

Mujeres que se gestan y se paren: las experiencias reproductivas como procesos de aprendizaje encarnados

Women who Gestate and Birth Themselves: Reproductive Experiences as Embodied Learning Processes

Gabriela Bortolamedi García

 <https://orcid.org/0009-0005-4951-199X>

El Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal, México

gabiborto@gmail.com

Charles Stephen Keck

 <https://orcid.org/0000-0002-3862-6194>

El Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal, México

ckeck@ecosur.mx

Graciela Freyermuth Enciso

 <https://orcid.org/0000-0002-3871-715X>

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Sureste, México

gracielafreyermuth54@hotmail.com

Resumen

En este artículo se exploran las experiencias reproductivas de las mujeres como procesos de aprendizaje encarnado, a la vez que se examina el impacto de la clase social sobre dichas experiencias. A través de una metodología cualitativa con enfoque biográfico-narrativo, se analizan los relatos de ocho mujeres de clases baja, media y alta, todas madres de dos hijos y residentes en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Los hallazgos revelan que los conocimientos adquiridos durante el primer embarazo influyen significativamente en la vivencia del segundo, y que este proceso de aprendizaje encarnado está atravesado por la condición socioeconómica. En conjunto, los resultados destacan la diversidad de experiencias reproductivas y subrayan la necesidad de ofrecer una atención sensible y personalizada, así como de abordar las desigualdades que afectan el acceso a la información y la toma de decisiones durante el embarazo y el parto.

Palabras clave: experiencias reproductivas, embarazo, parto, condiciones socioeconómicas, clase social.

Abstract

This article explores women's reproductive experiences as embodied learning processes, while also examining the impact of social class on these experiences. Using a qualitative methodology with a biographical-narrative approach, it analyzes the stories of eight women from lower, middle, and upper social classes, all of whom are mothers of two children and reside in San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. The findings reveal that the knowledge gained during the first pregnancy significantly shapes the experience of the second, and that this embodied learning process is deeply influenced by socioeconomic conditions. Overall, the results highlight the diversity of reproductive experiences and underscore the need for sensitive, personalized care, as well as the importance of addressing inequalities that affect access to information and decision-making during pregnancy and childbirth.

Key words: reproductive experiences, pregnancy, childbirth, socioeconomic conditions, social class.

Recibido: 20/10/2024

Aceptado: 21/04/2025

Publicado: 20/05/2025



Introducción

Las experiencias reproductivas de las mujeres son ritos de paso que transforman nuestros cuerpos y subjetividades (Raphael, 1975; Rich, 1976; Young, 1984; Imáz Martínez, 2001). En el proceso de gestar y parir a otro ser, nos gestamos y parimos a nosotras mismas, ya que, para todas las mujeres, independientemente de los factores que nos diferencien, convertirnos en madres representa una profunda transformación existencial (Zadoroznyj, 1999).

En la actualidad, esta metamorfosis está enmarcada en un contexto patriarcal en el que los cuerpos de las mujeres son sitios disputados (Montes, 2008; Federici, 2015). El surgimiento de la ginecoobstetricia en el siglo XVIII como un campo de saber-poder (Foucault, 2002) basado en la jerarquización del pensamiento masculino sobre los cuerpos femeninos (Martínez Vidal y Pardo Tomás, 2001; López Sánchez, 2010) ha conllevado la patologización del embarazo y del parto (Smith y Condit, 2000; Neiterman, 2013), así como la reconceptualización de estos procesos como problemas médicos (Barker, 1998). Oakley (1980, 1983, 1984) ha argumentado que el modelo biomédico de atención al parto, enfocado en el manejo del riesgo (Lane, 1995; Lupton, 1999) desde «conocimientos expertos» e intervenciones tecnológicas, deslegitima las experiencias subjetivas de las mujeres y refuerza el control social sobre ellas (Davis-Floyd, 1994). Además, la lógica capitalista que permea este modelo lo convierte fácilmente en un proceso de extracción enfocado en generar un producto —el bebé—, y con ello ha alienado a las mujeres de su labor —y consecuentemente de su experiencia— corporal (Martin, 1987). El enfoque en los riesgos, que resignifica el cuerpo gestante como un ente imprevisible y potencialmente peligroso que las mujeres deben controlar a través de la autodisciplina, refuerza el control social sobre sus cuerpos y limita sus agencias (Lane, 1995; Lupton, 1999; Lyster et al., 2009). Por otra parte, las tecnologías de control prenatal que permiten visualizar el interior de los cuerpos gestantes, como el ultrasonido, poseen un notable poder epistemológico y ontológico. Este poder contribuye a la producción de subjetividades tecno-corporales que desplazan formas encarnadas de ser y conocer (Haraway, 1997), además de alterar las identidades y corporeidades de las mujeres al resignificar sus cuerpos como nuevas fronteras por colonizar (Shaw, 2012; Frost y Haas, 2017). Estos fenómenos han sido caracterizados como dispositivos disciplinarios que buscan producir cuerpos femeninos dóciles (Montes, 2008; Cummins, 2014).

Por otro lado, estas representaciones y prácticas institucionalizadas de la maternidad han sido contrastadas con la «experiencia» de la maternidad por autoras

como Rich (1976), quien describe esta última como una potencial fuente de placer, conocimiento y poder desde lo corporal. Teniendo en cuenta las tensiones entre la maternidad como institución y la maternidad como vivencia personal, resulta fundamental analizar las experiencias reproductivas desde la perspectiva de las mujeres que las atraviesan con la finalidad de visibilizar el despliegue de sus subjetividades, saberes y agencias. En este sentido, Young (1984) sentó un precedente importante al explorar la subjetividad materna a través de un análisis fenomenológico de su propia experiencia del embarazo, mientras que autoras como Lupton y Schmied (2013) han estudiado cómo las subjetividades encarnadas que se construyen durante el parto repercuten sobre las experiencias de las mujeres. Otros estudios, centrados en la relación entre experiencia y agencia, han mostrado cómo las mujeres utilizan los conocimientos encarnados de sus vivencias para negociar con el modelo biomédico y tomar decisiones sobre sus cuerpos durante el embarazo y el parto (Abel y Browner, 1998; Lippman, 1999; Clancy et al., 2022), promoviendo una visión alternativa de los cuerpos gestantes como espacios de poder personal y social (Haaker, 2021). Aquí resulta importante resaltar la literatura que se ha enfocado en documentar y analizar modelos alternativos de atención al embarazo y el parto. En diversos estudios basados en México se han resaltado los beneficios de la atención con parteras tradicionales y profesionales, que se distingue por respetar los tiempos, deseos y subjetividades corporales de las mujeres (Sánchez Ramírez, 2016; Alarcón, 2021; Quattrochi, 2021; Sánchez Ramírez y Laako, 2021). También, durante la última década, algunos estudios —principalmente enfocados en países del norte global— se han centrado en el fenómeno del freebirth o «parto autónomo», en el cual las mujeres escogen, por diversos motivos, parir sin el acompañamiento de «personal autorizado» —médicos y enfermeras— e, incluso, sin parteras (McKenzie et al. 2020).

El presente artículo, centrado en las experiencias y aprendizajes encarnados de diferentes mujeres durante el embarazo y el parto, se interesa en el cuerpo como sujeto cognoscente (Merleau-Ponty, 1945), a la vez que como símbolo impregnado de significados culturales, históricos y políticos (Scheper-Hughes y Lock, 1987), tomando en cuenta las dimensiones sociales que inciden en la producción de experiencias y saberes corporales. Desde la sociología del cuerpo se ha utilizado el término «corporeidad» para englobar el conjunto de concepciones —que incluyen representaciones, discursos y saberes— y prácticas corporales de sujetos socio-históricamente situados (Le Breton, 2002; Cruz Salazar, 2014). Este abordaje, que se centra en comprender la construcción de la subjetividad

corporal a partir de dimensiones culturales y simbólicas, se complementa con el concepto de *embodiment* propuesto por Csordas (1990), según el cual el cuerpo se concibe como un sujeto involucrado activamente en la construcción del mundo. Scheper-Hughes y Lock (1987) suman a estas comprensiones su concepto de los tres cuerpos: el «cuerpo individual» de la experiencia vivida, el «cuerpo social» como símbolo cultural y el «cuerpo político» como objetivo disciplinario. Nutriéndose de estas concepciones, en la presente investigación se entiende el cuerpo como una construcción situada e intersubjetiva —y, por ende, no estática—, que emerge como sujeto activo a partir de la interacción entre la experiencia fenomenológica del cuerpo vivido (Merleau-Ponty, 1945) y las concepciones, prácticas y relaciones corporales de los contextos cultural-simbólicos y político-disciplinarios que habitan los sujetos sociales.

Desde ahí, la «experiencia encarnada» se entiende como la manera en que el cuerpo experimenta y participa activamente en la construcción de significados en torno a las vivencias mediante sensaciones, emociones, pensamientos y acciones. El proceso a través del cual estas experiencias encarnadas son integradas como saberes se denomina «aprendizaje encarnado», e implica la transformación y sistematización de las experiencias encarnadas en conocimientos, que incluyen tanto la dimensión sensorial, emocional y cognitiva de estas vivencias, como sus significados culturales y políticos. En el aprendizaje encarnado, el cuerpo actúa como un mediador del conocimiento y las experiencias corporales juegan un rol central en la adquisición de saberes que transforman las subjetividades de los sujetos sociales. Por ende, conceptualizar los procesos reproductivos femeninos como procesos de aprendizaje encarnados permite indagar sobre cómo las mujeres que gestan y paren integran en sus vidas las dimensiones sensoriales, emocionales, cognitivas, sociales y políticas de estas experiencias. Dado que las pocas investigaciones en las que se han explorado las transformaciones generadas por las experiencias reproductivas en las subjetividades de las mujeres no han privilegiado la dimensión corporal del aprendizaje, estudiarla resulta crucial para un entendimiento holístico de estos procesos.

De igual modo, la clase social, entendida como un sistema de estratificación jerárquico (Ritzer, 1997) basado en la distribución desigual de recursos económicos, sociales, culturales y simbólicos en el sistema de producción capitalista (Marx y Engels, 1948; Weber, 1978; Bourdieu, 1986; Marx, 2008), resulta una categoría central para el análisis de los procesos de aprendizaje encarnados en el embarazo y el parto, ya que es determinante de factores —como el poder de consumo,

los conocimientos, los valores y actitudes, la relación con el cuerpo e, incluso, las relaciones con los profesionales de salud (Boltanski, 1975, 2013; Bourdieu, 1984, 1990; Kraus y Stephens, 2012; Manstead, 2018)— que tienen un efecto importante sobre las experiencias reproductivas de las mujeres. Por un lado, se ha demostrado que la clase social, al influir en determinantes sociales de la salud como los ingresos, la educación, los conocimientos, el empleo y la vivienda, genera disparidades en el acceso a la salud reproductiva y en la calidad de esta (OMS, 2010; Hall et al., 2012; Janaki y Prabakar, 2024; Biglari et al., 2024). Por otro lado, se ha encontrado que la clase social también influye en las preocupaciones, preferencias y prioridades de las mujeres en torno a sus procesos reproductivos, siendo las de clase media las que ponen más énfasis en el control y la posibilidad de elegir cómo quieren vivenciar estas experiencias (Nelson, 1983; Lazarus, 1994; Zadoroznyj, 1999; Liamputtong, 2005). Por último, se considera que la clase social tiene implicaciones importantes en la dimensión corporal de las experiencias reproductivas, ya que se inscribe en las prácticas y disposiciones corporales de los sujetos sociales (Bourdieu, 1984, 1990).¹

Las formas en que la clase social se inscribe en las corporeidades de los sujetos sociales varían según los demás ejes de opresión que la intersecan, como el género, la raza, la etnia y la edad, entre otros. De particular relevancia para la presente investigación son las formas en que las intersecciones de clase y género se inscriben en los cuerpos de las mujeres gestantes y parturientas. Según Butler (1993), las normas de género no solo generan corporeidades a través de prácticas y discursos disciplinarios, sino que también distinguen entre cuerpos que «importan» y cuerpos «abyectos», es decir, excluidos de la condición de sujetos sociales. De forma similar, Boltanski (2013) menciona cómo el proceso social de engendramiento fetal distingue entre cuerpos más o menos valiosos—defectuosos e, incluso, más o menos humanos— según la clase social que se les asigna. Aunque para Butler (1993) el concepto de abyección se refiere a los cuerpos que no se adaptan a la heteronorma hegemónica, puede también resultar útil para pensar en cómo las intersecciones de género y clase se inscriben de forma diferencial en los cuerpos de las mujeres. Por ejemplo, si bien el fenómeno de la violencia obstétrica² está primordialmente ligado a representaciones esencia-

¹ Para tratar este tema, Boltanski (1975) propone el concepto de «cultura somática», entendida como el conjunto de normas que regulan la relación de los sujetos sociales con sus cuerpos, las cuales considera como una retraducción cultural de sus condiciones materiales.

² Se entiende la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género que deriva «de las relaciones de poder en conflicto por la posesión del conocimiento legitimado y por el control de la

listas de los cuerpos femeninos como objetos pasivos y deficientes (Ortiz, 2002; Valls-Llobet, 2010; Cruz Hernández, 2016; Martínez Vidal y Pardo Tomás, 2001; López Sánchez, 2010), el nivel de cosificación aumenta cuando se trata de mujeres empobrecidas o racializadas, ya que los profesionales de la salud las relegan al ámbito de la otredad a partir de la interacción de esquemas patriarcales, racistas y clasistas internalizados que las construyen como «sujetos-objeto» inferiores, ignorantes y dóciles (Sesia et al., 2014; Sesia, 2020); son cuerpos que encarnan el riesgo social y biológico (Smith-Oka, 2012).

Esta tendencia se vislumbra con claridad en el contexto mexicano, donde la incidencia de violencia obstétrica es particularmente alta entre mujeres que recurren a los servicios públicos de salud para la atención de sus embarazos y partos (INEGI, 2016), y donde la atención médica privada, así como los discursos y prácticas de embarazo y parto «humanizados» —ligados a la apropiación y la mercantilización de prácticas tradicionales cuya persistencia peligra (Berrio, 2019; Morales, 2019)—, solo son accesibles para mujeres de clases media y alta (Vega, 2016). En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), realizada entre 2001 y 2016, se encontró que, entre las mujeres de 15 a 41 años que sufrieron violencia obstétrica —alrededor de tres a cuatro de cada 10 mujeres encuestadas—, el 40.8 % fueron atendidas en un hospital o clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 16 % en consultorio particular, el 34 % en una clínica de salud, el 30 % en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el 38 % en otra clínica del sector salud gubernamental (INEGI, 2016). Aunque la violencia obstétrica sucede en hospitales tanto públicos como privados —e, incluso, en la atención con parteras profesionales y tradicionales³—, emerge de estas cifras, así como de otras investigaciones de corte cualitativo (Castro y Erviti, 2003; Smith-Oka, 2012; Valdez-Santiago et al., 2013), que la prevalencia de este fenómeno es mayor en instituciones públicas de salud que atienden a mujeres empobrecidas y racializadas. A la vez, se ha observado que las mujeres de clases media y alta —de mayores ingresos y escolaridad— presentan un mayor riesgo de ser sometidas a cesáreas, procedimientos costosos que ocurren con más frecuencia en hospitales privados (Barros et al., 2011; García Alonso, 2015). Estos fenómenos ejemplifican cómo la clase social se conjuga con la condición de género para dar forma a las

asistencia médica del parto, en un contexto en el que el cuerpo es una construcción social derivada de los procesos de medicalización» (Salgado y Díaz, 2019: 24).

³ Solo el 4 % de los incidentes de violencia obstétrica reportados en la Encuesta Nacional de Dinámica y Relaciones en los Hogares sucedieron con parteras (INEGI, 2016).

experiencias reproductivas a través de dos dinámicas entrelazadas: por un lado, determinando la información y los recursos de atención durante el embarazo y el parto, y, por otro lado, a través de la producción de corporeidades de cara al *habitus* autoritario, patriarcal y clasista de la profesión médica (Castro, 2014, 2016).

En San Cristóbal de Las Casas, un cosmopolita «pueblo mágico» y destino «espiritual» escondido entre las montañas de los Altos de Chiapas, el estado más desigual y con mayor índice de pobreza de México (CONEVAL, 2022), estas diferencias son particularmente marcadas. El elevado nivel de pobreza en Chiapas está ligado a determinantes sociales de la salud que influyen en las altas tasas de muerte materna del estado (Freyermuth, 2003; Bautista y López, 2017), lo cual ha llevado en el siglo XXI a la aplicación de políticas públicas centradas en lograr una mayor institucionalización de los partos (Berrio, 2019) y ha transformado el panorama de la salud reproductiva en la entidad. Durante el siglo XX esta fue considerada una responsabilidad de las mujeres dentro de la familia; sin embargo, el proceso actual ha favorecido la medicalización de los embarazos y partos, el creciente desplazamiento de las parteras tradicionales, la llegada de parteras profesionales y la mercantilización de las prácticas de atención «humanizada», incluida la partería tradicional (Morales, 2019). Aunque San Cristóbal es una de las pocas ciudades de México donde aún se practica la partería tradicional —una opción de atención alternativa relativamente más accesible para mujeres de clase baja—, esta práctica ha ido en declive tanto por las trabas para ejercer la profesión que impone el Estado a las parteras y la colonización de sus saberes, como por la presión que se ejerce sobre las mujeres gestantes de bajos recursos para que institucionalicen sus partos, lo que ha dejado a las mujeres de bajos recursos más vulnerables a la institucionalización (Carrillo, 1998; Bautista y López, 2017; Flores, 2018; Vega y Tinoco, 2018; Berrio, 2019). Además, la mercantilización de la partería tradicional ha contribuido a limitar la autonomía de las mujeres de escasos recursos, al dejar como única opción para muchas de ellas la atención en instituciones públicas de salud, cuya forma de medicalización «gubernamentalizada», caracterizada por el control, la estandarización y la saturación de los servicios, imposibilita la atención individualizada (Morales, 2019). Por otro lado, cada año mujeres de clases media y alta se trasladan desde otras regiones del país a San Cristóbal, hoy en día conocida a nivel nacional por sus casas de parto profesionales como Luna Maya y Casa Colibrí (Sánchez Ramírez, 2016), con el objetivo de experimentar embarazos y partos «humanizados», por los cuales pueden llegar a pagar más de 20 000 pesos mexicanos. Estas realidades socioeconómicas

desiguales convergen con la amplia variedad de modelos —tanto hegemónicos como alternativos— de atención al embarazo y el parto en San Cristóbal, lo que genera una diversidad de experiencias reproductivas. En el presente artículo se explora su diversa gama, partiendo del supuesto de que cada experiencia genera conocimientos encarnados que inciden sobre vivencias posteriores mediante procesos encarnados de aprendizaje que transforman las subjetividades de las mujeres de forma diferencial según sus intersecciones.

Método

La investigación fue de corte cualitativo, con un diseño biográfico-narrativo que permite desplegar «la experiencia temporal, llevándonos a su propia develación para identificar ese hilo conductor de sentidos y ese entretejido de significados, encontrando esa relación dialéctica entre experiencia y aprendizaje» (Landín y Sánchez, 2019: 232). El enfoque narrativo en la investigación cualitativa se centra en las experiencias vividas y expresadas por los sujetos en forma de historias estructuradas en orden cronológico, que se construyen de forma colaborativa entre la persona que investiga y las personas participantes (Creswell, 2007), y en él se da un proceso de aprendizaje mutuo que involucra el intercambio de saberes. A la vez, el presente estudio tiene un componente fenomenológico, ya que se centra en descubrir puntos de encuentro y desencuentro entre diversas experiencias de embarazo y parto, tomando como referente las subjetividades de las mujeres entrevistadas (Creswell, 2007). La realización de entrevistas semiestructuradas y el abordaje narrativo permitieron aprehender el aprendizaje encarnado como un proceso dialéctico que se produce a lo largo del tiempo y sobre el cual inciden diversos factores presentes en las experiencias de las mujeres.

Se seleccionaron ocho mujeres —tres de clase baja, cuatro de clase media y una de clase alta—, todas residentes en San Cristóbal de Las Casas. Con el fin de minimizar potenciales sesgos de memoria, se utilizó como criterio de selección el que sus hijos o hijas fueran menores de edad —al momento de realizar las entrevistas, el mayor de estos tenía 11 años—. Las mujeres fueron reclutadas para el estudio mediante la técnica de bola de nieve durante el año 2023. Para acceder a las mujeres de clases media y alta se utilizaron las redes sociales y las casas de parto, mientras que las mujeres de clase baja fueron contactadas a través de parteras tradicionales.

Para determinar la clase social se tomaron en cuenta diferentes factores, en su mayoría cuantitativos, entre los cuales destaca la categorización de Gilbert (2018), quien toma en cuenta principalmente la ocupación, los ingresos, la educación y la acumulación de activos. Otra medida relevante para la investigación social es la de estatus social subjetivo, la cual se basa en la percepción de las personas sobre su posición en la escala social; esta medida se considera importante ya que representa la experiencia vivida y se ha asociado a resultados de salud (Ostrove et al., 2000). Para la presente investigación se tomaron en cuenta ambos abordajes, y se consideró la categoría de clase social con base en el nivel y las fuentes de ingresos, las propiedades, la ocupación, el nivel de escolaridad y la autopercepción de las mujeres entrevistadas. Partiendo de las cifras establecidas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021), los ingresos mensuales superiores a 77 975 pesos mexicanos se consideraron un indicador de clase social alta, mientras que los inferiores a 12 977 se consideraron un indicador de clase social baja. El nivel educativo de licenciatura o superior también se consideró un indicador de clase media o alta.⁴ Ya que el presente estudio concierne principalmente a subjetividades y corporeidades de las mujeres, se tomó en cuenta el capital cultural (Bourdieu, 1986) a partir de factores como la escolaridad y el contexto social de origen de las participantes, para complementar el enfoque basado en ingresos y ocupación. En particular, el nivel educativo fue considerado un factor importante de incidencia sobre las experiencias reproductivas, al influir en el acceso a la información y en las relaciones con los profesionales de la salud (Boltanski, 1975; Nelson 1983; Lazarus, 1994). En conclusión, en el abordaje resultante se tomaron en cuenta tanto factores económicos —ingresos y riqueza— que determinan el acceso a diferentes modelos de atención reproductiva, como los conocimientos, valores y actitudes —fuertemente relacionados con el nivel de escolaridad y el contexto de origen— que inciden en la vivencia de las experiencias encarnadas.

Además de la diversidad en términos de clase social, se buscó que la muestra reflejara una variedad de modelos de acompañamiento y tipos de parto. Los modelos de atención que experimentaron las mujeres de la muestra incluyen la partería tradicional, la partería profesional, la atención médica institucionalizada

⁴ Esto fue particularmente útil para identificar a algunas mujeres de clase media con ingresos irregulares o cercanos a los considerados de clase baja, pero que contaban con un nivel educativo más alto —licenciatura o maestría—, así como con propiedades, herencias o ayudas familiares. Este fenómeno es común en San Cristóbal, donde existe una población de emprendedores y artesanos —a menudo con un alto nivel educativo y provenientes de familias de estratos medios o altos— con poca estabilidad laboral debido a las fluctuaciones del turismo, su fuente principal de ingresos.

—privada y pública—, así como la medicalización mixta —atención con partera tradicional o profesional y atención médica institucionalizada privada o pública— y el modelo autónomo —sin acompañamiento profesional—. Los partos de las mujeres ocurrieron con diferentes niveles de intervención —algunos sin intervención y otros altamente intervenidos— y algunos de ellos culminaron en cesárea, mientras que otros fueron vaginales. Algunos partos ocurrieron en el hogar, mientras que otros fueron atendidos en casas de parto y hospitales públicos, y uno de ellos en una clínica privada. En la Tabla 1 se pueden apreciar los datos de las mujeres entrevistadas (véase Tabla 1).

Tabla 1. Datos de las entrevistadas*

Nombre	Laura	María	Paola	Luisa	Carla	Sofía	Fernanda	Lucía
Edad	34	28	33	41	38	27	27	38
Hijos	4 años y 3 meses	8 años y 6 meses	2 años y 4 meses	3 años y 4 años	2 años y 4 años	9 años y 3 años	11 años y 7 años	4 años, 8 meses
Estado civil	Casada	Unión libre	Unión libre	Casada	Casada	Unión libre	Casada	Casada
Tipo de acompañamiento	Partera profesional	Mixto (partera profesional y médico privado)	Partera profesional	Autónoma	Mixto (partera profesional y médico privado)	Hospital público	Mixto (partera tradicional y hospital público)	Mixto (partera tradicional y hospital público)
Tipo de parto (primero/segundo)	Fisiológico en casa (ambos)	Fisiológico en casa de partos (ambos)	Fisiológico en casa (ambos)	Fisiológico en casa (ambos)	Fisiológico en institución privada/fisiológico en casa	Cesárea en hospital público/fisiológico en institución pública	Cesárea en hospital público (ambos)	Fisiológico en casa/cesárea en hospital público
Clase social	Alta	Media	Media	Media	Media	Baja	Baja	Baja
Clase social subjetiva	Clase media alta	Clase media baja	Clase media alta	Clase baja	Clase media alta	Clase media baja	Clase media	Clase media baja
Ingresos familiares mensuales	Más de 100 000 MXN	25 000 MXN	12 000-15 000 MXN	1 500 USD	50 000 MXN	No declaró	6 400 MXN	5 000-6 000 MXN
Fuente de ingresos	Ayuda familiar y trabajo profesional	Comercio propio/trabajo profesional	Trabajo técnico	Trabajo agrícola y artesanal	Trabajo profesional	Trabajo en sector de servicios	Trabajo artesanal	Trabajo en sector de servicios
Persona proveedora	Ambos	Ambos	Pareja	Pareja	Ambos	Pareja	Pareja	Pareja
Propiedades	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí
Escolaridad	Licenciatura	Maestría	Preparatoria	Licenciatura	Posgrado	Preparatoria incompleta	Secundaria	Preparatoria
Seguro médico	Sí (privado)	Sí	No	No	Sí	No	No	IMSS

Fuente: elaboración propia.

* Los nombres de las entrevistadas han sido modificados con fines de confidencialidad.

Se llevaron a cabo entrevistas individuales semiestructuradas a profundidad, a partir de una guía diseñada para realizar un recorrido cronológico de las dos experiencias reproductivas de cada mujer. A cada participante se le realizaron varias entrevistas para explorar a fondo todos los temas pertinentes que surgieron. Antes de iniciar, cada mujer otorgó su consentimiento informado de forma oral, el cual fue también grabado. Las entrevistas fueron registradas en audio con el permiso de las participantes y posteriormente transcritas para asegurar la confidencialidad de las mujeres y de las personas mencionadas en sus relatos. El total de horas de entrevista varió en cada caso, oscilando entre una y cuatro horas, con un promedio aproximado de dos horas y media. A través de las entrevistas, se acompañó a las participantes en la interpretación de sus experiencias mediante la reconstrucción intersubjetiva de relatos de vida. En este sentido, se les invitó a identificar puntos de conexión entre las dos experiencias reproductivas, partiendo de la premisa de que los aprendizajes derivados de la primera influyen en la vivencia de la segunda y en las decisiones que las mujeres toman durante esta. En tal sentido, las entrevistas funcionaron como espacios reflexivos que propiciaron la toma de consciencia sobre las propias trayectorias personales (Passeggi, 2020). Este diseño metodológico, además de poseer un potencial pedagógico y terapéutico para las entrevistadas, ofrece a las personas lectoras la posibilidad de acercarse a experiencias que podrían resultar ajenas a ellas, con lo que se promueve la comprensión de las realidades sociales en las cuales transcurren las vivencias reproductivas en San Cristóbal de Las Casas, desde las subjetividades y saberes encarnados.

El análisis de las entrevistas se basó en un enfoque epistemológico feminista que resalta la importancia de poner en primer plano el carácter situado y subjetivo de los conocimientos (Haraway, 1988), descentralizando el privilegio epistémico al reconocer «una pluralidad permanente de perspectivas, en la que ninguna puede demandar objetividad» (Blázquez, 2012: 33). Esta perspectiva permitió enfatizar las experiencias situadas de las participantes con el fin de comprender cómo las particularidades de cada una marcaron sus experiencias reproductivas. Al privilegiar las voces y experiencias de las mujeres, el presente estudio tiene como objetivo contribuir a la investigación cualitativa crítica que interroga las relaciones de poder que inciden en la producción de conocimientos científicos (Denzin, 2017).

Resultados

Con la finalidad de proporcionar al lector o lectora un ejemplo que ilustre el desarrollo temporal del aprendizaje encarnado, así como los procesos reflexivos internos mediante los cuales los sujetos integran sus experiencias, se seleccionó una entrevista a partir de la cual se elaboró una narrativa medular que traza un recorrido cronológico por dos procesos reproductivos consecutivos. Para esto se seleccionó el testimonio de María, por ser el más explícitamente reflexivo sobre el proceso propio de aprendizaje encarnado, así como por su enfoque en las dimensiones corporales y causales de dicho proceso. En su testimonio, María reflexionó sobre la relación dialógica que observó entre sus experiencias corporales y aprendizajes en desarrollo secuencial durante sus dos embarazos y partos. Así, su voz permite evidenciar los procesos internos mediante los cuales fue otorgando sentido a sus experiencias y las integró a su identidad, lo que revela el papel de la reflexividad en los procesos de aprendizaje (Goodson y Gill, 2011).⁵ Es importante reconocer que María, al poseer un nivel alto de escolaridad, se enunció desde un lugar (Ribeiro, 2023) epistémicamente privilegiado, ya que este capital cultural (Bourdieu, 1986) le proveía de herramientas para reflexionar de forma crítica sobre la relación entre sus experiencias corporales y sus aprendizajes. Esto, además, la situaba en una relación de horizontalidad respecto a la investigadora. Tomando en cuenta esto, no se presenta la narrativa de María porque esta se asuma como referente neutro, sino por la claridad con la que se puede apreciar el proceso reflexivo interno a través del cual las experiencias encarnadas se convirtieron en aprendizajes y transformaron su subjetividad. Esto posibilita que su relato funcione como un mapa experiencial que, al ser puesto en diálogo con los testimonios de las demás entrevistadas, permite revelar el impacto diferencial de la clase social y las particularidades de cada mujer sobre sus experiencias reproductivas y procesos de aprendizaje encarnado.

El primer apartado está dedicado a presentar la narrativa de María. A partir de esta, se identificaron cuatro fases del proceso de aprendizaje encarnado en las cuales se eligió profundizar: 1) primer embarazo, 2) primer parto, 3) segundo parto, y 4) impacto de las dos experiencias reproductivas. Los apartados segundo, tercero, cuarto y quinto corresponden, respectivamente, a cada una de estas fases. Cada apartado comienza con una recapitulación de la fase correspondiente

⁵ Para elaborar la narrativa, la entrevista original fue editada. Se ordenaron los fragmentos seleccionados de forma cronológica, un procedimiento común en la investigación narrativa conocido como *restorying* (Creswell, 2011).

en la narrativa de María, la cual se contrasta con testimonios de otras participantes con el fin de elucidar similitudes y diferencias entre experiencias y aprendizajes encarnados en cada fase, reflexionando a la vez sobre la influencia de la clase social en estas.

Explorando un proceso de aprendizaje encarnado: la narrativa reproductiva de María

María es una mujer mexicana de clase media de 29 años con un nivel de escolaridad alto. Poco antes de quedar embarazada por primera vez, había sido diagnosticada con endometriosis y miomas, y parte de su endometrio fue retirado en una cirugía. Cuando su ginecóloga le dijo, equivocadamente, que no iba a poder tener bebés a raíz de la operación, María y su pareja comenzaron a buscar un embarazo, el cual se dio de manera rápida. El hecho de quedar embarazada la confrontó con sus creencias introyectadas sobre el embarazo y el parto. Por un lado, su bisabuela materna había sido partera tradicional y su abuela materna había parido a todos sus hijos en casa acompañada de sus hermanas. Por otro lado, su madre era ginecóloga y trabajó durante mucho tiempo en hospitales. A raíz de estas experiencias familiares, María tenía dos creencias sobre el embarazo y el parto: que podía ser, por un lado, algo que «sabemos hacer naturalmente» y, por otro, algo riesgoso y delicado que puede «descontrolarse». Al conocer que estaba embarazada, ante las dudas e inquietudes que le generaban estas creencias contrastantes, María y su pareja buscaron información para decidir cómo querían experimentar el embarazo y el parto. Al final, optaron por un parto no intervenido, pero acompañado por alguien que tuviera las bases alópatas para identificar y manejar una situación riesgosa. Esto los llevó a buscar atención con una partera profesional en una casa de partos recomendada por una amiga que había tenido una experiencia de parto positiva allí. Además de recibir acompañamiento durante su embarazo en la casa de partos, María acudió a consultas con una ginecóloga. Sus partos primero y segundo transcurrieron sin complicaciones en la casa de partos con el acompañamiento de una partera profesional. La narrativa que se presenta a continuación muestra el proceso de aprendizaje encarnado que vivió María en el transcurso de sus dos experiencias reproductivas.

Me pongo muy ansiosa ante las novedades, ante la incertidumbre. Y para no sufrirlo, preveo. Entonces, cuando estuve embarazada, con los primeros tres meses y que mi cuerpo estaba cambiando muchísimo y que yo no paraba de vomitar, y que todas estas

cosas nuevas, la única manera que sentí como para prever qué podía venir era conectando con mi cuerpo, escuchando bien para no terminar vomitando, no sé, en el super. Durante todo el embarazo me concentré mucho en conectar con el bebé, en buscar sentir mi cuerpo en esa fase. Lo fui aprendiendo y me costó también. En realidad, he estado muy desconectada de mi cuerpo muchos años. Ahora creo que también por eso me mandaba señales como con los miomas, el endometrio y otras cosas, porque sí, no tenía esta cercanía, pero para nada, más bien era como poner distancia. El embarazo me hizo darme cuenta de cómo maltrataba mental y emocionalmente a mi cuerpo y a mí, y de la presión que me hacía y del desconocimiento y de la desconexión que tenía conmigo a nivel corporal.

El parto de mi primer bebé fue largo, de cuatro días. La experiencia del parto fue muy fuerte a nivel emocional, ya que yo quería controlarlo todo y no conocía los dolores de estar pariendo y de pronto me parecían muy fuertes. Tenía mucho miedo a sentir dolor. No conocía cómo era el dolor. Entonces, de repente yo decía, ya, ya no quiero. Como si pudiera detenerlo. Y sí, me acuerdo de que gritaba todo el tiempo y todos estaban así, como que pobrecita. Yo me sentía bastante tranquila pese a que me dolía. Yo, en todo momento en el parto, pese a que fue muy largo y estaba muy cansada, me sentía bien. No sentía que algo estuviera mal, sentía al bebé que estaba allí, que se movía, que estaba como queriendo hacer canal. Creo que ponerme tanta atención en el embarazo ayudó porque me quedé con ese «chip» de estar atenta a la panza y a mí. Y sí, nació todo bien. Yo también, cuando salió, mi cuerpo estaba superbien, no tuve ningún desgarre y no necesité nada, ningún tipo de intervención después, y me sentía con bastante vitalidad pese a que había estado cuatro días. Y justo eso afianzó el creer que no era tan delicado, tan necesario de intervención. Si el embarazo estuvo saludable y todo salió bien, el parto puede ser una cosa muy normal, digamos, no tan de terror y de correr al hospital. El cuerpo es sabio y te va diciendo, te da señales cuando te sientes mal y cuando algo está pasando mal.

En el segundo parto, como ya tenía esta conciencia de cómo es realmente... que fue un proceso muy fuerte, muy doloroso y que literalmente te abre el cuerpo... lo viví de otra forma. Me dio tiempo de prever qué necesitaba, de quién, cómo, si me lo podían dar, si no me lo podían dar. Mi mamá, por ejemplo, desde el inicio le dije que no quería que me acompañara en el parto en la casa de partos, pero que sí me gustaría que estuviera en casa para el posparto y sentirla cerca. Y así fue, y eso también me tranquilizó mucho, y de mi compañero lo mismo. En el parto, fue muy importante decirle qué no quería de él, que no quería que me estuviera diciendo «Puja, puja, puja» o «Respira, respira, respira», porque ya sabía que tenía que respirar. Siento que fue también mucho más fluido. Ya sabía que iba a doler un montón, entonces ya me relajaba, no me desesperaba tanto. Fue más gozoso en el sentido de que me solté, me dejé llevar por el dolor. Creo que fue el saber que iba a doler un montón, pero un montón,

y que iba a pasar, que se iba a terminar. Y ahora me doy cuenta de que el primer parto en realidad no fue mucho más doloroso, simplemente fue más desesperación la mía. Me he hecho mucho más resistente física y mentalmente. Creo que los hijos te hacen crecer un montón... en el sentido de experiencia, de reflexionar sobre ti y hasta dónde puede llegar tu cuerpo, y tú, como persona. El entender la cantidad de fuerza que podemos tener. Que para mí ha sido un tema de toda la vida, como siempre he sido una niña menuda, alta pero flaquita. Nadie en el primer embarazo, nadie pensaba que iba a poder parir sin anestesia, por ejemplo, de mi familia. Porque me veían así, como muy chiquita, como muy frágil, y que no hablaba y que pobrecita, le va a doler. En los dos partos, sobre todo el segundo, aprendí que en realidad soy muy fuerte, y me quité ese discurso que tenía sobre mí, que no era mío, que era de las personas a mi alrededor. Y afiancé cómo me veo yo, como que lo descubrí más bien. No me lo había siquiera preguntado, solamente me quedaba con esa forma de ser vista por los demás. Y eso, me encontré ya mucho más fuerte, no en términos de músculos ni tampoco de aguante, sino fuerte en términos de poder ir pasando las olas y los momentos de una mejor manera.

Primer embarazo: el cuerpo como espacio de la experiencia

El primer embarazo constituye para las mujeres un primer encuentro con el cuerpo como espacio reproductivo. La forma en que cada mujer responde y da sentido a las transformaciones corporales que experimenta está marcada por su *habitus* (Bourdieu, 1986) previo, en la formación del cual inciden las intersecciones entre el género y la clase social (Nelson 1983; Lazarus, 1994; Zadoroznyj, 1999). En los testimonios que siguen podemos observar cómo las mujeres construyen sus corporeidades gestantes a partir de la interacción de su *habitus* previo, que incluye su cultura somática (Boltanski, 1975), sus experiencias corporales durante el embarazo y sus interacciones con los contextos sociales e institucionales que ocupan según su clase social.

En la narrativa de María, el tránsito por sus experiencias reproductivas constituye un proceso gradual de conexión con su cuerpo a partir de un estado inicial que ella describió como desconectado. Definió su cuerpo como un objeto ajeno y desconocido, al que empezó a «escuchar» y con el cual estableció un diálogo a partir del primer embarazo; es precisamente el afán de gestionar un cuerpo que se tornó impredecible con la gestación lo que impulsó a María a buscar «conectarse» con él. Como respuesta a los cambios corporales, como las náuseas, que

experimentó durante su primer embarazo, comenzó a observar con detenimiento sus sensaciones corporales y los movimientos del bebé con el fin de ejercer un mayor control sobre su cuerpo. En este sentido, las transformaciones físicas del embarazo representaron una oportunidad para acercarse a su cuerpo, aunque, al menos inicialmente, este acercamiento estaba motivado por el deseo de ejercer control sobre él.

Al igual que para María, para Carla, una mujer de clase media de 38 años, el darse cuenta de que no controlaba su cuerpo implicaba la posibilidad de establecer una conexión con él. Los tres abortos espontáneos que tuvo antes de su primer embarazo que llegó a término transformaron su relación con su cuerpo, basada en la percepción de haber perdido el control sobre este. Ella describió una experiencia inicial de frustración y la percepción de su cuerpo como una entidad traicionera con la cual estaba en conflicto («mi cuerpo me está traicionando... yo quiero que este embarazo siga, pero mi cuerpo no está haciendo lo que yo quiero»). Aunque reconoció lo frustrante y doloroso que fue para ella experimentar esas pérdidas, también admitió que el darse cuenta de que «no tienes control sobre tu propio cuerpo» abrió un espacio en su subjetividad para reconocer «que soy cuerpo también, no nada más mente».

A diferencia de María y Carla, para Paola, una mujer de clase media de 33 años, la irracionalidad e imprevisibilidad de su cuerpo y su subjetividad en transformación no constituían asuntos que debía controlar. Más bien, ella se identificaba con la «animalidad» que desde la subjetividad moderna se asocia con el cuerpo —en particular con los cuerpos de las mujeres, y más aún con los de las gestantes y parturientas—, y de esa identificación derivaba una sensación de empoderamiento («me puse muy, muy bestia... muy animal, como muy territorial... una fuerza como espiritual, como de confianza en una misma, de confiar, de escuchar tu cuerpo, las necesidades que estás teniendo») que le permitía autoafirmarse ante las exigencias sociales. Paola relató que sentía el cuerpo de su bebé dentro de su vientre como una fuente importante de conexión con su cuerpo («cuando empecé a sentir sus pataditas, tenerla dentro de mí, me impresionó mucho y estaba tan conectada conmigo misma»). La conexión con su cuerpo que percibió Paola a partir de sentir a su bebé derivaba para ella en una sensación de fuerza, desde el reconocimiento de su capacidad corporal de gestar («empecé a sentir mi cuerpo superfuerte... yo puedo hacer esto, yo puedo sostener esto»).

Por otro lado, para Sofía, una mujer de clase baja de 27 años que vivió su primer embarazo a los 16 sin el apoyo de su pareja y lejos de la familia, la expe-

riencia corporal de sentir a su bebé dentro del vientre también la conectó con su fuerza, pero desde otro lugar. Sofía construyó una conexión corporal con su bebé en la cual proyectó sus emociones («el saber que él también está sintiendo lo mismo que yo siento, y que cuando sentía que ya estaba triste o me preocupaba algo él se movía»). Esta dinámica fusional le generó una sensación de estar acompañada y una motivación para seguir adelante («no estoy sola, tengo por quién luchar, tengo alguien por quien salir adelante. Y él me da las fuerzas para no rendirme»). En su subjetividad, Sofía describió una separación del bebé a través de su personificación; esta percepción de su bebé como un sujeto está apuntalada por discursos biomédicos, legales y populares, así como por tecnologías biomédicas que han permitido la visualización del interior del cuerpo gestante (Haraway, 1997; Montes, 2008). Aunque se ha argumentado que esta tendencia promueve una supresión de las subjetividades de las mujeres gestantes (Martin, 1987; Jordan, 1997; Shaw, 2012; Frost y Haas, 2017), en el caso de Sofía, el hecho de concebir a su bebé como un sujeto separado fue algo que le dio fuerza («Ya sentir las pataditas, ir al ultrasonido y decir ‘escucha’, y escuchar por primera vez su latido de corazón... da fuerzas escuchar ese latido de corazón») porque sentía que ya no estaba sola y tenía por quién luchar. Esto remite a la discusión de Haraway (1997) sobre el poder de estas tecnologías para producir subjetividades y significados culturalmente cargados que inciden en las experiencias encarnadas de las personas gestantes.

Los testimonios de María, Carla, Paola y Sofía dan cuenta de cómo la clase social influye sobre la construcción de las corporeidades gestantes. Por un lado, las experiencias encarnadas de las mujeres de clase media estuvieron marcadas por un enfoque más autorreferencial centrado en la reconexión con el propio cuerpo, lo que refleja el *habitus* individualista característico de las clases medias y altas (Kraus y Stephens, 2012; Manstead, 2018) y la mayor presencia de discursos de parto humanizado como capital cultural (Vega, 2016). También, el control y la pérdida de control son para ellas temas centrales (Lupton y Schmied, 2013; Kraus y Stephens, 2012; Manstead, 2018; Nelson 1983; Lazarus, 1994; Zadoroznyj, 1999) y en relación con ellos sitúan sus experiencias desde nociones como la dicotomía mente/cuerpo-animal-instinto. Las tres mujeres de clase media representaron el embarazo como un encuentro con lo corporal-animal y una oportunidad de soltar el control de la mente y las exigencias sociales, pero esta posibilidad de «soltar el control» para vivir una experiencia «corporal» a su vez descansa sobre un capital económico y cultural que les permite ejercer un mayor control sobre las condicio-

nes en que transcurren sus embarazos. Así, el privilegio económico y cultural se refleja en la posibilidad de permitirse experimentar con mayor intensidad la dimensión corporal de la gestación. En contraste, la experiencia corporal de Sofía, de clase baja, está atravesada por varias circunstancias que la vulneran, como su edad adolescente —tenía 17 años al momento de parir—, su situación familiar y su nivel socioeconómico. En su experiencia corporal, Sofía refleja un *habitus* de clase baja al priorizar la interconexión (Kraus y Stephens, 2012; Manstead, 2018) con su bebé. Ante las circunstancias adversas que enfrentó, como un embarazo adolescente, la distancia de sus padres y la violencia doméstica perpetrada por su pareja, todas exacerbadas por su nivel socioeconómico, la fusión emocional con su bebé y, a la vez, la representación de este como sujeto por quien luchar, funcionaron como recursos que le permitieron encontrar la fuerza para salir adelante ante circunstancias adversas. Así, Sofía experimentó su cuerpo como un espacio no de control/descontrol, sino de supervivencia y resiliencia ante la adversidad.

Primer parto: un punto de inflexión en el proceso de aprendizaje encarnado

Si en el primer embarazo las mujeres comienzan a entablar una relación con su cuerpo gestante como espacio de experiencia y aprendizaje marcado por la clase social, la experiencia del primer parto, también enmarcada por intersecciones de género y clase, representa un punto de inflexión que puede afianzar o dar un giro a esta relación.

Para María, el hecho de tener un parto sin complicaciones y la posibilidad de parir con una acompañante cuyas bases alópatas le inspiraron confianza y que respetó su ritmo, dándole espacio y tiempo para que el parto se desarrollara de manera natural, fueron elementos claves que influyeron en la posibilidad de sostener la conexión con su cuerpo y de fortalecer la confianza en este durante una experiencia de intenso y prolongado dolor físico. Esta experiencia fue posible, por un lado, gracias a su capital cultural, que favoreció sus posibilidades de acceder a discursos y prácticas del parto «humanizado» (Gross y Pattison, 2007; Vega, 2016; Hallam et al., 2019). Por otro lado, pudo obtener acompañamiento privado a través de su capital económico; esto le permitió acceder a una atención personalizada que reforzó la experiencia encarnada de confianza en su cuerpo establecida durante el embarazo, incluso en un parto largo y retador.

En contraste, la experiencia de parto de Sofía en una institución pública pone en duda la subjetividad de conexión con su bebé que ella construyó durante su primer embarazo, lo que afianzó un aprendizaje encarnado de desconfianza. Tras acompañar a su vecina a una revisión en un centro de salud público, donde esta recibió la noticia de que su bebé estaba muerto, Sofía comenzó a desconfiar de su cuerpo y a dudar de su propia experiencia encarnada («sí sentía como que algo se movía en mí, pero tenía esa preocupación de que me pasara lo mismo que a la otra muchacha, de sentir que se movía, pero decir: ¿Será mi bebé, será la placenta, qué cosa será lo que se mueve en realidad en mí?»). Esto la condujo a solicitar una revisión de salud, por lo que supeditó su subjetividad a la de la mirada médica (Davis-Floyd, 1994; Boltanski, 1975). Tras recibir la noticia de que tenía dos centímetros de dilatación, sin tener ninguna otra señal fisiológica de estar en labor de parto, fue trasladada a una clínica donde permaneció retenida durante nueve horas sin recibir atención. Finalmente, sus padres lograron presionar al personal de salud para que la trasladaran a otro hospital, donde fue internada durante 15 horas sin agua ni comida en una habitación con otras 10 parturientas⁶ y recibió un trato áspero. Durante la experiencia de internamiento en el hospital, la subjetividad de Sofía quedó subyugada a la mirada médica y al conocimiento autorizado, un ámbito del cual ella, como mujer de clase baja, quedaba excluida (Boltanski, 1975) («estar sola ahí sin saber cómo está el bebé, qué es lo que piensa el doctor sobre tu cuerpo, cómo lo vio... Porque nada más pasaba a cada hora, cada hora y media, a hacer tacto, tacto, tacto y tacto. Nada más me decía 'No aumenta, no aumenta y no aumenta'»). Esto socavó su confianza en la conexión con su bebé y en su cuerpo («y eso te pone a pensar: ¿Y estará bien el bebé, le pasará algo, estará bien mi cuerpo?»). Finalmente, fue sometida a una cesárea porque no aumentaba su dilatación, algo que ella aceptó a pesar de que deseaba un parto natural. Después de haber sido despojada de la posibilidad de confiar en sus sensaciones corporales como medio de comunicación con su bebé, para Sofía la cesárea se convirtió en la única forma de reconectar con este y saber si estaba bien («ya fuera, ya teniéndolo en mis brazos, mi bebé ya iba a saber que ya estaba bien; si le pasaba algo, si quería algo, ya lo iba a poder dar. Estando dentro de mí no sé si respira, no sé si le duele algo, no sé qué le pasa»).

⁶ En México, debido a la alta demanda de atención obstétrica institucionalizada, que responde a los cambios descritos por Morales (2019), así como la escasez de personal y recursos, es común que en las salas de labor de parto-recuperación de los hospitales públicos, pensadas para mujeres con embarazos de bajo riesgo, se aglomeren muchas mujeres.

La experiencia de Sofía remite a las críticas feministas del parto hospitalario como un proceso cuasiindustrial que aliena y deslegitima las subjetividades y los conocimientos encarnados de las mujeres desde el poder del conocimiento autorizado, representado por la mirada médica y las intervenciones tecnológicas (Martin, 1987; Jordan, 1997; Oakley, 1980, 1983, 1984). Su condición de clase baja es, sin duda, un factor que vulnera a Sofía ante estas dinámicas, ya que la distancia social entre un médico y una persona de las clases populares genera una relación asimétrica, de autoridad y potencialmente violenta, de sujeto/objeto (Boltanski, 1975, 2013; Castro y Erviti, 2003; Smith-Oka, 2013; Valdez-Santiago et al., 2013). Esta condición, sumada al hecho de ser madre adolescente, incrementó su exposición a ser violentada por parte del personal de salud (Terán et al., 2013). De igual manera, Fernanda, una mujer de clase baja de 27 años que tuvo su primer parto a los 16 en una institución de salud pública, relató que durante su parto fue tratada de modo diferente a las demás pacientes, pues recibió malos tratos físicos y psicológicos y fue amonestada por su edad («las enfermeras, al meterme el catéter y todo eso, era, ‘para qué te metes a esto si no vas a aguantar... Aguántate porque tú solita te lo buscaste, estás muy chica para eso, si buscaste pareja tienes que aguantar, tener un hijo no es juguete, aguanta’. Y era así. Se tapaba el catéter igual, ‘mira, ya lo tapaste’. Y lo jalaban fuerte y volvían a canalizar, y era muy notoria su indiferencia»).

Mientras que las mujeres de clase baja —en particular las jóvenes— corren un mayor riesgo de ser cosificadas y de que sus subjetividades sean desplazadas por los conocimientos expertos, para las mujeres de clases media y alta los conocimientos expertos son más accesibles a partir de su capital cultural y económico. Por otro lado, mientras que para algunas mujeres estos conocimientos pueden reforzar la experiencia encarnada, para otras pueden desplazar su subjetividad corporal, como en el caso de Carla, una médica de clase media que optó por parir en un hospital con una ginecóloga de confianza. Ella relató que, a las tres horas de haber empezado con contracciones, mientras todavía se encontraba en su casa, sintió la necesidad de pujar. Su esposo, que trabajaba en un hospital donde veía muchos partos, al observarla le mencionó que podía estar ya lista para expulsar al bebé. Sin embargo, sus conocimientos expertos le impidieron reconocer tanto su propia experiencia encarnada, como los conocimientos de su esposo («Yo así de no, falta mucho, faltan como 20 horas porque soy primigesta»), ya que parió una hora después de este intercambio con su esposo.

En contraste, Paola, también de clase media, pero sin formación o experiencia profesional relacionada con el parto, consideró que el acceso al conocimiento experto que recabó durante el embarazo y a través del acompañamiento de su partera reforzó su confianza en su experiencia corporal durante el parto, lo que promovió que integrara este conocimiento como aprendizaje encarnado. Para empezar, el haberse informado sobre el parto durante el embarazo («buscábamos muchos vídeos y tratábamos de hablar con amigas que hubieran tenido partos») le permitió tener una sensación de confianza a través de una percepción de control («eso me ayudó a tener mucha confianza en mí misma y saber cómo funcionaba»). Esto, paradójicamente, le permitió soltar el control durante el parto, con lo que logró tener una experiencia más enfocada en sus sensaciones corporales («como ya sabía todo lo que iba a pasar o cómo funcionaba, entonces me relajaba y trataba de sentirlo más»). Paola consideraba la mente como una potencial enemiga contra la cual la información —y la percepción de control derivada de esta— le servía como un escudo («si no hubiera tenido la información, tal vez la mente me hubiera jugado más como de asustarme o estar nerviosa»). Incluso, para Paola el conocimiento experto actuó de forma sinérgica con su experiencia corporal durante el parto («sí sabía cómo va a pasar esto y esto, y eso me ayudaba a reforzar lo que estaba pasando en mi cuerpo»). En un momento de la fase expulsiva del parto en el que sintió que su bebé se «atoraba», le ayudó el que su partera le recordara la forma en que gira la cabeza del bebé al salir por la vagina («me dijo cómo tenía que girar y salir, lo canalicé y pudo salir... es como una información que yo sabía y no la tenía consciente»).

Por último, en los testimonios de las mujeres entrevistadas, los conocimientos empáticos (Abel y Browner, 1998) representaron un obstáculo para validar la experiencia encarnada independientemente de la clase social. Para Lucía, una mujer de clase baja de 38 años cuya madre era partera tradicional, los conocimientos que desarrolló tras acompañar a su madre en partos durante 10 años también le llevaron a poner en duda su experiencia encarnada durante su primer parto. Ella, al igual que Carla, aunque sintió mucho dolor, asumió que por ser primeriza le faltaba tiempo, por lo que decidió esperar y no decirle nada a su madre, quien sería su acompañante durante el parto («estuve así durante todo un sábado de madrugada, así con el dolor, pero no le decía nada a mi mamá porque pensaba que, si voy, me va a decir que todavía me falta y, como era primeriza, entonces no sabía, entonces dije, yo voy a esperar a que me arrecie más el dolor... recibí mi regañada por no avisar con tiempo»). De igual manera, Laura, una mujer de

clase alta y doula de 34 años, describió su experiencia corporal del primer parto como llena de sufrimiento, tensión y rechazo de las sensaciones corporales, lo cual consideraba como un aprendizaje de conocimiento empático derivado de sus experiencias acompañando partos («creo que mucho tiene que ver, las mujeres que vi parir allá... muchas de 'jaaaaaarrghhhhhhhhhh!' [imita gritos]), o sea así, y así fue el parto... fue mi herramienta: ¡ah!, así se hace, entonces, pues, así lo voy a hacer»).

En las experiencias de parto de María, Sofía, Carla, Fernanda, Paola y Lucía se puede apreciar cómo la clase social influye en las experiencias de parto desde tres dimensiones entrelazadas: la corporeidad o *habitus* corporal (Boltanski, 1975; Bourdieu, 1987; Le Breton, 2002; Smith-Oka, 2012), el poder de consumo (Gilbert, 2008) y el capital cultural (Bourdieu, 1987), en particular la posesión de conocimientos expertos (Davis-Floyd, 1994) o empíricos/empáticos (Abel y Browner, 1998) sobre el parto y la relación que las mujeres establecen con estos. Por un lado, el capital económico emerge en los testimonios como un factor central que configura las experiencias de parto al delimitar la agencia de las mujeres ante la mercantilización de la atención (Morales, 2019). El acceso desigual a la salud refuerza a su vez la inscripción de la clase social en las corporeidades, a la vez que exagera la cosificación de los cuerpos de las mujeres de clase baja de cara al poder médico (INEGI, 2016; Castro y Erviti, 2003; Smith-Oka, 2013; Valdez-Santiago et al., 2013), mientras que la posibilidad de pagar una atención personalizada refuerza las corporeidades de las mujeres de clases media y alta, caracterizadas por un mayor nivel de control, poder y agencia.

Además, se observó que el capital cultural de las mujeres —en este caso en forma de conocimientos previos, expertos o empíricos-empáticos (Abel y Browner, 1998)— es otro factor que influye en las experiencias de parto, al mediar la relación con la experiencia corporal. Por un lado, para las mujeres de clase baja los conocimientos expertos de los médicos, utilizados para disciplinar sus cuerpos en un contexto de desigualdad de poder, deslegitiman sus subjetividades, desplazan sus agencias y las llevan a desconfiar de sus sensaciones corporales (Boltanski, 1975; Smith-Oka, 2012; Sesia et al., 2014; Sesia, 2020). Por otro lado, para las mujeres de clases media y alta, los conocimientos expertos pueden funcionar como una barrera o como un recurso facilitador de la experiencia corporal, en algunos casos dando sentido a las sensaciones corporales y, en otros, actuando como un obstáculo que les impide interpretarlas. En contraste, los conocimientos empáticos derivados de experiencias acompañando partos fueron

en todos los casos un obstáculo para contactar con las experiencias encarnadas, sin importar la clase social. Esto puede tener relación con el hecho de que los conocimientos empáticos tienen un fuerte componente de aprendizaje encarnado al propiciar la internalización corporal de los procesos reproductivos de otras personas (Abel y Browner, 1998).

Segundo parto: agenciamiento desde los aprendizajes encarnados

Las mujeres gestionan su segundo parto a partir de las experiencias y saberes encarnados adquiridos durante el primero y según su capital económico y cultural, con lo que generan distintos tipos de agencia. Las mujeres de clases media y alta, así como las que aprendieron a confiar en sus procesos corporales, tienen más posibilidades de desarrollar «agencias autoexpansivas», las cuales se definen como aquellas acciones dirigidas a promover el desarrollo personal o hacer más placentera la experiencia del parto a partir de los conocimientos encarnados adquiridos en experiencias previas, movilizando recursos culturales, sociales y económicos para este fin. Por otro lado, las mujeres de clase baja, así como las que aprendieron a desconfiar de sus procesos corporales, pueden tender a desarrollar «agencias protectoras», las cuales se centran en asegurar la supervivencia y en minimizar potenciales riesgos o violencias.

Para María, la experiencia de mantenerse conectada con su cuerpo durante su primer parto —la cual se vio favorecida por tratarse de un parto fisiológico no intervenido (Olza, 2018)— se integró a su subjetividad como un saber encarnado que reforzó su confianza en los procesos naturales de su cuerpo. Este aprendizaje, paradójicamente, le permitió soltar el control y «dejarse llevar» por las sensaciones corporales durante el segundo parto, lo cual derivó en una experiencia más fluida y placentera. Si bien en su primer parto la novedad del dolor le resultó abrumadora y reaccionó intentando controlarlo, la familiaridad adquirida con el dolor le permitió entregarse a él e incluso disfrutar de esa experiencia corporal. A partir de estos aprendizajes encarnados, María identificó necesidades y gestionó sus recursos sociales —dando instrucciones específicas a su madre y a su pareja— con el fin de satisfacer aquellas y mejorar su experiencia de parto, enfocándose principalmente en su dimensión corporal y emocional. Su ejercicio de agencia estaba respaldado no solo por los capitales sociales, económicos y culturales que le permitieron acceder al modelo mercantilizado de parto humanizado (Vega, 2016; Morales, 2019), sino también por un *habitus* de clase en el cual

la individualidad y el control desempeñaron un papel central (Manstead, 2018; Kraus y Stephens, 2012).

También para Laura, una mujer de clase alta y doula de 34 años que parió en su casa acompañada por parteras, la experiencia de haber parido por primera vez le permitió aprender a confiar en las capacidades de su cuerpo y en sus procesos naturales («Se confirmó la fuerza, la valentía, el sí puedo, fue maravilloso confirmar el sí puedo. Mucha más confianza en mi cuerpo, en mí misma, en mis capacidades»), una confianza que ella distinguió de la derivada de los conocimientos teóricos y empáticos que adquirió en el ejercicio de su profesión como doula («de *newbie* que no sabes lo que estás haciendo, pero confías en tu cuerpo y confías porque viste que otras mujeres pueden»). Al igual que en el caso de María, la confianza en su cuerpo que Laura integró a partir de la experiencia de su primer parto le proporcionó una percepción de control («ya incorporaste que vas a poder y que todo va a estar bien») que le permitió, paradójicamente, soltar el control en el segundo parto («y ahora te puedes relajar un poquito más y puedes hasta bromear»). El conocimiento encarnado del dolor y la gestión de este también figuraban para Laura como aprendizajes clave del primer parto que incidieron en su experiencia del segundo. Ella relató cómo, en su primer parto, reaccionó al dolor desconectándose de su cuerpo («no pude sentir la cabeza, nada... estaba bajo tanto dolor que se durmió solito mi cuerpo... no me acuerdo de dolor, o sea, me acuerdo de intensidad y me acuerdo de... *black out*»). En contraste, y de manera similar a como lo hizo María, Laura describió el dolor de su segundo parto como «un dolor con oxitocina... dolor, pero de gozo, porque ahí viene mi bebé, y ahí está su cabeza... no es una cosa que me está molestando, es la cabeza de mi bebe». Resulta interesante observar que Laura, a diferencia de María, se preparó para el segundo parto a través del consumo, al tomar un curso de hipnosis con el objetivo de «trabajar el subconsciente» y así propiciar un parto más placentero, además de contratar un mayor número de acompañantes para suplir la necesidad de conexión que identificó en su primer parto («voy a aprovechar este embarazo para hacer mi curso y preparar mi mente... Y esta vez pedí doula y pedí partera, y otra partera, y fotógrafo... decidí, esta vez voy a pedir todo el apoyo y ya si no lo necesito, pues no»). Además del énfasis en el control, la individualidad y la gestión de la experiencia corporal —elementos que comparte con María—, destaca que Laura representara su segundo embarazo como una oportunidad de desarrollo personal articulada a su capacidad de consumo, lo que refleja una tendencia hacia el encarnamiento del consumo

conspicuo, característico del capitalismo tardío y correspondiente a su nivel socioeconómico alto (Carolan, 2005).

Al igual que María y Laura, para Luisa, una mujer de clase media de 41 años, el haber logrado experimentar su primer parto en su casa de forma autónoma, sin acompañamiento profesional, le permitió aprender a confiar en la sabiduría de su cuerpo a través de la experiencia encarnada de parir («ahí lo entendí... el proceso es automático, nuestro cuerpo todo lo hace solito, uno no tiene que pensar para tener las contracciones, las contracciones salen solas, el bebé va a salir solo o sola... es un proceso tan instintivo que no hay que hacer nada, solo hay que permitir que todo sea así, no hacer ninguna resistencia»). A partir de esta confianza adquirida, decidió junto a su pareja vivir su segundo parto en una cascada ubicada a varias horas de la ciudad, algo que no se habían animado a hacer en el primero, en el cual mantuvieron abierta la posibilidad de llamar a una partera en caso de necesitar apoyo. Para Luisa, el ejercicio de la agencia en su segundo parto tuvo también un fuerte componente de desarrollo personal, en este caso a partir de un imaginario del parto «natural» como una experiencia netamente instintiva: «fue bonito, fue muy salvaje... las primeras contracciones me puse en forma de loba, así como un animal, sentí mi parte salvaje, mi mujer salvaje, y eso lo quería también vivenciar, esta parte bien salvaje. Corté el cordón con los dientes, quería sentirme bien animal». Así, para Luisa, el ejercicio de su agencia se centró en lograr una experiencia que ella concebía como más cercana a su ideal de parto, el cual asociaba con nociones romantizadas de lo «salvaje» y lo «animal».

A diferencia de María, Laura y Luisa, el aprendizaje de Sofía, de clase baja, derivado de su primera experiencia reproductiva, se alejó del enfoque en la experiencia corporal, el desarrollo personal y los logros individuales. Su discurso fue pragmático («primero quería estabilizarme, económica y sentimentalmente, como para tener otro bebé») y centrado en su bebé («no quería que viniera y yo no le pudiera ofrecer nada»). También, aunque se basó en lo aprendido durante el primer parto para tomar decisiones en el segundo, esas decisiones sucedieron dentro de un marco de acción más estrecho, limitado por sus recursos. Por ejemplo, Sofía decidió evitar la clínica donde no fue atendida en su primer parto, a pesar de su proximidad, y en esta ocasión acudió directamente a un hospital donde sí recibió atención.

Como se puede apreciar, las agencias autoexpansivas de María, Laura y Luisa, de clases media y alta, se basaron en la identificación de necesidades, deseos

y fantasías personales, centrándose en el desarrollo personal y el logro a partir de la adecuación de la experiencia corporal y emocional del parto a esos deseos, necesidades y fantasías. Por otro lado, el testimonio de Sofía, de clase baja, da cuenta de una agencia protectora centrada en la supervivencia material y en evitar la violencia institucional a través de la gestión de capitales culturales y económicos limitados. Los recursos materiales y simbólicos de las mujeres de clases media y alta fueron claves para el ejercicio de la agencia autoexpansiva en sus procesos reproductivos, ya que les permitieron tener acceso, por un lado, a diferentes fuentes de información que resultaron fundamentales para la toma de decisiones y, por el otro, a una gama más amplia de opciones de atención al embarazo y el parto.

Aprendizajes de ambos embarazos y partos: mujeres que se paren

Para todas las mujeres entrevistadas, las experiencias reproductivas consecutivas de sus dos embarazos y partos generaron aprendizajes encarnados que transformaron sus subjetividades y las empoderaron de formas diferenciales según su estrato socioeconómico. Por un lado, las mujeres de clases media y alta tendieron a experimentar un «empoderamiento autoexpansivo», enfocado en el crecimiento personal a través de las experiencias corporales y emocionales de sus embarazos y partos. Por otro lado, las mujeres de clase baja enfatizaron la responsabilidad y el amor hacia sus bebés como principal aprendizaje, y manifestaron haber experimentado un «empoderamiento protector» centrado en proteger a sus hijos, luchar y salir adelante en el ámbito de la materialidad.

Para María, el proceso de aprendizaje encarnado que vivió en el transcurso de sus dos experiencias reproductivas consistió en reconectar con su cuerpo y en afianzar la confianza en él y en su experiencia encarnada, lo que le permitió redefinirse como mujer. El haber vivenciado sus dos partos de forma no intervenida le llevó a descubrirse como una mujer «fuerte» —e, incluso, a redefinir su concepto de fuerza—, lo cual representó para ella la posibilidad de romper con una percepción introyectada de sí misma.

Al igual que María, Laura, de clase alta, experimentó un cambio en su subjetividad a partir de sus dos experiencias reproductivas que tuvo que ver con el contacto con su fuerza y con una redefinición de este concepto en su vida. De manera similar a María, Laura resignificó la noción de fuerza como la capacidad de «soltar», en contraste con la idea de «controlar» («el segundo parto justo ese

tema fue muy diferente porque fue soltar, mi fuerza estuvo en soltar. Entonces, como que el primero era controlar, controlar, controlar y el segundo era soltar, soltar, soltar»). Carla, de clase media, también mencionó el «soltar» como un aprendizaje que derivó de sus experiencias reproductivas («soltar un poco más. El ya no necesitar tanto tener control sobre todo...Y estar en el momento y aceptar un poco más las cosas que van llegando. Como fluir un poco mejor»).

Por otro lado, Paola, de clase media, también describió la fuerza como un aprendizaje y la definió en términos de tomar el control, usando expresiones como «tomar las riendas», «no puedo dejar que la vida me lleve», «estar mucho más fuerte y mucho más decidida, más consciente de las decisiones que tomo». Sus experiencias reproductivas estuvieron marcadas por una necesidad de defender su experiencia encarnada ante un contexto social que la cuestionaba («es una la que carga, es una la que pare, es una a la que le pasa toda esta onda hormonal. Y entonces tienes que sacar una fortaleza para defender todo eso»). A diferencia de María y Laura, el aprendizaje de Paola no tiene que ver con soltar el control sobre su cuerpo, sino con evitar que otros lo controlen («Y que no te destruyan o que no te ninguneen. O que no te omitan o te sobajen lo que estás sintiendo»). La fuerza que identificó Paola en sus experiencias reproductivas se consolidó a partir de la defensa de su cuerpo-territorio.⁷

Mientras que los aprendizajes de María, Laura, Carla y Paola se basaron en una concepción individualista del ser, con un enfoque en sí mismas, los de Sofía —de clase baja— se fundamentaron en una concepción interconectada del ser, en la que el enfoque principal residía en su bebé y en la relación con él («Cambió en mí la madurez con la que una ve las cosas. La madurez de decir, okey, voy a cuidar esto, voy a proteger, tengo alguien por quien ver y no sentirme sola... De decir no, esto lo puedo cuidar o esto puedo ahorrar para el bebé, o esto le puede afectar al bebé...Cambié en lo emocional de decir, no estoy sola, tengo por quién luchar, tengo por quién salir adelante»). Fernanda, también de clase baja, de igual modo centró el enfoque de su aprendizaje en su bebé y en la responsabilidad y los cuidados hacia él («cambió mi vida por completo porque fue mi todo, es mi todo. Tengo que cuidarla... en ese sentido sí cambio toda mi vida, porque es lo más importante cuidar a un hijo»).

Como se puede apreciar, los aprendizajes de las mujeres de clases media y alta giran en torno a soltar o asumir el control en relación con sus cuerpos y experien-

⁷ Desde este paradigma se define el cuerpo como «un espacio, un territorio-lugar, que ocupa, además, un espacio en el mundo y puede vivenciar todas las emociones, sensaciones y reacciones físicas, para encontrar en él, un lugar de 'resistencia' y 'resignificación'» (Cruz Hernández, 2016: 42).

cias desde una perspectiva individualizada, mientras que los de las participantes de clase baja giraron en torno a la responsabilidad, desde una perspectiva que prioriza la interconexión. Estas dinámicas trascienden la dimensión económica que permite a las mujeres con mayor capital económico prescindir de la preocupación por los recursos materiales, al estar sustentadas en *habitus* de clase (Bourdieu, 1986; Kraus y Stephens, 2012; Manstead, 2018) que influyen en los procesos de aprendizaje y en las formas en que las mujeres se empoderan en relación con sus experiencias reproductivas.

Consideraciones finales

Los hallazgos de esta investigación contribuyen al campo de los estudios sobre el cuerpo en las experiencias reproductivas de las mujeres, al incorporar una perspectiva temporal que considera los procesos de aprendizaje encarnado como transformadores de las subjetividades y al indagar en la influencia de la clase social sobre estos procesos. Se evidencia que los conocimientos encarnados que las mujeres desarrollan a partir de su primera experiencia reproductiva tienen un impacto importante sobre la vivencia de la segunda, y que este delicado proceso de aprendizaje está sujeto a una variedad de factores y circunstancias, entre los cuales la clase social es central.

Por un lado, los procesos de aprendizaje de las mujeres de estratos socioeconómicos más altos se caracterizaron por enfocarse casi exclusivamente en la dimensión corporal de la experiencia, y tendieron a derivar en un empoderamiento centrado en el desarrollo personal y ligado principalmente a aprendizajes en torno al control. Los capitales económico y cultural (Bourdieu, 1986) de estas mujeres fueron claves para el ejercicio de la agencia en sus procesos reproductivos, ya que les permitieron acceder, por un lado, a diferentes fuentes de información que resultaron fundamentales para la toma de decisiones y, por otro lado, a una mayor gama de opciones de atención al embarazo y el parto. La abundancia de recursos materiales representó para ellas la oportunidad de vivenciar experiencias reproductivas y procesos de aprendizaje encarnados centrados en el desarrollo personal y el ámbito de lo transpersonal. Esto se vio, además, facilitado por un *habitus* individualista y una cultura somática centrada en la preocupación con el cuerpo y sus sensaciones (Boltanski 1975; Bourdieu, 1986; Kraus y Stephens, 2012; Manstead, 2018).

En contraste, los procesos de aprendizaje de las mujeres de estratos socioeconómicos más bajos estuvieron marcados por un enfoque interpersonal y tendieron a derivar en un empoderamiento basado en asumir responsabilidades, cuidar de su bebé, luchar y salir adelante, todas actitudes ligadas al aprendizaje de asumir un mayor control sobre sus circunstancias. Para estas mujeres, la carencia de recursos materiales y, en la mayoría de los casos, de acceso a información, representaron factores de vulneración porque limitaron sus opciones de atención durante el embarazo y el parto, lo que las llevó a asumir una agencia enfocada en la prevención y la autoconservación, así como en la protección hacia sus bebés, todas preocupaciones del ámbito material. Esto, además, se fundamenta en un *habitus* colectivista (Bourdieu, 1986; Kraus y Stephens, 2012; Manstead, 2018) y en una cultura somática que no se relaciona tanto con la experiencia corporal (Boltanski 1975).

Estos hallazgos constituyen una aportación original a los estudios sobre cuerpo y clase social (Boltanski, 1975, 2013; Bourdieu, 1984, 1990) y sobre la psicología de la clase social (Kraus y Stephens, 2012; Manstead, 2018), al arrojar luz sobre la relación entre el cuerpo, la transformación de la subjetividad y la clase social en el contexto de los procesos reproductivos de las mujeres. Por otro lado, los hallazgos de este estudio matizan las investigaciones en las que se argumenta que los efectos de la clase social sobre la identidad pueden ser trascendidos a través de las experiencias reproductivas (Zadoroznij, 1999), al demostrar que las corporeidades, los aprendizajes y las agencias que las mujeres desarrollan durante sus experiencias reproductivas están marcados por las actitudes y culturas corporales arraigadas en la clase social.

También, se subraya que, aunque la medicalización no es un fenómeno exclusivo de las mujeres de clase baja, la carencia de recursos económicos las hace más vulnerables a ser violentadas en sus procesos reproductivos, lo cual impacta en sus experiencias encarnadas (Castro y Erviti, 2003; Smith-Oka, 2013; Valdez-Santiago et al., 2013; INEGI, 2016). Si bien las mujeres de clase baja entrevistadas en este estudio ejercieron agencia dentro de sus posibilidades utilizando los conocimientos encarnados derivados de la primera experiencia reproductiva para tomar decisiones durante la segunda, sus limitaciones económicas las colocaron en una posición de desventaja respecto a las de clases media y alta que formaron parte de la muestra, quienes utilizaron su capacidad de consumo para optimizar su segunda experiencia reproductiva. Estos hallazgos son relevantes en un contexto en el que la partería tradicional enfrenta una creciente amenaza de desa-

parición (Vega y Tinoco, 2018) y en el que la apropiación y mercantilización de las prácticas tradicionales están convirtiendo la experiencia fisiológica del parto en un privilegio de clase (Vega, 2016; Morales, 2019).

Por último, se encontró que la relación entre el conocimiento experto y la experiencia encarnada durante el primer parto es compleja y está influenciada por diversos factores, como la clase social, las experiencias previas y el acceso a información. Mientras que para algunas mujeres el conocimiento experto, ya sea adquirido a través de la educación formal o la búsqueda activa de información, puede complementar y fortalecer sus experiencias encarnadas, para otras puede socavar su confianza en sus propios cuerpos y experiencias; un fenómeno ante el cual se encuentran particularmente vulnerables las mujeres de clase baja, cuyas subjetividades tienden a ser desplazadas por los conocimientos médicos (Boltanski, 1975; Castro y Erviti, 2003; Smith-Oka, 2013; Valdez-Santiago et al., 2013; INEGI, 2016). Estos hallazgos resaltan la diversidad de experiencias y puntos de vista en el proceso reproductivo y subrayan la necesidad de un enfoque sensible y personalizado en la atención prenatal y durante el parto. Es esencial que los proveedores de atención médica reconozcan y valoren los conocimientos y las experiencias corporales de las mujeres y que colaboren con ellas para brindar un cuidado integral que articule tanto el conocimiento médico como el saber encarnado de las mujeres. Además, se destaca la importancia de abordar las desigualdades sociales y económicas que pueden influir en el acceso al conocimiento y en la toma de decisiones sobre la salud durante el parto.

Bibliografía citada

- Abel, Emily K. y Browner, C. H. (1998). Selective compliance with biomedical authority and the uses of experiential knowledge. En Margaret Lock y Patricia A. Kaufert (eds.), *Pragmatic Women and Body Politics* (pp. 310-326). Cambridge: Cambridge University Press.
- Alarcón Lavín, Rafael. (2021). La atención prenatal de la partería tsotsil/tseltal ante los riesgos de muerte materna. En *Las parterías tradicionales en América Latina: cambios y continuidades ante un etnocidio programado* (pp. 323-356). San Juan: Luscinia C.E.
- Barker, Kristin K. (1998). A Ship Upon a Stormy Sea: The Medicalization of Pregnancy. *Social Science & Medicine*, 47(8), pp. 1067-1076, doi: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00155-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00155-5)
- Barros, Alúisio, Santos, Iná, Matijasevich, Alicia, Rodrigues, Marlos, y Silveira Mariangela (2011). Padrones de partos en una cohorte de nacimientos: cesáreas casi universales para los riesgos. *Revista De Saúde Pública*, 45(4), pp. 635-643, doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000039>

- Bautista, Edgar, y López, Oliva. (2017). Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos en salud. *Salud Problema*, Segunda época, 11(21), pp. 28-53. Disponible en <https://saludproblemaoj.s.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/512/512>
- Berrio, Lina. (2019). La partería tradicional en México: un campo en disputa. En Elisa Conde y Sofía Román (comps.), *La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica y en su defensa como un derecho cultural*. México: Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres, Comisión Nacional de Derechos Humanos. Disponible en <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/Promocion/Relatorias/parteria-tradicional.pdf>
- Biglari, Maruam, Sabetrohani, Hamideh, Larijani, Samaneh, Ghafori, Ronak, y Nafei, Ayoub (2024). Social Determinants of Women's Reproductive Health: A Systematic Review. *Healthscope*, 13(1), doi: <https://doi.org/10.5812/healthscope-140449>
- Blázquez, Norma. (2012). Epistemología feminista: temas centrales. En Norma Blázquez, Fátima Flores y Maribel Ríos (coords.), *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*. México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Facultad de Psicología.
- Boltanski, Luc. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Ediciones Periferia SRL.
- Boltanski, Luc. (2013). *The Foetal Condition: A Sociology of Engendering and Abortion*. Cambridge, MA: Polity Press.
- Bourdieu, Pierre. (1984). *Distinction*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bourdieu, Pierre. (1986). The Forms of Capital. En John Richardson (ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241-258). Westport, CT: Greenwood, pp. 241-258
- Bourdieu, Pierre. (1990). *The Logic of Practice*. Redwood City, CA: Stanford University Press.
- Butler, Judith. (1993). *Bodies that Matter: On the Discursive Limits of Sex*. Nueva York, NY: Routledge.
- Carolan, Michael. (2005). The Conspicuous Body: Capitalism, Consumerism, Class and Consumption. *Worldviews*, 9(1), pp. 82-111, doi: <https://doi.org/10.1163/1568535053628436>
- Carrillo, Ana María. (1998). Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX. *Asclepio*, 50(2), pp. 149-168, doi: <https://doi.org/10.3989/asclepio.1998.v50.i2.340>
- Castro, Roberto. (2014). Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), pp. 167-197.
- Castro, Roberto. (2016). Pautas de género en el desarrollo del *habitus* médico: los años de formación en la Facultad de Medicina, el internado y la residencia médica. En Luz Moreno y Ana Carrillo (coords.), *La perspectiva de género en la salud* (pp. 147-174). México: UNAM.
- Castro, Roberto, y Erviti, Joaquina. (2003). Violations of Reproductive Rights During Hospital Births in Mexico. *Health Human Rights*, 7(1), pp. 90-110.

- Clancy, Georgia, Boardman, Felicity, y Rees, Sophie. (2022). Exploring Trust in (Bio)medical and Experiential Knowledge of Birth: The Perspectives of Pregnant Women, New Mothers, and Maternity Care Providers. *Midwifery*, 107, 103272, doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103272>
- CONEVAL. (2022). *Medición de la pobreza 2022*. México: CONEVAL. Disponible en https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2022.aspx
- Creswell, John W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five Approaches*. Londres: Sage Publications.
- Cruz Hernández, Tania Delmy. (2016). Una mirada muy otra a los territorios-cuerpos Femeninos. *Solar*, 12(1), pp. 46, doi: <https://doi.org/10.20939/solar.2016.12.0103>
- Cruz Salazar, Tania. (2014). *Las pieles que vestimos: corporeidad y prácticas de belleza en jóvenes chiapanecas*. México: ECOSUR/UNICACH.
- Csordas, Thomas. (1990). The 1988 Stirling Award Essay: Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47, doi: <https://doi.org/10.1525/eth.1990.18.1.02a00010>
- Cummins, Molly W. (2014). Reproductive Surveillance: The Making of Pregnant Docile Bodies. *Kaleidoscope*, 13(1), pp. 33-51. Disponible en <https://openuic.lib.siu.edu/kaleidoscope/vol13/iss1/4/>
- Davis-Floyd, Robbie. (1994). *The technocratic body: American childbirth as cultural expression*. *Social Science & Medicine*, 38(8), pp. 1125-1140, doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90228-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90228-3)
- Denzin, Norman K. (2017). Critical Qualitative Inquiry. *Qualitative Inquiry*, 23(1), pp. 8-16.
- Federici, Silvia. (2015). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones.
- Flores, Gloria (ed.). (2018). *La situación de las mujeres en Chiapas en el marco de la Declaratoria de Alerta de Violencia de Género. Informe sombra para el Comité de CEDAW*. México: Cátedra Unesco de Derechos Humanos de la Universidad Autónoma de México. Disponible en https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/papiit/cedaw/Informe_chiapas.pdf
- Foucault, Michel. (2002). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Freyermuth, Graciela. (2003). *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó: género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México: CIESAS.
- Frost, Erin A., y Haas, Angela M. (2017). Seeing and Knowing the Womb: A Technofeminist Reframing of Fetal Ultrasound toward a Decolonization of Our Bodies. *Computers & Composition/Computers and Composition*, 43, pp. 88-105, doi: <https://doi.org/10.1016/j.compcom.2016.11.004>
- García Alonso, Elena M. (2015). Evolución del nacimiento por cesárea: el caso de México. *Dilemata*, (18), pp. 27-43. Disponible en <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/370>
- Gilbert, Dennis. (2018). *The American Class Structure: In an Age of Growing Inequality*. Washington, D.C.: Sage Press.
- Goodson, Ivor, y Gill, Scherto. (2011). *Narrative Pedagogy: Life History and Learning*. Nueva York: Peter Lang Publishing.

- Gross, Harriet, y Pattison, Helen M. (2007). *Sanctioning Pregnancy: A Psychological perspective on the paradoxes and culture of research*. Londres y Nueva York: Routledge. Disponible en <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA8244850X>
- Haaker, Maureen. (2021). The Power of the Pregnant Body: Perspectives of agency and autonomy in Pregnancy. *Genealogy*, 5(1), 13, doi: <https://doi.org/10.3390/genealogy5010013>
- Hall, Kelli S., Moreau, Caroline, y Trussell, James. (2012). Determinants of and Disparities in Reproductive Health Service Use among Adolescent and Young Adult Women in the United States, 2002-2008. *American Journal of Public Health*, 102(2), pp. 359-367, doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300380>
- Hallam, Jenny, Howard, Chris, Locke, Abigail, y Thomas, Melissa. (2019). Empowering Women through the Positive Birth Movement. *Journal of Gender Studies*, 28(3), pp. 330-341, doi: <https://doi.org/10.1080/09589236.2018.1469972>
- Haraway, Donna. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), pp. 575-599, doi: <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Haraway, Donna. (1997). The Virtual Speculum in the New World Order. *Feminist Review*, 55(1), pp. 22-72, doi: <https://doi.org/10.1057/fr.1997.3>
- Imáz Martínez, Elizabethe. (2001). Mujeres gestantes, madres en gestación: metáforas de un cuerpo fronterizo. *Política y Sociedad*, 36, pp. 97-11.
- INEGI. (2016). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016*. México: INEGI. Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf
- INEGI. (2021). *Cuantificando la clase media en México 2010-2020. Presentación de la Dirección General Adjunta de Investigación*. México: INEGI. Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/investigacion/cmmedia/doc/cm_desarrollo.pdf
- Janaki, S., y Prabakar, S. (2024). Examining Socioeconomic Factors Influencing Maternal Health in Pregnancy. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 1-19, doi: <https://doi.org/10.1080/10911359.2024.2310272>
- Jordan, Brigitte. (1997). Authoritative Knowledge and Its Construction. En Robbie E. Davis-Floyd y Carolyn F. Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives* (pp. 55-79). Berkeley, CA: University of California Press eBooks, doi: <https://doi.org/10.1525/9780520918733-003>
- Kraus, Michael W., y Stephens, Nicole M. (2012). A Road Map for an Emerging Psychology of Social Class. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(9), pp. 642-656, doi: <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2012.00453.x>
- Lane, Karen. (1995). The Medical Model of the Body as a Site of Risk: A Case Study of Childbirth. En Jonathan Gabe (ed.), *Medicine, Health and Risk: Sociological Approaches* (pp. 157-164). Oxford: Blackwell.
- Landín, Ma. del Rosario, y Sánchez, Sandra. (2019). El método biográfico-narrativo. Una herramienta para la investigación educativa. *Educación*, 28(54), pp. 227-242, doi: <https://doi.org/10.18800/educacion.201901.011>

- Lazarus, Ellen. (1997). What do Women Want? En Robbie E. Davis-Floyd y Carolyn F. Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge* (pp. 132-158). Berkeley, CA: University of California Press.
- Le Breton, David. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Liamputtong, Pranee. (2005). Birth and Social Class: Northern Thai Women's Lived Experiences of Caesarean and Vaginal Birth. *Sociology of Health & Illness*, 27(2), pp. 243-270, doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00441.x>
- Lippman, Abby. (1999). Embodied Knowledge and Making Sense of Prenatal Diagnosis. *Journal of Genetic Counseling*, 8(5), pp. 255-274, doi: <https://doi.org/10.1023/a:1022901131305>
- López Sánchez, Oliva. (2010). *El dolor de Eva*. México: UNAM.
- Lupton, Deborah. (1999). Risk and the ontology of pregnant embodiment. En Deborah Lupton (ed.), *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives* (pp. 59-85). Cambridge: University Press.
- Lupton, Deborah, y Schmied, Virginia. (2013). Splitting Bodies/Selves: Women's Concepts of Embodiment at the Moment of Birth. *Sociology of Health & Illness*, 35(6), pp. 828-841, doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01532.x>
- Lyerly, Anne, Mitchell, Lisa, Armstrong, Elizabeth, Harris, Lisa, Kukla, Rebecca, Kuppermann, Miriam, y Little, Margaret. (2009). Risk and the Pregnant Body. *The Hastings Center Report*, 39(6), pp. 34-42, doi: <https://doi.org/10.1353/hcr.0.0211>
- Manstead, Anthony S. R. (2018). The Psychology of Social Class: How Socioeconomic Status Impacts Thought, Feelings, and Behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 57(2), pp. 267-291, doi: <https://doi.org/10.1111/bjso.12251>
- Martin, Emily. (1987). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon.
- Martínez Vidal, Alvar, y Pardo Tomás, José. (2001). Un conflicto profesional, un conflicto moral y un conflicto de género: los debates en torno a la atención al parto en la Ilustración. *Cronos: Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 4(1), pp. 3-27.
- Marx, Karl. (2008). *Contribución a la crítica de la economía política*. Novena Edición. Madrid: Siglo XXI.
- Marx, Karl, y Engels, Friedrich. (1948). *Manifiesto comunista*. Santiago de Chile: Babel.
- McKenzie, Gemma, Robert, Glenn y Montgomery, Elsa. (2020). Exploring the Conceptualization and Study of Freebirthing as a Historical and Social Phenomenon: A Meta-Narrative Review of Diverse Research Traditions. *Medical Humanities*, 46(4), pp. 512-524, doi: <https://doi.org/10.1136/medhum-2019-011786>
- Merleau-Ponty, Maurice. 1945. *Phénoménologie de la perception*. París: Gallimard.
- Montes, María Jesús. (2008). Cuerpos gestantes y orden social. Discursos y prácticas en el embarazo. *Index Enferm*, 17(1), doi: <https://doi.org/10.4321/s1132-12962008000100006>
- Morales, Magdalena. (2019). *La medicalización y la autonomía: etnografía de experiencia maternas en Chiapas*. México: CIESAS.

- Neiterman, Elena. (2013). Sharing Bodies: The Impact of the Biomedical Model of Pregnancy on Women's Embodied Experiences of the Transition to Motherhood. *Healthcare Policy*, 9(SP), pp. 112-125, doi: <https://doi.org/10.12927/hcpol.2013.23595>
- Nelson, Margaret K. (1983). Working-Class Women, Middle-Class Women, and Models of Childbirth. *Social Problems*, 30(3), pp. 284-297, doi: <https://doi.org/10.2307/800354>
- Oakley, Ann. (1980). *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth*. Oxford: Schocken.
- Oakley, Ann. (1983). Social Consequences of Obstetric Technology: The Importance of Measuring «Soft» Outcomes. *Birth*, 10(2), pp. 99-108, doi: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1983.tb01408.x>
- Oakley, Ann. (1984). *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Blackwell.
- Olza, Ibone et al. (2018). Women's Psychological Experiences of Physiological Childbirth: A Meta-Synthesis. *BMJ open*, 8(10), doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- OMS. (2010). *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health: Informing Future Research and Program Implementation*. Ginebra: OMS.
- Ortiz Gómez, Teresa. (2002). El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En Elvira Ramos (coord.), *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. (I Congreso Nacional sobre Mujeres y Salud)* (pp. 29-41). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Ostrove, Joan M., Adler, Nancy E., Kuppermann, Miriam, y Washington, A. Eugene. (2000). Objective and Subjective Assessments of Socioeconomic Status and their Relationship to Self-Rated Health in an Ethnically Diverse Sample of Pregnant Women. *Health Psychology*, 19(6), pp. 613-618, doi: <https://doi.org/10.1037//0278-6133.19.6.613>
- Passeggi, María. (2020). Reflexividad narrativa: «vida, experiencia vivida y ciencia». *Márgenes. Revista de Educación de la Universidad de Málaga*, 1(3), pp. 91-109, doi: <https://doi.org/10.24310/mgnmar.v1i3.9504>
- Quattrocchi, Patrizia. (2021). Resistir a la medicalización innecesaria: La experiencia de las parteras mayas de Yucatán (México). En *Las parterías tradicionales en América Latina: Cambios y continuidades ante un etnocidio programado* (pp. 285-322). San Juan: Luscinia C.E.
- Raphael, Dana. (1975). Matresence, Becoming a Mother, A «New/Old» Rite de Passage. En Dana Raphael (ed.), *Being Female: Reproduction, Power, and Change* (pp. 65-72). Berlín y Nueva York: Mouton.
- Ribeiro, Djamila. (2023). *Lugar de enunciación*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Rich, Adrienne. (1976). *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*. Barcelona: Noguer.
- Ritzer, George. (1997). *Postmodern Social Theory*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Salgado, Flavio, y Díaz, Marinelly. (2019). Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 11(29), pp. 23-34. Disponible en <https://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/263/260>

- Sánchez Ramírez, Georgina. (2016). *Espacios para parir diferente. Un acercamiento a Casas de Parto en México*. San Cristóbal de Las Casas: ECOSUR.
- Sánchez Ramírez, Georgina, y Laako, Hanna. (2021). *Midwives in Mexico: Situated Politics, politically Situated*. Oxfordshire: Taylor and Francis.
- Scheper-Hughes, Nancy, y Lock, Margaret. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), pp. 6-41, doi: <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
- Sesia, Paola. (2020). Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En Patrizia Quattrochi y Natalia Magnone (coords.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 3-30). Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa/Instituto de Salud Colectiva.
- Sesia, Paola, Van Dijk, Marieke, y Sachse, Matthias. (2014). Características del manejo obstétrico en la atención pública de segundo nivel en la era del Seguro Popular: un estudio de caso en un hospital público de Oaxaca. En Jaime Page (coord.), *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública* (pp. 241-265). México: PROIMMSE-IIA-UNAM.
- Shaw, Jennifer. (2012). The Birth of the Clinic and the Advent of Reproduction: Pregnancy, Pathology and the Medical Gaze in Modernity. *Body & Society*, 18(2), pp. 110-138, doi: <https://doi.org/10.1177/1357034x10394666>
- Smith, Sheila, y Condit, Deirdre. (2000). Marginalizing Women: Images of Pregnancy in Williams Obstetrics. *The Journal of Perinatal Education*, 9(2), pp. 14-26, doi: <https://doi.org/10.1624/105812400x87617>
- Smith-Oka, Vania. (2012). Bodies of Risk: Constructing Motherhood in a Mexican Public Hospital. *Social Science and Medicine*, 75(12), pp. 2275-2282, doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.029>
- Smith-Oka, Vania. (2013). Managing Labor and Delivery among Impoverished Populations in Mexico: Cervical Examinations as Bureaucratic Practice. *American Anthropologist*, 115(4), pp. 595-607. doi: <https://doi.org/10.1111/aman.12046>
- Terán, Pablo, Castellanos, Carlos, González, Mireya y Ramos, Damarys. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela*, 73(3), pp. 171-180.
- Valdez Santiago, Rosario, Hidalgo Solórzano, Elisa, Mojarro Íñiguez, Mariana, y Arenas Monreal, Luz. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: El abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*, 18(1), pp. 14-20.
- Valls-Llobet, Carme. (2010). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra/Universitat de Valencia/Instituto de la Mujer.
- Vega, Marisol, y Tinoco, Aline. (2018). Salud materna: retos y oportunidades en el acceso a una atención de calidad. El papel de las parteras tradicionales en comunidades indígenas de Chiapas. En Graciela Freyermuth (coord.), *Los caminos para parir en México en el siglo XXI* (pp. 32-39). *Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*. México: CIESAS.
- Vega, Rosalynn A. (2016). Commodifying Indigeneity: How the Humanization of Birth Reinforces Racialized Inequality in Mexico. *Medical Anthropology Quarterly*, 31(4), pp. 499-518, doi: <https://doi.org/10.1111/maq.12343>

- Weber, Max. (1978). *Economy and Society*. Oakland: University of California Press.
- Young, Iris M. (1984). Throwing Like a Girl: A Phenomenology of Feminine Body Comportment Motility and Spatiality. *Human Studies*, 3(1), pp. 137-156, doi: <https://doi.org/10.1007/bf02331805>
- Zadoroznyj, Maria. (1999). Social Class, Social Selves, and Social Control in Childbirth. *Sociology of Health & Illness*, 21(3), pp. 267-289, doi: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00156>

Cómo citar este artículo:

Bortolamedi García, Gabriela, Keck, Charles S., y Freyermuth Enciso, Graciela. (2025). Mujeres que se gestan y se paren: las experiencias reproductivas como procesos de aprendizaje encarnados. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 20, pp. 1-37, doi: <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2025.v20.762>