Lupita (la partera) me dio un folleto de un lugar que se llama “Humany” y que es de libros, embarazo, crianza y todo eso; me puse a buscar en internet los autores que me dio. Entonces la primera autora, que es Laura, no me acuerdo qué apellido, pero la busqué y me salió un libro que se llama *Madre natural*. Lo empecé a leer y dije: “está bien interesante”. Y ahorita estoy leyendo... habla más del lado emocional, espiritual del embarazo y todos los procesos hasta el de amamantar, destete y todo eso (Regina, 28 años).

También, se les enseña que las cesáreas y epidurales son prácticas anti-natura a las que sólo habría que recurrir como última opción de parto. Además, practican ejercicios de preparación física y mental para el parto. Todo lo anterior, según dicen las participantes, no se les había dicho en el servicio médico.

Tanto en la atención médica como en la atención humanizada el centro de la discusión es el cuerpo. Las doulas y parteras sostienen que es indeseable que el cuerpo de la mujer embarazada sea intervenido mediante cirugías, inyecciones o controlado para que se coloque en determinadas posiciones convenientes para las y los médicos. Sin embargo, la propia atención humanizada, que tiene como foco el cuerpo de la mujer embarazada, exige un entrenamiento racional y consciente del mismo. Las embara-

zadas deben —o son insistentemente invitadas a— leer información referente a la conexión madre-hijo, esforzarse para encontrar/escuchar la energía proveniente del embarazo, hacer yoga, tener disposición a escuchar su instinto, realizar ejercicios de respiración y preparación para el parto, tocar la panza para refrenar las emociones negativas, injerir o evitar ciertos alimentos, etcétera.

Esta centralidad y atención al cuerpo, según Fedele (2016), es necesaria en las maternidades holísticas para lograr un parto consciente. La insistencia en el entrenamiento permite cuestionar el discurso recurrente de la atención humanizada que sostiene que “saber parir es instintivo”; al contrario, pareciera que en estos grupos se sabe que se requiere desarrollar y recuperar ciertos saberes, ya que se arguye que la modernidad ha dificultado o tapado estos saberes instintivos.

Como se puede ver, las participantes han elegido la partería como su opción de parto porque rehúyen las cesáreas o se encuentran insatisfechas con el trato que el personal médico les brinda. Entonces, en parte, la elección de la partería responde a la búsqueda de ser reconocidas y tratadas como personas, es decir, de generar una conexión y cercanía entre partera/doula y la gestante, tal como lo ha expuesto Lazaro (2016a). Además, en la elección de la partería o la atención humanizada tienen injerencia otros factores: las historias familiares, los mitos sobre la atención hospitalaria, la búsqueda de seguridad y de aminorar los miedos, así como la creencia en que hay una capacidad innata que las embarazadas tienen de parir en tanto mujeres.

### • El *embarazo* y el *parto*: un proceso en pareja

Otra de las razones por las que las participantes eligen cursos psicoprofilácticos y partería es porque en este tipo de atención identifican que la pareja podría tener un rol activo en el embarazo y en el parto. En esta oferta de parto humanizado no sólo se posibilita la participación de la pareja en las sesiones o en el parto, sino que se incentiva y facilita. En las observaciones en grupos psicoprofilácticos de Guadalajara se pudo constatar que las doulas y parteras ofrecen los paquetes de servicios para parejas, pocas veces se habla de sesiones sólo para la madre o individuales.

Además, los cursos psicoprofilácticos se llevan a cabo en horarios que están fuera de la jornada laboral, se realizan entre 7:00 y 9:00 p. m. o los sábados de 10:00 a. m. a 2:00 p. m. Esta oferta permite suponer que están pensados para que personas laborantes puedan asistir, lo cual facilita la participación de hombres en estas actividades. En las ocasiones en que los hombres no han podido acudir a los cursos, las embarazadas han buscado estrategias para hacerlos partícipes de lo visto en las sesiones y de las decisiones que deben tomarse. Así, por ejemplo, Natalia, a partir

de llamadas telefónicas y fotografías, le pide opinión a su pareja y toman decisiones conjuntamente.

... desde dónde esté, él (su pareja) ya está viendo que lo del médico, que las carriolas (carrito de bebé), que esto y que lo otro, o ya yo le platico, “oye vi esto y esto, me gusto esto”, para que esté implicado (Natalia, 28 años).

Las entrevistadas consideran valiosa la presencia de la pareja en el parto, ya que les ofrece seguridad, apoyo y creen que les hará sentirse más cómodas. También se asume que presenciar el parto es algo que les permite a los hombres estar más próximos al proceso de nacimiento, pese a que biológicamente no pueden experimentarlo en sus cuerpos. En las observaciones se constató que, en los grupos, los hombres preguntan de manera constante acerca de cómo deberían actuar ellos ante las primeras señales de parto. Esta implicación muestra el interés de los hombres en un evento que históricamente fue vivido entre mujeres, y que buena parte del activismo por la humanización del parto, en su vertiente más espiritual, también lo considera como un acontecimiento entre mujeres (parteras, doulas, gestante).

Cabe señalar que en los hospitales públicos mexicanos está prohibido que la pareja u otra persona acompañe a la embarazada durante el parto. En algunos hospitales privados sí se admite la presencia de la pareja y en otros, no. Mientras que en la atención humanizada es totalmente posible y deseable la presencia de la pareja durante el parto.

### *Las creencias asociadas con el embarazo de las mujeres de Guadalajara, México*

- Creencias vinculadas con la concepción: entre dioses y ángeles sanadores

El embarazo es concebido por algunas de estas mujeres como un privilegio, un regalo o una distinción otorgado por Dios que ellas poseen frente a los hombres. Este privilegio está cargado de emociones positivas, fe, comunión, comunicación y confianza en Dios.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> En México, la religión prevaeciente es la católica, esto ha generado que la figura de Dios permee fuertemente en los discursos culturales mediante la religiosidad popular (De la Torre, 2012). Especialmente el occidente de México (donde se sitúa Guadalajara), es reconocido por su fuerte y mayoritaria adscripción católica (Gutiérrez, 2007). En Guadalajara, incluso las actividades laborales y educativas de la ciudad se paralizan el día de la procesión de la Virgen de Zapopan.

Ana Paula fue diagnosticada con endometriosis y recibió varios diagnósticos de infertilidad, y ella y su pareja decidieron someterse a distintas pruebas y tratamientos de fertilidad, que en varios casos no funcionaron. El embarazo ocurrió cuando ya estaban por cerrar la “búsqueda del hijo” y suspender los tratamientos. Al respecto Ana Paula dice:

Es un milagro, definitivamente es un milagro, entonces, como mujer yo creo que es algo como que es un privilegio, yo soy muy creyente en Dios. Creo que es algo que no tengo cómo darle las gracias, que me haya dejado experimentar esa sensación, te digo porque yo se lo dejé en sus manos, en realidad fue un momento donde dije: “si tú quieres que yo sea madre, tú me lo vas a conceder, sin que nadie intervenga más que tú, porque yo creo que tú todo lo puedes” y así me lo cumplió y me lo demostró. Porque esto es gracias a él (Ana Paula, 33 años).

Anahí tuvo un aborto espontáneo y, luego de ello, buscó quedar embarazada por aproximadamente seis meses. Al no lograrlo recurrió a terapias de atención alternativa en donde le explicaron que la imposibilidad de embarazo se debía a sus bloqueos mentales y corporales. Según relata, el embarazo lo consiguió gracias a la comunicación, trabajo y ayuda de “seres celestiales” que estuvieron obrando sobre su cuerpo para que fuera “bendecida” con la gestación. A continuación, Anahí relata una sesión de reiki que le ofrecía una sanadora:

Porque nunca te pregunta qué tienes, ella va, te sana, te cura, te dice qué vieron, qué se temió, y ya. En esa sesión de octubre, me menciona: “sabes qué, estuvieron trabajando (los ángeles sanadores) en tu útero”, había ciertos registros de mis miedos a no formar una familia, entonces, ahí ya nomás nos metimos a temas como del cuerpo; que me estaba bloqueando, que me estaba atorando, y me dice, como sean las familias, es una familia. Ella sin saber si yo era divorciada, si no era divorciada, si estábamos juntos, si casados, si no casados... solamente se hace un trabajo espiritual. Solamente dices tu nombre y tu fecha de nacimiento y ya. Empieza con un poco de reiki. Es una experiencia muy bonita, empiezan con algo de reiki y luego de repente ya cuando estás listo, tu cuerpo relajado y todo, es cuando intervienen los médicos del cielo, los guías, ángeles, bueno, lo que cada quien crea verdad, pero... son los que tratan. Lo curioso es que yo como paciente,<sup>6</sup> yo te puedo describir esa terapia, yo voy sintiendo lo que están

<sup>6</sup> Nótese cómo Anahí, aunque está en una terapia alternativa, se describe como paciente, lo que da cuenta de que no deja de encuadrarse en un modelo médico hegemónico.

trabajando, cuando a mí me entregan... te entregan un reporte por escrito de lo que vio la persona que está guiando la sanación y luego de repente tú recuerdas qué sentiste o qué viste o qué oliste, porque puedes estar sintiendo u oliendo cosas y coincide. Me dice la guía espiritual: "te quitaron un plasma de no sé qué". Y yo: sí, sentí como si algo saliera. O "aquí te quitaron esto, un tipo bloqueo en el vientre", sí, bloqueos, esa es la palabra, había bloqueo. Y entonces ya me dicen, pero ya lo quitaron, de hecho, pronto viene un bebé, dejaron un feto, eso me lo dijo el... 26 de octubre (Anahí, 33 años).

En el discurso de Anahí, el cuerpo aparece como depositario de lo espiritual, ya que estos "ángeles sanadores" colocaron en ese cuerpo recipiente la vida de otro ser. Es evidente cómo el trabajo espiritual que ella experimenta requiere de prácticas que involucran concretamente el cuerpo, se realiza sobre ciertas partes (el útero), requiere de una disposición corporal particular (relajación) para conseguir que el trabajo espiritual sea eficaz y tenga efectos.

El consumo de esta oferta espiritual se encuadra en un fenómeno más amplio de elección de terapias alternativas. Esta elección responde, entre otras cosas, a la insatisfacción con el sistema de atención biomédico, a la búsqueda de modos de atención más holísticos y menos invasivos y al despliegue de una mayor responsabilidad de los sujetos contemporáneos en el cuidado de su salud (Saizar y Bordes, 2014). Algunas veces, las participantes articulan y combinan estas terapias alternativas con una atención biomédica (Menéndez, 2003).

Tanto en Anahí como en Ana Paula, la creencia en Dios y ángeles sanadores emerge ante emociones como el miedo a no lograr algo deseado y buscado, es decir, la concepción, lo que muestra que, efectivamente, las creencias están permeadas por las emociones, como refiere Fernández Christlieb (2005). Estas emociones surgen ante los malos tratos, la violencia obstétrica y la falta de respuestas del sistema de salud.

### • Creencias de los efectos de la luna en el embarazo

Natalia relata que durante los días de luna llena sienten su cuerpo distinto. Esto había sido percibido desde antes de estar embarazadas, por ejemplo, en los días de menstruación u ovulación. Específicamente durante el embarazo, estas participantes dicen que la luna llena influye para que se sientan pesadas, cansadas, tengan contracciones, dolores y cambien sus estados de ánimo, ya que en esos días se sienten más tristes o irritables.

Lo que sí creo es que la luna sí tiene muchísimo que ver y me empecé a dar cuenta en últimas fechas. De hecho, siempre mi mamá, cuando me iban a tocar mis días o que tenía un día muy malo, me decía: “es que es la luna llena” o no sé qué, y yo: “no manches jefa, no”, mi abuelita y mi mamá eran muy así y ahora sí te das cuenta que sí te sientes la panza súper diferente conforme cambia la luna. Mis peores días hormonales con contraccioncitas y dolores, todos con luna llena, son días malos que todo es incómodo y sí tiene mucho que ver con la luna (Natalia, 28 años).

Como se puede observar, el poder de la luna no se cuestiona por parte de estas participantes, por el contrario, les permite explicar sus sentires y estados corporales durante ciertos días y tiempos específicos, tales como la menstruación, la ovulación o el embarazo. Es interesante que se buscan argumentos racionales para rechazar que la creencia en la luna sea una superstición.

En relación con lo anterior, Rangel (2016) ha señalado que las parteras y médicos adjudican a la luna llena un aumento en la cantidad de partos anticipados. El trabajo de Ramírez (2016) ha mostrado cómo mujeres buscadoras espirituales trazan una relación entre los ciclos menstruales y los ciclos lunares, como lo refiere a continuación:

Se cree que las mujeres están relacionadas con los ciclos lunares a partir de la duración de sus ciclos hormonales y de la influencia que la luna ejerce sobre ellos. Ejemplo de ello es que en la actualidad diversas mujeres pertenecientes a círculos de espiritualidad femenina nombran su menstruación como “luna” o “lunita”, dada la similitud de los tiempos y fases de los ciclos lunares con los ciclos hormonales femeninos (p. 143).

Del mismo modo, el trabajo de Felitti y Rohatsch (2018) muestra que es frecuente que las mujeres establezcan un vínculo entre las cuatro fases del ciclo menstrual (menstrual, preovulatoria, ovulatoria y premenstrual) y las cuatro fases de lunares (luna nueva, luna creciente, luna llena y luna menguante). Irusta (2016, como se cita en Felitti y Rohatsch, 2018) describe variaciones en la sensación de energía y potencia en las distintas fases del ciclo menstrual, por ejemplo, en la fase preovulatoria hay un aumento de fuerza debido a variaciones hormonales que se asocia al efecto de la luna sobre el cuerpo. En ese sentido, Fahs (2016, como se cita en Felitti y Rohatsch, 2018) sostiene que la asociación entre las fases lunares y el ciclo menstrual permite a las mujeres concebir que tienen una relación excepcional, sagrada y privilegiada con la naturaleza y un excepcional privilegio que las empodera.

- La energía y el poder percibido: anuncios del embarazo

Las embarazadas hablan de que percibieron el embarazo aun antes de confirmarlo médicamente o con una prueba, debido a la presencia de sensaciones extrañas o atípicas en el cuerpo, que interpretaron como signos de una energía que se expresa de diversas formas: algo caliente, algo que tiene vida propia o bien algo que revitaliza y fortalece el cuerpo de la mujer embarazada. Magallanes et al. (2005) ya habían hablado de que el embarazo es pensando como un tiempo caliente, que requiere evitar la frialdad e incorporar en su alimentación alimentos calientes (clavo, jengibre, entre otros) que le permitirán evitar cólicos, y molestias mayores en el parto y posparto.

Es chistoso, desde antes de que supiera que estaba embarazada ya sentía algo, una energía rara, como diferente, y esa energía ha ido creciendo, ya cuando me enteré dije “no bueno esto... era lo que sentía raro... Yo sentía como algo dentro de mí... ya sentía su... como su energía, pues como calentito, chiquito pero con mucha fuerza y así fue creciendo, ya que identificas esa... a esa energía, pues naturalmente se conecta con la tuya, y conforme pasa el tiempo y lo vas entendiendo y vas diciendo “bueno aquí está” pues nos vamos haciendo uno (Regina, 28 años).

Esta energía tiene la función de aminorar los miedos, incertidumbres y emociones que despierta el embarazo. El discurso de la energía se convierte en un aliciente que les ofrece a las mujeres embarazadas la seguridad y estabilidad de que están preparadas para los cambios emocionales y corporales que conlleva el embarazo, así como para el mismo parto. El reconocer esta fuerza requiere trabajo reflexivo y disposición corporal y mental para hacer meditación y lograr la conexión mente-cuerpo.

Pues la meditación tiene mucho que ver, porque te das cuenta de que dentro de ti hay una fuerza que te va a impulsar y que muchas cosas que he hecho en mi vida sin saber las he podido hacer, entonces, dije: “no pues, obviamente esto es lo mismo, es parte de, mi cuerpo debe estar preparado”... entonces, ya ahorita sí tengo una visión diferente del parto, porque sí me daba miedito, la verdad (Natalia, 28 años).

En este grupo de entrevistadas, el parto es concebido como el evento clímax de su proceso de embarazo, lo cual es lógico, ya que son embarazadas primerizas, nunca han vivido la experiencia y representa el fin del embarazo y el probable inicio de otro proceso (la maternidad). Algunas de las participantes mencionaron que en el embarazo tuvieron pesadillas con sus partos: era frecuente que vieran que no podía

nacer su hijo, que se desmayaran, o se miraban pariendo solas sin asistencia de otros actores y sin personas cercanas o significativas para ellas. Este tipo de sueños habla de la gran carga emocional que conlleva este momento de la vida de la embarazada primeriza y también muestra que, tanto consciente como inconscientemente, este evento es muy importante para las participantes.

### • Efectos corporales de la creencia en la conexión emocional entre bebé-embarazada

Es común que las participantes asuman que existe una conexión única y especial entre ellas y sus bebés.<sup>7</sup> Según las participantes, esta conexión les permite sentir lo que el/la bebé experimenta, mientras que el/la bebé siente las emociones que la madre atraviesa. La idea de la conexión emocional entre madre e hijo podría asociarse con representaciones e imaginarios de género que refieren a un instinto maternal, Badinter (1981) mostró que el instinto materno era una construcción social, ya que no siempre los padres, y en especial las madres, habían desarrollado lazos de proximidad, cariño y cuidado con su descendencia.

Esta valorización del instinto materno, que genera críticas por parte de los feminismos y los enfoques construccionistas, ha sido problematizada por Fedele (2016), quien considera que, si bien las creencias y las prácticas asociadas con las nuevas espiritualidades podrían generar empoderamiento en las mujeres, también podrían ligarse con estereotipos de género. Por esto es que “algunos feminismos más secularizados y anticlericales encuentran en estas prácticas de espiritualidad una re-esencialización y confirmación de binarismos” (Felitti y Abdalá, 2018, p. 3), que han sido la base histórica para la inequidad de género.

En ese sentido, para Regina, no existe una división clara entre las emociones de ella y las de su bebé. Ante esta unión emocional y sentimental que se genera entre madre e hijo, estas mujeres asumen que la madre tendría que ser cuidadosa de reflexionar, trabajar y afrontar las emociones que atravesase durante el embarazo. Esto con la intención de que esas emociones no afecten al/la bebé. Así lo refiere en el siguiente relato:

<sup>7</sup> Le nombro “bebé” porque tanto parteras, doulas y embarazadas se refirieron a este de esa forma en el trabajo de campo. También conviene aclarar que cuando digo “bebé” me refiero a la bebé o el bebé.

Tu bebé es y siente lo que tú sientes como propio porque no distingue entre él y tú, no sabe que él es un ser individual y que tú eres otro ser individual que ahorita está dentro de ti. Se sienten como uno mismo... todo lo que tú sientes lo siente tu bebé, entonces hay sentimientos que nosotros bloqueamos o situaciones que nosotros bloqueamos y que las pasamos a otro plano o las ignoramos, y eso, todo eso lo siente también el bebé; el bebé no distingue si es algo que no quiere sentir o que quiere sentir, entonces lo tiene también como parte de él. Cuando tú quieres trabajar algo de tipo doloroso o algo lo separas de tu bebé... es que es muy raro pero muy chido (Regina, 28 años).

Como se puede apreciar en el relato anterior, la creencia de que existe una conexión emocional y de energías entre madre e hijo está permeada por regulaciones sociales en cuanto a “la buena madre” o “la verdadera madre”, en contraposición de esa que es “mala madre” y no muestra una preocupación o interés por el bienestar del hijo.

La creencia en esta conexión hace que las entrevistadas señalen cosas que deberían hacer en tanto madres, por ejemplo, dejar de consumir tabaco o alcohol, preocuparse por alimentarse sanamente, dormir bien, modificar su estilo de vida. A veces, la creencia en la conexión entre bebé y embarazada está permeada por un mercado que sugiere comprar ciertos objetos, por ejemplo, música para estimulación intrauterina, masajes, etc. Esto da cuenta de que, tal como señala Fernández Christlieb (2005), las creencias promueven el despliegue y ejecución de valores y compromisos morales en las personas. Es frecuente que estas creencias en “la conexión” entre embarazada y bebé sean aprovechadas por el mercado, el cual promueve la compra de productos y servicios.

Para algunas entrevistadas la conexión tiene continuidad aún después del nacimiento. Si bien el bebé y la madre se han separado físicamente, a través del amamantamiento el bebé sigue recibiendo la información de lo que le ocurre a la madre. En esta perspectiva, esa podría ser la razón que explique llantos y enojos de los infantes, o que no se puedan dormir cuando ya han satisfecho sus necesidades básicas. En ese caso, la única alternativa es que la madre trabaje las emociones que está reprimiendo o desplazando, inconscientemente quizás, ya que esto permitirá que mejore el estado de ánimo de ella y, como efecto, el de hijo también.

El argumento acerca del trabajo que “debería” hacer la madre con sus emociones pareciera responder a un argumento producto de la espiritualidad nueva era, ya que coloca como prioridad la transformación personal basada en el autoconocimiento y sitúa lo emocional por encima de lo racional (Felitti, 2018; Felitti y Abdalá, 2018). Las dos emociones que están presentes en mayor medida son la culpa y la responsabilidad y, pese a que ambas parezcan distintas, tienen como función imponer restricciones y orientar cambios comportamentales. Así se lee en el relato de Regina:

[Cuando] un bebé ya ha saciado completamente sus necesidades básicas y sigue triste, llorando, enojado o cosas así, tienes como que conectar contigo y preguntarte “¿qué es lo que te hace sentir a ti así?”, como “¿por qué está enojado mi bebé si ya tiene todo?” tal vez tú tienes una emoción que necesitas trabajar y decirle a tu bebé “Oye, esto es mío, no tuyo y yo lo voy a trabajar por mi cuenta”, en cuanto tú te das cuenta de qué es lo que te molestó, el bebé así como automáticamente o mágicamente se desprende de ese sentimiento y él se pone bien (Regina, 28 años).

Anahí atribuye a los ángeles sanadores la posibilidad de conocer distintas características del bebé que se está gestando aun antes de que este nazca. Justo los ángeles sanadores le transmitieron que tendría un varón, se lo describieron con una precisión que permitió que Anahí hasta pudiera imaginarlo y encontrara similitudes y diferencias con su pareja. Así lo relata en el siguiente fragmento:

Termina la terapia (de sanación) cuando me describe (la guía espiritual) todo lo que se trabajó y todo; que se limpió, que se instauró, que me quitaron esos bloqueos, o sea que viene pronto, “en unos meses, tú relájate”. Ella pues tiene cierto don, cierto talento, hasta me dijo: “espérame, lo puedo ver”, y me lo empieza a describir entonces, “es un niño”... un niño, es así y así y lo describe. Ella no conoce a mi esposo, bueno a mi pareja y lo describe igualito. Me dice “es cejoncito, de cabello negro”, fue así como ¡qué bonito! (Anahí, 33 años).

El trabajo de Felitti (2018) señala que hay vínculos entre mujeres gestantes y bebés previos al nacimiento de estos. Estos significados atribuidos al bebé se relacionan con factores económicos, políticos y religiosos. En el caso de Anahí se observa cómo la posibilidad de imaginar, simbolizar y significar al bebé está investida por un discurso espiritual que la invita a priorizar la emocionalidad antes que la racionalidad. Esto no quita que participantes como Anahí, a la par que recurren a este discurso espiritual, busquen otros medios científicos o tecnológicos para imaginar y/o conocer al bebé, por ejemplo, con los ecosonogramas.

### *Prácticas de crianza: la lactancia materna y los pañales ecológicos*

La totalidad de las participantes dicen que sí quieren recurrir a la lactancia materna. Todas arguyen que esta es la mejor manera de establecer un especial vínculo relacional entre madre-hijo y que es más sano. Esta certeza de las entrevistadas por pensar en la leche materna como más sana que la leche de fórmula muestra la eficacia y

aceptación de campañas y discursos que, en México, iniciaron en los años setenta. En Guadalajara, en esta década se difundió en el periódico *El Informador* y en el área de Planificación Familiar y Salud Materno-Infantil del IMSS Jalisco lo recomendable, benéfico y deseable que era la lactancia materna (Castañeda, 2016). Este tipo de discursos se relacionan con recomendaciones internacionales (provenientes de la OMS y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y con buena parte de las políticas públicas de la infancia y de la familia que se han popularizado en las últimas décadas, tal como lo menciona Gimeno (2024).

Las participantes, en su mayoría, están seguras y tienen claridad acerca de cómo amamantar a sus futuros hijos. Solamente Hilda dice querer prepararse, ya que cada vez escucha con más frecuencia de las dificultades que esto comporta.

La lactancia, no sé, yo lo veo como... me parece como muy fácil pero no he visto, no sé, para mí me parece lo más fácil, pero no sé, te digo que yo tenía mucho la idea de que era muy sencilla la lactancia. Digo, mi madre y mi hermana nunca dijeron que les costara, pero últimamente he visto mucho en grupos o talleres que hacen de lactancia y eso, entonces digo "no es tan sencillo como yo creía", así que toca prepararse (Hilda, 35 años).

El relato de Hilda muestra cómo la lactancia podría convertirse para las mujeres en una nueva exigencia y mandato de género, ya que las mujeres que no saben o no pueden hacerlo (por complicaciones laborales, porque no desean hacerlo, etc.) podrían ser vistas como "malas madres", puesto que, como menciona Gimeno (2024), el mandato de amamantar potencia la separación entre la "buena" y la "mala" madre, apelando al discurso de la mejor salud para el bebé.

Además, amamantar implica que algunas mujeres desplieguen una serie de recursos económicos, de tiempo y esfuerzo para aprender y ser asesoradas en cuanto a cómo realizarlo. Esta necesidad y disposición a aprender a amantar justo es una evidencia de que no existe un instinto o una capacidad biológica y naturalista para esto, por el contrario, requiere múltiples esfuerzos y disciplinamientos para inducir a las mujeres a practicarla (Gimeno, 2024).

Por otro lado, algunas de las participantes (Regina, Claudia, Hilda y Natalia) señalaron que optarán por el uso de los pañales ecológicos; el resto no lo ha determinado todavía. Entre las razones de esta predilección están los ahorros económicos —al ser reutilizables la inversión inicial se recupera fácilmente— y las motivaciones ecológicas que están relacionadas con el cuidado del medio ambiente. También hay algo emocional, el amor al hijo, ya que como lo dijo Natalia "implicará lavar mucha caca". Regina explica por qué quieren pañales de tela:

Porque se gasta muchísimo más comprando de los otros pañales y aparte contaminan muchísimo y así te sientes mal, entonces lo que realmente necesita son pañales, que me han dicho varias amigas se necesitan bastantes, entonces si son de tela pues son como 15 pañales para todo (Regina, 28 años).

Tanto Regina como Natalia están dispuestas a lavar los pañales, sin importarles que es una labor que implica tiempo y esfuerzo corporal. Estas mujeres van a llevar a cabo esta práctica porque tienen la creencia de que esta es una forma de demostrar amor y atención al hijo. Ideas que se sostienen y dan cuenta de la continuidad de un orden de género que ha promovido que las mujeres se encarguen de las labores de aseo del hogar, cuidado y crianza de los infantes y se sitúen en el espacio privado.

Al respecto, Badinter (2010) ha demostrado y advertido las consecuencias que pueden tener este tipo de prácticas para las identidades de las mujeres. El hablar de un discurso naturalista podría devolver a las mujeres a un modelo tradicional de ser madre y de ser mujer, el cual vuelve a instalar las ideas de instinto y amor maternal como “deberes femeninos”. Este tipo de discursos ecológicos y naturalistas demandan altos costes de tiempo y promueven maternidades intensivas que dificultan las negociaciones que una mujer puede hacer entre su maternidad y su ser para sí.

Aparte, estos modelos podrían estar dificultando o conllevando retrasar la vuelta al mercado de trabajo, pues implican un gran cansancio debido a lo extenuante de las prácticas de lavado de pañales, limitan el movimiento y la independencia de la madre sin el bebé por la lactancia a demanda y obstaculizan la participación activa del padre en la crianza, ya que este no amamanta.

## Conclusiones

Las participantes son mujeres embarazadas primerizas, de clase media o media alta, con niveles de estudios superiores y con trabajos bien remunerados, lo que les ha permitido elegir el tipo de atención que desean tener en su embarazo y, de ser necesario, pagar por ella; sin embargo, esto no es una posibilidad para todas las mujeres gestantes, lo que genera así nuevas dinámicas de exclusión y segregación para aquellas que no pueden pagar los servicios de atención humanizada del parto.

Así, pareciera que efectivamente la partería profesional de las urbes mexicanas ha surgido como un privilegio de la clase media debido los altos precios de este servicio, tal como lo refiere Laako (2016), además de que la partería profesional y los servicios psicoprofilácticos son un medio de consumo que ha surgido dentro de

la lógica neoliberal y se ha mercantilizado con una diversa oferta de servicios, objetos, rituales y espacios nada económicos. Por tanto, este trabajo contribuye a los debates sobre si la atención humanizada (partería y asistencia a grupos psicoprofilácticos) es una actividad política o no, como ya se ha discutido en trabajos previos (Fedele, 2016; Laako, 2016).

Estas participantes han seleccionado la atención humanizada en parte por su desconfianza, insatisfacción y rechazo al sistema de atención hospitalaria del embarazo (tanto pública como privada), lo cual es razonable si se considera la situación ineficiente y cuestionable que atraviesa actualmente la atención de salud en México (Castellanos, 2015; Pulido, 2017; Sesia, 2017). Sin duda, el sistema de salud pública mexicano que se caracteriza por ser deficiente, tardado, negligente y que reproduce formas de violencia obstétrica y por razones de género ampliamente documentadas, tal como lo han reportado diversos estudios (Castellanos, 2015; Contreras, 2018; Sesia, 2017), tiene un peso importante en la decisión de las mujeres para optar por la atención humanizada; sin embargo, no es posible asegurar un acceso incluyente e igualitario a este sistema de atención del embarazo y el parto, ya que no es un tipo de atención ofertado desde la política de salud estatal, sino que se paga del bolsillo de los usuarios.

Otra de las razones por las que las participantes eligieron la partería como su opción de atención es por su rechazo a las cesáreas, que saben por la prensa y comentarios que circulan socialmente, se practican más de lo necesario por razones económicas (las instituciones y profesionales reciben mayor paga) y comodidad de las/los médicos y se constituye en otra forma de violencia obstétrica.

Ahora bien, la principal razón para elegir la partería es porque las ideas y los discursos que se socializan en las casas de parto son congruentes con la visión holística que estas mujeres guardan del mundo y de la maternidad, propias de una ideología de la nueva era. Además, la decisión de optar por la partería se relaciona con el interés que tienen las mujeres de que sus parejas sean partícipes activos del embarazo. Finalmente, se recurre a la partería porque se encuentra trato cercano y respetado, lo cual es coincidente con lo referido por Fedele (2016) y Lazaro (2016).

En los cursos psicoprofilácticos y en las charlas de seguimiento del embarazo que realizan parteras y doulas se habla de la importancia de vivir un embarazo consciente y se brindan materiales para potenciar la relación madre-hijo y la explosión de la energía proveniente del embarazo. Las participantes apropian estos discursos y despliegan prácticas como la lectura de esos materiales, redactan cartas para sus bebés y realizan ejercicios que les permiten vivir el embarazo de manera más consciente. Esto es coincidente con las 12 características que menciona Fedele (2016) asociadas con las *maternidades holísticas*. Aparte, esta atención humanizada del embarazo y el

parto está caracterizada por la emergencia de creencias en dioses, ángeles sanadores, efectos lunares, conexiones emocionales y energías.

Por otro lado, es posible identificar que estas mujeres hablan de su intencionalidad de amamantar cuando sus hijos nazcan debido a que consideran que con eso podrán mantener una conexión madre-hijo. Las participantes planean usar pañales ecológicos debido a una preocupación e interés por el cuidado del medio ambiente, por economía y porque es una forma de demostrar el amor a sus hijos. Tanto la lactancia materna como el uso de pañales ecológicos representan formas de mostrar el compromiso en la relación madre e hijo, que se constituyen en deberes morales en torno a la labor maternal. Estos deberes son nuevos mandatos que operan para la clasificación de la buena y la mala madre y marcan la identidad de las mujeres en la época contemporánea (Gimeno, 2024).

En cuanto a la lactancia y el uso de pañales ecológicos, habría que considerar los requerimientos de tiempo, trabajo y atención que las mujeres tendrán que desplegar y cómo este tipo de prácticas podrían conllevar una maternidad intensiva, tradicional y demandante, tal como lo ha problematizado Badinter (2010). Conviene remarcar que estas mujeres son embarazadas primerizas, así que no tienen experiencia en lo que implica la maternidad, por lo que podría ser que haya una distancia entre lo que planifican hacer y lo que realmente hacen una vez que los hijos nazcan. En ese sentido, futuras investigaciones podrían identificar las negociaciones que hacen estas mujeres entre sus planes originales y la maternidad ya vista como práctica.

Asimismo, resulta interesante observar que los testimonios de las participantes dan cuenta de que, efectivamente, las creencias son generadoras de comportamientos, prácticas y sentidos tanto colectivos como subjetivos, lo cual se evidencia cuando acuden a limpias sanadoras, realizan ejercicios en casa y en los cursos psicoprofícticos. En el despliegue de esas prácticas, el cuerpo se constituye en un espacio privilegiado de significación, disciplinamiento, ejecución y visibilización de las creencias en torno a lo sagrado, lo profano, lo puro y lo impuro. Este disciplinamiento y esfuerzo corporal, además, se constituye en una evidencia de que no existe el instinto maternal o de amamantar, ya que las mujeres tienen que disponer esfuerzo, tiempo y aprender a realizarlo (Gimeno, 2024) mediante una mercantilización de servicios dispuestos para ello.

Finalmente, estas creencias están ligadas a las emociones de las mujeres embarazadas, ya que surgen ante la presencia de miedos, ansiedades e inquietudes, o bien ofrecen seguridad, tranquilidad y paz ante procesos y experiencias vinculadas al embarazo que son incomprensibles, inexplicables o desconocidos. Estas creencias

operan como constricciones y restricciones que implican una gran demanda de tiempo, recursos y responsabilidades para las mujeres, algo que pasa, por ejemplo, con la idea de naturaleza e instinto que, cuando no se logra, podría ser generadora de malestares, culpas o cuestionamientos para las embarazadas.

## Referencias

- Almaguer, J., García, H., y Vargas, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y salud en cifras*, 10(2/3), 44-59. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
- Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Paidós/Pomaire.
- Badinter, E. (2010). *La mujer y la madre. Un libro polémico sobre la maternidad como forma de esclavitud* (M. Roca, Trad.). La esfera de los libros.
- Castañeda, L. (2016). *La configuración de la identidad de género en mujeres profesionistas no madres en Guadalajara, Jalisco* [Tesis de doctorado]. CIESAS-Occidente.
- Castellanos, A. (2015). *Índices de violencia obstétrica en México*. Centro de Investigación Social Avanzada. <http://cisav.mx/violencia-obstetrica-en-mexico/>
- Contreras, K. (2018). Violencia obstétrica en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México: expresiones de violencia institucional y autoritarismo médico. *Musas*, 3(2), 52-70. <https://doi.org/10.1344/musas2018.vol3.num2.4>
- De la Torre, R. (2012). La religiosidad popular como “entre-medio” entre la religión institucional y la espiritualidad individualizada. *Civitas: revista de Ciências Sociais*, 12(3), 506-521. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2012.3.13013>
- Durkheim, E. (1912). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Editorial Shapire.
- Fedele, A. (2016). ‘Holistic Mothers’ or ‘Bad Mothers’? Challenging Biomedical Models of the Body in Portugal. *Religión & Gender*, 6(1), 95-111. <https://doi.org/10.18352/rg.10128>
- Felitti, K. (2018). Los no nacidos y las mujeres que los gestaban: significaciones, prácticas políticas y rituales en Buenos Aires. *Revista de Estudios Sociales*, 64, 125-137. <https://doi.org/10.7440/res64.2018.10>
- Felitti, K., y Abdalá, L. (2018). El parto humanizado en la Argentina: activismos, espiritualidades y derechos. En H. Laako y G. Sánchez Ramírez (Eds.), *Partería en América Latina: Diferentes territorios, mismas batallas* (pp. 95-121). ECOSUR.

- Felitti, K., y Rohatsch, M. (2018). Pedagogías de la menarquía: Espiritualidad, género y poder. *Sociedad y Religión*, 50(28), 135-160.
- Fernández Christlieb, P. (2005). Aprioris para una Psicología de la cultura. *Athenea Digital*, 7, 1-15. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/vin7.178>
- García Canclini, N. (1997). Culturas híbridas y estrategias comunicacionales. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 2(5), 109-128. [https://bvvirtual.ucol.mx/descargables/115\\_culturas\\_hibridas.pdf](https://bvvirtual.ucol.mx/descargables/115_culturas_hibridas.pdf)
- Gimeno, B. (2024). Análisis crítico de la lactancia materna como eje de una identidad femenina contemporánea. En C. Palomar y K. Contreras (Coords.), *Interrogaciones contemporáneas en torno a la maternidad* (pp. 29-52). Universidad de Guadalajara.
- Gutiérrez, C. (2007, 13-18 de agosto). *Creencias y prácticas religiosas en Guadalajara. 1996-2006* [Ponencia]. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Guadalajara, México.
- Gutiérrez, D. (2010). Sistema de creencias y modernidad: la religiosidad implícita en la era del desarrollo mundial occidental. En D. Gutiérrez (Coord.), *Religiosidades y creencias contemporáneas. Diversidades de lo simbólico en el mundo actual* (pp. 173-212). El Colegio Mexiquense.
- Laako, H. (2015). La política del nacimiento, la política de la transformación: los casos del movimiento de parteras en México y Finlandia. En G. Sánchez (Ed.), *Imagen instantánea de la partería* (pp. 85-110). ECOSUR; Asociación Mexicana de Partería.
- Laako, H. (2016). Los derechos humanos en los movimientos sociales: el caso de las parteras autónomas de México. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 227, 167-194. [https://doi.org/10.1016/S0185-1918\(16\)30025-3](https://doi.org/10.1016/S0185-1918(16)30025-3)
- Lamadrid-Figueroa, H., Suárez-López, L., y González-Hernández, D. (2021). La epidemia de cesáreas en México. *Síntesis sobre políticas de Salud*. [https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISP\\_Epidemia\\_Cesareas.pdf](https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISP_Epidemia_Cesareas.pdf)
- Lázare, S. (2016). Conceptualización del cuerpo, la persona y la maternidad en el parto natural: el caso del centro de salud Marenostrum de Barcelona. *Quaderns-e*, 21(1), 18-32. <https://raco.cat/index.php/QuadernseICA/article/view/317132>
- Lazaro, A. I. (2017a, 2-4 de agosto). *Experiencia y empoderamiento. Reflexiones acerca de la(s) experiencia(s) en rondas que promueven el Parto Respetado en Córdoba* [Ponencia]. II Congreso Latinoamericano de Teoría Social y Teoría Política “Horizontes y dilemas del pensamiento contemporáneo en el sur global”. Buenos Aires, Argentina.

- Lazaro, A. I. (2017b). Cuerpos 'al natural': la construcción de la naturaleza y sus tensiones en el movimiento de Parto Humanizado. *Revista Pilquen. Sección Ciencias Sociales*, 20(3), 82-94. <https://revela.uncoma.edu.ar/index.php/Sociales/article/view/1716>
- López Fonseca, R. (2023, 8 de julio). Separan de su cargo a médico acusado de abuso sexual a una mujer a punto de dar a luz en Huejuquilla el alto. *UDGTV Canal 44*. <https://udgtv.com/noticias/separan-de-su-cargo-a-medico-acusado-de-abuso-sexual-a-una-mujer-a-punto-de-dar-a-luz-en-huejuquilla-el-alto/193018>
- Magallanes, A., Limón, F., y Aús, R. (2005). Nutrición de cuerpo y alma: prácticas y creencias alimentarias durante el embarazo en Tzisco, Chiapas. *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, 131-148.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos-OCDE. (2019). *Health at a Glance 2019*. <https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-ES.pdf>
- Pulido, Y. (2017). *La comunicación intercultural en la atención de la indígena embarazada en los hospitales civiles de Guadalajara* [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad de Guadalajara.
- Ramírez, M. R. (2016). Del tabú a la sacralidad: la menstruación en la era del sagrado femenino. *Ciencias Sociales y Religión*, 18(24), 134-152. <https://doi.org/10.22456/1982-2650.62531>
- Rangel, T. (2016). La función de las tecnologías de visualización en la experiencia hospitalaria: el caso del embarazo. *Revista San Gregorio*, 33, 70-79. <https://revista.sangregorio.edu.ec/index.php/revistasangregorio/article/view/293>
- Saizar, M. y Bordes, M. (2014). Espiritualidad y otros motivos de elección de terapias alternativas en Buenos Aires (Argentina). *Mitológicas*, 29, 9-23.
- Sesia, P. (2017). Maternidades violentadas, ¿maternidades justiciables? Una primera aproximación a la judicialización de la violación de los derechos de salud materna en México. En A. Saldaña, L. Venegas y T. Davids (Coords.), *¡A Toda Madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México* (pp. 77-112). Instituto Nacional de Antropología; Editorial Itaca; Universidad de Guadalajara.
- Zamorano, C. (Coord.). (2017). *Ser. Catorce experiencias de vida a inicios del siglo XXI*. Publicaciones de la Casa Chata.

KARLA ALEJANDRA CONTRERAS TINOCO

.....

Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Antropología Social por CIESAS-Occidente. Maestra en Psicología Social por la Universidad Católica del Norte, Chile. Licenciada en Psicología por el Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara. Actualmente es profesora-investigadora titular A de la Universidad de Guadalajara. Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNI), nivel I. Presidente del Centro de Investigación, Capacitación e Intervención Multidisciplinar A. C. y coordinadora de la Red Internacional de Igualdad e Inclusión en la Educación Superior. Sus líneas de investigación son: género y subjetividades; e igualdad y educación superior.

---

Citar como: Contreras Tinoco, K. A. (2025). Creencias y atención humanizada del embarazo: análisis de maternidades holísticas en Guadalajara, México. *Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 45-46(97-98), 187-212. <https://revistaiztapalapa.izt.uam.mx/index.php/izt/issue/archive>

---