

**UNSAM**

UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE  
**SAN MARTÍN**

Universidad Nacional de San Martín  
Instituto de Altos Estudios Sociales  
Licenciatura en Antropología Social y Cultural

**Del taller de yoga prenatal a la clínica privada.**

**Una etnografía sobre los sentidos de la  
práctica de yoga durante el embarazo**

**Catalina Kranner**

Tesina para obtener el título de Licenciada en  
Antropología Social y Cultural

**Directora: Dra. María Soledad Córdoba**

**Buenos Aires**

**2019**

**DEL TALLER DE YOGA PRENATAL A LA CLÍNICA  
PRIVADA. UNA ETNOGRAFÍA SOBRE LOS  
SENTIDOS DE LA PRÁCTICA DE YOGA DURANTE  
EL EMBARAZO**

Autora: Catalina Kranner

Evaluada: Dra. María Mercedes Saizar

Directora: Dra. María Soledad Córdoba

## RESUMEN

Este trabajo indaga los sentidos de la práctica de yoga prenatal en un grupo de nueve mujeres embarazadas, enmarcándose en el campo de la antropología de la salud. La investigación empírica realizada tuvo un año y medio de duración y se desarrolló entre 2016 y 2018.

En una primera etapa se focalizó en la observación participante de las prácticas de yoga prenatal en un estudio de yoga ubicado en la localidad de Villa Ballester, Partido de San Martín. El grupo de practicantes de yoga prenatal estaba constituido por nueve mujeres embarazadas de entre 23 y 40 años, pertenecientes a un estrato socioeconómico medio. Durante este período se buscó indagar sobre las motivaciones y sentidos de la práctica de yoga durante el embarazo desde la perspectiva de estas mujeres, respondiendo a la pregunta ¿qué sentidos asignan este grupo de mujeres a la práctica de yoga durante el embarazo? De esta primera etapa, emergía, fundamentalmente a partir del análisis de sus discursos, una presunta contraposición irremediable con la perspectiva de las instituciones médicas donde realizaban el seguimiento de sus embarazos, respecto a las expectativas del desarrollo del parto y la atención durante el mismo. Durante esta primera fase, la hipótesis que guió la investigación concebía la práctica de yoga prenatal como herramienta de empoderamiento de las mujeres frente a las determinaciones e imposiciones de las prácticas médicas en las instituciones sanitarias.

A medida que la investigación avanzó, pude adentrarme más en las lógicas de las prácticas y construir una relación más estrecha con las mujeres, quienes me brindaron la posibilidad de entrevistarlas en profundidad antes y luego de sus partos, así como también acompañarlas a sus consultas médicas y permitirme el contacto con los profesionales que las atendían. En esta segunda etapa, y especialmente a partir de los resultados de una mayor implicación en el campo, las prácticas, los discursos y las perspectivas de las embarazadas se fueron *encontrando* con la de los profesionales involucrados en la atención y seguimiento del embarazo y el parto. La implicación lograda en el campo posibilitó así extender la investigación más allá del taller de yoga prenatal, dejándonos conducir hacia las instituciones sanitarias y los profesionales por las propias embarazadas. En efecto, todas las mujeres se atendían en instituciones médicas prestigiosas de la ciudad de Buenos Aires y tenían planificado sus partos en el marco de estas instituciones. De esta forma, en esta fase de la investigación se consolidaría una nueva pregunta, a saber ¿cómo se conjugan la práctica de

yoga prenatal y el cuestionamiento al modelo médico dominante en las instituciones actuales con la atención del embarazo y el parto que efectivamente reciben las mujeres en las instituciones sanitarias en las que se atienden? La hipótesis que guio esta segunda fase fue que aquella tajante contraposición relevada al inicio de la investigación entre las expectativas y las perspectivas de las embarazadas y las encarnadas por los profesionales y los protocolos de las instituciones sanitarias se disolvía o perdía su contundencia.

Desde la perspectiva de las mujeres interpeladas, la medicalización de los partos emerge como momento emblemático del control médico sobre los cuerpos, siendo duramente cuestionada y rechazada desde el discurso durante las prácticas de yoga, pero aceptada durante el seguimiento del embarazo y con mayor contundencia en el momento del parto en las instituciones sanitarias. Esta investigación muestra cómo es construido ese camino desde el cuestionamiento y el rechazo hasta la aceptación de la intervención sobre el propio cuerpo.

Palabras clave: yoga prenatal; embarazo; parto; modelos de atención a la salud; biopoder.

## ÍNDICE GENERAL

<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO I – En el taller de yoga prenatal, algo más que “asanas”.....</b>	<b>25</b>
1.1. La entrada al campo.....	25
1.2. El centro Baratha: Hatha yoga en Villa Ballester.....	27
1.3. El grupo de yoga prenatal: características socioeconómicas de las mujeres.....	31
1.3. Aproximación a los sentidos de la práctica de yoga prenatal.....	36
1.4. Resumen del capítulo.....	48
<b>CAPÍTULO II – Más allá del taller de yoga prenatal.....</b>	<b>50</b>
2.1. Los cuerpos gestantes y su control.....	50
2.2. El control del dolor .....	57
2.3. El control del riesgo.....	60
2.4. Resumen del capítulo.....	63
<b>CAPÍTULO III – Los modelos atención a la salud en el momento del parto....</b>	<b>65</b>
3.1. Los partos en el contexto de la medicalización.....	65
3.2. Mariana: epítome del modelo tecnocrático.....	67
3.3. Julieta: la conjugación de los modelos tecnocrático y holístico.....	71
3.4. Resumen del capítulo.....	75
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>77</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO. Gráficos e imágenes.....</b>	<b>88</b>

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a mis padres, Susana y Juan, por haberme dado siempre el apoyo y las herramientas para crear mi propia historia y mi libertad. Por enseñarme a pensar y cuestionar, sin perder la empatía y la ternura. A mi madre, especialmente, por ser mi inspiración, y recomponerme las alas y el corazón cada vez que sentí que se habían roto.

A mis hermanos, Victoria y Nicolás, por ser mis compañeros, protectores y luchadores en el difícil camino que nos tocó vivir.

A las grandes mujeres de mi familia, todas y cada una de ellas me brindaron su corazón y su ternura, me inspiraron e inspiran para construir espacios más libres y sanos.

A mis amigas y hermanas del corazón, que siempre me abrieron sus brazos, me escucharon y me alentaron. Por enseñarme a ser mejor persona y ser las compañeras que elijo para esta vida.

A mis amigos y colegas que me dio la vida universitaria, por ser mi inspiración, mi apoyo y acompañamiento durante estos años y por los años que vienen.

A Soledad, mi directora, a quien admiro, y quien creyó en mi trabajo, brindándome todo su corazón y conocimiento para esta etapa.

A la UNSAM y el IDAES, por este espacio de gran calidad humana.

Este trabajo es, principalmente, en memoria y honor de mi querido padre, quien no está presente físicamente, pero desde otro plano me inspiró a seguir mis sueños y a ser mejor persona, perdonando el pasado y cerrando las heridas. Sé que esto lo llenaría de emoción, orgullo y felicidad. Mi mayor amor siempre está con él.

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación se basa en el estudio de un grupo de nueve mujeres embarazadas practicantes de yoga prenatal en un instituto de yoga y meditación del conurbano bonaerense. A través de la inmersión en este campo social, este trabajo analiza los sentidos que giran en torno a las prácticas de yoga para este grupo de embarazadas. Para ello, se realizó observación participante durante los talleres, así como también más allá de los mismos, en otras actividades y contextos como consultas médicas con obstetras y/o parteras en instituciones de salud, charlas de cuidado al recién nacido o de lactancia.

Si bien esta investigación indaga un grupo de mujeres embarazadas, la misma no se sitúa en el campo de estudio de la/s maternidad/es, dado que las problemáticas y las dinámicas sociales observadas se posicionaban de manera clara y contundente en el campo de antropología de la salud, más específicamente en el contraste y problematización de modelos de atención y cuidado de la salud durante el momento del embarazo y el parto. Al posicionar el foco del análisis en las dinámicas sociales, seguimos a Geertz (1987) cuando sostiene que el/la antropólogo/a no estudia aldeas, sino *en* aldeas.

Desde la perspectiva de las mujeres bajo estudio, el embarazo supone ser un momento en su corporalidad donde ésta se transforma en un espacio con emocionalidades específicas para albergar un nuevo ser. Así, buscan que sus cuerpos reciban atenciones y tratamientos que contribuyan al bienestar físico, pero también emocional, tanto durante el embarazo como en el momento clave del parto. Para ellas, los modos de asistencia médica o cuidado durante el embarazo y el parto propuestos desde la perspectiva de la medicina moderna occidental suponen entender estos procesos de una manera estandarizada, donde las emocionalidades son subyugadas a los mandatos del tratamiento del cuerpo. En efecto, lo que resultaba de las primeras observaciones de los talleres de yoga era un cuestionamiento a lo que encontramos conceptualizado como “medicalización” (Menéndez, 1992), es decir, al conjunto de “prácticas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas, a funciones de control y normalización” (1992: 101). Desde una mirada crítica hacia la “medicalización” del embarazo y el parto, el grupo de embarazadas bajo estudio buscaba interiorizarse en actividades alternativas como las prácticas de yoga, de reiki, talleres de masajes y prácticas de alimentación saludable, entre

otras, apuntando a lograr un bienestar físico, emocional y social. En esta investigación nos focalizaremos en los talleres de yoga prenatal como campo de observación y punto de partida de la indagación empírica.

Siguiendo la perspectiva de las embarazadas, haber sido partícipe activo de estas prácticas prenatales les aportaba conocimiento sobre el proceso del embarazo y la preparación para el parto, a partir del intercambio de saberes, experiencias, temores o valores. De este modo, al compartir creencias, miedos, estímulos, experiencias o prácticas, las mujeres adquirirían conocimientos sobre el cuerpo en el embarazo, el parto y calmaban ansiedades en relación con los mismos. Por otra parte, estas prácticas aparecían como una estrategia de resistencia frente a la medicalización y la intervención en el momento del parto o, en términos de Foucault (1976), a un biopoder ejercido sobre los cuerpos gestantes, bajo reglas que implican la regulación y la estandarización de todos los procesos vinculados a lo propiamente biológico de un embarazo.

Sin embargo, las clases dictadas en el estudio de yoga constituían sólo una parte de la atención y los cuidados que estas mujeres planteaban como necesarios en el proceso de embarazo, así como también de sus mundos socioculturales y económicos. Así, la profundización del proceso de implicación en el campo buscó abrir la posibilidad de acompañar a las mujeres, desde mi rol de antropóloga, a otros espacios por fuera de las clases, que pudiesen contribuir al análisis del sentido de la práctica de yoga en el marco global de sus vidas y a problematizar la presunta oposición entre las prácticas médicas institucionalmente dominantes, ligadas a la medicalización del parto y prácticas alternativas de atención durante el embarazo y el parto. Esta oposición que, desde una hipótesis inicial aparecía como irremediable, se fue matizando hasta finalmente disolverse al poner evidencia las prácticas concretas de las mujeres en torno al seguimiento de sus embarazos en las instituciones de salud. Por su parte, las entrevistas a médicos, instructores y demás participantes de este campo abrieron la problematización de los discursos de las mujeres vinculados a la lucha por mantener la “naturalidad” de los partos y el empoderamiento del cuerpo femenino en dicho momento.

Como veremos en este trabajo, del análisis de los datos relevados resulta que el grupo de mujeres bajo estudio se adentró en la práctica de yoga prenatal porque el grupo les permitió crear un espacio donde la experiencia del embarazo y el parto, y sus emocionalidades específicas eran compartidas y socializadas. Compartir saberes y prácticas alternativas a las

establecidas por el modelo de salud imperante en las instituciones sanitarias en la actualidad, posibilitaba la resignificación de las experiencias individuales de las mujeres, permitiendo dar espacio y poner atención en cuestiones no solamente vinculadas a lo propiamente biológico del embarazo y el parto, sino también a aspectos sociales y culturales, valorizando saberes no médicos aprehendidos desde vivencias propias o ajenas, aunque finalmente éstos, como veremos, se vieran subordinados a la lógica institucional hegemónica. De esta forma, de la investigación realizada se desprende que la intervención y el control de los cuerpos gestantes y del momento del parto se estructura en dos ejes fundamentales: el control y eventual erradicación del dolor en el cuerpo de la mujer y la gestión del riesgo<sup>1</sup> de complicaciones eventualmente irreversibles para la madre o el recién nacido durante el parto.

La investigación, finalmente, puso en evidencia cómo el modelo médico institucionalmente dominante en la actualidad, preparado para contener y regular los procesos del embarazo y el parto desde las técnicas y los dispositivos previstos por el mismo exclusivamente, terminaba subordinando las prácticas alternativas (como la práctica de yoga) de resistencia o de empoderamiento de las embarazadas frente al temor de la intervención sobre los propios cuerpos, incluyendo la violencia obstétrica.

Para analizar esta dinámica, utilizaremos la matriz analítica propuesta, por un lado, en los trabajos ya clásicos en antropología de la salud de Eduardo Menéndez sobre el “modelo médico hegemónico” (1983, 1985 y 1988). Este modelo refiere a un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica la cual, desde fines del siglo XVIII, ha logrado subordinar todo saber alternativo hasta lograr identificarse como la única forma de entender y atender los estados de salud y enfermedad, siendo legitimada tanto por el estatus del método científico, como por el Estado, garante del cuidado de sus ciudadanos (Menéndez, 1988: 451).

Por otro lado, la distinción realizada por la antropóloga Robbie Davis-Floyd (2001; 2004 y 2009) entre tres modelos o paradigmas de atención médica: el modelo tecnocrático, el modelo humanista y el modelo holístico. Esta diferenciación entre modelos de atención y de seguimiento del embarazo y el parto que detallamos en el apartado a continuación, nos

---

<sup>1</sup> No nos ocuparemos en este trabajo de problematizar la noción de riesgo, si no que la tomaremos como categoría nativa, reponiendo los sentidos que los actores de esta investigación ponen en juego cuando hablan de “riesgos” en el embarazo y el parto. Sin embargo, como mencionamos en las conclusiones, resulta necesario apuntar un futuro trabajo en la dirección de una indagación empírica que tome en cuenta los sentidos y las construcciones simbólicas asociadas a la salud y la enfermedad y que permita problematizar el concepto desde un punto de vista teórico.

interpeló desde el análisis de las primeras observaciones, constituyendo una matriz analítica clave para interpretar el campo social bajo estudio.

### *Referencias en torno al embarazo, el parto y la práctica de yoga*

En primer lugar, este trabajo aborda el embarazo y el parto como eventos socioculturales. En los clásicos de la antropología, encontramos estudios relativos al parto –y la crianza– como hecho social y cultural. En uno de los apéndices del libro *Educación y Cultura en Nueva Guinea*, Margaret Mead (1985), describe las prácticas relativas al embarazo, el parto y el cuidado de los niños entre los Manus. Los partos tienen lugar en las casas del hermano de la parturienta y sin la presencia del marido. Con cada parto, un familiar distinto se encarga de las celebraciones y sólo las mujeres que ya han tenido hijos pueden presenciarlo. Durante mi investigación, registré en numerosas oportunidades, que para las mujeres practicantes de yoga prenatal, las voces autorizadas y confiables para hablar sobre la temática del embarazo y el parto son otras embarazadas y/o mujeres que han sido madres. Asimismo, una referente de este tema, la antropóloga Robbie Davis-Floyd (2009), señala que el proceso del parto ha sido transformado en un “rito de pasaje cultural” para los directamente involucrados en el nacimiento:

“un ritual es una representación imitada, repetitiva y simbólica de una creencia o un valor cultural; su principal objetivo es alinear el sistema de creencias del individuo con el de la sociedad. Un *rito de pasaje* lo forman una serie de rituales que transportan a los individuos de un estado o estatus social a otro [...] Al convertir el proceso naturalmente transformativo del parto en un rito de pasaje cultural, una sociedad puede garantizar que sus valores básicos se transmitirán a los tres nuevos miembros nacidos de dar a luz: al recién nacido, a la madre renacida en el nuevo papel social de la madre, y al hombre renacido como padre”. (Davis-Floyd, 2009: 23)

En segundo lugar y a partir del análisis de los datos que arrojó la investigación, este trabajo retoma como central la distinción que realiza Davis-Floyd (2001, 2004 y 2009), entre modelos o paradigmas bajo los que pueden enmarcarse la atención de la embarazada y del parto. El contraste entre lo que buscaban las mujeres para el seguimiento de sus embarazos y para la atención durante el parto y la “medicalización” a la que temían someterse en las instituciones de salud en las que se atendían, ha sido ampliamente trabajado por Davis-Floyd

(2004 y 2009). En este trabajo, se retomará su definición de paradigma como modelo de atención médica, lo cual implica tanto sistemas de conceptualizaciones como la construcción de realidad y la determinación de patrones de comportamiento conformes a ella, en efecto:

“Un paradigma es, en pocas palabras, un modelo y un patrón para la realidad. Todos los modelos de la realidad, no importa cuán complejos sean, están destinados a dejar fuera algunos aspectos de la “realidad” que están intentando modelar. Muchos paradigmas llegan a construirse en sistemas conceptuales relativamente cerrados que descuentan o excluyen la información incompatible sin importar su validez potencial dentro de otro paradigma. Las limitaciones de un paradigma son compensadas por sus ventajas: los paradigmas son modelos conceptuales claros que facilitan nuestros movimientos en el mundo. Al actuar no sólo como modelos, sino también como patrones para la realidad, los paradigmas nos permiten comportarnos de maneras organizadas, de actuar de maneras que tienen sentido bajo un sistema dado de principios” (Davis Floyd, 2004: 13).

En su libro “Del médico al sanador” Robbie Davis-Floyd y Gloria St. John (2004), se refieren fundamentalmente a los tres principales paradigmas que actualmente dan forma a la práctica médica en Estados Unidos, y en otras partes del mundo occidental, y a los cuales han denominado: modelo tecnocrático, humanista y holístico. Estos tres paradigmas son puntos clave dentro de las creencias sobre la atención médica. Siguiendo este trabajo, definiremos entonces al modelo tecnocrático en un extremo del espectro sobre el cuidado médico, mientras que el modelo holístico se encuentra en el extremo opuesto; por su parte, el modelo humanista podría pensarse como vía intermedia entre los otros dos, pero compartiendo características y prácticas con ellos. Esta conceptualización será retomada para la reposición escrita de la investigación, dado que ha funcionado como una matriz analítica clave para el análisis del grupo y el campo social bajo estudio. Para este trabajo, se utilizarán fundamentalmente los conceptos de “modelo tecnocrático” y de “modelo holístico”, dado que refleja de manera adecuada el contraste que marcaban las embarazadas de manera contundente entre aquello que buscaban para la vivencia de sus embarazos y la experiencia del parto y aquello que les ofrecían en términos de atención y cuidado las instituciones médicas. De este modo, en primer lugar,

“El modelo tecnocrático en medicina encarna la combinación de la tecnología y la medicina, tomando un inmenso poder e importancia como mediadores entre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad [...] Así como el sistema médico de toda cultura, la tecnomedicina incorpora las bases y creencias de la sociedad que la creó. Una sociedad tecnocrática es jerárquica, burocrática y está organizada alrededor de una ideología de progreso tecnológico. La medicina moderna -con su conocimiento especializado, sus procedimientos técnicos y sus

normas de comportamiento – es un paradigma que nosotros llamamos modelo médico tecnocrático (modelo tecnomédico)” (2004: 24).

Los principios básicos del este modelo son, entonces: la separación mente-cuerpo; la consideración del cuerpo como una máquina; la observación del paciente como un objeto provocando el distanciamiento del médico de su paciente; la organización jerárquica y estandarización del cuidado, dando por resultado la autoridad y responsabilidad inherente al médico; la sobrevaloración de la ciencia y la tecnología; las intervenciones agresivas; un sistema guiado por ganancias, y fundamentalmente, la intolerancia a otras modalidades. Davis-Floyd identifica ciencia, tecnología, patriarcado e instituciones como los componentes primarios de la constelación de valores nucleares norteamericanos. Los hospitales despliegan y perpetúan estos valores porque sus jerarquías permiten que la responsabilidad sea generalizada y difusa, de manera tal que muy pocas personas tienen el poder para alterar fundamentalmente el modo en que se hacen las cosas.

Por su parte, el modelo humanista en medicina,

“Se ve dividido difusamente de lo holístico, por lo que muchas veces es difícil diferenciarlos. De este modo, este paradigma, sin desechar el dominio de la aleopatía ni saboteando la creencia popular de su eficacia, busca suavizar los límites abruptos de la tecnomedicina. Los humanistas intentan tratar a los pacientes con compasión y respeto, y así lograr las dimensiones interpersonales de la curación al técnico alópata experto. Los humanistas desean humanizar la tecnomedicina, es decir, hacerla más relacional, orientada hacia una relación compasiva que responda a cada individuo [...] El enfoque humanista no demarca una total separación del cuerpo y la mente, como la tecnomedicina, ni tampoco sostiene la unidad del cuerpo y la mente, como lo hace el modelo holista. Mientras que concibe separadamente a la mente y al cuerpo, el modelo humanista reconoce la influencia de la mente sobre el cuerpo y defiende maneras de curación que se dirigen a ambos. Quienes lo proponen ven al cuerpo y a la mente en constante comunicación” (2004: 95, 99).

De este modo, el modelo humanista es tanto una actitud como un paradigma y puede ser descrito de la siguiente manera: busca la conexión entre el cuerpo y la mente; ve al cuerpo como un organismo y al paciente como un sujeto relacional; establece la conexión y cuidado amable entre el médico y el paciente; busca el equilibrio entre las necesidades de la institución y las necesidades individuales, estableciendo que la información, la toma de decisiones y las responsabilidades son compartidas entre el paciente y el practicante; la ciencia y la tecnología están equilibradas con el humanismo; y existe una apertura mental hacia otras modalidades.

Finalmente, el modelo holístico en medicina abarca la variedad más rica de abordajes, desde la terapia nutricional a las modalidades tradicionales de sanación tales como la medicina china, entre otros métodos. Entonces,

“El modelo holístico de sanación valora las relaciones, la comunicación y la interconexión más que el estatus, el prestigio o la conformidad para con el sistema. Los médicos holísticos trabajan en red con los quiroprácticos, los acupunturistas, los homeópatas, las parteras y otros sin esperar la deferencia que es tradicionalmente propia dentro de la jerarquía médica [...]. Como los humanistas, los médicos holísticos están encontrando que ellos necesitan mucho más compromiso con el paciente para alcanzar lo intangible de la mente y la emoción ahora vistos tan parte de la enfermedad o del trauma como su manifestación física. Para asuntos más complicados, el paradigma holístico no se detiene con la unidad mente-cuerpo, pero insiste en la participación del espíritu en este todo humano nuevamente redescubierto. Lo que el espíritu es exactamente, pocos lo pueden decir, pero existe un consenso entre los sanadores holísticos de que el espíritu, o el alma, es una parte de cada ser humano, y continúa en cierta forma luego de que el cuerpo físico muere”. (2004: 130, 141).

Dada la naturaleza fluida del holismo, no existe una descripción definitiva sobre éste. Sin embargo, se pueden identificar algunos principios clave como los siguientes: la unidad de cuerpo-mente-espíritu; el cuerpo es visto como un sistema de energía interconectado con otros sistemas de energía; se busca la unidad esencial entre el profesional y el paciente; una estructura organizacional de trabajo en red que facilita la individualización del cuidado; la autoridad y la responsabilidad son vistas como inherentes a cada individuo y la ciencia y la tecnología se encuentran colocadas al servicio del individuo, y principalmente, el abarcar múltiples modalidades de sanación.

Es en el marco de este último modelo presentado, el holístico, que se ubica la práctica del yoga prenatal. Saizar y Bordes (2014) clasifican el yoga como un tipo de medicina alternativa o no convencional, por oposición a la biomedicina. En este sentido, las autoras esclarecen cómo la combinación, selección y/o utilización alternativa de prácticas convencionales biomédicas y no convencionales remite a cómo se concibe el ser humano y sus acciones en relación con el resto de los seres del universo:

“Las terapias alternativas son consideradas disciplinas holísticas por quienes las practican, tanto usuarios como especialistas. La idea de holístico refiere a la percepción del ser humano como un microcosmos inmerso en un cosmos global, donde cada acción del individuo incide sobre la totalidad de los planos de su existencia y, al mismo tiempo, influye y es influido por el devenir del universo. La referencia a su globalidad resalta, así, el rol del ser humano como una totalidad en relación con los otros seres humanos y con el universo. Desde la perspectiva

de los actores, esta cualidad la hace diferente de las prácticas de la biomedicina, las cuales son consideradas muchas veces, parciales y agresivas.” (Saizar y Bordes, 2014: 17)

En efecto, para la filosofía yoguica de Hatha Yoga bajo la cual está regido el espacio social bajo estudio, las prácticas de yoga implican la experiencia de una unión sensorial entre el cuerpo y la mente, para “vivir un momento presente”, remover las tensiones y ansiedades, y favorecer el “buen funcionamiento” de los órganos, tal como se ha observado durante las prácticas registradas durante esta investigación. Enmarcarse en este tipo de lógicas, entonces, sugiere que lo fundamental para los practicantes e instructores interpelados, es sumergirse en un espacio que les permite lograr esa “conexión”, entendiendo a ésta como la unión entre un mundo terrenal y corporal -físico- y un mundo espiritual, emocional y mental -energético-. Los actores del campo social bajo estudio conciben esta búsqueda o aspiración en el marco de cierta ritualización que implica la práctica. Dentro de los trabajos que abordan el estudio del yoga, encontramos que:

“Si entendemos al rito como una serie de acciones pautadas, destinadas a conectar a los hombres con lo sagrado, una clase de yoga puede ser comprendida como tal, en tanto posee una serie pautada de movimientos corporales cuyo objetivo es lograr un determinado estado de consciencia que le permita al hombre con su energía y la energía del universo, comprendida como potencia generalizadora, es decir, como una fuente de poder sagrado” (Saizar, 2009: 1).

Para quienes asistentes a estas prácticas, encontrarse en el mismo espacio y tiempo que otras mujeres embarazadas implica un sentimiento de comunión social que es brindado por la interacción con personas que se encuentren en el mismo estadio físico y emocional.

Según Davis-Floyd, en la actualidad, la naturalización del parto bajo el modelo tecnocrático disciplina y estandariza los procesos. En este sentido, la posición de parto, en horizontal, es beneficiosa para los médicos y no para las parturientas, la intervención farmacológica y la aceleración de los partos mediante medicalización implica la comodidad y la celeridad de los partos evitando cualquier tipo de riesgo. Por otra parte, dicho modelo no admite formas alternativas de parir o de encarar el trabajo de parto. Como vimos en el apartado anterior, los trabajos de Davis-Floyd resultaron centrales para enmarcar el cuestionamiento y la crítica al modelo de atención que las mujeres embarazadas que estudiamos realizaban durante las clases de yoga y que, en definitiva, las había llevado a recurrir a prácticas, en sus términos, “más naturales” a la hora de prepararse para el parto. Una de las hipótesis que formulamos a partir de estas primeras observaciones fue que, en el grupo

de las embarazadas bajo análisis, prevalecía la búsqueda de técnicas y prácticas correspondientes con el “modelo holístico”, tal como lo caracteriza Davis-Floyd.

El contraste entre técnicas y prácticas de atención al embarazo y al parto también es abordado por Natalia Magnone Alemán (2013), quien estudia la atención contemporánea al parto en Uruguay. Esta autora muestra de qué forma el derecho de las mujeres a decidir cómo tener a sus hijos se ve influenciado por las técnicas de la medicina difundida a partir del siglo XX, que buscan aplacar los dolores y acelerar el trabajo de parto de la manera más cómoda para los profesionales que intervienen y más conveniente para las instituciones de salud. Según esta autora, el modelo de asistencia en las instituciones sanitarias en la actualidad contrasta con las prácticas del parto domiciliario, donde los profesionales que asisten a las embarazadas respetan los tiempos, los movimientos y las posiciones que la mujer desea realizar

Bajo esta misma línea, Cecilia Canevari Bledel (2011), quien hace su trabajo de campo en instituciones sanitarias públicas de Santiago del Estero, analiza dispositivos y mecanismos de control que la medicina ejerce sobre las mujeres embarazadas y sus cuerpos. Para la autora, el parto es una síntesis entre la naturaleza y la cultura, ya que surgen deseos “naturales” como el pujar, mientras el mismo sucede en un ámbito sociocultural determinado. Así, observa que la medicina transformó lo natural en una intervención humana que pone a la tecnología y los medicamentos al servicio de una apropiación del parto por parte del cuerpo médico que se encarga del mismo. Según Canevari Bledel, el nacimiento en tanto hecho social y cultural, involucra cuestiones emocionales y psicológicas en las que la individualización y la concentración en los procesos biológicos que suceden en el marco médico actual, desestabilizan la lógica cultural de la maternidad, en tanto que el énfasis está puesto en el éxito del parto. Para la autora, los partos en las instituciones sanitarias públicas siguen los preceptos de la medicalización en cuanto: la posición de las parturientas es horizontal (ginecológica), se verifica el uso de medicación para acelerar la dilatación, la rotura artificial de la bolsa, los tactos vaginales frecuentes, la dilatación manual y la práctica de la episiotomía. El aumento de cesáreas programadas, por último, expresa el predominio de la medicalización, con mayor incidencia en el ámbito de la medicina privada.

Como señala Federici (2015), desde un punto de vista histórico, este contraste que relevamos en el campo con las prácticas de control ejercidas en las instituciones de salud puede enmarcarse en el proceso por el cual, paralelamente, se dio el surgimiento de las

instituciones médicas modernas y la transformación del rol de las parteras quienes, en la nueva organización institucional, pasaron a ser contratadas para vigilar a las mujeres. Tanto en Francia como en Inglaterra, a partir de finales del siglo XVI, a pocas mujeres se les permitió que practicaran la obstetricia, una actividad que, hasta esa época, había sido un misterio para los hombres. A principios del siglo XVII, comenzaron a aparecer los primeros hombres parteros y, en cuestión de un siglo, la obstetricia había caído casi completamente bajo el control de los hombres, en el marco de instituciones de salud estatales. En este marco, las mujeres aparecían como susceptibles de ser manejadas, guiadas y controladas durante el proceso por parte del personal médico sanitario quien detentaba el poder de las decisiones.

Asimismo, el trabajo de Arnau Sánchez (2012) muestra que, desde fines del siglo XIX, han prevalecido modelos mecanicistas de la salud y la enfermedad en la atención de los partos en las instituciones sanitarias. De manera tal que, el parto atendido en un hospital tenía como fundamento la representación de la mujer gestante como mujer enferma que necesita de atención médica en el marco de una institución sanitaria. “Es la etapa en la que se inicia la medicalización del parto. Progresivamente se impone un dominio absoluto del proceso por parte del aparato médico con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo” (2012: 1).

Esta desposesión del control comenzaría ya desde el seguimiento del embarazo, a través de la tecnologización de los controles y la sistematicidad de estos. Sobre este aspecto, señalan Jordá y Bernal (2010):

“Hoy en día se privilegia el empleo de sofisticada tecnología, que, utilizada de forma rutinaria, como la ecografía, supone un aumento de control de la profesión médica. De esta manera, las vivencias y los juicios de las embarazadas sobre su estado son descartados mediante criterios “científicos”, de modo que viven el embarazo a través de sus médicos/as” (Jordá y Bernal, 2010: 3).

Las tecnologías biomédicas contemporáneas persiguen el objetivo de controlar los procesos vitales, más que el de “curar” enfermedades, o atender la salud de las personas. Se trata de un conjunto de relaciones sociales y humanas, en el que los equipos (tecnologías) y las técnicas de la medicina son un elemento fundamental (Rose, 2012: 48).

En tercer lugar, este trabajo parte de la vinculación entre embarazadas y la práctica de yoga y se pregunta sobre el sentido de esta vinculación para las mujeres bajo estudio. Por ello, es importante considerar algunos trabajos antropológicos vinculados a la concepción y recepción del yoga en Buenos Aires, como los de Mercedes Saizar (2008), que identifica al

yoga con una práctica que permite el acceso y la iniciación a otras búsquedas espirituales y de salud, propias del movimiento de la Nueva Era. Estas nuevas búsquedas y motivaciones respecto al bienestar brindado por la salud alternativa, incluyendo el bienestar espiritual, son aquellas que también se encuentran en la práctica del yoga pre y post natal. Esto se puso en evidencia en el grupo de mujeres estudiado, en su elección sobre modelos de atención alternativos y en su concepción del proceso de gestación como una relación entre lo emocional, lo espiritual y lo corporal. En este sentido, otra hipótesis que emergió del trabajo de campo fue que, para las mujeres, el yoga prenatal formaba parte de la búsqueda de una alternativa a las formas de la medicina occidental moderna. En efecto, el yoga se proponía como una nueva forma de conocimiento del cuerpo durante el embarazo y de transitar los cambios corporales y emocionales que supone ese momento en la vida de las mujeres, tal como ellas lo asumían. Tanto las embarazadas como los instructores le atribuían a la práctica de yoga efectos y beneficios que el sistema biomédico no podía brindarles o ni siquiera consideraba, como las dimensiones emocionales y espirituales de las mujeres embarazadas. La investigación de la difusión del yoga en Buenos Aires fue crucial para tomar distancia de mis preconceptos como practicante de yoga y, al mismo tiempo, comprender cómo estas prácticas llegan a un barrio del Conurbano Bonaerense. De esta forma, los conceptos que la autora utiliza respecto a la reapropiación de las filosofías del yoga, el budismo y el hinduismo en Buenos Aires, permiten dilucidar en mi trabajo la forma en la cual los discursos sobre estas prácticas son hechos cuerpo tanto en las mujeres embarazadas que las practican, como también de los instructores que las interiorizan y transmiten, desde su propia perspectiva y aplicación al contexto y el espacio estudiados. Como se ve reflejado en su texto, la práctica del yoga fue una de las principales disciplinas orientales que se estableció y reconfiguró en Occidente, dando lugar a nuevas interpretaciones, modos de uso y representaciones. Según muestra la autora, la disciplina logró difundirse mediante una amplia gama de ofertas que permitió que vastos sectores de la población puedan tener acceso. Asimismo, dicha difusión estuvo estrechamente ligada a la reconfiguración de los principios filosóficos y técnicos de la disciplina oriental bajo premisas que se adaptaron a las concepciones y formas de vida propias de Occidente.

Asimismo, en otro trabajo de la misma autora, se analiza cómo prácticas médicas no convencionales (dentro de las cuales se incluye el yoga) comienzan a aparecer en los ámbitos biomédicos, como las clínicas privadas que visitamos durante el trabajo de campo. En este sentido, afirma que el fenómeno de integración de las medicinas no convencionales en

ámbitos biomédicos representa un campo fluctuante y flexible, no definido de manera estable u homogénea.

“[...]parecíamos estar frente a un campo en el que se cruzan y entremezclan objetivos personales y grupales, experiencias individuales y expectativas profesionales, estrategias a corto y largo plazo, en el que las identidades y las lógicas terapéuticas de uno y otro campo del saber se negocian cotidianamente” (Saizar, 2014: 19).

### *Relevancia social de la problemática*

Una cuestión recurrente que relevamos en el campo fue la insistencia de las mujeres por encontrar prácticas para lograr su parto, en sus términos, “de forma natural”, esto es, por vía vaginal.

*“En realidad lo que hablamos fue lo mismo que yo siempre le había dicho a mi obstetra, que quería tener un parto natural, con menor intervención médica posible... que quería tratar de parir sin anestesia, sin dilatación artificial, que esperaba que el lugar estuviera tranquilo, calmo...”* (Julieta, 31 años, madre de dos hijos, practicante de yoga prenatal. Entrevista, 25 de junio de 2018).

En este sentido, la operación cesárea aparece como el extremo emblemático de la intervención médica en el momento del parto. En relación con esto, encontramos datos sumamente relevantes sobre el incremento de las cesáreas en Argentina, en perspectiva comparativa de las instituciones de salud públicas y las privadas, que enmarcan las expectativas y los miedos de las mujeres del grupo bajo estudio en el contexto de una problemática social.

En la investigación realizada por Betran, Merialdi y Lauer (2007) sobre el incremento de las tasas de cesáreas a nivel mundial, encontramos a la región de América Latina como aquella que ha crecido exponencialmente, y sobre otras regiones del mundo, entre los años 1986 y 2006, pasando de un 10% de cesáreas en 1986, a un 35% en 2006.

Gráfico 1: Tasa de cesáreas a nivel mundial



Fuente: Betran AP, Merialdi M, Lauer JA et coll. 2007. Rates of cesarean section: análisis of global and national estimates, Pedriatric and Perinatal Epidemiology, 2007. 21:98-113.

En Argentina, tal como registra la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, entre el 2010 y el 2014, el número de cesáreas practicadas en instituciones privadas o mediante prepagas, ha aumentado de manera significativa, pasando de un 52% en 2010, a un 72% en 2014, mientras que las tasas de cesáreas practicadas en instituciones públicas se han mantenido relativamente estables cerca del 30% (véase el gráfico 2). De esta forma, estos datos enmarcan los miedos expresados por las mujeres en el taller de yoga a que sus partos resulten intervenidos o deriven en una cesárea, en una problemática social y por ello, dan sentido a la búsqueda de herramientas que les permitan empoderarse frente a la medicalización del parto. Los testimonios que siguen ilustran estos aspectos en el grupo social bajo estudio:

*“Yo no me sentía muy cómoda con la idea de que me corten, me tengan de acá para allá...”*  
(Mariana, 40 años, madre de 4 hijos, practicante de yoga prenatal. Entrevista, 14 de abril de 2018).

*“Me contaron cómo es una cesárea y me da mucho miedo, no quiero. Me dijeron que incluso años después te puede seguir molestando, o doliendo las cicatrices. Es como que, en el parto natural, justamente es eso... natural... el cuerpo y confío que mi cuerpo está*

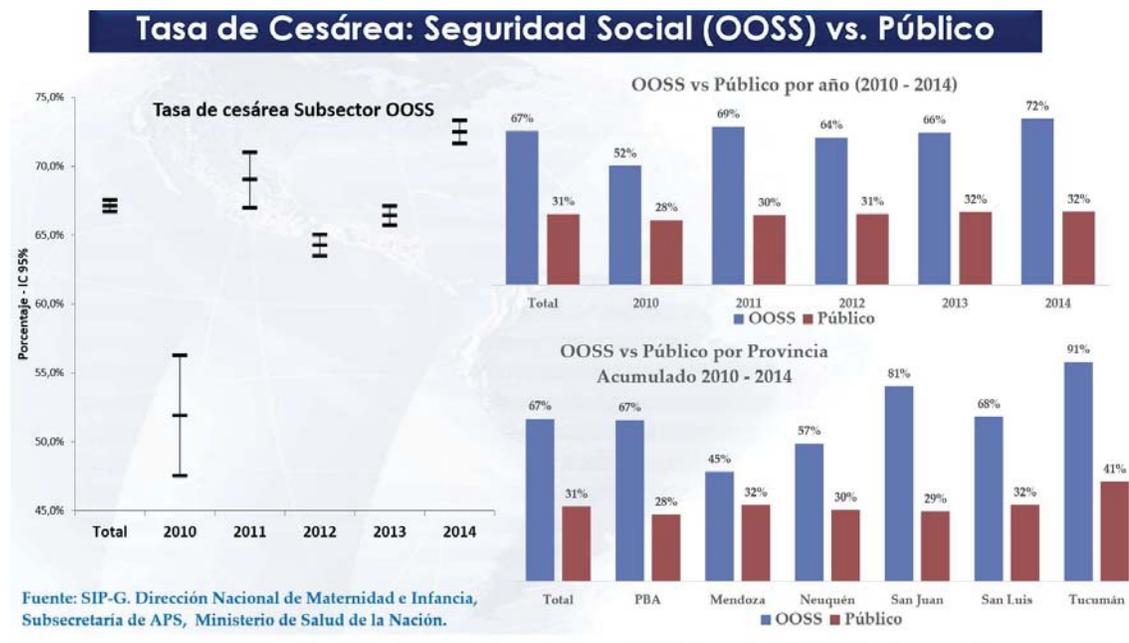
*preparado para eso*". (Carla, 25 años, madre primeriza, practicante de yoga prenatal. Entrevista, 17 de noviembre de 2017).

Por su parte, muchos sitios de prensa han tratado el tema sobre el aumento de las cesáreas en América Latina y en Argentina en particular:

**Imagen 1: Titulares de prensa sobre el aumento de cesáreas en Latinoamérica**

The image is a collage of three news articles. The top-left article is from 'OPS Argentina' with the headline 'Cesáreas en aumento: la postergación del derecho al parto respetado' (Cesareans on the rise: the postponement of the right to a respectful birth), dated February 19, 2018, by author M. Agustina Toscani Gómez. The top-right article is from 'BBC Mundo' with the headline 'Por qué preocupa el aumento de cesáreas en todo el mundo (y en América Latina en particular)' (Why the increase in cesareans worldwide (and particularly in Latin America) is concerning), dated October 15, 2018. The bottom article is from 'Nora Bir' with the headline 'Cesáreas sin freno: alertan que el 40% de los partos son por esa vía en la Argentina' (Cesareans without brakes: they warn that 40% of births are by that route in Argentina), dated August 7, 2017. A sub-headline for the bottom article reads 'Epidemia De Cesáreas' (Cesarean Epidemic) and states 'En el país se practican el doble de lo que recomienda la OMS' (In the country, twice as many are practiced as the WHO recommends).

**Gráfico 2: Comparación de la tasa de cesáreas en el sistema de salud público y privado**



Fuente: SIP-G. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Subsecretaría de APS, Ministerio de Salud de la Nación.

En este contexto, a mediados de la década de 1980 se comienza a hablar de “violencia obstétrica”, destacando sobre todo las recomendaciones de las Tecnologías Apropriadas para el Parto publicadas por la OMS en 1985 (*Appropriate Technology for Birth*, WHO, 1985), como

“un tipo de violencia basada en género que implica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres [...] este tipo de actuaciones incurren en la patologización del cuerpo de las mujeres embarazadas, la medicalización de sus procesos reproductivos y en tratos deshumanizados y en contra de su integridad” (Bellón Sánchez, 2015: 93, 94).

Dentro del grupo de las mujeres estudiado, este era un temor socializado y discutido en el taller de yoga, tal como ilustran los siguientes fragmentos de entrevista:

*“En realidad no sabía nada hasta que me enteré de que estaba embarazada. La verdad es que estuve leyendo algo en internet sobre el tema, y ahí me enteré de la Ley. Leí muchas*

*cosas interesantes y creo que es fundamental que haya más difusión, porque muchas mujeres no saben que ciertas prácticas se consideran como violencia obstétrica. Tal vez por ignorancia se bancan cosas que no tendrían por qué bancarse. Viste... uno al saber, puede defender sus derechos y hacer las denuncias correspondientes, para que no le pase a otras mujeres" (Sandra, 27 años, madre primeriza, practicante de yoga prenatal. Entrevista, 31 de mayo de 2017).*

*"Yo le pregunto todo a mi médico, después a veces lo hablo en las clases. Entonces es como que, si me quieren apurar, yo paro el carro. Porque es mi cuerpo, es mi hijo, y es lo que yo estoy sintiendo en ese momento... ellos no saben cómo a vos te duele, por más que puedas decir "me duele acá o me duele así", porque es tu dolor, en tu cuerpo. Por eso creo que si bien ellos saben porque se dedican a eso y están preparados para saber manejar las situaciones, también te tienen que escuchar lo que vos decís. (...) Eso me parece fundamental, ¿sabes? Porque si no llegas preparada te mandan cualquier cosa y ni te dicen... o te violentan... o te hacen creer que no sabes nada. Y no es así, vos sabes porque es tu cuerpo, tu embarazo, tu hijo..." (Carla, 25 años, madre primeriza, practicante de yoga prenatal. Entrevista, 17 de noviembre de 2017).*

Una respuesta de parte del Estado frente a esta problemática fue la promulgación de la Ley Nacional N°25.929 (2004), sobre Parto Humanizado, que apunta a garantizar el derecho de las mujeres a decidir sobre la forma en que éstas desean o esperan sobrellevar sus partos. En conjunto con activistas e investigaciones académicas se ha comenzado a implementar el concepto de "violencia obstétrica" como una forma de denunciar protocolos hospitalarios que no cumplen con las recomendaciones de la ley y que implican la violencia en las actuaciones durante el embarazo y el parto. La ley establece que, toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene el derecho a ser informada sobre las intervenciones médicas que puedan tener lugar en el proceso de parto para elegir libremente si existen diferentes alternativas; a ser tratadas con respeto y de manera personal garantizando la intimidad durante el proceso de asistencia; que se facilite su protagonismo en el propio parto; que se respeten los tiempos biológicos y psicológicos de la mujer; a ser informada sobre la evolución del proceso de parto y el estado de éste; de estar acompañada de la persona que ella desee; a recibir información, asesoramiento y asistencia sobre los cuidados, entre otros.

Entendemos esta ley, así como también los protocolos de atención al embarazo, el parto y el puerperio de la Provincia de Buenos Aires y del Ministerio de Salud de la Nación (véanse en Anexo), como partes activas de esta investigación. Tanto en las discusiones de los talleres de yoga como en los consultorios de los profesionales que entrevistamos, estos "actantes", en términos de Latour (2005) provocaban efectos concretos: generaban resistencia, impulsaban la creación de nuevos protocolos o fortalecían el empoderamiento frente a imposiciones

sistemáticas, incluso violentas, por ejemplo, incidiendo en la manera en la cual las mujeres entendían el derecho a decidir sobre la intervención en sus cuerpos durante la gestación y el parto.

En el grupo de las mujeres practicantes de yoga, sólo dos de los nueve partos fueron por cesárea, de los cuales uno por cesárea programada. Sin embargo, que la mayoría de los partos del grupo hayan sido por vía vaginal no evitó ni eliminó la medicalización de estos. En efecto, todos ellos se realizaron en instituciones sanitarias reconocidas de la Ciudad de Buenos Aires (ninguno fue realizado de forma domiciliaria, por ejemplo) y resultaron mediados por la medicalización: desde la rotura manual de la bolsa hasta la anestesia por vía endovenosa y/o raquídea, los cuerpos fueron intervenidos material y farmacológicamente y fueron mantenidos en posición ginecológica sobre la camilla de parto. En cuanto a las dos cesáreas que se practicaron en el grupo de mujeres estudiado, una fue programada por el obstetra para “evitar riesgos” considerando la edad de la madre (40 años) y el número de embarazos que había tenido la mujer (cuatro), mientras que la otra operación fue planteada por el obstetra al final del embarazo debido a la posición podálica del feto (cabeza hacia arriba en lugar de cabeza hacia abajo). Esta última fue vivenciada como un final indeseable e incluso traumático para la mujer, para quien la propuesta de la cesárea aparecía como “aterradora” y como un proceso carente de sensaciones corporales:

*“me pasó que en una de las ecografías que me hice, me salió que Fran no estaba dado vuelta... y ya estaba como en la semana 38, no sé... medio que me asusté, porque se supone que para ese momento el bebé ya tiene que estar en la posición para el parto. Ahí fue que mi obstetra me barajó la posibilidad de que tuviera que tener un parto por cesárea. Algo a lo que yo me oponía totalmente... me puse muy nerviosa y un poco triste [...] No sé, parece una boludes que yo te lo diga... pero es como que una a veces se hace una ilusión... trabajaste tanto, le pusiste mucho esfuerzo en prepararte para un parto natural, y después te dicen que tal vez no puedas pujar, o que te van a sacar a tu bebé cortándote. A mí me aterraba eso, que me corten, que me dejen una marca, la anestesia... todas esas cosas que no me gustan para nada, yo nunca fui de tomar medicamentos, ni siquiera un ibuprofeno, y con el embarazo, y con todos los ejercicios que nos daban para los dolores en las clases, menos que menos. Y que me digan, bueno ahora te dormimos la panza y no vas a sentir nada más que el llanto del bebé cuando lo saquemos... me costó mucho” (Melina, madre primeriza, practicante de yoga prenatal. Entrevista, 11 de mayo 2018).*

Davis-Floyd (2009) en su estudio de las prácticas de nacimiento en Estados Unidos llama la atención sobre la extensión e intensificación de las intervenciones sobre los cuerpos de las mujeres:

“no importa cuánto tiempo dure y lo mucho o poco que tengan que esforzarse mientras están de parto, a la mayoría de las mujeres estadounidenses se las conecta a un monitoreo fetal y a un goteo (fluidos y/o medicalización administrada por vía intravenosa), se les anima a que tomen medicamentos para paliar el dolor, se les hace una episiotomía en el momento de parir y se las separa de sus bebés poco después de haberlo hecho. La mayoría también recibe dosis de oxitocina, una hormona sintética que hace que aumenten las contracciones, y dan a luz tumbadas boca arriba. Casi una cuarta parte de los bebés nacen por cesárea” (Davis Floyd, 2009: 55).

En síntesis, el trabajo de campo puso en cuestión lo que a simple vista podía observarse como un conjunto de movimientos y posturas corporales (“asanas”) realizados por mujeres embarazadas, abriendo la interrogación en torno al sentido de actividades vinculadas al autoconocimiento corporal y emocional como el yoga en el contexto de un embarazo. Mostraremos esta primera fase de la investigación en el capítulo 1 que sigue a continuación.

## CAPÍTULO I. En el taller de yoga prenatal, algo más que “asanas”

### 1.1 La entrada al campo

La primera vez que conversé con el actual director del espacio de yoga para presentarle mi idea de realizar mi investigación de campo en ese lugar, él se mostró entusiasmado en que se aprovechara esta oportunidad para difundir las prácticas, ideas y sentidos de las clases de yoga prenatal y las experiencias de las practicantes. Nos conocíamos pues yo era practicante de yoga en el estudio desde hacía 2 años. Amenamente me comentó que él había escrito textos que compartían las experiencias de las mujeres embarazadas que llevaban a cabo las prácticas vinculadas al yoga, desde un “auto conocimiento de sus cuerpos, una *conexión* con sus bebés y el posterior beneficio, no sólo físicos sino también espiritual y psicológico, que llegaría en una nueva etapa de sus vidas”.

En el marco de la negociación de la entrada al campo, el director me aclaró que yo “*me estaría llevando conmigo una parte del espacio*”, por lo tanto, tendría que “*dejar allí algo a cambio*”, una especie de relación recíproca que él llamó “*karma yogui*”. El intercambio consistía así en que yo me llevaría lo que oyera u observara del espacio, realizando como contraprestación tareas de orden, acomodamiento y recibida de las personas antes, durante y luego de las clases. De ese primer encuentro, surgieron las primeras preguntas acerca de la posibilidad de indagar un espacio social como antropóloga. ¿Cuál sería mi lugar en este espacio? ¿Lograría construirme como antropóloga, habiendo tenido hasta el momento un rol como nativa?

El riesgo consistía en no poder incorporarme al grupo social bajo estudio más allá de mi lugar en ese espacio como la persona que les abría la puerta a las practicantes, o que les alcanzaría las mantas cuando la necesitaran. Debía, además, desnaturalizar ese espacio que tan bien conocía: sus olores, sus colores, sus sonidos, a sus personas. Por el hecho de ser practicante de yoga desde antes de decidir hacer esta investigación, era imprescindible lograr, en palabras de Elías (1983), el compromiso y la distancia necesarios en las investigaciones sociales. Por un lado, resulta imposible investigar en Ciencias Sociales sin un compromiso con nuestros objetos, y por otro, resulta necesario potenciar el distanciamiento preciso para que los espacios y los actores puedan ser analizados y no reproducidos. De este modo, pensar en estudiar un grupo de practicantes de yoga prenatal en un estudio cercano a mi domicilio al

que yo concurría, precisamente, implicó un doble posicionamiento frente a la problemática. Mi objetivo como investigadora era explicar los sentidos que un grupo de embarazadas asignaba a la realización de prácticas de yoga, pero debía distanciarme de mi condición de nativa en ese mismo espacio de yoga y de habitante del mismo barrio (Villa Ballester) en que se hallaba el estudio. Aquí entró en juego la manera en la que lograría lidiar con esta doble caracterización de mi trabajo antropológico “en casa” (Peirano, 2006), y de qué manera podría seguir posicionándome en ese campo donde se esperaba que retribuyera de alguna manera. En este giro, donde se estableció un puente entre dos universos, el movimiento de transformación de lo familiar –el estudio de yoga, las prácticas, los actores involucrados-, en algo exótico se asemejaba a un exorcismo donde debía intentar descubrir un mundo de prácticas que se encontraban a simple vista ocultas (Da Matta, 1974).

Sin embargo, mi aproximación a este grupo de mujeres, y mi vinculación tan cercana con ellas durante un momento tan importante de sus vidas, me hizo reflexionar sobre mis propias ideas y deseos en relación con la maternidad. No obstante, mi idea contrariada sobre la maternidad, si algún día decidía ser madre, ¿tendría las mismas inquietudes que ellas me transmitían, ¿me comportaría como ellas? ¿Recurriría a mi propio conocimiento del yoga para practicarlo en la etapa prenatal? ¿Innovaría en otras prácticas alternativas? Estas preguntas afianzaron en mí la idea de que la práctica del antropólogo no sólo resulta en una ruptura con las formas de la vida cotidiana de los actores sociales, sino también rompe o por lo menos cuestiona los propios esquemas del/a investigador/a, a medida que observamos, escuchamos y nos relacionamos con esos Otros que estudiamos. En este sentido, acordamos con Lins Ribeiro (1989: 197) que “descotidianizar” se plantea como no solamente una manera de ser, sino también de vivir, en una búsqueda de solucionar la tensión entre aproximación/distanciamiento para revelar, a través de una experiencia totalizante, los elementos constitutivos de la realidad social.

Desde mi posición como nativa en el estudio de yoga, observé que se estaba formando un espacio específico para las prácticas con embarazadas o prenatales. A partir de conversaciones informales que mantenía con algunas de las instructoras, y de haberme cruzado en algunos momentos con las mujeres embarazadas, comencé a preguntarme cómo se relacionaba el yoga con el estado de embarazo y qué sentidos asignaban aquellas mujeres a las prácticas de yoga prenatal. En otras palabras ¿qué llevaba a esas mujeres embarazadas a realizar estas prácticas durante el embarazo? ¿Existía alguna relación entre éstas y el seguimiento médico que requieren tanto el embarazo y como el parto? Con estas preguntas

iniciales, me propuse adentrarme en el yoga prenatal, aprovechando la comodidad de conocer el espacio, sus directores e instructores, lo cual me permitió lograr un acercamiento más profundo al campo.

Sin embargo, la ventaja de ser cercana y conocida en el estudio también supuso una desventaja para mi rol como antropóloga durante el desarrollo de esta etnografía, ya que, al encontrarme inmersa en las lógicas y los discursos de este grupo y espacio social, el distanciamiento de las categorías y supuestos nativos (por ejemplo, en relación con el cuerpo, la mente, el espíritu, la energía, el autoconocimiento, etcétera) y las prácticas que observaba se hizo aún más difícil. Asimismo, la condición de nativa supuso también un esfuerzo de distanciamiento durante la escritura, dado que aquello que yo entendía y tenía internalizado como practicante de yoga, continuaba dificultando el análisis aún durante esta fase.

En los siguientes apartados se presentará el espacio donde desarrollé el trabajo de campo y el grupo social bajo estudio, así como una primera indagación sobre la relación entre embarazo y yoga desde la perspectiva de las practicantes.

## **1.2 El centro Baratha: Hatha yoga en Villa Ballester**

Como ya se mencionó, el estudio está ubicado en el centro de la ciudad de Villa Ballester, en el Partido de General San Martín, donde también vivían –algunas más cerca que otras– las mujeres embarazadas que concurrían a las clases de yoga prenatal. Esta localidad, fundada en 1889, creció exponencialmente en la última década. La proximidad con una de las estaciones de la línea del ferrocarril Mitre, que conecta el Gran Buenos Aires con la Capital Federal, permitió que se constituyera como un lugar que muchas familias eligieron para asentarse. La zona céntrica cuenta con una múltiple oferta de negocios en distintos rubros, así como también la instalación de numerosas cadenas importantes de oferta gastronómica. Cuando uno recorre sus calles, puede observar viviendas cuidadas y grandes casas con espacios verdes. Durante la última década, muchos empresarios de la construcción se han dedicado a edificar enormes torres de edificios de arquitectura moderna, en su mayoría de 10 pisos o más, que cuentan con grandes entradas principales, generalmente espacios vidriados que funcionan como distribuidores, cocheras para los vehículos y balcones en cada uno de los departamentos. Estas construcciones se encuentran totalmente habitadas y han logrado

aumentar la capacidad habitacional, siendo preferidos especialmente por jóvenes solteros o en pareja. Así mismo, las ofertas gastronómicas han aumentado, contando con varios locales y restaurantes de diversa oferta en las diez cuadras que conforman el centro de la ciudad. Villa Ballester, además, cuenta con varias escuelas, en su mayoría de gestión privada, siendo uno de los barrios de General San Martín con más escuelas de nivel inicial, primario y secundario. En este contexto de crecimiento demográfico y comercial, también surgió una oferta de servicios y espacios para el tiempo libre, como el estudio de yoga en el cual se realizó mi investigación.

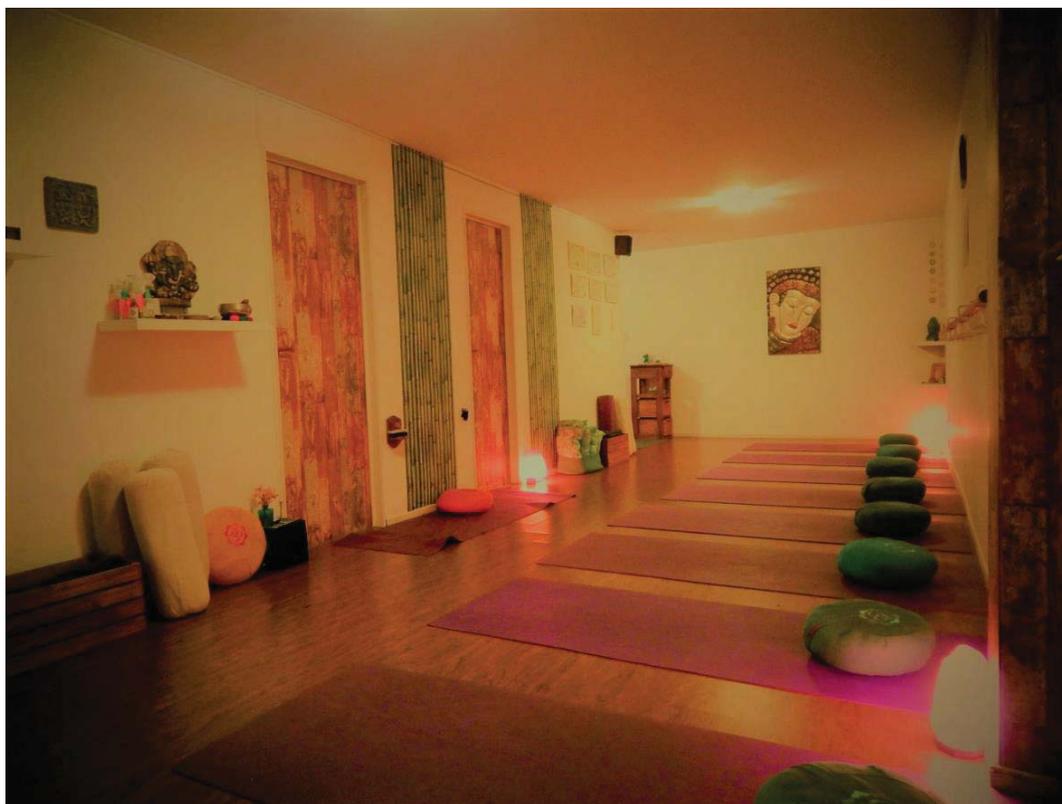
El estudio de yoga Baratha se inscribe en la corriente de prácticas de hatha yoga, la cual se basa en clases de una hora donde se realizan posturas, o “asanas”<sup>2</sup> básicas, que “ayudan al acercamiento del cuerpo a la práctica física que aportan fortalecimiento al cuerpo y el desarrollo de ejercicios de respiración, que permiten el acercamiento a la relajación profunda” (R/C, observación de una práctica de yoga prenatal, 15 de abril de 2017). Los fundadores de este espacio son una pareja de hombres instructores que se han formado en un retiro, “ashram”, en Rajasthan, India. Su maestro fue un importante precursor en las enseñanzas de estas prácticas en ese país, y ellos pasaron un año con él formándose como instructores calificados. A su regreso en Buenos Aires, decidieron fundar el estudio en el año 2010, comenzando con una oferta de prácticas semanales de hatha yoga. A medida que el espacio fue tomando reconocimiento en el barrio y su demanda fue aumentado, decidieron incorporar más instructoras, a la vez que comenzaron a desarrollar el programa de formación de instructores en hatha yoga del estudio Baratha, para lo cual tuvieron que conseguir la certificación oficial para poder brindar asesoramiento y desarrollar un Instructorado. Esto permitió que el espacio ampliara la oferta de cursos, ocupando a algunos de los instructores certificados por el mismo estudio en la animación de nuevas actividades. Actualmente, el estudio Baratha cuenta con dos sedes en Villa Ballester, una donde se realizan las prácticas de yoga regular y otro donde se realizan las prácticas de yoga prenatal, que se encuentra especialmente acondicionado. Este segundo espacio consiste en un pequeño departamento de un solo ambiente en un gran edificio, de siete pisos, con cinco departamentos por piso. Para acceder se debe tocar el timbre correspondiente (indicado con un pequeño cartel del logo del estudio), y la/el instructor que se encuentra en ese momento abre la puerta principal del edificio desde el departamento con un portero eléctrico. La puerta está decorada con el mismo

---

<sup>2</sup> Nombre proveniente del sánscrito con el que se denomina a las posturas corporales y activas de las prácticas.

símbolo que caracteriza al espacio de yoga, el cual es el símbolo del “Om”. Una vez que se ingresa al departamento, hay una pequeña sala de estar, donde se encuentra un placar sin puertas para colocar los objetos de los practicantes allí, como los zapatos o bolsos. Al pasar ese umbral que separa esa pequeña sala de estar del resto del ambiente, se observa sobre el suelo de madera una hilera de nueve “mats”<sup>3</sup> de color violeta, donde en cada una hay un “zafu”<sup>4</sup> de color verde oscuro. La luz del espacio es sumamente tenue, casi nula, sólo lo iluminan pequeñas “lámparas de sal”<sup>5</sup> a ambos costados del cuarto y un ventanal grande que da hacia un patio interno decorado con distintas plantas.

**Imagen 2: el salón preparado para la clase de yoga prenatal**



<sup>3</sup> Nombre que reciben las colchonetas finas donde se realiza la práctica. Son individuales, de un tamaño entre 1.60 a 1.80 de largo y 80 centímetros de ancho, de un material similar a la goma eva, que funciona como aislante y protector entre el cuerpo y el suelo.

<sup>4</sup> Almohadón de tamaño pequeño a mediano originario de Japón, de forma circular, realizado con una tela de algodón gruesa y relleno con miraguano, un extracto natural que permite lograr un almohadón duro y resistente. Su utilización es principalmente para la meditación, siendo también usado para algunas posturas de yoga específica.

<sup>5</sup> Las “lámparas de sal” son artefactos de luz recubiertos de grandes piedras de sal, sobre las cuales se colocan esencias para aromatizar espacios.

Los aromas dentro del salón son variados, antes de cada práctica los instructores encienden un incienso para perfumar todo el salón, así como también rocían todo el salón y cada espacio con alguna bruma aromatizante. Frente a la hilera de “mats” se encuentran, hacia el costado derecho, una caja donde se colocan mantas de color gris además de una pila de pequeños almohadones estampados y algunos almohadones de forma cilíndrica que se utilizan durante las prácticas, especialmente para las embarazadas. Hacia el costado izquierdo se encuentra un estante donde se colocan las brumas aromatizantes, además de ciertos objetos decorativos como una pequeña estatuilla de la deidad hindú Ganesh. Hacia el centro, hay dos puertas de color verde claro, las cuales una dirige a un pequeño baño y la otra hacia una cocina, en medio de estas dos se ubica otra “mat” con un almohadón más grande que los “zafus”, llamado “zafutón” el cual, según me comentaron los instructores, es más cómodo para sentarse durante una meditación. En el costado de este almohadón hay un reloj digital y un cuenco de metal dorado que se utiliza en las prácticas para realizar sonidos en determinados momentos.

El espacio donde se practica yoga prenatal es preparado para recibir a los practicantes por los instructores, pero, al mismo tiempo, debe cumplir ciertos requisitos como ser un espacio ventilado, con buena luz natural, ordenado y con todos los elementos que les asegurarán a los practicantes un espacio “agradable y cómodo”. Como aclara Saizar (2009),

“ciertos requerimientos mínimos son necesarios para que el ámbito pueda funcionar como un lugar propicio para la práctica. El espacio debe tener buena ventilación, para posibilitar la necesaria circulación de energía, también debe poseer buena iluminación... [...] se utilizan también aromatizantes como sahumerios o velas de agradables perfumes para que renuevan el aire del taller y estimulan el sentido del olfato”. (Saizar, 2009: 3)

Esto concuerda con lo que los instructores del estudio Baratha esperan del mismo. Para ellos resulta importante que el espacio se perciba como agradable a la vista y al olfato, dado que esto facilitaría cierta “comodidad” para la práctica de “asanas” y propiciaría la relajación.

### 1.3 El grupo de yoga prenatal: características socioeconómicas de las mujeres

El grupo bajo estudio se compone de nueve mujeres embarazadas, de un rango etario entre los 23 y los 40 años, y con una posición socioeconómica media/alta. Los nombres utilizados son reales, ya que ellas no encontraron ninguna razón por la cual yo hubiese debido cambiarlos y me impulsaron a conservarlos en el escrito que resultase de la investigación. En este apartado, me dedicaré a describir a cada una de ellas, a quienes conocí en distintos momentos de sus embarazos: con algunas compartí el espacio desde el inicio, mientras que con otras sólo durante el último trimestre de su embarazo.

Al momento de realizar esta investigación, cuatro de ellas (Sandra, Melina, Carla y Bárbara), eran madres primerizas y se encontraban cursando el primer trimestre de embarazo. Sandra es licenciada en Administración de Empresas, tenía 27 años en ese momento y trabajaba en una importante empresa de mobiliario sanitario, la cual le garantizaba (como también a los demás empleados) la prepaga OSDE. El embarazo de Sandra fue planificado junto a su pareja (heterosexual) y no tuvieron inconveniente alguno para conseguirlo. El seguimiento de su embarazo y su parto (que fue en diciembre de 2017) se realizaron en el Sanatorio CEMIC, ubicado en el barrio de Saavedra (Capital Federal). Ella era practicante de yoga regular antes de embarazarse en el mismo espacio y a los dos meses de su embarazo comenzó la práctica de yoga prenatal.

*“Bueno, yo ya hacía yoga antes de quedar embarazada, hago hace algunos años... 2 o 3 años. Cuando quedé embarazada pensé que quería seguir con las prácticas. Le pregunté al médico y también a los chicos del estudio. Mi obstetra me dijo que estaba bien si quería hacer una actividad, y los chicos en el estudio me dijeron que era mejor que directamente empezara con las prácticas prenatales, para no correr riesgos... porque en las clases normales te apoyas de panza, haces fuerza con la panza y eso... y en las prenatales no, esos ejercicios no se hacen. Aunque no tengas casi panza, pero como siempre compartís con otras que sí están más avanzadas en el embarazo, tienen que hacer ejercicios para que podamos hacer todas. Además, una como que siempre tiene ese miedo de apoyarse panza abajo... mismo en una cuestión tan tonta como dormir... ya no dormís boca abajo.”* (Entrevista, 31 de mayo de 2017).

Melina es estudiante universitaria de Contabilidad, cuando comenzó la investigación tenía 29 años y trabajaba como empleada administrativa en una importante institución bancaria, a través de la cual contaba con la prepaga OSDE. El seguimiento de su embarazo y

el parto (ocurrido en enero de 2018), fueron en el Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires. Ella ya era practicante de yoga regular en el Centro Baratha y comenzó a practicar yoga prenatal a los tres meses de embarazo. Quedó embarazada de su pareja (heterosexual), con la cual convive, sin haberlo planificado, sin embargo, esto no presentó un problema para ella o su pareja en el momento en que se enteraron de que iban a ser padres.

*“Empecé con yoga para embarazadas cuando la panza se me empezó a notar, hasta entonces practicaba yoga normal. Pero mi instructora de ese momento me recomendó que empiece con las de yoga prenatal, porque había posturas que con el pasar del tiempo no iba a poder ya hacer... no me convencía mucho porque creía que iba a ser mucho más tranquilo, pero al final me adapté super bien, y me encanta hacerlo. Me encanta el grupo también”* (Entrevista, 24 de agosto de 2017).

Carla, es Psicóloga y cuenta con un consultorio propio donde atiende a sus pacientes. Al momento de la investigación tenía 25 años y contaba con la prepaga del Hospital Alemán, que pagaba por su cuenta como trabajadora independiente. Los controles del embarazo y su parto, que fue en febrero de 2018, se realizaron en esa institución médica de la Capital Federal. Carla quedó embarazada de su pareja (heterosexual) con la cual convive y su embarazo fue planificado. Ella comenzó a practicar yoga a los tres meses de embarazo, por recomendación de una prima que conocía el Centro Baratha.

*“Empecé a practicar sin saber nada, nunca había hecho yoga en mi vida... era medio como que no conocía muy bien en qué me metía. Una prima mía es súper practicante de yoga, entonces me contó sobre lo que hacían y que además había prácticas para embarazadas en el estudio donde ella iba... entonces me pasó el número para que llame y averigüe. Yo llamé y les expliqué que nunca había practicado y no sabía cómo era, entonces les dije si podía ir a una clase como para probar nada más. Me dijeron que sí, que no había problema...”* (Entrevista, 17 de noviembre de 2017).

La última del grupo de las primerizas que cursaba el primer trimestre de embarazo era, Bárbara. Licenciada en Diseño de Interiores al momento de la investigación tenía 28 años y era empleada en una empresa de diseño y arquitectura con sede en Capital Federal. Su trabajo le brindaba la prepaga OSDE, por medio de la cual accedía a realizar los controles de su embarazo en un consultorio privado y en la Clínica Diagnóstico Maipú. El parto tuvo lugar en el Sanatorio MatterDei de la Ciudad de Buenos Aires, en enero de 2018. Su pareja es heterosexual y si bien su embarazo no fue planificado, tampoco presentó un conflicto para ella

o su pareja. Bárbara se integró al grupo de yoga prenatal con tres meses de embarazo, teniendo experiencia previa en la práctica de yoga.

*“Empecé a practicar yoga prenatal para llevar un embarazo más consiente y disfrutarlo. También para quitar los dolores que se van produciendo a medida que pasan los meses. A veces te sentís muy pesada durante el embarazo, sobre todo ahora que la panza me está creciendo constantemente y me estoy acostumbrando a ella”* (Entrevista, 18 de julio de 2017).

Dos de las mujeres del grupo (María y Julieta) ya eran madres y se encontraban cursando el segundo trimestre del embarazo cuando comencé con la investigación. Sus embarazos y partos previos no habían sido lo que esperaban y tenían la expectativa de poder mejorar la experiencia. El acercamiento a las prácticas de yoga prenatal se dio por parte de recomendación de amistades, ya que ninguna sabía de qué se trataba, ni habían practicado yoga con anterioridad. De acuerdo a las conversaciones informales que mantuve con algunas de las instructoras del taller, esto era *“común entre los grupos de yoga prenatal, ya que, según ellas, generalmente hay muchas de las mujeres que asisten a las clases que ya han tenido uno o dos hijos, pero que no se han sentido cómodas con sus cuerpos en sus embarazos previos, o sus experiencias en los partos no fueron lo que esperaban”* (R/C, 15 de noviembre de 2016).

María tenía 30 años al momento en que llevé a cabo la investigación. Sin estudios universitarios, es propietaria de un negocio en el rubro de la indumentaria, en Villa Ballester. Cuenta con la prepaga OSDE que ella misma costea. Los controles durante el embarazo, así como su parto, que fue en mayo de 2017, los realizó en la Clínica de Maternidad Suizo-Argentina, en la Capital Federal. Planificó su embarazo junto a su pareja (heterosexual) con la cual convive. Comenzó con las clases de yoga prenatal a los cinco meses de embarazo. Como ella me relató, su anterior embarazo lo había *“transcurrido con normalidad”*, pero su parto tuvo *“complicaciones”* médicas y terminó en cesárea. Con esta experiencia previa, decidió buscar una práctica que le permitiera *“fortalecer”* su cuerpo para que su segundo hijo naciera por *“parto natural”* y a través de esta búsqueda, llegó al yoga prenatal.

*“La cesárea la sentí como terrible... lo que pasa, es que ya te digo, me pusieron la epidural y al toque ya me estaban sacando al bebé. Y yo no sabía lo que era, no sabía que eso hacía efecto tan rápido, por favor... nadie me lo dijo en ese momento. Entonces pensé como... pará, recién me la pusiste, no hagas nada si no agarró todavía, me voy a morir... viste... y sí había agarrado, el tema es yo tenía unos nervios tremendos, y sentía todo. Yo en la cesárea sentí absolutamente todo, pero no me dolía nada, pero yo estaba como sacada, como ida.*

*Muy nerviosa, lloraba, estaba re nerviosa, la partera me daba la mano, de la otra mano tenía a mi pareja. Y me preguntaban cómo me sentía, si me dolía algo, por qué lloraba...”* (Entrevista, 5 de mayo de 2017).

Por su parte, Julieta es economista, tenía 30 años cuando empecé el trabajo de campo y trabajaba como empleada en una empresa privada con sede en la Capital Federal, la cual le brindaba la prepaga Medifé como parte de los beneficios. El seguimiento del embarazo lo realizó en el CEMIC, y su parto tuvo lugar en el Sanatorio MatterDei, en la Capital Federal. Su pareja es heterosexual y su embarazo fue planificado. A los cuatro meses de su embarazo sintió la necesidad de encontrar una nueva forma de conectarse con su cuerpo y su bebé, como parte de un cambio más general en su vida y en la conexión con su cuerpo.

*“Mi primer embarazo fue re tranquilo, pero yo no me sentí para nada cómoda con mi cuerpo durante esos meses, esa es la verdad. Estaba muy pesada, hinchada...quería una actividad que me ayude a aceptar los cambios. Hablando con una conocida que es instructora de yoga prenatal, me comentó sobre las prácticas... o sea lo que hacían, cómo ayuda a las embarazadas y demás... entonces como ella da clases en Capital y yo vivo acá en Ballester, busqué un lugar que me quedara más cerca de casa. Con Paloma que es muy chica todavía, tiene 2, y mi trabajo... no tenía tiempo para irme hasta Capital, aunque trabajo ahí, pero prefería hacerlo cerca de casa para estar más cómoda”* (Entrevista, 25 de noviembre de 2017).

Las otras tres practicantes (Mariana, Camila y Cecilia) se encontraban cursando el último trimestre de embarazo. Mariana, con 40 años, era la mujer de mayor edad en el grupo. Es docente de Ciencias Naturales en un colegio privado bilingüe en Villa Ballester. Costeaba la prepaga Galeno de manera particular y se atendía en la Clínica de Maternidad Suizo-Argentina, donde se le realizó una cesárea programada en diciembre de 2017. Mariana poseía muchos años de experiencia como practicante de yoga y cuando se enteró que estaba embarazada de su cuarto hijo, consideró que sería una excelente forma de transitar su último embarazo. Sus tres hijos habían nacido por “parto normal” según sus términos, pero no por ello, los partos habían sido menos medicalizados. Ella destacó la importancia de la información y de la concientización de los derechos de las mujeres en la actualidad, respecto a hace algunos años atrás: “en ese momento no existía tanta información, vos aceptabas lo que te ponían”. Por ello, en el marco de su último embarazo, “necesitó una nueva forma de transitarlo” y el yoga prenatal tendría un rol clave en esto. Su embarazo no fue planificado, pero tampoco presentó un problema para ella, y tuvo lugar en el marco de una familia

biparental heterosexual. El seguimiento de su embarazo y el parto los realizó en el mismo hospital privado y con el mismo obstetra con el cual habían nacido el resto de sus hijos.

*“Yo empecé a practicar yoga después de mi tercer parto... porque tenía ganas de hacer una actividad diferente, otra cosa con el cuerpo... venía muy estresada con mis hijos chiquitos, el trabajo, la casa... necesitaba una actividad en la que fuera yo sola por al menos dos horas, ja j aja. Y seguí practicando por como 10 años. Y también empecé porque no quería dejar de hacer actividad física. Y cuando me enteré de que estaba embarazada otra vez, charlando con el profe Bhārata le conté, y él me insistió para que participe de las clases prenatales...”* (Entrevista, 14 de abril de 2018).

Las otras dos mujeres son Camila y Cecilia, quienes comenzaron a practicar con pocos meses de embarazo, pero que, al momento de iniciar esta investigación, estaban finalizando el sexto mes. Ambas son madres primerizas, y habían realizado prácticas de yoga mucho tiempo antes de embarazarse, aunque nunca de manera regular y constante.

Camila es estudiante universitaria de Ingeniería en materiales, tenía 24 años cuando la conocí y se encontraba desempleada. Contaba con la prepaga del Hospital Italiano que costeaba ella misma, por lo que sus controles y su parto, que tuvo lugar en enero de 2017, se realizaron en esa institución médica. Su pareja es heterosexual, y si bien no planificaron el embarazo, tampoco presentó un problema.

*“Yo siempre fui muy activa, antes de quedar embarazada yo hacía mucho baile y danza... además ya había practicado yoga. Yo sabía que necesitaba hacer algo para moverme, para que mi cuerpo no se estancara... Empecé a pensar qué podía hacer y hacer yoga pre natal me pareció la mejor opción, porque viste que no hacemos movimientos muy difíciles, yo estaba nerviosa porque no sabía si cuando me creciera la panza iba a poder hacer todas las posturas y eso... pero al final cuando arranqué me di cuenta que nada que ver, que era súper tranquilo y te re cuidan las instructoras”* (Entrevista, 17 de marzo de 2017).

Cecilia es docente de inglés en un colegio privado bilingüe del partido de Vicente López. Tenía 27 años cuando comencé el trabajo de campo y contaba con la prepaga Galeno que costeaba ella misma de manera particular. Su parto, que fue en septiembre de 2017, se realizó en el Sanatorio La Trinidad de Palermo. Planificó su embarazo junto a su pareja (heterosexual) con la cual convive.

*“Nunca había practicado así rutinariamente como ahora, o sea, no oficialmente. Sí participe de clases esporádicas con esta amiga que te cuento que me lo recomendó, porque ella es instructora también y a veces hace suplencias en distintos estudios. También a veces*

*he practicado con ella en casa o en su casa, ja jaja. Pero todo bien tranquilo, nunca tuve una rutina como ahora que voy dos veces por semana, ¡porque creo que si no me vuelvo loca!”* (Entrevista, 21 de julio de 2017).

En síntesis, las mujeres que conforman el grupo bajo estudio contaban con una prepaga y se atendían en clínicas o sanatorios privados, todos en la Capital Federal. Las prepagas eran brindadas por la condición de trabajadoras en relación de dependencia o costeadas por las propias mujeres de manera particular. Estas instituciones sanitarias elegidas por las mujeres cuentan con la infraestructura y los protocolos de atención para realizar partos estandarizados (posición horizontal, medicalización, etc.) y con una hotelería considerada adecuada por las mujeres para la recepción de visitas de familiares y amigos previstas para el momento inmediatamente posterior al parto. Los relatos de las mujeres bajo estudio muestran que esta dimensión social del parto es tan importante que constituye uno de los aspectos que determinan fuertemente la elección de la institución donde tendrán sus partos.

*“Pero bueno... viste además esa mañana recibimos bastantes visitas... después en casa también, pero al hospital vinieron mis primos, tíos, mi hermana y mi cuñado, la familia de Nico... y bueno, teníamos que estar cómodos también”* (Carla, 25 años, madre primeriza. Entrevista, 4 de mayo de 2018).

*“La verdad que estoy contenta con que mi obstetra haga los partos ahí... las consultas las hago ahí también, por suerte es una vez al mes y viajo poco al centro, entonces me siento cómoda. El sanatorio tiene re buenas instalaciones, también las habitaciones están super cuidadas y todo el personal me parece super amable... después cuando tenga mi parto te cuento qué onda las enfermeras y el área de maternidad, pero por ahora estoy tranquila...”* (Bárbara, 28 años, madre primeriza. Entrevista, 18 de julio de 2017).

#### **1.4 Aproximación a los sentidos de la práctica de yoga prenatal**

La primera experiencia de campo se dio en el marco de un “festival de yoga” organizado por el Centro Baratha, como una forma de difusión de las actividades ofrecidas. La clase vinculada al yoga prenatal estuvo dirigida por las dos instructoras encargadas de las clases regulares dentro del estudio, donde se dispusieron a realizar una breve práctica para algunas mujeres embarazadas que habían concurrido al festival. Los tópicos recurrentes de los intercambios que las instructoras mantuvieron con las asistentes fueron: “conexión con el bebé”, la “respiración” y la “apertura del cuerpo” para recibir al bebé, según lo registrado de

los discursos en las observaciones. Luego, las mujeres fueron instruidas en las prácticas de lactancia por una puericultora que se encarga de realizar charlas periódicamente dentro del espacio, para evacuar dudas respecto al amamantamiento y la leche materna.

En este contexto conocí a las instructoras, quienes posteriormente me introducirían ante el grupo de mujeres que se constituyó como mi objeto de estudio en esta investigación. Una vez que comencé las observaciones semanales dictadas en un salón específico, en los días y horarios pactados por los instructores, la relación con las mujeres y los profesionales se fue afianzando. Desde el rol que los actores me habían asignado durante mi negociación de entrada al campo, me encargué de abrir la puerta del edificio donde se encuentra el salón, de controlar la lista de asistentes, ayudar al orden del salón junto con la instructora y de brindar apoyo en situación de necesidad para alguna de las practicantes durante la clase. De esta forma, mantuve un rol activo dentro de la relación recíproca de “karma yogui” que me solicitaba el director del espacio. Al principio, las mujeres me observaron con cierta desconfianza al no comprender muy bien qué hacía una mujer no-embarazada en un curso para embarazadas, sobre todo cuando tomaba mis notas de campo. Con el transcurrir de los encuentros, sin embargo, mi presencia ya se les hizo familiar, y hasta comenzaron a interesarse sobre el objetivo de mis observaciones y de mi formación. Mis respuestas a sus preguntas les parecían un poco extrañas, y necesitaron de reiteradas explicaciones acerca de la profesión de antropóloga, o sobre el sentido de escribir sobre yoga prenatal.

Durante mi observación de las clases, al entrar al salón, las mujeres adoptaban una actitud distendida y relajada para empezar la práctica, parecía que los asuntos que podían provocarles ansiedad o estrés de la vida cotidiana eran dejados de lado. Una vez comenzada la clase, gran parte del tiempo estaba dedicado a la práctica de “asanas”. Específicamente, las “asanas” de las clases de yoga prenatal perseguían el objetivo de acompañar el proceso de transformación del cuerpo que experimentaban las embarazadas.

Cuando comienza la clase, las mujeres se encuentran sentadas sobre el suelo o los almohadones con las piernas cruzadas y mirando hacia la instructora. En ese momento, ya no se conversa, sino que se escuchan sus palabras, que llevan la atención hacia la respiración. Los cuerpos corrigen lentamente sus posturas mientras prosiguen las instrucciones sobre el ritmo y la modalidad de la respiración. La serenidad que los cuerpos van asumiendo permea todo el ambiente. Sólo se oyen las inspiraciones y exhalaciones como parte de una dinámica de silencio y calma. Durante algunos minutos, entre 3 y 5, las mujeres permanecen en ese

estado, algunas realizan suaves movimientos de hombros hacia atrás o ladean la cabeza de un lado a otro para descontracturarse. Cuando la instructora da por finalizado este momento, les indica que se coloquen sobre sus cuatro apoyos, es decir, con las piernas flexionadas y las rodillas sobre el suelo, así como también apoyando las palmas de las manos bien extendidas sobre el suelo en línea paralela a los hombros. Las practicantes siguen las instrucciones a su ritmo y una vez que todas se encuentran en esta posición, se les indica que arqueen y redondeen sus espaldas, en la posición llamada “gato-vaca”. De esta manera, este ejercicio alivia la contractura y la fatiga de la espalda, posibilitando a su vez una “entrada en calor” del cuerpo. Siempre guiadas y vigiladas por la instructora, las embarazadas estiran las piernas levantando sus glúteos hacia el techo. Debido al tamaño de sus vientres, la mayoría de ellas no puede estirar del todo sus piernas y la instructora les pide que no se exijan para realizarlo. Mientras remarca constantemente la importancia de mantener una respiración tranquila mediante la nariz, y que, si se necesita, pueden realizar un suspiro para aliviar “energías pesadas que se puedan acumular” (R/C, observación de una práctica de yoga prenatal, 20 de marzo de 2017). Cuando ella dice esto, generalmente todas suspiran con ganas. Finalizado el ejercicio, la instructora les pide que se recuesten sobre sus espaldas -si es necesario, que soliciten un almohadón de forma cilíndrica para la baja espalda-. En estos casos, cuando levantan la mano precisando este elemento, yo me encargo de alcanzárselos y ayudarlas a colocarlos bajo sus espaldas. En este momento, una vez que todas se encuentran acomodadas y más relajadas, la instructora les pide que conecten las plantas de sus pies, formando con sus piernas una especie de rombo. Con esta posición, les explica, se trabaja la apertura de cadera. Luego les pide que se queden con las manos apoyadas sobre sus panzas manteniendo una respiración calmada, durante algunos minutos. Aquí los cuerpos vuelven a aquietarse sobre el suelo y las respiraciones vuelven a tomar el protagonismo. Todas cierran los ojos y se concentran en la respiración. Luego de esto, generalmente la instructora les pide que traten de levantar la espalda despacio, y se acomoden con los glúteos con la pared. Una vez que todas las mujeres han podido acercarse lo más posible hacia la pared, se les indica que levanten ambas piernas y las apoyen estiradas sobre la pared. En estos momentos, la instructora se levanta de su lugar y pasea entre las practicantes para ayudarlas a que todas apoyen correctamente las piernas. De esta forma, trabajan el drenaje del líquido que puede retenerse en las extremidades de las piernas, síntoma muy común en el embarazo, motivo por el cual, las alienta a repetir el ejercicio en sus casas. Tal como pude observar, las embarazadas con más meses de gestación tienen más dificultad para mantenerse en esta posición y pronto bajan

las piernas o las doblan hacia sus cuerpos. En algunas ocasiones, también manifestaron tener dolores en el pecho o el estómago al realizar este ejercicio. En estos casos la instructora les pide que detengan el ejercicio, se alejen de la pared y se recuesten de lado para calmar los dolores. Como mencionamos anteriormente, los tres aspectos posturales que la clase enfatiza, siempre e independientemente de la instructora a cargo, son la apertura de las caderas para el momento del parto, el fortalecimiento de las piernas para soportar la fatiga que conlleva el avance del embarazo y el consecuente aumento de peso, y el fortalecimiento de los brazos para la carga del hijo/a.

Durante toda la parte dedicada a la ejercitación activa, la instructora insiste en que se mantenga la respiración “consciente” para aliviar los dolores y que se trate de tener persistencia para mantener las posturas que a largo plazo las beneficiará. Durante los 30 a 40 minutos que duran los movimientos activos de los cuerpos, las practicantes tratan de seguir el ritmo de las instrucciones con relación a las posibilidades de sus propios cuerpos y el estado de sus embarazos. En cualquier momento las mujeres pueden detener sus movimientos y descansar sus cuerpos sobre el suelo, sin que esto sea mal visto o sancionado de algún modo.

Los últimos veinte minutos de la clase se destinaban a lo que se denomina como “relajación profunda”. Durante este momento, los cuerpos permanecen en quietud, sólo se escuchan las respiraciones. Es importante que cada uno permanezca en su lugar y en silencio, para lograr el efecto de calma y relajación buscado. En algunas ocasiones, las mujeres suelen quedarse dormidas en estas posiciones. Mientras sus ojos permanecen cerrados, esbozan pequeñas sonrisas y sus rostros se muestran relajados. Esto permite pensar que la práctica cumplió con el objetivo de lograr la relajación del cuerpo y de calmar las ansiedades (R/C, observación de una clase de yoga prenatal, 20 de marzo de 2017).

*“Lo que más me gusta es cómo me relajo... la verdad que es lo que siempre me gustó de hacer yoga, esa parte final que casi te dormís... es como un sueño que no tenes en tu casa, porque el salón, todo te ayuda a relajarte... mismo la clase previa a eso”* (Sandra, 27 años, madre primeriza. Entrevista, 31 de mayo de 2017).

Al completar el tiempo destinado a la relajación, la instructora suena el cuenco, para despertar a quienes se durmieron e indicar que el momento de la relajación ha culminado. De a poco, las practicantes vuelvan a sentarse sobre sus glúteos en las mats, mientras se desperezan lentamente, esbozan pequeñas sonrisas expresando satisfacción. Cuando finalizan los últimos minutos de respiración profunda, para “que se asienten todos los beneficios de lo

practicado en el día”, las mujeres no se levantan inmediatamente, sino que permanecen sentadas conversando algunos minutos sobre la clase, sobre sentimientos, malestares o cuestiones que les han sucedido durante la semana que pasó entre una práctica y otra. Cuando alguna de ellas toma la palabra, ya sea una practicante o la instructora, las demás permanecen en silencio y escuchando atentamente, para luego dar lugar a comentarios, consejos e intercambio de experiencias por parte de las demás. En algunas ocasiones, la instructora prepara un termo con una bebida caliente, como té, para compartir durante estas charlas finales. Generalmente las charlas versan sobre alguna dolencia física como los dolores de espalda, de cintura o de piernas, como dicen ellas “dolores del embarazo”, pero también abordan cuestiones ligadas al avance del embarazo y al parto. La instructora daba comienzo a esta parte de la clase preguntando a las mujeres cómo se sienten. Los testimonios que siguen ilustran los tópicos que abordaban las embarazadas en relación con el aspecto de las dolencias y los cambios del cuerpo:

*“No sé si les pasó alguna vez en la clase, pero hoy sentí mucho más el movimiento de mi bebé. Además, hace un tiempo me pasa que siento mucho dolor en la parte baja de la panza, como en la pelvis”* (Carla, 25 años, madre primeriza. R/C, 3 de mayo de 2017).

*“A mí también me pasó, no hoy, pero otra vez y ‘Lakshmi’ (una de las instructoras), me dijo que era normal sentir dolor en esa parte, por el momento del embarazo en el que estamos nosotras, por ejemplo, que ya casi tenemos”* (Julieta, 30 años, madre de dos hijos. R/C, 3 de mayo de 2017).

*“¿Y vieron que a veces sentís como las piernas re cansadas y pesadas? Yo retengo un montón de líquido y no me gusta. ¿Qué ejercicio puedo hacer para bajar la hinchazón?”* (Sandra, 27 años, madre primeriza. R/C, 3 de mayo de 2017).

*“A mí me sirve mucho acostarme en el piso y poner las piernas en L sobre la cama, ¿viste? Como para bajar un poco. Además, eso te súper relaja”* (María, 30 años, madre de dos hijos. R/C, 3 de mayo de 2017).

Pero también, las mujeres traen al espacio dudas e inseguridades que les surgieron a partir de intercambios con personas externas al grupo (como por ejemplo médicos, familiares, amigos o conocidos). Al plantear estas dudas, las mujeres buscan no sólo las voces del grupo, sino también la aprobación o el comentario de las instructoras, consideradas como voces de autoridad frente a los temas que se plantean. Los siguientes testimonios ilustran este tipo de intercambios en el grupo:

*“El médico me dijo que estaba bien que haga yoga, pero que además tenía que caminar o algo así, que eso me va a hacer bien para el parto... pero yo la verdad que no tengo tiempo, a veces me da fiaca ir a caminar durante el finde... igual si me lo dice es por algo, ¿no?”* (Cecilia, 27 años, madre primeriza. R/C, 25 de abril de 2017).

*“Sí, es importante que además de nuestras prácticas, hagan otro tipo de ejercicio, pero siempre sin exigir al cuerpo, sólo que éste nos pida. Además, nuestras prácticas siempre ayudan al trabajo de parto, por eso no se preocupen porque tratamos de que este espacio las acerque a tener un parto más natural y sin tanto dolor”* (“Amma”, instructora. R/C, 25 de abril de 2017).

*“Yo tengo una pregunta, porque la verdad me da miedo que en el momento del parto me digan que las cosas se complicaron y tenga que ir a cesárea, y yo la verdad no quiero, quiero un parto natural. Además, me da miedo que me pongan inyecciones y demás por el dolor... ¿cómo hago para pedir en ese momento que no quiero?”* (Carla, 25 años, madre primeriza. R/C, 25 de abril de 2017).

*“Sí, ustedes tienen que pensar siempre que las opciones pueden ser variadas, depende de los médicos, los hospitales o los momentos del embarazo y el parto. Saben ustedes que acá siempre tratamos de promover lo natural, que los partos sean felices y luminosos, pero a veces el cuerpo nos contesta de otra forma, y nos está diciendo que tenemos que tener cuidado. Para nosotras nuestro bebé es lo más importante, pero ustedes tienen que saber que tienen la última palabra, y si no les gusta lo que están haciendo, tienen que decirlo. Para eso estamos organizando las charlas sobre parto y lactancia, para que se pueda decidir otra forma de criar a nuestros bebés”* (“Amma”, instructora. R/C, 25 de abril de 2017).

Como se desprende de los registros presentados, las charlas entre las mujeres no se basan en aspectos como el trabajo o las actividades de la vida cotidiana, sino que están orientadas exclusivamente a cuestiones relacionadas con los embarazos, como los cambios anímicos y físicos que conllevan, ciertos miedos o inseguridades<sup>6</sup> que desean socializar para escuchar y considerar opiniones y experiencias de las mujeres del grupo. De allí que, para las practicantes de yoga prenatal, el encuentro en un espacio dedicado a esta práctica no implica solamente la realización de una actividad que ponga en movimiento sus cuerpos, sino que también conlleva un encuentro con otras mujeres embarazadas que se encuentran “transitando un mismo momento emocional”. (R/C, observación de una práctica de yoga prenatal, 3 de mayo de 2017).

*“Si, como que al compartir las experiencias te vas entendiendo y apoyando todo el tiempo... o sea, sentís lo mismo, estas en la misma situación y eso está buenísimo... se hace un círculo*

---

<sup>6</sup> Abordaremos estas cuestiones en detalle en el próximo capítulo.

*re loco. Te motivaba mucho ver la fuerza de otras, era algo increíble...*” (Camila, 24 años, madre primeriza. Entrevista, 17 de marzo de 2017).

Además, es en los momentos finales de los talleres cuando la instructora explica qué significan los distintos tipos de dolor en el cuerpo (de acuerdo con y retomando lo que se habló previamente), a modo de tranquilizar o “instruir” a las mujeres en la “escucha de ese cuerpo cambiante”:

*“Nuestro cuerpo está cambiando, tenemos que amoldarnos a ese cambio. En este momento estamos creando una vida dentro de nosotras y todos los dolores que sentimos son para darle lugar. No estamos acostumbradas, y a veces el cuerpo pesa, se cansa, se hace incómodo, por eso es importante ser conscientes de estos dolores durante la práctica y no exigir a nuestro cuerpo, tenemos que liberarlos”.* (R/C, 3 de mayo de 2017).

Cuando finalizan los intercambios, las mujeres comienzan a levantarse lentamente y se dirigen al espacio donde se encuentran sus pertenencias. Y de a poco, se van retirando del salón. Generalmente, las charlas finales son interrumpidas por el timbre, que indica la llegada de los asistentes de otras clases. Al salir, las mujeres eran acompañadas por la instructora o por mí (mientras realicé el trabajo de campo) hacia la puerta principal del edificio. Las conversaciones siguen durante este pequeño trayecto que se realiza lenta, tranquilamente. Cuando se despiden, las mujeres se saludan con un beso en la mejilla. (R/C, 25 de abril de 2017).

Estas observaciones nos llevan a plantear que una de las motivaciones principales ligadas a la práctica de yoga estaba constituida por la la creación de un grupo de acompañamiento y apoyo mutuo durante el proceso de embarazo, más específicamente orientado a la socialización de las emociones y sensaciones ligadas a la gestación (miedo, inseguridad, felicidad, euforia, alegría, ansiedad, etc.) y del proceso de cambio del cuerpo que la misma implica.

*“Si, como que al compartir las experiencias te vas entendiendo y apoyando todo el tiempo... o sea, sentís lo mismo, estas en la misma situación y eso está buenísimo... se hace un círculo re loco. Te motivaba mucho ver la fuerza de otras, era algo increíble...”* (Camila, 24 años, madre primeriza. Entrevista, 17 de marzo de 2017).

El hablar sobre los asuntos que les generan ansiedad o emociones particulares es fundamental para las mujeres. La importancia de la sociabilidad en este espacio se manifiesta también por el hecho de que prestan más atención a los consejos, sugerencias o ideas que se circulan en el mismo, antes que, a los recibidos por familiares, por ejemplo, de madres, tías, amigas, hermanas o primas. En primer lugar, porque no todas las mujeres han sido madres y esto bloquea el diálogo sobre aspectos del embarazo o del parto y, en segundo lugar, porque consideran que la diferencia generacional tampoco lo facilita. El siguiente testimonio da cuenta de esta dificultad para socializar en torno a cuestiones propias de la experiencia del embarazo y el parto:

*“Para mí es todo nuevo y no estoy preparada para eso, entonces hablar con las otras chicas o con las instructoras me ayuda un montón, porque a veces siento que con mis amigas no puedo hablar, ellas no tuvieron hijos... y con mi mamá... no sé, ella tuvo hijos hace mucho y además somos distintas, ella se estresa más que yo, ja ja ja”.* (Carla, 25 años, madre primeriza. Entrevista, 17 de noviembre de 2017).

El compartir en ese momento y en ese lugar el estado del embarazo crea una fuerte conexión entre ellas, les brinda contención, tranquilidad y acompañamiento en el contexto de una experiencia que parece desbordar el cuerpo, la emocionalidad y las relaciones sociales de una mujer.

*“Te sentís re segura, te sentís resguardada, todas están en la misma que vos entonces no te sentís tan sola. Solo compartís ese ámbito, pero igual estas re pendiente de las otras”* (Camila, 24 años, madre primeriza. Entrevista, 17 de marzo de 2017).

De estas primeras observaciones surgía la hipótesis según la cual, este espacio social que las mujeres creaban en torno a la práctica de yoga prenatal les permitía abrir lazos de intercambio, acompañamiento y solidaridad entre las mujeres consideradas importantes y beneficiosas para llevar adelante un embarazo. Una forma en la que ese lazo solidario entre embarazadas se expresaba y se reforzaba era por oposición a las mujeres no-embarazadas. “Entre madres nos entendemos mejor”, escuché esta frase muchas veces durante mis meses de trabajo de campo. Ese espacio las unía en el transitar la experiencia del embarazo, las habilitaba a participar de una comunión no sólo física, sino también emocional, que las diferenciaba de otras mujeres. Aquí se revelaba una diferencia fundamental que el grupo de mujeres bajo estudio se encargaba de resaltar y que determinó el dispositivo de producción de

conocimiento antropológico: no obstante, yo también fuese mujer y practicante de yoga, al no poder interpelarme como madre o como embarazada, el grupo social bajo estudio estableció un diálogo conmigo desde mi posición de etnógrafa y estudiante de antropología.

Así, entre "iguales", en la "misma situación", se consolida un espacio que implica una distinción entre "el adentro" y "el afuera". Para ellas, el haber sido madre o estar próxima a serlo, resultaba excluyente para entender qué se siente y qué implica el embarazo y el parto, dado que ese conocimiento resultaba accesible de manera auténtica únicamente desde la experiencia. Por su parte, las instructoras (también madres) son vistas como guías o voces autorizadas para poder materializar la vinculación entre yoga y embarazo. Como nos relata Beatriz Moncó (2009: 9), "en este contexto femenino las mujeres comparten sus vivencias y sus miedos y sus problemas. No en vano, recordémoslo, incluso hoy día hay acompañantes de partos y crianza (las denominadas doulas) cuyo mejor antecedente es, precisamente, su condición de madre experimentada y, por tanto, de experta ante las madres novatas."

*"Hablas con otras mamás... las instructoras también son mamás, de hecho, ahora hay una de las chicas que está embarazada. Entonces es más fácil que alguien te entienda en ese lugar, todas estamos en la misma. No sólo me gustan las clases porque siempre me gustó el yoga y porque me muevo un poco... sino también porque me encuentro con las chicas y me gusta eso"* (Sandra, 27 años, madre primeriza. Entrevista, 31 de mayo de 2017).

*"Yo creo que me hizo ver otras cosas... cosas que con mis otros embarazos o partos no había sentido... me abrió otros sentidos... como te contaba antes, tuve un embarazo muy lindo y creo que eso es también por las prácticas. El juntarme con otras mamás, poder charlar de esas cosas... aprender también... Me pasaba que con las chicas jóvenes me di cuenta de que cuando tuve a mis primeros hijos, de muchísimas cosas no se hablaba"* (Mariana, 40 años, madre de 4 hijos. Entrevista, 14 de abril de 2018).

De esta forma, lo conmovedor y estremecedor de la experiencia de un embarazo planificado o no, pero siempre bienvenido, como son los embarazos de estas mujeres, encuentra amparo y contención en un grupo de "yoga prenatal". Es interesante destacar cómo, los profesionales que encarnan las técnicas y los protocolos del modelo médico tecnocrático reconocen también la necesidad de acompañamiento durante el período del embarazo por parte de las mujeres. El fragmento de la entrevista a una obstetra que sigue a continuación es ejemplificador en este sentido:

*"Yo creo que están muy bien, son instancias donde las mujeres despejan dudas, creo que se sienten acompañadas por otras chicas. Muchas de mis pacientes realizan los cursos que preparan los hospitales, pero otras realizan otras prácticas, como yoga, o se encuentran con"*

*grupos de mujeres que conversan sobre los momentos previos y posteriores al parto*" (Marcela, obstetra con consultorio privado. Entrevista, 9 de agosto de 2018).

Asimismo, las embarazadas expresan sus temores respecto a las imposiciones del modelo médico tecnocrático en las instituciones donde se atienden y hasta incluso la posibilidad de encontrarse en una situación de violencia obstétrica. Más específicamente, este espacio les permite contrarrestar la ansiedad que les producen los relatos de sus propias experiencias precedentes, para quienes las poseen, o de otras mujeres más o menos cercanas a su círculo social (parientes, amigas, conocidas, colegas de trabajo, o desconocidas que publican sus relatos en sitios web), sobre malas praxis o maltrato físico o psíquico en el momento del parto. En general, introducían estos miedos sin hacer referencias concretas: "me dijeron", "me contaron", "leí en blogs". Estos relatos sobre experiencias de violencia obstétrica crean tensiones emocionales en las mujeres, especialmente en relación con las expectativas en torno a sus propios partos. En este contexto, la figura de la instructora de yoga o de las conductoras de otros talleres en el centro holístico aparecían como las voces autorizadas para tranquilizar a las mujeres y empoderarlas, ya que su experiencia era particularmente remarcada por las mujeres.

*"Por eso también me gusta escuchar de otras experiencias o miedos, porque en general son los mismos y las instructoras te re ayudan a sobrellevarlos y a que en ese momento puedas tener un buen parto"* (Sandra, 27 años, madre primeriza. Entrevista, 31 de mayo de 2017).

En este sentido, desde la perspectiva de las embarazadas, la práctica de yoga prenatal puede constituir una válida estrategia de resistencia al "modelo médico hegemónico" (Menéndez, 1983, 1985 y 1988) durante el parto. El embarazo es transitado como una preparación para el parto y el puerperio, y son estas prácticas las que las ayudan a empoderarse, como herramientas que utilizarán para contrarrestar la medicalización del parto como práctica normativa en las instituciones de salud contemporáneas (Davis-Floyd, 2009). Según ellas, lo aprendido en el curso de yoga les permitirá tener un mejor manejo o control sobre sus cuerpos durante el parto y transitarlo como una experiencia consciente. Así, las prácticas en el estudio buscan promover el conocimiento de un cuerpo en constante transformación, donde las mujeres deben volver a "conectarse con un instinto" que se concibe como innato. Se puede avanzar en la hipótesis, entonces, que el acercamiento a prácticas prenatales de yoga está relacionado con la búsqueda de otras formas de sentir, comprender y

“escuchar” los cuerpos (especialmente sus transformaciones y sus dolores) durante el embarazo y con el objetivo de lograr una experiencia del parto controlada por ellas mismas de manera consciente, logrando, en sus propios términos, un parto “natural”. El parto “natural” es entendido por las mujeres como “el parto “ideal” o “esperado”, cuya preparación constituye una de las finalidades más importantes del taller de yoga prenatal y refiere al nacimiento por vía vaginal. Los siguientes testimonios de las practicantes dan cuenta de estos aspectos:

*"En realidad lo que hablamos fue lo mismo que yo siempre le había dicho a mi obstetra, que quería tener un parto natural, con menor intervención médica posible... que quería tratar de parir sin anestesia, sin dilatación artificial, que esperaba que el lugar estuviera tranquilo, calmo... todas las indicaciones que dan para que la liberación de hormonas que se da naturalmente en el cuerpo durante el parto, se dé, y no que me estén pinchando y demás"* (Julieta, 30 años, madre de dos hijos. Entrevista, 25 de noviembre de 2017).

*"Yo voy a hacer todo lo posible y a mi alcance para que sea parto natural... no me importa si tengo que estar 24 horas con trabajo de parto. En eso me pongo firme y soy muy estricta. Me contaron cómo es una cesárea y me da mucho miedo, no quiero. Me dijeron que incluso años después te puede seguir molestando, o doliendo las cicatrices. Es como que, en el parto natural, justamente es eso... natural... el cuerpo y confío que mi cuerpo está preparado para eso"* (Carla, 25 años, madre primeriza. Entrevista, 17 de noviembre de 2017).

Esta visión de lo “natural” era confirmada y promovida por las instructoras o conductoras de talleres del centro holístico, al mismo tiempo que no se presentaba en contradicción con la medicalización del parto, tal como puede observarse principalmente en el testimonio de la puericultora:

*"Además, nuestras prácticas siempre ayudan al trabajo de parto, por eso no se preocupen porque tratamos de que este espacio las acerque a tener un parto más natural y sin tanto dolor".* (Amma, instructora de yoga prenatal. R/C, 3 mayo de 2017).

*"Ustedes saben que nosotras tenemos una capacidad natural de tener partos por vía vaginal de manera natural. Muchas veces esos partos son ayudados por alguna medicación que acelera la dilatación, y/o anestesia que nos permite que el dolor no sea tan fuerte. La utilización de estos siempre dependerá de cada una de ustedes, y de cómo se encuentren o se sientan en el momento de parir. [...] Si bien hay algo de instinto en el mamar, también puede que no surja como esperamos, que sea distinto, hay que tratar siempre ese momento con mucho amor, con dedicación. Nosotras debemos contarles a nuestros bebés que somos nuevas en esto, somos inexpertas, nadie nos enseñó, y aunque nos enseñen, siempre puede resultar distinto... es igual que en el parto."* (R/C, charla de lactancia materna para practicantes de yoga prenatal, 26 de agosto de 2017).

En definitiva, entre las expectativas y los discursos de las mujeres se construye la idea de un parto “natural” como controlado por ellas mismas, relajado, sin ansiedad e hasta incluso sin dolor, donde la “respiración profunda” y las “técnicas meditativas” aprendidas en las clases son los instrumentos fundamentales para lograrlo. La cesárea es concebida para ellas, como un parto invasivo, donde la experiencia consciente del mismo se siente como perdida o arrebatada por una intervención rápida, no sentida en y por el cuerpo y controlada por otros. En este sentido y como afirma Canevari-Bledel (2011: 112), la tecnología y los medicamentos, en definitiva, la medicina contemporánea, termina por apropiarse del parto de las mujeres y desplazando el énfasis de la dimensión social y cultural del mismo, para apuntarlo al éxito de los procedimientos. El siguiente testimonio ilustra este contraste idealizado entre la práctica de una operación cesárea por oposición al logro de un parto “natural”:

*“Sí, me gustaría que sea parto natural. Por un lado, porque la cesárea, quieras o no es una operación, me dijeron que el post operatorio es bastante pesado, te duele mucho después y te obliga a quedarte, como mínimo, tres días en el hospital. Y yo la verdad que no quiero eso... o, mejor dicho, no lo prefiero. Además, si es parto natural el mismo día ya te levantas, y no tienes dolor. Además me da un poco de miedo el tema de la anestesia [...] porque viste ahí casi todas preferimos parto natural la verdad, hacemos casi todo para que eso sea más fácil y lindo... Espero que cuando yo esté por parir hagan otra también, creo que me ayudaría mucho porque uno puedo hacer los ejercicios, la respiración y eso, pero tienes que estar también en esa situación... no sé, tengo que ver...” (Sandra, 27 años, madre primeriza. Entrevista, 31 de mayo de 2017).*

Un último aspecto para señalar en relación con la práctica de yoga prenatal concierne la cuestión de la “conexión con los bebés”. Determinadas palabras, gestos y movimientos promovidos en las prácticas de yoga prenatal les permiten dar cuenta o estimular la consciencia de la conexión biológica con el bebé, a través del nombramiento voluntario de las sensaciones y el contacto físico, por ejemplo, de las manos con la panza.

*“Además me encanta cómo dan las clases en el estudio, y que me parece que yoga te ayuda en un montón de sentidos, no sólo físicos. No es sólo físico como me siento, en cuanto a lo anímico es muy raro porque me siento mejor, como más tranquila [...] ”Creo que para aquellas que sienten que necesitan un acompañamiento más a fondo de alguien que las entienda perfectamente, que comprenda lo que sienten.” (Julieta, 30 años, madre de dos hijos. Entrevista, 25 de noviembre de 2017).*

*"(...) por primera vez cuando me quedaba quieta, cerraba los ojos y empezaba a tocarme la panza, me la masajeaba... le hablaba... eso era algo que yo nunca había hecho... y con las prácticas de yoga prenatal me surgió... es como que yo estaba más consciente de que adentro mío había un bebé, y me parecía importante también poder transmitirle toda esa calma y tranquilidad a ella, que era la que yo tenía después de todas las clases". (Mariana, 40 años, madre de cuatro hijos. Entrevista, 14 de abril de 2018).*

*"Siempre esperé o quería conectarme más con el bebé y manejar la respiración para llegar al relax total... así, como te conté antes, puedo manejar mejor el embarazo...y bueno, el parto obvio. Eso es lo que más miedo me da. Pero me super ayuda para relajarme cuando no me siento bien, o cuando estoy estresada"* (Bárbara, 28 años, madre primeriza. Entrevista, 18 de julio de 2017).

El énfasis que realizan las instructoras durante las clases sobre la respiración y la importancia de los “mantras” sostienen estas ideas de las practicantes sobre cómo se desenvolverán en el momento del parto. Esto se manifiesta en las clases cuando se habla de que “no se debe transmitir sentimientos de estrés a los hijos”. Por el contrario, la clase sirve para circular una “energía positiva” de la madre hacia su hijo. Esta “energía” es considerada “buena”, en tanto beneficiosa (porque es la que se lleva luego de cada práctica), por oposición a una “mala”, en tanto es causa de estrés o de dolores (aquella con la que llegan a cada práctica y deben liberar)<sup>7</sup>. En las prácticas, entonces, se libera lo “malo” para posibilitar la relajación y no afectar al bebé.

## **1.5 Resumen del capítulo**

En este capítulo se caracterizó el grupo social bajo estudio, quiénes lo conforman, a qué nivel socioeconómico y cultural pertenecen, así como también qué sentido asignan a la práctica del yoga durante el embarazo. Como vimos, mediante la práctica de yoga, las mujeres buscan una atención y una interrelación emocional y corporal, un acompañamiento durante sus embarazos. Asimismo, abogan por un parto “natural”, en lo posible sin intervenciones médicas, momento en el que esperan puedan poner en juego las técnicas corporales aprendidas en el taller de yoga. Al mismo tiempo, controlan su embarazo y programan el

---

<sup>7</sup> Respecto a la noción de energía para el yoga, Saizar y Bordes (2014: 11) afirman que “tanto en el caso del reiki, como del yoga, la acupuntura o las Flores de Bach, se habla de la persona como una entidad compuesta de diversos niveles de materia, en los que la energía fluye y mantiene la vitalidad de los seres humanos. Este monto de energía (chi, ying-yang, Prana, etc.) es susceptible de alterar su flujo, provocando estancamientos y por ende bloqueos, que al impedir la circulación alteran la armonía de la persona y provocan la enfermedad.”

parto en prestigiosas y costosas instituciones donde domina un “modelo tecnocrático” de atención a la salud, focalizado en el seguimiento de los cambios (únicamente) físicos y fisiológicos que ocurren en el cuerpo de la mujer y en el control y monitoreo de los procesos intrauterinos. Este dato del campo abre la pregunta sobre la conjugación entre el “modelo holístico” buscado en el taller de yoga y el “modelo tecnocrático”, imperante en las instituciones en las que se atienden y planifican parir.

Una de las principales cuestiones que se hizo evidente y que permitió problematizar la investigación, fue cómo adquiriría centralidad el cuerpo gestante, tanto en las prácticas de yoga prenatal, como en los espacios de control médico. Las observaciones y primeras entrevistas indicaban que existía una tensión alrededor del momento del parto, que movilizaba las energías de las mujeres para buscar prácticas y grupos de apoyo como el taller de yoga prenatal e instituciones sanitarias donde realizar un seguimiento médico del embarazo, así como también de los profesionales de la salud que intensificaban el control biomédico del cuerpo y sus procesos bajo el “modelo tecnocrático” (Davis-Floyd, 2004). Como continuaremos mostrando a lo largo de este trabajo, las embarazadas que cuestionan las prácticas del “modelo tecnocrático” de atención a la salud y practican yoga prenatal con la expectativa de ofrecer resistencia ante las imposiciones de dicho modelo, oscilan entre estos dos espacios y modelos de atención, entre las prácticas alternativas de cuidado y los controles en clínicas y sanatorios privados donde prevalece una atención focalizada en el cuerpo y la fisiología. El desafío de los próximos capítulos será entonces mostrar este movimiento de las mujeres entre ambos modelos.

## **CAPÍTULO II. Más allá del taller de yoga prenatal**

A partir de la construcción de una relación más estrecha con las practicantes y el avance en la investigación, solicité a las embarazadas poder acompañarlas a las consultas con sus obstetras, dentro de las instituciones donde se atendían y donde habían elegido tener sus partos. Estas nuevas situaciones etnográficas dieron lugar a nuevas preguntas de investigación: ¿qué sucedía con la oposición, que aparecía tan marcada en las observaciones de las clases, entre el “modelo holístico” y el “modelo tecnocrático” de atención del embarazo, más allá del taller de yoga prenatal? ¿De qué manera se conjugaban las lógicas diversas de los espacios del taller de yoga y del consultorio médico para las mujeres estudiadas? Al mismo tiempo, las nuevas observaciones me permitieron dar cuenta de una hipótesis central de la investigación, esto es, del control ejercido sobre los cuerpos gestantes como una forma de preparación o disciplinamiento en vistas del desarrollo del parto bajo el “modelo tecnocrático”. En este segundo capítulo se abordará el tema del cuerpo gestante como espacio que debe ser gestionado y controlado por ambos modelos, especialmente durante el momento emblemático del parto.

### **2.1 Los cuerpos gestantes y su control**

Melina realizaba sus prácticas de yoga regularmente dos veces por semana, los miércoles y los sábados. Siempre que conversé con ella, me comentó que las clases le hacen muy bien a su cuerpo y a su autoestima. Al ser su primer embarazo, no sabía si podría sentirse cómoda con los cambios en su cuerpo, y las prácticas la ayudaron a sentirse mejor y a tener mayor seguridad con los cambios que atravesaba. Asimismo, a medida que se comenzó a adaptar a una nueva corporalidad implícita durante la gestación, Melina también realizó cambios en sus rutinas diarias. Esto implicó realizar más ejercicios y prácticas en su casa: tomarse una hora diaria para realizar ejercicios de apertura de caderas y minutos de respiración consciente, cuando siente que su cuerpo le duele o se siente pesado. Aún los días en los que va a practicar yoga, realiza estos ejercicios antes de irse a dormir. Melina también cambió hábitos alimenticios, según sus términos a partir de su embarazo come con “más consciencia sobre los alimentos”: comenzó a ingerir más verdura/fruta y menos carnes, así

como más legumbres o semillas y menos comidas con harina. Esto fue promovido desde sus lecturas sobre el tema, pero respaldado por su médico, a quien le pidió confirmación antes de realizar los mismos. A través de estos cambios alimenticios, buscaba llevar un “estilo de vida más sana”, como una forma de cuidado del propio cuerpo y del bebé. Además, Melina relató cómo las prácticas la ayudaron también a abrirse para hablar con personas desconocidas, como lo eran las otras mujeres del grupo de yoga prenatal. Según ella, pudo “conectarse” con el resto de las embarazadas y las instructoras una vez que comenzó a escuchar que todas se encontraban en situaciones similares y a medida que se sintió más segura para hablar sobre sus miedos, acompañada y apoyada por un grupo. Para Melina, esto fue importante pues considera que no se puede hablar sobre el embarazo y el parto en cualquier momento y ante cualquier interlocutor, ya que, aun tratándose de personas cercanas, es difícil que se encuentren en el mismo momento emocional y corporal. Por estos motivos, la “contención” que recibe del grupo de yoga prenatal es considerado fundamental para transitar su embarazo.

Cinco minutos antes de las once de la mañana, nos encontramos en la puerta del Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires y nos dirigimos juntas hacia la puerta del consultorio del médico para esperar que fuera llamada por el obstetra. Su médica ginecóloga - con quien se atiende en un consultorio privado del barrio de Palermo-, le había recomendado este profesional para el seguimiento del embarazo, dado que ella no se especializaba en obstetricia.

Cuando ingresamos al consultorio, el médico era un hombre de aproximadamente sesenta años que vestía la característica bata blanca. En el bolsillo derecho llevaba una placa plateada con la insignia de su nombre y el logo del Hospital Italiano. Melina lo saludó con un afectuoso beso en la mejilla, mientras que yo entraba detrás de ella. Antes de sentarnos, ella me presentó y el médico se acercó para también saludarme estrechando su mano con la mía. Melina le comentó que yo los iba a acompañar en esta consulta y me miró haciendo ademán de que yo siguiera comentando por qué estaba allí. Le expliqué al médico sobre mis estudios de antropología y le comenté sobre la realización de una tesina de investigación como requisito para finalizar la carrera. Melina agregó que le gustaría que luego le de mi parecer de la consulta y que entendía que mi observación allí podía serme de ayuda y por eso no tenía problema con que yo estuviera allí. El médico asintió y me dijo que tampoco tenía inconveniente con que yo participara de la consulta y que podía tomar nota si lo necesitaba.

Se trataba de un consultorio amplio y luminoso. Hacia el centro y la izquierda se encontraba el escritorio con una computadora, un lapicero y algunos papeles. Hacia la pared derecha estaba la camilla cubierta con una tela blanca. Delante de ésta se encontraba una balanza con el dispositivo de medición de estatura y ancho del cuerpo. Por delante del escritorio había dos sillas comunes para que se sienten los pacientes y detrás, una silla más ancha y cómoda donde se sentaba el médico.

Una vez que nos sentamos a los respectivos lados del escritorio, el médico comenzó por consultarle a Melina si había realizado los estudios solicitados durante la última consulta. Melina había realizado un examen de sangre y una ecografía la semana anterior, en el mismo Hospital en el que nos encontrábamos. El médico comenzó a escribir en el teclado de la computadora para encontrar estos exámenes dentro del sistema. Las historias clínicas de los pacientes y el conjunto de los estudios médicos que realizaban en esa institución se encontraban cargados en un sistema informático interno que todos los médicos podían consultar desde las computadoras de sus consultorios. La ecografía era solicitada todos los meses para un “control fetal”, y fue revisada por el obstetra con detenimiento durante la consulta. Una vez que hubo terminado, giró el monitor de la computadora para que Melina y yo también pudiéramos observar las imágenes y los resultados, mientras él explicaba lo que veíamos. En la ecografía se veían varias imágenes de distinto tamaño. El feto era claramente visible en todas sus partes, incluyendo su rostro. Se trataba de una ecografía en 4D, es decir, una ecografía donde se puede observar el cuerpo y el movimiento del feto de manera muy nítida.

El médico, con tono tranquilo y desafectado, dio su parecer respecto a las imágenes que observábamos, en términos de la “normalidad” del desarrollo del hijo de Melina, refiriendo a dicha normalidad desde la rutinización del control del crecimiento de este. Asimismo, el profesional destacó la importancia de los controles para la identificación de problemas de desarrollo del feto:

*“el bebé está muy bien, no veo nada fuera de lo común a la ecografía anterior. Ahora vamos a comparar el tamaño y el peso con relación al mes pasado. El bebe creció unos siete centímetros, y aumentó su peso a casi el doble. Ahora está pesando casi un kilo cien, y te acordas que el mes pasado estaba pesando seiscientos gramos... eso está perfecto. Muestra que tu hijo está muy sano y respecto a eso no debemos preocuparnos, es muy normal (...) El cuerpo se está desarrollando muy bien, normalmente como se espera durante este último trimestre, que es donde más crece. El desarrollo de los miembros y la cabeza es normal y muy bueno, por lo que no tenemos que preocuparnos. Viendo los movimientos en la ecografía también puedo determinar que su interior se está formando muy bien, los*

*movimientos de la cara, las manos y su cuerpo es normal, eso nos indica que está desarrollando sus pulmones y su motricidad de buena forma. De todas formas, como te expliqué en otras ocasiones, hay cuestiones de otros órganos, como los riñones, el corazón o el cerebro que, en caso de que haya algún problema, que seguramente sea mínimo porque si no lo podríamos detectar ahora, lo sabremos en el momento del alumbramiento.” (R/C, 12 de septiembre de 2017).*

El médico continuó pronosticando el crecimiento del bebé hasta el nacimiento, estimando la talla y el peso del recién nacido, lo cual indicó, nuevamente, como “normal”, es decir, “como lo que generalmente pesan los bebés al nacer”. Esto a Melina la tranquilizó, dado que, de tratarse de un bebé más grande y pesado, “le daba miedo el parto”. El diálogo a este punto comenzó a derivar hacia el cuerpo y el dolor en el cuerpo, ligado en particular al momento del parto:

*“Cuando llegues al momento del parto, te vas a dar cuenta porque las contracciones y el dolor que vas a sentir en tu bajo abdomen son muy característicos... es como que el cuerpo te está diciendo cómo tenes que parir y cuál es el momento. Lo más importante es que vayas controlando cada cuántos minutos son las contracciones, pero quedate tranquila, que eso lo vamos a charlar más adelante, en la próxima consulta. Por ahora, lo que más vas a sentir es dolor abdominal. No te asustes, va a ser un dolor muy fuerte y constante, esto es porque el feto crece muy rápido y tu útero se está estirando a su capacidad máxima. Esto lógicamente produce dolor y vas a sentir tu panza cada vez más pesada. También te va a doler mucho más que ahora la espalda, y vas a experimentar más hinchazón en las piernas y los pies... es muy normal, porque se acumula más líquido en el cuerpo”.* (R/C, 12 de septiembre de 2017)

Al poner el foco del diálogo en la cuestión del dolor en el cuerpo, Melina expuso de qué manera se ejercitaba para controlarlo, de esta manera, la práctica de yoga prenatal llegaba al consultorio médico:

*“Ahora sí me duele mucho la panza últimamente, sobre todo cuando me acuesto boca arriba siento mucha presión en el pecho, entonces me tiendo a acostar de costado con almohadón. (...) Respecto a la hinchazón, sí, lo estuve sintiendo más. Al final del día los pies me duelen muchísimo, pero en esos casos me enseñaron en yoga que me puedo acostar en el piso y poner las piernas para arriba contra una pared e ir moviendo los pies de un lado a otro, ¿está bien eso?”* (R/C, 12 de septiembre de 2017).

Con estas palabras, Melina daba cuenta de la necesidad de tener el parecer del médico respecto a lo que sucedía en el taller de yoga, es decir, le dio lugar al profesional médico para

desestimar, invalidar y/o corregir las estrategias que allí aprendían para la gestión del dolor del cuerpo. Así continuaba el médico:

*“Sí, está perfecto. Es lo mejor para que el líquido baje hacia los riñones y lo puedas eliminar. Sin embargo, no te olvides de ponerte una almohada en la espalda baja para no lastimarla, es muy importante que durante este último trimestre cuides mucho de tu espalda y tu cadera. No hagas movimientos bruscos, trata de no ser muy exigente en tus clases o en tu rutina. Lo mejor es que hagas los ejercicios en las clases, y sigas caminando, si quieres, pero sin exigir demasiado a vos misma. Dale lugar al bebe para que se sienta cómodo. Está muy bien, también, si quieres ir practicando movimientos de caderas y que, si tenes una pelota, puedas hacer rodar tu espalda por esta para aliviar los dolores. Ahora es cuando más te tenes que preparar para tu parto y es importante que te cuides. Te recomiendo que esto lo hables con tu profesora de yoga la próxima vez que vayas, para que no te de ejercicios muy exigentes para hacer.”* (R/C, 12 de septiembre de 2017)

De este modo, el médico no sólo corregía según su propia perspectiva las prácticas ligadas a un conjunto de saberes del cual no posee ninguna competencia, sino que también transmitía a su paciente una concepción del yoga limitada a un conjunto de ejercicios físicos. El trabajo de Saizar (2015) confirma las observaciones realizadas en el consultorio:

*“Las terapias alternativas que implican el uso del cuerpo físico en actividades suaves y de elongación –como es el caso del yoga, el tai chi chuan- suelen ser aceptadas e incluso recomendadas por los especialistas biomédicos. Sin embargo, subyace en esa recomendación una concepción de las terapias mencionadas como gimnasia, es decir, como una práctica corporal que se entiende escindida del resto de la cosmovisión que le da soporte a su eficacia, por lo tanto, una traducción de las nociones de la otra práctica terapéutica en términos propios. Por otra parte, se descartan las nociones que no resultan asimilables a la lógica biomédica en virtud de su ajenidad, como sucede en el caso de nociones centrales a las prácticas del yoga o el tai chi chuan como son las de energía cósmica, reencarnación, dharma o chakras”* (Saizar, 2015: 9).

La consulta prosiguió con el control del peso y la medición de distintas partes del cuerpo. Melina se levantó de su silla al mismo tiempo que el médico. Primero se dirigió hacia la camilla y se apoyó en ella para quitarse los zapatos, luego se paró sobre la balanza y el médico comenzó a alinear su cuerpo para pesarlo y medirlo. Comparó los datos que obtuvo con los que figuraban en una planilla en la que se habían registrado todos los datos obtenidos en las distintas consultas: Melina había aumentado siete kilos desde la última visita. Según el profesional, su peso era adecuado para su estatura y el avance de la gestación, indicando un crecimiento “normal” del feto. El médico tomó una cinta de medición y le midió la espalda

baja, el ancho de la panza y el largo, corroborando que el crecimiento del vientre y el espacio para el bebé fuesen también adecuados. Todas las mediciones resultaban “normales” para el período trimestral que estaba transitando, por lo tanto, Melina “no tenía que preocuparse por nada”, ya que todo se encontraba en “normales condiciones”. Melina se bajó de la balanza con una sonrisa de satisfacción.

Sucesivamente, el médico pasó todas las anotaciones de la planilla a su computadora. En ese momento se detuvo a explicarme que los datos eran cargados en el sistema informático del Hospital para tener acceso a los resultados de los controles periódicos por si existe algún problema o complicación o simplemente para ser consultados en el momento del parto por las enfermeras y el personal médico.

Respecto a los análisis de sangre, el médico le consultó a Melina por su dieta dado que encontraba muy bajos los niveles de hierro. Si bien su paciente aclaró que “se sentía mucho mejor” con una dieta baja en carnes y harinas, el médico desestimó este aspecto y le dio algunas recomendaciones dietarias, oralmente y por escrito:

*“Deberías comer entonces más semillas, legumbres -como lentejas o arvejas-, un poco más de lácteos. Si no quieres comer tanta carne, entonces te sugiero que agregues esto a la dieta. Está muy bien que comas proteínas con las verduras y frutas, además de vitaminas, pero es importante que en estos momentos tengas hierro en tu sangre, porque los metabolismos están cambiando, el corazón bombea con más fuerza la sangre y el ritmo se acelera... es por eso por lo que es importante que los niveles en tu sangre estén óptimos. Ahora antes de que te vayas te voy a escribir qué alimentos es mejor que ingieras. Y no dejes tanto las harinas, hacen bien para recargar las energías que el cuerpo gasta naturalmente durante este período donde tu cuerpo se sigue adaptando para darle lugar a tu bebe, y es importante que le transmitas proteínas al feto”. (R/C, 12 de septiembre de 2017)*

Melina se consoló expresando que seguiría las indicaciones del médico en pos de que el bebé siguiera creciendo fuerte y sano.

Otro tema que surgió durante la consulta fueron los problemas para dormir durante la noche, los cuales traen nuevamente los aprendizajes del taller de yoga prenatal al consultorio:

*“me pasa que me cuesta un poco dormir... la psicóloga me dijo que es normal por la ansiedad respecto al parto y los cambios que se vienen en la rutina, ¿no? Trato de hacer respiraciones para calmarme cuando no me puedo dormir o me despierto en medio de la noche... últimamente no estuve durmiendo muy bien... (...) por suerte durante las prácticas de yoga puedo charlar mucho sobre esto y me ayuda también para tranquilizarme...”. (R/C, 12 de septiembre de 2017).*

El médico no dio mayor importancia al insomnio, aduciendo que se trataba de un síntoma “normal” durante el embarazo. Rápidamente pasó a tomarle la presión arterial y a escuchar el ritmo cardíaco de la paciente. Para terminar la consulta, le recordó que su próximo encuentro sería en un mes y que debía realizar una nueva ecografía una o dos semanas antes de la consulta. Médico y paciente se saludaron con un beso en la mejilla.

Esta interacción entre la practicante de yoga prenatal y el obstetra, las prácticas médicas, las técnicas y los instrumentos puestos en juego durante la misma en el consultorio del Hospital Italiano, se repitió casi exactamente en otras consultas en la misma institución y en otras como el Hospital Alemán (7 de diciembre de 2017). La participación en las consultas médicas puso en evidencia que son las mismas mujeres que recurren al yoga prenatal, buscando prácticas que pueden inscribirse dentro del “modelo holístico”, quienes necesitan y solicitan el aval de los profesionales de la salud que encarnan el “modelo tecnocrático” para evaluar dichas prácticas. Por otra parte, ninguna de las mujeres del grupo estudiado evaluó la posibilidad de eludir o desestimar el control médico bajo el modelo tecnocrático durante la gestación. En esto juega un papel crucial la percepción del riesgo para el recién nacido o para ellas mismas durante el parto. Ante la eventualidad del riesgo, el cuerpo de las embarazadas se presta y se dispone a ser controlado de manera sistemática.

Por otra parte, desde la perspectiva institucional, el control ejercido sobre el cuerpo de las embarazadas queda enmarcado dentro del protocolo de atención médica elaborado por el Ministerio de Salud, al que, según otra médica obstetra, “todos los profesionales de la salud deben atenerse”. En sus palabras:

*"Los protocolos de atención son iguales en todos los centros de salud, esto es una medida protocolar que debemos seguir respecto al Ministerio de Salud, al cual todos los profesionales de esta área debemos atenernos. En el caso de la salud pública, por mis años de experiencia, los seguimientos del embarazo son menos periódicos, y los partos son en su mayoría por vía vaginal"* (Marcela, obstetra con consultorio privado. Entrevista, 9 de agosto de 2018).

## 2. 2. El control del dolor corporal

El dolor se construye en gran medida a partir de prácticas y representaciones sociales, el dolor está construido en la cultura, y aunque la cultura define la línea hegemónica de entenderlo, dentro de ella hay formas diferenciadas de darle sentido (Le Breton en Menéndez, 1998: 46). Para las mujeres del grupo de yoga prenatal, el cuerpo durante la gestación aparece como un espacio que convive con un dolor casi constante, el cual exige ser manejado. Durante el trabajo de campo fueron recurrentes las cuestiones relacionadas con los dolores físicos que las embarazadas traían para consultar, en particular, la presión en las piernas o en la espalda y cintura, tanto en las consultas médicas como vimos en el apartado precedente con el caso de Melina, como en los talleres de yoga, interpelando directamente la instructora. Ésta indicaba los ejercicios que podían ser realizados para atenuarlos o soportarlos mejor. En este sentido, se remarcaba constantemente la importancia de mantener una respiración tranquila por la nariz o, en caso de necesidad de lograr un mayor alivio, se recomendaba realizar un suspiro para aliviar “energías pesadas que se puedan acumular”.

*“(…) todas hablan sobre alguna dolencia física que tienen ese día o tuvieron recurrentemente en la semana. En algunos casos son dolores de espalda, de cintura o de piernas, todos relacionados con, como dicen ellas "dolores del embarazo". Lo que demuestra que las mujeres embarazadas esperan las clases para "aliviar" esos dolores, apaciguarlos con lo que pueden o esperan que les brinde la práctica de yoga. En esos momentos, la instructora siempre habla sobre qué significa cada tipo de dolor en el cuerpo, a modo de tranquilizar o "instruir" a las mujeres "en la escucha de ese cuerpo cambiante" (R/C, observación de una práctica de yoga prenatal, 25 de abril de 2017).*

Los cambios corporales como el aumento de peso, la fatiga, la dificultad motora, la hinchazón, que son experimentados durante la gestación, son trabajados en el taller de yoga de manera tal que las mujeres puedan convivir con ellos de la manera más armoniosa posible, en parte controlándolos, en parte aceptándolos. De este modo, la práctica de yoga prenatal y los saberes que allí circulan sobre los cuerpos y las emociones adquieren valor, sobre todo, como expectativa de poder ser puestos en juego durante el parto:

*"Y la verdad, como ya hablamos alguna que otra vez, para mí las clases de yoga fueron las que me ayudaron a sobrellevar ese momento, o sea, los ejercicios, el poder mantener la calma cuando supe que era el momento" (Camila, 24 años, madre primeriza. Entrevista, 17 de mayo de 2018).*

*"Además me encanta cómo dan las clases en el estudio, y que me parece que yoga te ayuda en un montón de sentidos, no sólo físicos. No es sólo físico como me siento, en cuanto a lo anímico es muy raro porque me siento mejor, como más tranquila [...] Además, si la idea es tener un parto que sea poco doloroso, que es lo que espero yo... porque mi primer parto fue muy doloroso, me sentía muy rara conmigo misma, y pedí que me pongan anestesia. Pero ahora me gustaría probar cómo hacerlo sin nada... obvio que, si no lo aguanto, voy a pedir que me ayuden con eso... pero en principio quiero que sea sin nada".* (Julieta, 30 años, madre de dos hijos. Entrevista, 25 de noviembre de 2017).

Así, las prácticas de yoga prenatal funcionan como herramientas para lograr un autoconocimiento del cuerpo-mente-emociones, a partir del cual, el dolor puede ser calmado o atenuado. La forma en la que las mujeres se conectan con sus cuerpos-mentes-emociones en estas prácticas se basa en, principalmente, el "control de las energías". Esto permite remarcar la idea de que el embarazo desborda el terreno de lo estrictamente corporal, físico o biológico, para abarcar las dimensiones de las emocionalidades y las sociabilidades de las mujeres en relación con esos cuerpos y esas mentes en transformación:

*"Al principio era como bastante fácil, pero ahora que la panza ya la tengo enorme, me ayuda mucho más. También me dijeron que era una buena actividad para poder relajar mi mente frente a toda esta situación nueva llena de ansiedad y preocupaciones que antes no existían. La verdad que las respiraciones, los aceites aromáticos que ponen durante las clases me ayudan mucho. Siempre les pido a las profes que me reserven aceites naturales para ponerlos en casa"* (Cecilia, 27 años, madre primeriza. Entrevista, 21 de julio de 2017).

La gestión del dolor aparece como un objeto central de la medicina occidental moderna, pero también era abordado constantemente en las prácticas de yoga prenatal, aunque ambos modelos brindan respuestas distintas para su control. Se trata de una dimensión que está presente tanto en las conversaciones entre las practicantes de yoga como en las prácticas obstétricas ligadas al parto en la actualidad:

*"Entonces la doula también nos dijo que siempre tratemos de parir de forma natural, que recordemos la respiración que practicamos en clase al momento del trabajo de parto... porque me dijeron que es bastante jodido bancarse los dolores, y que algunas chicas paren sin pedir la medicación... yo no sé si voy a poder, la verdad... tenes que tener mucha fuerza de voluntad, así que tal vez la epidural la pida y la anestesia también. Mi obstetra es bastante relajado con ese tema así que mucho miedo no tengo con que me obliguen a usarla o eso. Pero yo en ese momento no sé la verdad..."* (Bárbara, 28 años, madre primeriza. Entrevista, 8 de julio de 2017).

*"Últimamente lo que pasa es que las mujeres no quieren sentir dolor durante el trabajo de parto, aunque eso es casi imposible, por eso se utiliza la epidural. Esta es en general para*

*los partos naturales, porque tarda unos minutos más que la raquídea en hacer efecto, y tiene una duración más extensa, porque se puede administrar más si el trabajo de parto es prolongado, como puede ser de 12 a 16 horas, a veces más. Eso siempre depende de vos, desde mi parte y con las dos parteras con las que yo trabajo, siempre estamos dispuestos a que esto lo decida la parturienta, ¿sabes?" (R/C, Consulta médica de Carla, 7 de diciembre de 2017).*

Retomando a Le Breton (1990: 21, 22), la medicina se interesa por la enfermedad en el cuerpo, no por quién es ese cuerpo o qué le sucede. De este modo, el cuerpo queda separado de la emocionalidad, en contraposición con las que el autor llama “medicinas nuevas”, que se esfuerzan en superar este dualismo para considerar al individuo como indisoluble en estas dos cuestiones. Asimismo, aparece la demanda de las mujeres de poder manejar, ellas mismas, activamente el dolor, de lograr identificarlo, conocerlo y controlarlo. El dolor, al ser considerado como propio o característico del momento que las mujeres están atravesando, no debe suprimirse, sino que se debe aprender de él, convivir conscientemente con él. En palabras de una de las practicantes:

*"Pero después cuando empecé a sentir las contracciones del parto, uff, ahí sí que caí en la cuenta. Yo había preguntado en algunas charlas a las que fui sobre pre y post parto, y me contaron, viste... pero bueno, una cosa es que te lo cuenten y otra muy diferente es sentirlo. Yo no me podía hacer idea... creo que eso también tiene que ver con mi personalidad, que soy muy relajada. Porque yo había hablado mucho con mi mamá, con mis tías, algunas conocidas que fueron mamás... pero siempre pensé que eran unas exageradas, que eso a mí no me iba a pasar, que cada cuerpo es distinto... y en verdad no me equivoqué, digo... si bien hay muchas cosas que se comparten, porque es un proceso igual para todas porque es así, una no sabe lo que es hasta que lo pasa" (Carla, 25 años, madre primeriza. Entrevista, 17 de noviembre de 2017).*

A partir de focalizar la interrogación y la observación en el control sobre el dolor que las mujeres buscaban, comenzó a revelarse una relación diferente entre los saberes ligados al modelo tecnocrático y aquellos ligados al modelo holístico que ya no era de oposición estricta. En efecto, las mujeres oscilaban entre uno y otro conjunto de saberes, privilegiando el modelo tecnocrático en el momento de tomar una decisión, ante la duda de “estar haciendo bien las cosas”, o solicitando el aval médico para legitimar las prácticas ligadas al modelo holístico. En los próximos apartados continuaremos profundizando cómo se iba dando en la práctica, el acercamiento entre los dos modelos durante el avance del embarazo hasta el momento del parto.

### 2.3. El control del riesgo

Otro aspecto fundamental que emergió del trabajo de campo fue la cuestión del riesgo de que el embarazo y el parto no resulten de la manera esperada por estas mujeres y por los profesionales que las atienden. Para controlar el riesgo, el modelo médico tecnocrático ponía en juego todo un arsenal de exámenes fetales intrauterinos, sobre el cuerpo de la embarazada y de sus fluidos (sangre y orina) y controles sistemáticos y calendarizados mensualmente con un médico obstetra que analizaba los resultados de estos. Un obstetra del Hospital Alemán explicaba que, si bien no era una práctica “obligatoria”, él prefería solicitar imágenes del desarrollo fetal (ecografías) con una frecuencia mensual:

*"En mi caso yo mando a realizar ecografías todos los meses, para controlar el desarrollo fetal en todo momento, y exámenes de sangre en el comienzo de cada trimestre. En muchos casos esto no es obligatorio solicitarlo, pero a mí me gusta tener un seguimiento de mis pacientes en todos los estadios. (...) la realidad es que más controles evitan posibles traumas o problemas al momento del parto".* (Javier, obstetra en el Hospital Alemán. Entrevista, 17 de agosto de 2018).

Daniela, una partera del Hospital Alemán, comentaba que “aunque siempre hay algo de temor de que algo no resulte como lo esperado”, incluso para profesionales con experiencia, los controles en la actualidad permiten anticiparse y de este modo controlar mejor eventuales riesgos. Miguel, un médico obstetra del Hospital Italiano, explicaba cómo las herramientas de diagnóstico y control del embarazo se han ido perfeccionando, pero también intensificando su uso hasta hoy día:

*"Yo he tenido muchas pacientes con distintas formaciones "no normales" en el útero, y hasta hace pocos años no se ha podido detectar que las razones por las que se perdían embarazos, era porque existían úteros bicornes, o con alguna malformación. Y eso también se debe a los avances de las tecnologías de detección, y a los avances en el desarrollo y el aprendizaje de nuevas técnicas que permitan que un embarazo pueda llegar a término a pesar de que se presente alguna complicación uterina o de otro tipo durante el embarazo. [...] Todos los obstetras que trabajamos en el Hospital Italiano tenemos la obligación de realizar los controles periódicos durante las 40 semanas de embarazo. En algunos casos los controles son 1 cada 6 a 8 semanas, y en otros casos son controles cada 4 semanas, esto siempre depende de cómo se está realizando el desarrollo uterino del feto, y cómo se encuentra el mismo. Por ejemplo, en casos de úteros bicornes, es necesario realizar controles cada 2 a 4 semanas, pero en úteros que "son normales", los controles pueden ser menos periódicos. De todas formas, en preciso y sumamente necesario controlar el*

*desarrollo fetal de manera exhaustiva y constante, en todos los embarazos"* (Miguel, obstetra del Hospital Italiano y con consultorio privado. Entrevista, 10 de julio de 2018).

De esta manera, el control médico se vuelve sistemático durante el embarazo y el parto. Según los relatos de las practicantes, las mujeres nunca se encuentran solas durante el mismo, siempre están siendo observadas, monitoreadas y examinadas por el protocolo de control biomédico, al cual se someten si es que desean parir en el marco de una institución sanitaria en la actualidad. Es la forma en la que el poder del modelo médico tecnocrático es ejercido sobre los cuerpos que, como afirma Montes Muñoz (2007: 229), la mujer asume el rol de “la paciente, sumisa y subordinada, ocupando un lugar de ‘no saber’, frente a los expertos que sí saben y que decidirán sobre ella y su cuerpo mientras permanezca en [la institución]”.

El caso de Mariana, quien tuvo su cuarto hijo por cesárea programada “para no correr riesgos” (como la “falta de oxígeno” o la “baja de las pulsaciones” que podría eventualmente sufrir su hija) deja en evidencia que el punto más álgido del control del riesgo por parte del modelo tecnocrático es el momento del parto. Pero es también el momento donde el modelo garantiza su eficiencia máxima: lograr un nacimiento sin complicaciones ni para la madre ni para el hijo, en menos de una hora. La sistematicidad de los controles durante el embarazo juega un papel clave en la creencia de la mujer frente a tales garantías. En palabras de Mariana:

*"Con Bianca yo ya tenía una cesárea programada con mi obstetra y el médico cirujano. Me dijeron que así iba a ser mejor, porque yo había tenido otros tres partos de forma natural, y para no correr riesgo, era lo indicado. Lo pensé unos días y finalmente estuve de acuerdo... porque yo no me sentía muy cómoda con la idea de que me corten, me tengan de acá para allá... tener que planificar todo para un día, y demás. Entre nosotras... me daba un poco de miedo, j aja ja. Pero bueno, quedó pactada para el 16 de diciembre, del año pasado..."* (Mariana, 40 años, madre de 4 hijos. Entrevista, 14 de julio de 2018).

Por otra parte, para los propios actores del modelo médico tecnocrático, el hecho de que durante todo el proceso del embarazo el cuerpo de la mujer y el desarrollo intrauterino fetal hayan sido controlados y diagnosticados, les garantiza no sólo que los riesgos que podrían existir durante el parto sean mínimos, sino también prever qué tipo de parto tendrá una mujer, es decir, anticipar el desenvolvimiento de un evento tan complejo como un parto. En palabras de un obstetra:

*"Esto se define desde muy temprano, ya que, desde la primera ecografía se puede detectar si existe algún problema con el útero, como puede ser un útero bicorne o con alguna otra malformación que no permita un correcto parto vaginal. De este modo, es fácil, hoy en día aún más con las tecnologías de control y seguimiento en continuo desarrollo, establecer cómo serán los partos." (Javier, obstetra en el Hospital Alemán. Entrevista, 17 de agosto de 2018).*

De este modo, cuando llega el momento del parto, los espacios y las salas preparadas para ello se encuentran colmados de personal médico (obstetra, partera, enfermeros, anestesista, neonatólogo) y máquinas de control (monitor cardíaco fetal, monitor de contracciones, etc.). Todo un equipo de hombres, mujeres y máquinas se encuentra alerta, observando y monitoreando el proceso del parto. Las máquinas, la disposición de los espacios (por ejemplo, la puerta abierta de la sala para permitir la circulación de los profesionales), la exposición del cuerpo de la mujer (para ser inspeccionado a través de prácticas como el tacto vaginal o para ser trasladado de un sector a otro en camilla o silla de ruedas, eventualmente semidesnudo) y los equipos de profesionales involucrados ponen en evidencia la condición de la medicalización del parto, al que las mujeres se van preparando a través de lo establecido para el seguimiento sistemático de los embarazos en las instituciones sanitarias en las que se atienden. Al llegar al momento del parto, las mujeres ya han incorporado los modos y los protocolos de control, de modo que la "aceptación" del modelo médico se encuentra facilitada. El relato de Melina sobre su propio parto es ilustrativo en este sentido:

*"me llevaron hasta la sala de ecografía con silla de ruedas, ja jaja, yo me moría de risa, estaba con un camisón y me pasearon por un montón de pasillos, pero bueno viste que a veces en los hospitales ves esas cosas... la verdad que no me importaba en ese momento. Bueno, la ecografía salió que Fran estaba para cualquier lado, no me acuerdo bien, pero me parece que no estaba ni de cola al canal de parto, sino que estaba como pancho por su casa todavía de costado... [...] Ya estaba agotadísima, no sólo del dolor del cuerpo, que intenté calmar con masajes, descansando, con respiración, sino también agotada de la cabeza... fue como que en el momento en el que salí de la ecografía, y que mi obstetra hablaba con la partera, para hacer una cesárea, yo ya estaba más allá de todo... dije, ya está, este será mi parto, y nada va a hacer que sea menos importante o un momento traumático o de estrés" (Melina, 29 años, madre primeriza. Entrevista, 11 de mayo de 2018).*

## 2.4. Resumen del capítulo

Como hemos visto hasta ahora, desde el discurso nativo de las mujeres inscritas en el espacio “holístico” se explican las prácticas de yoga prenatal como modos de atención a cuestiones que incluyen, pero sobrepasan lo corporal (en el sentido en el que lo entiende el modelo tecnocrático) como los dolores físicos, las emociones o la dimensión social del embarazo y el parto. Por otra parte, para el modelo tecnocrático, la mujer aparece como un cuerpo manejable y abordable desde técnicas consolidadas desde el punto de vista de sus saberes, a las cuales debe someterse y ser sometida para “no correr riesgos”. De este modo, el modelo “garantiza” el éxito del parto.

La gestión del dolor o del riesgo, sin embargo, se vuelven un punto de encuentro de los modelos (en principio pensados como opuestos por las mujeres), a pesar de que, como se mencionó, brinden respuestas distintas sobre las formas de gestión de estos. Las mujeres buscan las prácticas de yoga prenatal como una alternativa en particular para la gestión del dolor y la emocionalidad, pero la toma de decisiones queda siempre subordinada a la autorización y al aval de los representantes del modelo médico tecnocrático. El pasaje por las instituciones, los protocolos y las máquinas que observamos realizar a las mujeres a lo largo de nueve meses, abona la hipótesis de que dicho pasaje enculturiza y disciplina el cuerpo gestante, resultando en una preparación de la subjetividad de las embarazadas para la aceptación de las intervenciones necesarias durante el momento del parto. Siguiendo a Foucault (2002), ese poder sobre la vida se desarrolló desde el siglo XVII en dos formas principales que no son antitéticas, sino que más bien constituyen dos polos de desarrollo enlazados por todo un conjunto de relaciones. Uno de los polos es el cuerpo como máquina: su adiestramiento, el aumento de sus aptitudes, la extorsión de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad y sus docilidades, su integración en sistemas de control eficaces y económicos, todo ello quedó asegurado por procedimientos de poder y las disciplinas anatomopolíticas del cuerpo humano. El otro polo es el cuerpo-especie: el cuerpo transitado por la mecánica de lo vivo y como soporte de los procesos biológicos (como los nacimientos), son sometidos a una serie de intervenciones y de controles reguladores, a una biopolítica de la población.

En el grupo de yoga prenatal se espera que las mujeres adquieran herramientas de empoderamiento y de acción frente al avance del modelo tecnocrático sobre sus cuerpos y el

proceso del embarazo. Desde el “modelo tecnocrático”, las prácticas están enmarcadas bajo los protocolos de atención y vigilancia de las instituciones de salud, estandarizando las experiencias y las modalidades de resolver problemáticas en todos los casos. En este sentido:

“Los cuerpos de las madres gestantes y durante el parto, que ingresan en el sistema sanitaria para ser vigilado y controlados en favor de su bienestar y del bebé, pueden ser vistos como el último sitio de control ideológico foucaultiano, el lugar que incorpora las formas de vigilancia y regulación del Estado a través de la educación de las mujeres. Los controles durante el embarazo sirven para medir y encauzar el desarrollo del embarazo y del feto en relación con estándares de normalidad deseables (Cardús i Font, 2015: 141).

De este modo, las mujeres que en un primer momento aparecían como cuestionadoras y persiguiendo el objetivo de empoderarse frente al modelo tecnocrático, comienzan a naturalizar las intervenciones, dejando en evidencia que no sólo no lo rechazan rotundamente, sino que buscan transitar el embarazo y el parto bajo la vigilancia de dicho modelo. Así, podemos avanzar en la hipótesis de que el parto es el momento clave donde el modelo tecnocrático termina por imponerse definitivamente sobre el holístico. En el próximo capítulo nos ocuparemos de profundizar este aspecto.

## CAPÍTULO III. Los modelos médicos en el momento del parto

### 3.1 Los partos en el contexto de la medicalización

En el capítulo anterior mostramos cómo los modelos tecnocrático y holístico conviven en las prácticas de las mujeres, cada uno desde sus respuestas específicas y diferentes, tanto en el control del dolor físico como en la preparación para el parto. Vimos cómo el control ejercido por el modelo tecnocrático se aplica sistemáticamente a través de la rutina de los controles durante el embarazo, de manera tal que termina siendo naturalizado por las mujeres, hasta llegar al momento del parto en que, como veremos en este último capítulo, se impone definitivamente en el cuerpo y la emocionalidad de las mujeres.

El parto apareció como el momento emblemático de tensión desde los inicios de la investigación. Por un lado, las mujeres apelaban y buscaban tener un “parto natural”, entendido como el parto por vía vaginal y un “parto respetado”, según lo plantea la Ley N°25.929, que establece que todas las instituciones de salud, públicas o privadas, deben informar todas las intervenciones que se realizarán durante el parto, y que las mujeres deben ser tratadas con respeto y de manera individual y personalizada durante el proceso.

*"En realidad no sabía nada hasta que me enteré de que estaba embarazada. La verdad es que estuve leyendo algo en internet sobre el tema, y ahí me enteré de la Ley. Leí muchas cosas interesantes y creo que es fundamental que haya más difusión, porque muchas mujeres no saben que ciertas prácticas se consideran como violencia obstétrica. Tal vez por ignorancia se bancan cosas que no tendrían por qué bancarse. Viste... uno al saber, puede defender sus derechos y hacer las denuncias correspondientes, para que no les pase a otras mujeres" (Sandra, 27 años, madre primeriza. Entrevista, 31 de mayo de 2017).*

Por otro lado, para los profesionales que encarnan la perspectiva del modelo tecnocrático, el parto también se presentaba como un momento de máxima vigilancia y protocolización, para garantizar que el nacimiento ocurra exitosamente, minimizando los riesgos para el recién nacido y para la mujer (en particular, en lo que concierne la garantía de la continuidad de su vida reproductiva) y en el tiempo establecido (no más de 24 horas). En palabras de un obstetra:

*"Yo creo que el momento del embarazo es un momento importante en la vida de las mujeres que deciden ser madres, y, por lo tanto, la atención de estos debería ser igual de importante. Y, sobre todo, porque si existe una mala praxis en ese momento, o durante el parto, la vida reproductiva de una mujer puede verse sumamente afectada."* (Miguel, obstetra en el Hospital Italiano y con consultorio privado. Entrevista, 10 de julio 2018).

La medicalización del parto se ha propuesto como “el proceso por el cual, de ser un acto vital restringido a las mujeres –abuelas, comadronas, parteras, familiares-, a sus saberes y prácticas, poco a poco fue siendo expropiado por la medicina científica” (Pozzio, 2013:1). Enmarcado en lógicas de las sociedades complejas contemporáneas, algunos autores extienden el dominio de este proceso de medicalización a la vida completa de los individuos y sus momentos claves: el nacimiento, la muerte, la alimentación, la sexualidad entran en la “jurisdicción de la clase médica” (Lock y Nguyen, 2010). El parto bajo el modelo tecnocrático, dominante en las instituciones sanitarias contemporáneas, define la separación del cuerpo y la mente, donde el cuerpo aparece como una máquina, al que pueden extraerse partes, transferirlas, manipularlas. De este modo, el hospital es una fábrica donde se elabora un producto: el recién nacido, en el marco de un proceso protagonizado y dominado casi completamente por la tecnología (Davis-Floyd, 2004: 37). Por oposición a las máquinas del hospital, pensadas desde la maximización de la eficiencia, el cuerpo de la madre es concebido como una máquina defectuosa, al que el médico atiende y predispone correctamente para que pueda, por su intermedio, producir el bebé. En contraposición a este parto, el holístico es pensado no sólo desde la conexión mente-cuerpo, sino desde la unidad entre mente, cuerpo y espíritu, entendiendo al cuerpo como un sistema de energía inter-vinculado con otros sistemas de energías.

A partir de algunos de los relatos más ilustrativos de los partos de las mujeres del grupo de yoga prenatal, en este capítulo haremos foco en el momento cúlmine del proceso que estas mujeres vivenciaron: el nacimiento de sus hijos en el contexto de la “medicalización” como lógica dominante en las instituciones sanitarias contemporáneas. En efecto, ninguno de los partos de las mujeres estudiadas sucedió sin intervención médica o por fuera de instituciones sanitarias privadas, localizadas en la ciudad de Buenos Aires. De los testimonios de las mujeres se desprende cómo sus cuerpos fueron dispuestos para la observación, palpación, transporte de un sector a otro, estimulación a través de fármacos y técnicas obstétricas (dilatación del cuello uterino manual, rotura de bolsa manual, rotación intrauterina del feto, etc.), sedación y relajación a los fines de facilitar y acelerar el proceso. Al mismo tiempo que

los cuerpos eran así dispuestos, la emocionalidad de las mujeres fue eficientemente gestionada para que aceptara y ejecutara las órdenes impartidas por los profesionales médicos y en el momento y en el lugar indicados por ellos.

### 3.2. Mariana: epítome del modelo tecnocrático

En el relato de Mariana podemos observar cómo, uno a uno, sus cuatro partos se dan en el marco de una medicalización (bajo la conducción, las órdenes y el control estricto del proceso por parte de los profesionales médicos) no obstante hayan sido todos por vía vaginal, menos su último parto (que se da en el marco de la presente investigación), el cual refleja el epítome del control del riesgo a través de realización de una cesárea programada. Esto es, una operación quirúrgica agendada de antemano entre el médico, la mujer y la institución sanitaria, antes de que comience cualquier signo o síntoma del desenvolvimiento de un parto en el cuerpo de la mujer.

*“con mi primer hijo todavía tenía la obra social de docentes, IOMA... y fui al Sanatorio Modelo de Caseros... que siempre estuvo fue bastante bueno. (...) estuve poco tiempo con contracciones fuertes, después de dos horas vino la partera, me palpó para ver la dilatación... y me dijo que en un rato más ya íbamos a empezar con el trabajo de parto. La epidural me la dieron sin que yo la pida, vino el anestésista, se presentó, preparó las cosas, y me aplicó la inyección. En ese momento yo creo que eso era lo normal (...) Una vez que hizo efecto la anestesia, y que tuve buena dilatación, vino la partera con una de las enfermeras y me pidieron que pujara. Pujé un largo rato (...) hasta que me dijeron que ya habían pasado los hombros... y ahí escuché un llanto suavcito (...), no me lo dieron al momento que salió, sino que se lo llevaron para limpiar, para hacerle todas las pruebas y estudios necesarios (...) [Con Santino] estuve 16 horas con contracciones y sin dilatar, tenía mucho dolor (...) ya cuando la partera se estaba dando por vencida, pude empezar a pujar. Y también me pusieron anestesia... creo que en todos parí con anestesia, eh. Pero en este parto yo les hubiera pedido que me la pusieran sí o sí, no aguantaba más. [Con Benja] (...) estuve desde muy temprano a la mañana en el Sanatorio... en ese momento ya teníamos OSDE (...) entonces decidí tenerlo en el MatterDei (...) no entraba en trabajo de parto y tenía contracciones con muy poca frecuencia, yo salía a caminar (...) me dieron una pelota, de esas grandes, para sentarme, apoyar la espalda, una de las enfermeras me ayudaba, ja ja. Era la primera vez que me ofrecían algo así. Y después de muchas horas, casi 8... empecé a dilatar. Llamaron al partero... esta vez me tocó un hombre y al anestésista. Entre los dos decidieron que ya podían darme la inyección, también para acelerar el parto... pero no fue tan rápido eh... estuve como una hora pujando, porque Benja se daba vuelta, lo ponían de cabeza para que salga, ¡y en un segundo se volvía a dar vuelta (...) pero finalmente lo lograron! Una cosa que sí fue diferente a mis dos partos anteriores fue que yo pedí que me lo dejaran un ratito antes de llevárselo a control. Había leído en algún lado que*

*esto se podía hacer (...). Por último, el de Bianqui (...) ella también nació en el MatterDei, ahora seguimos teniendo OSDE (...) yo ya tenía una cesárea programada con mi obstetra y el médico cirujano. Me dijeron que así iba a ser mejor, porque yo había tenido otros tres partos de forma natural, y para no correr riesgo, era lo indicado. Lo pensé unos días y finalmente estuve de acuerdo... porque yo no me sentía muy cómoda con la idea de que me corten, me tengan de acá para allá... tener que planificar todo para un día, y demás. Entre nosotras... me daba un poco de miedo (...) Me acompañaron mi marido y mis tres hijos... a eso de las 9.30 de la mañana llegó mi obstetra, me revisó la presión, revisó algunos exámenes de sangre que me habían hecho más temprano, y me dijo que en un rato iba a venir el anestésista para empezar a prepararme para la operación, porque estaba todo perfecto. (...) Llamó a un enfermero, me prepararon, y cuando el médico cirujano dio el "ok" para entrar, me trasladaron hasta (...) el quirófano, Claudio estuvo conmigo todo el tiempo... recuerdo que afuera lo hicieron vestirse para entrar sin riesgos. (...) a los pocos minutos no sentí nada más desde los pechos hacia abajo. En ese momento el cirujano me dijo que iba a empezar a hacer la incisión, la verdad es que no la sentí nada, y fue todo muy rápido. Habrán pasado, no sé, 20 minutos y empecé a escuchar el llanto de Bianca. Ahí me emocioné (...) Estaba llorando como loca... Claudio me sostenía de la mano... la envolvieron en una mantita y me la apoyaron en el pecho mientras me cosían." (Mariana, 40 años, madre de 4 hijos. Entrevista 14 de abril de 2018).*

En el relato de Mariana, sus partos fueron sistemática y eficientemente gestionados bajo el modelo médico tecnocrático, garantizando el éxito de estos aún frente a algunas complicaciones e imprevistos como su tercer parto, en el que las maniobras de los profesionales persistieron hasta lograr que el bebé lograra posicionarse con la cabeza hacia abajo (o hacia el canal de parto). En todos los casos, los profesionales (obstetras, enfermeros, parteras/os, cirujanos, anestésistas, etc.) aparecen gestionando el proceso y manteniendo el control de este, a lo sumo, informan a la parturienta de lo que ocurre o ya ha ocurrido. Mariana es quien dispone su cuerpo para que sea palpado, manipulado, transportado, conectado a vías externas, etc., ejecutando paciente y obedientemente las órdenes, en el momento en el que los profesionales se lo indican. Su tercer parto es también indicativo de algunos elementos del modelo humanístico (las indicaciones de esperar la dilatación caminando, la pelota de pilates, la enfermera ayudando a utilizarla para relajar la espalda, etc.) aunque luego de lograr avances significativos (dilatación), los dos hombres (partero y obstetra) que estaban a cargo del proceso decidieron aplicarle un fármaco para acelerar el proceso. Durante su último parto, cuyo embarazo transcurrió en el marco del taller de yoga prenatal, no hubo ningún elemento que Mariana haya indicado relativo al uso de prácticas o saberes aprendidos o transmitidos en el taller. En este caso, parece más bien que el taller estuvo limitado al acompañamiento durante el embarazo exclusivamente.

El testimonio de Carla que sigue a continuación se ubica en la misma línea de los partos “naturales” relatados por Mariana, en cuanto reflejan la intervención explícita y la conducción del proceso por parte de los profesionales. El momento del parto resignifica las intervenciones sobre el cuerpo de la mujer para acelerar el proceso (como por ejemplo la rotura manual de la bolsa) como “normales”.

*"Y bueno, me prepararon, vino el anestesista también, por las dudas. La partera me dijo que inhale profundo, bien profundo, y que cuando exhale tenía que pujar. Hice eso y te juro que nunca había sentido algo así, fue como hacer toda la fuerza del mundo. Ella seguía diciéndome cada 2 minutos que hiciera lo mismo, pero con más fuerza. Ah, me olvidé de decirte también, que la bolsa con el líquido me la rompieron manualmente, yo estaba lista para parir, pero eso lo hicieron ellos, me dijeron que era normal, así que tampoco me preocupé. En ese momento la verdad que lo único que tenía en la cabeza era que quería que ese momento terminara, sentía mucho dolor. Pero un dolor que nunca había sentido, y que creo que es un dolor único... es un momento único... me emociona" (Carla, 25 años, madre primeriza. Entrevista postparto, 4 de mayo de 2018).*

La figura del dolor corporal, al igual que el segundo parto de Mariana, también se hace central para Carla y para Camila, cuyo testimonio sigue a continuación. Sin embargo, ninguna de las prácticas del modelo holístico se hace presentes o compiten por el protagonismo de otras técnicas o herramientas del modelo tecnocrático. En este caso, la parturienta, acude a (y solicita explícitamente) soluciones del modelo tecnocrático (óvulos para controlar el dolor de las contracciones):

*"[...] entonces ahí les pedí el tema de los óvulos que te conté antes, viste... así que bueno, vino la partera, con una de las enfermeras, un amor también, y me los aplicaron... ahí yo empecé a sentir cómo el dolor y la molestia iban bajando, pero de una forma bastante natural. No sé si me explico, pero no fue que sentí que dejé de hacer el trabajo yo, o que mi cuerpo dejó de reaccionar a lo que me estaba pasando, que era que iba a parir, sino que lo sentí como un alivio, una ayuda... algo que me sacó un poco de carga de nervios y ansiedad que tenía en ese momento" (Camila, 24 años, madre primeriza. Entrevista 17 de mayo de 2018).*

Los profesionales y los protocolos médicos son de este modo, las figuras centrales de los partos, a través de la aplicación de anestésicos, epidurales, fármacos para la dilatación o la aceleración del parto, la rotura de la bolsa, pero, sobre todo, el control visual y procedimental del parto. Como sostienen Laplacet y Vignau (2010), la medicalización es este proceso de apropiación creciente por parte de determinados actores sociales (equipos médicos en las

instituciones sanitarias contemporáneas) de las decisiones de los sujetos que conciernen su salud o sus cuerpos tratados en instituciones médicas. La medicalización aparece como aspecto relevante durante los partos, no sólo en la forma de una imposición del modelo tecnocrático sobre el cuerpo de la mujer (informada o no de ello), sino también en la forma de una solicitud de la misma mujer de acceder y utilizar sus instrumentos (anestésicos, antidoloríficos, etc.).

Al contrario, los médicos obstetras entrevistados plantean un escenario con un mayor protagonismo decisional para la mujer durante su parto, lo cual encontramos reflejado tal como veremos en el próximo apartado sólo en uno de los nueve casos estudiados. En palabras de dos obstetras:

*"En mi caso yo busco que mis pacientes tengan todo el conocimiento pertinente a la hora de parir, que ellas puedan decidir qué tipo de parto desean, es decir, si lo desean con intervención farmacológica o no. Es una realidad que nosotros nos hemos formado con la idea de que todos los partos deben ser con anestesia o con oxitocina que acelera la dilatación, y los centros privados están preparados para ello, pero también es cierto que los tiempos han ido cambiando y que hoy muchas mujeres deciden que no sea así. Muchas pacientes concurren con la inquietud de querer hacerlo "por ellas mismas", es decir, que tal vez han tenido otros partos en donde no se sintieron partícipes o sintieron que no hicieron nada en ese momento. Y por ello buscan que las intervenciones sobre los partos sean los menos invasivas posible [...]"* (Javier, obstetra en el Hospital Alemán. Entrevista, 17 de agosto de 2018).

*"Yo aliento a mis pacientes a no utilizar epidural u oxitocina a menos que sea sumamente necesario, he hecho varias formaciones de parto respetado, que se enmarcan bajo la ley, e intento que así se mantenga o sea un deseo de mis pacientes. Sin embargo, existen casos donde la mujer en trabajo de parto solicita la medicación, y allí es una decisión de ella. En mi caso, si ella me lo llega a pedir a mí o mientras yo estoy presente, le explico bien cuál es el efecto y los síntomas, me parece importante hacer esto porque luego de muchos años de llevar a cabo esta práctica, he notado que, tanto en las instalaciones privadas como públicas, no se les explica a las mujeres sobre ello. Y para mí, esa es una forma también de violencia"* (Marcela, obstetra con consultorio privado. Entrevista, 9 de agosto de 2018).

En Argentina, con la sanción de la Ley de Parto Respetado, las posiciones frente a las intervenciones durante los partos y la violencia obstétrica han adquirido una mayor visibilización y vigilancia. Sin embargo, Alfaro Barbosa (2015: 5) señala que, si bien la emergencia del parto humanizado y la lucha contra la medicalización de la salud materna revitaliza el papel de la mujer ante las decisiones que se toman sobre su cuerpo, las

alternativas de atención “respetuosas” son pocas y costosas, lo que convierte a la práctica del parto humanizado en una práctica de clase.

Como vimos hasta aquí, lograr un "parto normal", o sin tantas “intervenciones médicas” como el fin de las estrategias de las mujeres de recurrir a prácticas encuadradas bajo el modelo holístico, quedaba limitado al parto por vía vaginal, aunque medicalizado. Cualquier alternativa a la medicalización se daba sólo con el permiso y el aval del profesional médico, y nunca por fuera de las prácticas o instituciones del modelo tecnocrático.

### **3.3. Julieta: la conjugación de los modelos tecnocrático y holístico**

El caso de Julieta muestra cómo durante su parto, ella echó mano a los instrumentos tanto de uno como de otro modelo, manteniendo su poder decisonal durante el proceso corporal y emocional. Más específicamente, buscó ganar y mantener el protagonismo de su parto frente a los profesionales de la clínica privada en la que parió:

*“Yo tuve a Gero en el MatterDei, (...) había conocido a la partera dos semanas antes de parir... viste que en general te dan el contacto de una partera que es de confianza de tu médico o médica, ahí en el hospital, y tenes una entrevista previa. (...) lo que hablamos fue lo mismo que yo siempre le había dicho a mi obstetra, que quería tener un parto natural, con la menor intervención médica posible... que quería tratar de parir sin anestesia, sin dilatación artificial (...) La partera que me atendió a mí me dijo que estaba bien por ella, que eso era decisión completamente mía, y que estaba muy al tanto de la Ley de Parto Respetado, no sólo ella, sino que también sabía que el hospital la respetaba (...) Cuando empecé con los dolores (...) empecé a respirar, inhalaba en tres veces, exhalaba en seis, lo mismo que hacía cuando no podía dormir porque la panza me molestaba, o porque me empezaba a poner ansiosa o nerviosa por el nacimiento. (...) había momentos en los que los dolores se hacían menos fuertes, a veces más fuertes, por eso siempre traté de mantener la respiración profunda de forma constante (...) lo único que hacía era respirar muy profundo. Fue algo que no había sentido con mi otro parto, para mí fue nuevo... y creo que eso está bien, porque como cada bebé o cada persona es distinta, pasa lo mismo con los partos, con las contracciones, cada uno es distinto. (...) Eso es algo que aprendí en las clases, también, porque todas las chicas tenían o habían tenido una experiencia distinta. (...) me acordaba de esas cosas, me acordaba de cómo nos habían dicho que teníamos que estar en el momento del parto, y me calmaba. Creo también que lo viví así porque fue mi segundo embarazo. Con el primero yo estaba mucho más miedosa (...) Y creo que esa confianza también me la dieron las clases de yoga, el poder preguntar, el poder ponerme más firme. Como yo ya sabía cómo era, me sentía más segura de decir, quiero esto, o esto no lo quiero, o esto me incomoda, o demás. Creo que eso como un empoderamiento que te da la experiencia, viste... yo cuando iba a las clases de yoga decía, yo vengo acá porque necesito*

tener el control de mi cuerpo, ser más consciente de lo que me está pasando cuando estoy pariendo. Porque con Palo yo sentí que me dieron una inyección, después de mil horas de pasarla muy mal, con dolor y demás, y listo, no hice nada, pujé tres veces y salió. Eso era lo que yo no quería que me pasara en mi segundo parto. Yo quería sentir que había sido yo la que había hecho todo. Cuando llegué, bueno, nos anunciamos en el mostrador (...) Como yo estaba muy incómoda, me pidieron que me sienta en una silla de ruedas, mientras esperaba que Juan hiciera todos los trámites de ingreso y demás (...) La habitación era enorme, además tenía como una antesala, donde se supone que se pueden sentar las visitas creo. Había también mesas con jarrones y eso, por si te traen flores. Yo la sentía enorme la habitación, ja ja ja. El baño era re amplio, y muy cómodo, tenía además una bañera redonda, enorme, que yo pensé que podía usar. De hecho, le pregunté a la enfermera y ella me dijo que eso lo tenía que consultar con la partera. (...) Me acomodé tranquila, me cambié [La partera] me tomó las contracciones, me dijo que todavía no eran tan seguidas. (...) me pidió que me acueste, me palpó la dilatación, y me confirmó que sí, que ya no había saco, pero que todavía estaba en un 3 de dilatación, para poder empezar a parir necesitaba estar en 8 más o menos. Así que me dijo que me relajara, que estuviera tranquila (...) me prepararon bañera, y yo me metí, estaba hermosa el agua, re templadita. (...) Ahí me quedé un buen rato, como una hora, escuchando música, me estaba relajando. La verdad que sentí que los dolores eran menos, me sentía cómoda ahí. También cuando me estaba bañando llegó mi obstetra (...) Me explicó que iba a hablar con el anestesista, yo ahí lo miré con una cara... porque le había dicho varias veces que no quería la epidural. Pero bueno, me dijo que de todas formas era parte del protocolo y que el anestesista tenía que estar, por cualquier cosa. (...) me volví a acostar en la camilla, y esperé. Ahí me empezaron las contracciones fuertes (...) llegó mi obstetra para revisarme. (...) Me aclaró que siempre estaba abierta la posibilidad de la epidural, y la anestesia. Yo me la estaba bancando bien, entonces le dije que por el momento no quería nada de eso. Me dijo que ya tenía 6 de dilatación, así que en cualquier momento empezaba el parto en sí, o sea pujar, y demás. Ya en ese momento me habían empezado a agarrar nervios. Yo seguía con la respiración... además, porque me quería preparar para el parto, también, viste... también me puse a hacer arriba de la cama apertura de caderas, me movía de un lado a otro, lo que me dejaba el cuerpo, y la panza, sobre todo, ja ja ja. (...) No te puedo explicar el dolor, eh, es como un dolor que tenes que ir al baño sí o sí pero no pasa nada, no sale nada, ja ja, es muy incómodo. Me revisaron otra vez, y ahí sí, me dijo que ya estaba en 9. [Yo] estaba sorprendida porque si bien me dolía, no me sentí en ningún momento que necesité dilatación, ni oxitocina, ni nada de eso. (...) esperamos unos minutos más, como 10 o 15 minutos más, a que se prepara todo en la habitación. Vino la partera, y una enfermera y un enfermero, y me dijeron que el anestesista estaba preparado, pero que se iba a quedar en la antesala para no meterme presión. Eso me gustó porque sentí que respetaron lo que yo quería en ese momento, que era intentar parir sin nada, parir yo misma. (...) Entonces bueno, cuando ya estuvimos todos listos, me dijo que era momento de pujar. La partera me dijo que inhale profundo, bien profundo, y que cuando exhale tenía que pujar. (...) empecé a sentir un ardor horrible, me ardía muchísimo. Pujé algunas veces más y como no me aguanté el dolor tuve que pedir que viniera el anestesista, que me pusiera la epidural. Yo quería que ese momento termine de una vez. (...) Me puso la inyección, y una vez que hizo efecto, que en realidad son re pocos segundos, seguí pujando como me decía la partera. Y después de unos minutos, ponele que habrán sido 20 minutos como mucho, escucho a la partera que me dice, ya está, ya salió, nació y está perfecto. (...) creo que haber hecho yoga

*me ayudó en este parto a eso, a ser más consciente de lo que estaba pasando en mi cuerpo en ese momento”* (Julieta, 30 años, madre de dos hijos. Entrevista 25 de junio de 2018).

A partir de la reconstrucción que hace Julieta sobre su propio parto, podemos dar cuenta que la conjugación de ambos modelos, de sus técnicas, prácticas y saberes. En primer lugar, la gestión del miedo, el nerviosismo y el dolor están muy ligados al uso de herramientas del modelo holístico, con preponderancia del control de la respiración, pero también solicitando el uso de la bañera para atenuar el dolor con la inmersión en agua templada. Sólo en el momento en que esas herramientas ya no pueden responder al nivel de dolor que soporta su cuerpo, pide la intervención del anestesista y entra en juego el modelo tecnocrático para lograr llevar a término el proceso del nacimiento. En segundo lugar, la dilatación del cuello del útero sucede de manera espontánea, sin aplicación de fármacos y mediante ejercicios físicos realizados en el taller de yoga, como la apertura de caderas que menciona. Por último, el testimonio muestra cómo el proceso del parto está en gran medida protagonizado por la mujer, que se siente empoderada tanto por el conocimiento de la Ley a la que hace referencia al inicio del fragmento, como por la “conciencia” de lo que está pasando en su cuerpo a través del aprendizaje realizado en el contexto del grupo de mujeres de yoga prenatal; en efecto, recuerda lo dicho y lo discutido con las otras embarazadas del grupo y lo utiliza para tranquilizarse y poder atravesar el proceso de manera “consciente”, gestionando su propia emocionalidad. Sin embargo, la conducción del proceso sigue a cargo de los profesionales del modelo tecnocrático, en particular de la partera que es quien ordena cuándo pujar y a través de quien Julieta “escucha” que su hijo “salió”, que nació. No es menor la intervención del anestesista, preparado para aplicar la anestesia desde el inicio del parto. Nótese que la oferta de gestionar el dolor a partir de las herramientas del modelo tecnocrático está siempre presente, desde el inicio del proceso, aunque sólo es aceptada en el último tramo del parto, cuando ya no bastaban las herramientas del modelo holístico para continuar.

El caso de Julieta muestra que la búsqueda de herramientas de resistencia y de empoderamiento frente a la medicalización del parto puede culminar en un resultado positivo respecto a las expectativas de las mujeres de tener un “parto natural”, en sus palabras “con la menor intervención posible”. No obstante, es menester señalar que no es menor el rol que en la concreción de esta posibilidad cumple la institución sanitaria, la cual debe poder garantizar determinadas comodidades (la bañera, la habitación grande que permita la posibilidad de parir allí) y la escucha atenta de la voluntad o los deseos de la parturienta. Esto remite a la cuestión

de la desigualdad en términos de acceso a este tipo de atención médica en clínicas privadas de alto costo (es posible atenderse en la clínica MatterDei sólo con los planes superiores de las prepagas más costosas). Los espacios que permiten conjugar prácticas del modelo holístico y humanístico con prácticas del modelo tecnocrático dentro de las instituciones públicas son casi inexistentes, contando como excepción la Maternidad Estela de Carlotto, situada en Moreno, con lo cual también plantea la posibilidad del acceso en términos de logística para una parturienta.

La Ley de Parto Respetado y la búsqueda de un empoderamiento por parte de las mujeres obligan a las instituciones sanitarias a adaptarse a estas nuevas disposiciones de las mujeres, para no perder completamente el control de los cuerpos gestantes. En este sentido uno de los obstetras entrevistados señala:

*"Hoy en día ya no es una cuestión obligatoria que el parto sea inducido por medicación, como la epidural o la oxitocina inyectable, hoy en día muchas mujeres prefieren que los partos sean sin intervención farmacológica, o, en caso de que se decida la intervención farmacológica, se utilizan métodos de goteo, inducción del parto o dilatación, que son más lentos"* (Miguel, obstetra en el Hospital Italiano y con consultorio privado, 10 de julio de 2018).

En síntesis, el caso de Julieta muestra que el taller de yoga prenatal y la clínica privada se conectaban y se complementaban en el control del cuerpo y las emociones en el momento del parto. En otras palabras, no se trata de un rechazo definitivo sobre los modos en los cuales el control del modelo tecnocrático se hace carne sobre los cuerpos, sino del cuestionamiento de algunas de las prácticas, especialmente las ligadas a la intervención farmacológica en el momento del parto para acelerar el proceso, con la cesárea como ápice del control y la intervención. Sin embargo, a través de este caso se puso en evidencia que otros saberes y prácticas se hacían un lugar en el proceso médico y podían disputar el espacio del modelo tecnocrático dentro de la clínica. De esta manera se verifica que, como sostiene Saizar (2015), saberes y prácticas alternativos acerca de la salud y la enfermedad disputan un espacio ya no en el ámbito circunscripto de la vida privada, sino que dicha disputa se ha trasladado al ámbito de las instituciones.

### 3.4. Resumen del capítulo

En este capítulo termina el recorrido que comenzamos en el taller de yoga prenatal y que, pasando por los consultorios de obstetras y parteras, finalizamos en las salas de parto a través de la reconstrucción realizada por las mujeres en entrevistas posteriores al mismo. A través de este recorrido, terminamos de dar cuenta el modo en que se hizo efectivo el disciplinamiento de los cuerpos en lo que concierne la gestación y el parto. La aceptación y naturalización de las intervenciones durante el parto aparecía como resultado del ejercicio del control sistemático y rutinario de los cuerpos durante el embarazo que termina, de esta manera, por fabricar “cuerpos dóciles” (Foucault, 1976).

Los modelos pueden conjugarse y complementarse confirmando la posibilidad de empoderamiento desde la perspectiva de las mujeres, pero sin perder el control y manteniendo el disciplinamiento y la gestión de los cuerpos en el marco de las instituciones sanitarias regidas por el modelo tecnocrático. El grupo de mujeres bajo estudio sintieron la necesidad y buscaron un espacio que les brindara una atención más integral (incluyendo los aspectos emocionales y sociales) durante sus embarazos, como el taller de yoga prenatal, donde socializaban sus estados emocionales y trabajaban su empoderamiento frente al parto tecnocrático. De esta manera, llegado el momento tan esperado del parto, las mujeres habían construido y consolidado la expectativa de tener “un parto natural”, “con la menor intervención posible”, aunque en el marco de instituciones sanitarias cuyas prácticas y protocolos respondiesen al modelo tecnocrático. En este sentido, Bellón Sánchez (2015) sostiene:

“Las mujeres se prepararon para los partos a través de idealizaciones sociales que son depositadas en ellas, mientras que la perspectiva de fracaso de éstas les genera un gran peso. El ideal del “parto natural” se ha usado como una estrategia retórica del éxito [...] sobre el parto para responder y criticar al predominante modelo biomédico o tecnocrático del cuerpo embarazado o del parto como inherentemente problemático y potencialmente peligroso para el feto” (2015: 106).

Con lo expuesto en este capítulo, pudimos dar cuenta cómo los modelos de atención a la salud holístico y tecnocrático que habíamos visto complementarse ya durante el seguimiento del embarazo, se jerarquizan en el momento del parto, con un rol dominante del modelo tecnocrático para la casi totalidad de los partos del grupo de mujeres estudiadas, exceptuando

el caso de Julieta. A continuación, sintetizaremos los principales argumentos de este trabajo y finalizaremos con algunas discusiones conceptuales, persiguiendo más la idea de abrir nuevas preguntas que de brindar respuestas concluyentes o definitivas.

## CONCLUSIONES

Esta investigación puso en evidencia cómo y hasta qué punto, un grupo de mujeres practicantes de yoga prenatal podían conjugar y complementar las prácticas y los resultados de dos modelos de atención a la salud contrastantes, tanto durante el seguimiento del embarazo como durante el parto, no pensables por fuera del modelo tecnocrático, pero tampoco sin el espacio social y las prácticas del yoga del centro holístico.

Al comienzo de este trabajo, encontré que, especialmente a nivel discursivo, las mujeres se oponían de manera tajante a las prácticas del modelo tecnocrático. Ideas que eran compartidas y fomentadas por las instructoras de yoga y de otros talleres organizados por el centro holístico donde realicé mi trabajo de campo.

En un segundo momento, a medida que avancé en el trabajo del campo, conocí las clínicas privadas donde las mujeres realizaban el seguimiento de sus embarazos y donde planificaban tener sus partos, y entrevisté los profesionales (tanto obstetras como parteras) con quienes las mujeres se atendían, como resultado de lo cual, la oposición inicial se diluyó. En efecto, las prácticas de ambos modelos aparecían conjugadas en las vidas cotidianas de las embarazadas: las mujeres controlaban sus ansiedades, dolores o malestares corporales con el yoga, pero se realizaban ecografías o hacían analizar sus fluidos corporales en un laboratorio cada mes; buscaban socializar cuestiones del desarrollo del embarazo y encontrar contención en el grupo de yoga, al mismo tiempo que solicitaban la aprobación del médico ante cualquier cambio en sus rutinas (por ejemplo, cambios en la dieta alimenticia, en el tipo de ejercitación física, etc.). Así, el trabajo de campo puso en cuestión lo que a simple vista podía observarse como un conjunto de movimientos y posturas corporales realizados por mujeres embarazadas, abriendo la interrogación en torno al sentido de actividades vinculadas al autoconocimiento corporal y emocional en el contexto de un embarazo y un parto cuyo seguimiento se realizaba en instituciones sanitarias privadas, accesibles sólo a través de prepagas de alto costo. Por su parte, ningún profesional médico era contrario a la práctica de yoga ni la contraindicaba.

En un tercer momento, a partir de los resultados que arrojaron las entrevistas postparto de las mujeres (que constituyeron el cierre del campo y la finalización de la presente investigación), quedó en evidencia que, en el momento emblemático del parto, el “modelo tecnocrático” terminó por imponerse sobre los cuerpos de las embarazadas, conduciendo y

controlando el proceso a través de sus dispositivos tecnocientíficos, esto es, a través del conjunto de aparatos, prácticas y técnicas que se pusieron en juego durante los partos.

En este sentido, Davis-Floyd (2009: 62) sostiene que la institucionalización de los partos bajo el modelo tecnocrático permite echar luz sobre su estandarización, como resultado de la necesidad de controlar la naturaleza que emerge de manera dominante a partir de la modernidad y se profundiza cuando la biomedicina se convierte en la manera hegemónica de atender a la salud de las personas. Esto produjo prácticas de parto relativamente uniformes e interculturales. En otras palabras, las diferencias en las tradiciones culturales con respecto al momento del parto se fueron perdiendo como resultado de la atención altamente estandarizada y mediada por la tecnología que comenzó a centralizarse en los hospitales, primero bajo el control del Estado y luego también bajo el control de corporaciones o grupo económicos (clínicas y sanatorios privados). En el marco de este proceso de estandarización de los partos en las instituciones sanitarias que impone la concepción del cuerpo-como-máquina, el cuerpo de las parturientas pasa a ser tratado y concebido como una máquina defectuosa (Davis-Floyd, 2009). Este modo dominante de pensar la práctica de la obstetricia acompañó la subordinación de las parteras-mujeres a los médicos-hombres en atención y conducción de los partos de las mujeres. De esta manera, el sistema reproductivo de la mujer pasó a ser tratado como una “máquina de parir”, cuyo éxito quedaba garantizado por la experticia de técnicos y la eficiencia de las tecnologías y podía medirse concretamente por la disminución del riesgo de muerte o de lesiones graves en el momento del parto tanto de los neonatos como de las madres.

Como hemos reconstruido en el primer capítulo, la pertenencia de las mujeres a un estrato socioeconómico medio les permitió transitar su embarazo realizando yoga prenatal en un centro holístico privado y acudiendo al universo social de la atención médica privada. Las principales motivaciones que las condujeron a la práctica de yoga prenatal se centraban en la búsqueda de una preparación emocional y corporal, que les permitiera lograr un parto con la menor intervención médica posible (especialmente, en el plano farmacológico) y estado de mayor “conciencia”, es decir, un mayor protagonismo de la mujer, tanto en el plano corporal como en las decisiones a tomar durante el proceso.

Las reconstrucciones de los partos que nos brindaron las mujeres y las que surgieron de las entrevistas a los profesionales que las atendieron, pusieron en evidencia prácticas altamente simbólicas que reposicionaban a la parturienta como enferma, doliente,

emocionalmente desbordada y dependiente de la seguridad y las garantías de éxito que la institución sanitaria materializa. Por ejemplo, el transporte en silla de ruedas al ingresar a la institución, la imposición de los goteos intravenosos como “cordones umbilicales” que las mantienen unidas al dispositivo tecnomédico, la práctica de técnicas corporales para acelerar el proceso del parto. En este sentido, Davis-Floyd (2009) sostiene que:

"Para que sea lo más efectivo posible, un ritual se concentra en enviar un conjunto básico de mensajes, repitiéndolo una y otra vez bajo formas diferentes. El parto hospitalario tiene lugar en una serie de prácticas rituales, muchas de las cuales transmiten el mismo mensaje de maneras distintas. La bata de hospital abierta y que deja al descubierto parte del cuerpo, el brazalete de identificación, el fluido intravenoso, la cama en la que la colocan... todos transmiten a la parturienta la idea de que depende de la institución” (2009: 63).

Siguiendo esta propuesta analítica, la presente investigación puso en evidencia cómo las consultas médicas mensuales y la reiteración de exámenes corporales, de laboratorio y de ultrasonido, se constituyeron como una ritualización necesaria, a los fines de preparar la subjetividad de la parturienta para subordinarse a las prácticas del modelo tecnocrático en el momento del parto. En efecto, en el segundo capítulo describí cómo procedían las consultas médicas, tomando un caso como ejemplo ilustrativo, y con qué frecuencia las embarazadas se realizaban estos controles. Así mismo, con la problematización de la gestión del dolor y del riesgo, se puso en evidencia cómo estos aspectos se presentaban como un punto de encuentro de modelos de atención a la salud contrapuestos en sus principios y en sus prácticas. La gestión del dolor toma relevancia, siguiendo a Citro (2009: 75), como forma en que el cuerpo “se hace presente”. Contrariamente al placer, que conlleva sensaciones más difusas o genéricas, la manera en que el dolor se hace presente implica un registro más consciente de las sensaciones involucradas. En este contexto, las prácticas de yoga prenatal apuntaban a trabajar la gestión del dolor desde un mayor nivel de conciencia, involucrando las dimensiones psico-emocionales de las mujeres, de manera tal que eran concebidas y utilizadas por ellas como modos de atención y cuidado de la salud que sobrepasaban lo estrictamente físico-corporal (en el sentido en que lo entiende el modelo tecnocrático) y que, por ello, quedaban fuera de la órbita de interés de dicho modelo. En otras palabras, desde la perspectiva de las mujeres que esta investigación toma por objeto, la práctica de yoga prenatal no implica simplemente un trabajo sobre el cuerpo, especialmente, sobre los cambios que éste padece durante el embarazo, sino que incluye una aceptación emocional, afectiva y mental de

dichos cambios. Por ello, la práctica de yoga se vuelve una herramienta no sólo para que aliviar los dolores del cuerpo, sino también, para descomprimir tensiones emocionales que no pueden compartir o abordar en otros ámbitos de sus vidas, como con amigas, porque no todas han pasado por la experiencia del embarazo, ni con otras mujeres de la familia (como madres, tías o abuelas), ya que sostienen que la diferencia generacional es muy grande y la perspectiva en torno al embarazo y al parto (en particular respecto al acceso a la información y el empoderamiento de las mujeres), se han visto significativamente modificadas.

Davis-Floyd (2009) sostiene que la biomedicina en sí misma es un sistema extremadamente etnocéntrico y relativamente cerrado, esto quiere decir que los profesionales que encarnan dicho sistema tienden a incorporar sólo el tipo de información nueva que encuadra en su sistema de conocimiento preexistente. En este sentido, las prácticas de yoga prenatal son avaladas por los médicos en tanto no impidan, obstaculicen o sustituyan aquellas inscriptas en el modelo tecnocrático. En efecto, tal como se mostró en el tercer capítulo, las embarazadas transitan (en todos los casos) un proceso de parto “medicalizado” en el contexto de clínicas privadas, del cual logran recortar pequeños espacios de autonomía que varía de caso a caso (desde la subordinación completa al modelo tecnocrático en el caso de la cesárea programada de Mariana, hasta la conjugación más lograda de los diferentes modelos en el caso del parto de Julieta). Siguiendo a Menéndez (1992), la medicalización de los partos no implicaría solamente la dimensión de las prácticas, sino también la de las ideologías de los profesionales de la salud que interactúan en el parto, acentuando las funciones preventivas, de control y de normativización de las instituciones sanitarias contemporáneas. Esto habilita la pregunta por la aceptación del control, la estandarización y la normativización del parto por parte de las propias embarazadas. Profundizaremos este aspecto en el próximo y último apartado de este trabajo.

### *Fabricando cuerpos dóciles*

El concepto de biopoder (Rabinow y Rose, 2013) remite a las intervenciones sobre las características vitales de la existencia humana, es decir, a “las características de los seres humanos como criaturas vivientes que nacen, maduran, habitan un cuerpo que puede ejercitarse y modificarse, y luego enfermar y morir, y las características vitales de las colectividades o poblaciones compuestas por tales seres vivos” (2013: 310).

De acuerdo con los resultados de esta investigación, proponemos que el seguimiento “ritualizado” del embarazo bajo el modelo tecnocrático, en la forma de las consultas y los exámenes médicos sistemáticamente calendarizados, fundado en la gestión del dolor y del riesgo (para la madre y para su hijo/a), se constituye como un “disciplinamiento” del cuerpo y de la subjetividad gestante. De esta manera, se prepara a la mujer embarazada para aceptar las ideologías, técnicas, prácticas y sentidos que se juegan en el momento del parto. El disciplinamiento implica, no sólo o no simplemente, que el cuerpo se mueva, se posicione, se disponga como se desea en dicho momento, sino también que se adecue a “las técnicas, según la rapidez y la eficiencia que se determina. La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos dóciles” (Foucault, 1976; 160). Los cuerpos gestantes van adoptando y adaptándose a lo largo del seguimiento del embarazo, a los gestos, las actitudes y las disposiciones que el modelo tecnocrático espera, prevé o considera deseables.

La eficacia de los rituales de las consultas médicas, bajo estricto y sistemático control del modelo tecnocrático, termina construyendo cuerpos dóciles que quedan atrapados en las mallas de los dispositivos hospitalarios, desde donde se le imponen “coacciones, interdicciones u obligaciones” (Foucault, 1976: 158-159). De esta forma, al llegar el momento del parto, las instituciones sanitarias terminan por imponer sus propias reglas y protocolos frente a los deseos y las expectativas originales de las mujeres en la casi totalidad de los casos estudiados. Los partos se desarrollaron materializando los “discursos verdaderos” de la medicina en las decisiones de las “autoridades competentes” que los sostuvieron, por un lado, y en la intervención estandarizada de los cuerpos gestantes, “en nombre de la vida y la salud”, individual y/o colectiva, por otro (Rabinow y Rose, 2013). Esto es, en definitiva, una biopolítica de los embarazos y los partos y un biopoder que condujo a las mujeres hacia la búsqueda tanto de garantías institucionales y tecnocientíficas para asegurar el éxito del parto (las clínicas privadas regidas por un modelo tecnocrático de atención a la salud), como de estrategias y herramientas de resistencia a las prácticas que estas instituciones despliegan para lograr este objetivo (el taller de yoga prenatal en un centro holístico).

Siguiendo a Rabinow y Rose (2013: 310), la biopolítica abarca todas las estrategias específicas y las impugnaciones a las problemáticas de la vida humana colectiva, la morbilidad y la mortalidad, a las formas de conocimiento, regímenes de autoridad y prácticas de intervención que son deseables, legítimas y eficaces. Para las embarazadas bajo estudio, las lógicas del control biomédico se vuelven tan eficaces que les dejan un margen limitado para la acción, aunque no por acotado será menos aprovechado por las mujeres, en algunos casos con

más éxito que en otros, como herramienta de empoderamiento y resistencia desde el interior mismo del “modelo médico hegemónico” (Menéndez, 1983, 1985 y 1988). Las técnicas de control durante la gestación fundadas en la gestión del riesgo, la rapidez que implica una cirugía como la cesárea (entre 15 y 20 minutos), o la utilización de fármacos para acelerar el proceso de parto, determinaron la eficiencia del sistema y condujeron a las nueve mujeres a un parto exitoso en los términos del modelo. Pero fue también desde las habitaciones lujosas y desde las salas de parto altamente tecnologizadas de las clínicas privadas, que las mujeres pusieron en acto las prácticas –y la filosofía que las sustentan– del yoga prenatal, introduciendo rasgos del modelo holístico en el corazón mismo del modelo tecnocrático de atención a la salud. A través de la gestión del propio cuerpo y de la propia emocionalidad, las mujeres buscaron hacer un lugar a las prácticas holísticas en las instituciones sanitarias privadas regidas por un modelo médico que rechaza dichas prácticas más desde sus principios y concepciones, que desde sus aspectos técnico-corporales. Este fenómeno observado en el campo es registrado por la literatura especializada, por ejemplo, Saizar (2014) quien analiza la inscripción de las medicinas no convencionales en ámbitos biomédicos, destacando la inestabilidad y flexibilidad con que estos cruces de lógicas, saberes e identidades pueden negociarse y materializarse en experiencias concretas.

### *Hacia nuevos interrogantes*

En este último apartado se explicitarán los interrogantes que esta investigación abrió y que pueden abonar un punto de partida fundado para futuros trabajos. Siguiendo la perspectiva de Menéndez (1992), se puede afirmar que la expansión del modelo médico hegemónico se basa en la concentración monopólica de la administración no sólo de la salud/enfermedad, la vida/muerte, sino también de la gestión y evaluación de los “riesgos” de que los procesos vitales (como los nacimientos en el caso que nos atañe) no sean exitosos. La indagación que aquí resulta necesario profundizar concierne el concepto de riesgo como categoría nativa, es decir, qué sentidos se ligan a y cómo se concibe el riesgo obstétrico y del nacimiento para los profesionales médicos y para las mujeres embarazadas.

Por otra parte, si, como sostiene Rose (2012), la medicina ahora es una “tecnomedicina”, es decir, un conjunto de conocimientos altamente dependiente de los equipamientos tecnológicos, se desprende la pregunta por el rol específico de las máquinas y las tecnologías en el dispositivo de disciplinamiento de los cuerpos gestantes, tal como lo

hemos descrito en este trabajo. Por ejemplo, en la práctica obstétrica del monitoreo fetal semipermanente en el momento del parto, para lo cual, el cuerpo de la mujer debe estar conectado a una máquina que amplifica los latidos del corazón del feto y controla el tipo y la cantidad de contracciones. Tecnologías como éstas, colaboran en la estandarización del desarrollo del parto, el cual se conduce de una u otra manera según un número determinado de contracciones de un cierto tipo o un número de latidos cardíacos, contabilizados por la máquina.

Los resultados de este trabajo confirman la tendencia del proceso de pérdida de control por parte de las mujeres del evento del parto (Magnone Alemán; 2013: 86), el cual resulta apropiado por las instituciones sanitarias desde su temporalidad hasta las técnicas y prácticas puestos en juego. Sin embargo, estas mujeres han dado cuenta de la búsqueda de herramientas que consideren y vinculen los aspectos emocionales, sociales y corporales del parto, poniendo énfasis no tanto en el éxito de este, sino en la experiencia femenina del dar a luz. En este sentido, la pregunta que también surge de la investigación concierne la injerencia de los movimientos globales de reivindicación feminista específicamente en el ámbito médico-hospitalario durante el desarrollo del parto. Es decir, se plantea el interrogante por la relación con los procesos globales de empoderamiento femenino, visibilización y denuncias de diferentes tipos de violencias hacia las mujeres y deseos de cambio de las posiciones de subordinación social.

Para finalizar, quisiera retomar el aporte de Montes Muñoz (2007), quien nos invita a pensar que las mujeres,

“con las prácticas de control sobre sus cuerpos, han aprendido a leerlos, y, por ende, los han culturizado, junto con sus prácticas de matinar. De este modo, la necesidad de recuperar los saberes ‘tradicionales’ para el ejercicio de la propia autonomía del cuerpo y salud surgió ya hace décadas desde el movimiento de mujeres y el feminismo, como forma de hacer frente a la medicalización y el poder de definición y control del sistema médico sobre sus propios procesos reproductivos” (2007: 258).

En otras palabras, la experiencia de las mujeres de esta investigación abona el interrogante por la construcción de nuevas formas de agencia, es decir al desarrollo de

capacidades para la acción<sup>8</sup> posibilitadas por relaciones de subordinación social e históricamente sedimentadas.

---

<sup>8</sup> Para una reelaboración del concepto de agencia a partir del estudio de un grupo de mujeres-madres, véase Kunin (2018).

## BIBLIOGRAFÍA

Alfaro Barbosa, A. C. (2015) *Parto Humanizado, ¿atención no hegemónica en salud materna?* San José de Costa Rica: ALAS 2015.

Arnau Sanchez, J. (2012) *Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia.* Madrid: AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana.

Bellon Sanchez, S. (2015) *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica.* Madrid: Revista Dilemata.

Canevari Bledel, C. (2011) *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública.* Santiago del Estero: Barco Edita.

Cardús i Font, L. (2015) *Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: una aproximación desde la antropología.* Madrid: Revista Dilemata.

Citro, S. (2009) *Cuerpos significantes: travesías de una etnografía dialéctica.* Buenos Aires: Editorial Biblos.

Da Matta, R. (1974) *El oficio del etnólogo o cómo tener “Anthropologiccal Blues”.* Rio de Janeiro: Comunicaciones de PPGAS.

Davis-Floyd, R. y G. Saint John. (2004) *Del médico al sanador.* Buenos Aires: Creavida.

Davis-Floyd, R. (2009) *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano.* Buenos Aires: Creavida.

Eliás, N. (1983) *Compromiso y distanciamiento.* Barcelona: Ediciones Península.

Federici, S. (2015) *Caliban y la bruja.* Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones.

Foucault, M. (1976) *Vigilar y castigar.* Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Jordá, D y Z. Bernal. (2010) *Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio.* La Habana: Revista Cubana de Salud Pública.

Kunin, J. (2018) *Prácticas de cuidado, mujeres y agencia en el interior rural de Buenos Aires.* Barcelona: Perifèria. Revista d'investigació i formació en Antropologia. Volúmen 23, Número 2.

Latour, B. (2005) *Reassembling the Social: an Introduction to Actor-Network-Theory.* Oxford: Clarendon.

Laplacette, G. y L. Vignau. (2010) *Medicalización de la salud*, en *Medicalización y Sociedad*. Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades. Buenos Aires: UNSAM Edita.

LeBreton, D. (1990) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión Argentina.

Ley Nacional N° 25.929. Parto Humanizado. Ley Nacional N° 25.929 De Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer, por parte del Senado de la Nación. Declaración sobre difusión del Parto Humanizado. Sanción: 25 de agosto de 2004. Promulgación: 17 de septiembre de 2004.

Lins Ribeiro, G. (1989) *Descotidianizar. Extrañamiento y consciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica*. Buenos Aires: Cuadernos de Antropología Social.

Lock, M. y V. Nguyen. (2010) *An Anthropologie of Biomedicine*. Nueva Jersey: Wiley-Blackwell.

Magnone Aleman, N. (2013) *Modelos contemporáneos de asistencia al parto: cuerpos respetados, mujeres que se potencian*. Buenos Aires: Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad.

Mead, M. (1985) *Educación y cultura en Nueva Guinea*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Menéndez, E. (1983) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud*. Cuaderno N9 86 de la Casa Chata, México.

Menéndez, E. (1985) *Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud*, en Cuadernos Médicos Sociales N° 33: 3-34, Rosario.

Menéndez, E. (1988) *Modelo Médico Hegemónico y atención primaria*. Buenos Aires: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Pp. 451-464.

Menéndez, E. (1992) *La Antropología Médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Moncó, B. (2009) *Maternidad ritualizada, un análisis desde la antropología de género*. Madrid: AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana.

Montes Muñoz, M. J. (2007) *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili.

Peirano, M. (2006) *A Antropologia at home*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Pozzio, M. (2013) *Una propuesta de “Parto Humanizado”, los discursos de los actores y el lugar (incómodo) de las mujeres médicas en el mismo*. Buenos Aires: VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social.

Rabinow, P. y N. Rose. (2013) *Biopoder hoy*. Río Gallegos: Espacios Nueva Serie.

Rose, N. (2012) *Políticas de la Vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: Editorial UNIPE.

Saizar, M.M. (2008) *Todo el mundo sabe. Difusión y apropiación de las técnicas del yoga en Buenos Aires (Argentina)*. Goiás: Revista Sociedade e Cultura.

Saizar, M.M. (2009) *Reflexiones acerca del ritual y la terapia en las prácticas del Yoga en el área Metropolitana (Argentina)*. Madrid: Espéculo, Revista de Estudios Literarios.

Saizar, M.M. (2014) *¿Hospitales New Age o terapias alternativas biomedicalizadas? Alcances y límites de la inserción de las terapias alternativas en Hospitales Generales de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina)*. El reencuentro de salud y espiritualidad: agencias, saberes y prácticas periféricas. XIII Congreso de Antropología de la FAAEE. Tarragona: Publicaciones URV.

Saizar, M.M y M. Bordes (2014) *Espiritualidad y otros motivos de elección de terapias alternativas en Buenos Aires (Argentina)*. Buenos Aires: Revista Mitológicas, Centro Argentino de Etnología Americana. Volumen XXIX, pp. 9-23.

Saizar, M.M. (2015) *De la censura a la complementariedad domesticada. Reflexiones en torno a los modos de vinculación de la biomedicina con otras medicinas*. En Políticas socio-sanitarias y Alternativas terapéuticas. Intersecciones bajo la lupa. Buenos Aires: Editorial Espacio.

Saizar, M.M. (2015) *Motivos de encuentro y desencuentro en la relación entre profesionales y usuarios del sistema de salud público en Argentina*. Trabajo Social 17: 95-112. Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.

## **ANEXO. Gráficos e imágenes**

GRÁFICO 1: Tasa de cesáreas a nivel mundial. Betran AP, Merialdi M, Lauer JA et coll. 2007. Rates of cesarean section: análisis of global and national estimates, *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007. 21:98-113

GRÁFICO 2: Comparación de la tasa de cesáreas en el sistema de salud público y el privado. SIP-G. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Subsecretaría de APS, Ministerio de Salud de la Nación.

IMAGEN 1: Titulares de prensa sobre el aumento de cesáreas en Latinoamérica.

IMAGEN 2: El salón preparado para la clase de yoga prenatal.