

FACULTAD DE PSICOLOGIA



Universidad Nacional de
Rosario Facultad de Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Los efectos psicológicos de la Violencia Obstétrica
y el rol del psicólogo desde una mirada
psicoanalítica

Autora: Micaela Yanina García

Legajo: G-5294/9

Docente Responsable: Isabel Jove

Modalidad: Ensayo

-2022-

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por el sostén inconmensurable durante mi trayectoria académica. Por brindarme los medios para que pueda estudiar.

A mis amistades por el apoyo incondicional.

A mi docente responsable y a las docentes del espacio T.I.F por el atento seguimiento y guía en mi proceso de escritura.

A la Universidad Pública por su excelencia académica y por su calidad hospitalaria durante años. Por ser un pilar fundamental en mi crecimiento y formación como profesional.

ÍNDICE

Resumen y palabras clave.....p.1

Introducción.....p.

2

Desarrollo

El advenimiento de una madre.....p.3 Una

experiencia subjetiva sobre el parto.....p.5 ¿Parto

humanizado o deshumanizado?: La importancia de la ley.....p.6 Violencia

Simbólica en la práctica obstétrica.....p.9

El rol del psicólogo en el dispositivo perinatal.....p.11

Reflexiones Finales.....p.14

Referencias

Bibliográficas.....p.15

RESUMEN

En el ensayo hemos abordado los efectos psicológicos que puede dejar la violencia obstétrica, destacando la importancia del rol del psicólogo en el dispositivo perinatal, desde una perspectiva psicoanalítica. Nuestro objetivo principal fue dar lugar al interrogante sobre cuáles son las consecuencias que puede dejar un parto deshumanizado para una mujer.

La premisa que sirvió y sostuvo este ensayo es que un parto deshumanizado, es traumático por violentar la experiencia en sí misma. Para ello, consideramos de interés incluir una experiencia en la que ha estado implicada la violencia obstétrica, dejando consecuencias negativas a nivel psicológico. Primero tomamos en cuenta los aportes de Freud, Winnicott y Lacan, acerca de la maternidad y su incidencia en salud mental. Proseguimos con el relato de Raquel Schallman acerca de sus partos. A su vez, consideramos de suma importancia mencionar lo fundamental que es poder contar con leyes que otorguen derechos a la mujer en el proceso de parto y es por eso que otorgamos gran importancia a estas leyes que sostienen el respeto por lo emocional y

subjetivo de la mujer a la hora del parto. Asimismo, profundizamos en el concepto de violencia obstétrica, que afecta de manera directa a la mujer y de forma indirecta a su núcleo cercano, por lo que se considera un problema de salud pública. Por último, realizamos un recorrido desde la perspectiva psicoanalítica sobre el rol del psicólogo/a ante dicha problemática en el dispositivo perinatal.

PALABRAS CLAVE: Maternidad- Sufrimiento Subjetivo- Violencia Obstétrica- Parto.

INTRODUCCIÓN

1

En el presente Trabajo Integrador Final nos hemos propuesto abordar en forma de ensayo, el área problemática: Violencia Obstétrica y Salud Mental para la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. Con la intención de poder recortar un tema de interés más específico, lo cual hemos decidido elegir articular la *violencia Obstétrica y el rol del psicólogo desde una perspectiva psicoanalítica*, considerando fundamental el acompañamiento psicológico a la madre durante todo el proceso que abarca el embarazo-parto-maternidad y teniendo en cuenta que, en las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar la parte fisiológica de dicho proceso. Estas prácticas se propician con el fin supuesto de mejorar los partos tanto para las mujeres como para los bebés. Pero un mal uso de dichos

procesos puede afectar de manera negativa la experiencia subjetiva del parto de una mujer.

Nuestro objetivo principal es abrir al interrogante acerca de cuáles son las consecuencias que puede dejar un parto deshumanizado para una mujer. Es por ello que a lo largo de todo el trabajo hemos ido desarrollando las siguientes categorías conceptuales: Ser mujer, Maternidad; Violencia obstétrica; y Parto Des-humanizado. Todo ello desde una perspectiva psicoanalítica, con la intención de reflexionar sobre los efectos psicológicos que puede dejar una experiencia de parto negativa traumática con caracteres negativo sobre una mujer, así como repensar el ejercicio profesional del psicólogo y cuál es la función de la psicología perinatal en todo ello. Además también vamos a dar cuenta de la importancia de las diferentes leyes que regulan y sostienen el derecho de las mujeres ante esta problemática dado que este no es un tema menor a tener en cuenta.

Es decir que en primer lugar tratamos de argumentar que implica el advenimiento de una madre desde el marco conceptual de la teoría psicoanalítica. En un segundo lugar utilizamos el relato de una experiencia subjetiva sobre el parto en la que se ha habido violencia obstétrica, lo que brinda un tono más cualitativo a la escritura del ensayo. Después abordamos específicamente el concepto de violencia obstétrica y las consecuencias psicológicas que puede ocasionar actos de mala praxis. Con esto, se trata de visibilizar los diferentes procesos que muchas veces resultan innecesarios y las formas de intervención que terminan siendo deshumanizadas y por tanto dan lugar a la violencia.

También nos resulta importante, como planteamos anteriormente, tomar las diferentes leyes en relación a los derechos humanos y la salud mental que tienen relevancia para la temática elegida y cómo de la lectura de las mismas se desprenden diferentes ideas que tienen impacto sobre las prácticas en el parto. Sacando a la luz que a pesar de las leyes que vamos a mencionar en este trabajo, las cuales deberían cumplirse respetando los derechos humanos de la mujer y el bebé, en muchos casos no son tenidas en cuenta.

Finalmente, vamos a revisar lo que plantea la psicología perinatal, la cual abarca el tratamiento de la madre desde el embarazo, parto y puerperio. Tomando en cuenta el rol del psicólogo, que tiene la tarea de abrir un espacio en el que los padres puedan volcar inquietudes de tipo emocional y afectivo, además de rastrear los recursos con los que cuenta la madre, la pareja o la familia para afrontar la situación.

El ensayo, es un tipo de escritura en el que tiende a predominar las ideas propias para comunicar un determinado conocimiento, es decir que permite a su vez rastrear lo que otros autores han dejado escrito sobre el tema mientras que se toma una mirada crítica y personal sobre el mismo y por eso durante el desarrollo utilizamos el recurso de la primera persona del plural. Con el fin de abrir un nuevo discurso, uno que nos permita ir un poco más allá en nuestra praxis, sin respuestas concluyentes ni absolutas, pero sí con interrogantes que permitan entablar el diálogo y la reflexión entre posiciones que para nosotros, parecen por momentos contradictorias.

EL ADVENIMIENTO DE UNA MADRE

Consideramos importante comenzar este apartado trabajando los planteamientos freudianos respecto al Complejo de Edipo en la mujer, en el cual es fundamental tener presente el lazo pre- edípico en la relación madre-hija, pues en ella se fija un modo de ser mujer, así como un modo de entender la maternidad. Posteriormente, realizamos algunas revisiones conceptuales en torno a lo desarrollado por Winnicott sobre la maternidad, quien los cuidados maternos son asunto nodal en la estructuración subjetiva, así como

también la relación materno-filial del grupo familiar primario es determinante en el modo de ser mamá en las futuras generaciones. Finalmente, revisamos las elaboraciones conceptuales que aporta Lacan en su primera enseñanza, quien retoma los planteamientos freudianos de la sexualidad femenina pero a su vez se distancia de la concepción de maternidad que erige Winnicott.

A partir del Complejo de Edipo Freudiano, situándonos en los textos que comprenden la segunda tópica, que va desde 1923 hasta el final de su obra 1929 en adelante, Freud expresa que la feminidad se construye a través de un proceso que puede o no concluir en la maternidad. Tal como lo plantea, la feminidad “es mirada, no como algo que es por naturaleza o que este otorgado por el código genético, sino que implica el acontecer que surge entre el paso de ser una niña a ser mujer” (Freud, 1986, p. 275). Por lo cual, de acuerdo a este planteamiento, podemos entender que este acontecer en la feminidad atraviesa una mayor complejidad en el desarrollo psicosexual, ya que pasa avatares propios que en el varón no acontecen.

A su vez el impulso libidinal en la niña y el niño tiene un desarrollo semejante durante los primeros años, pero después se bifurca en el instante en que se tiene conciencia de la diferencia anatómica de los sexos. Es aquí cuando aparece en la niña la envidia del pene, dando paso a la fase fálica, en donde la niña abandona a la madre como objeto de amor y lo redirige hacia su padre, es decir, que mientras que “el complejo de Edipo en el varón se va al fundamento debido al complejo de castración, el de la niña es posibilitado e introducido por este último” (Freud, 1978, p. 234).

A partir de Freud es posible hacer una lectura que nos permite ubicar que el niño tiene miedo de perder su pene, pero a la vez mantiene su deseo en la madre y es hostil con el padre. Pero, por su parte, la niña siente angustia de no tenerlo, lo que produce en ella sentimientos hostiles dirigidos hacia la madre, por no haberla dotado de falo, dirigiendo su amor al padre, es decir, siendo objeto de amor el padre para la niña ella desaloja la ligazón-madre y se ubica en la ligazón-padre, buscando el falo anhelado que le ha sido negado antes por el objeto materno.

Este deseo de tener el falo, en el mejor de los casos para Freud, virará hacia el deseo de tener un hijo propio que debe proporcionárselo un varón fuera de la familia a modo de una ecuación simbólica como un intento de resarcimiento por la pérdida del pene. Por consiguiente, en Freud se encuentra un pasaje que va de la envidia del pene al anhelo del hijo, siendo la maternidad la salida esencialmente femenina. De este modo, de acuerdo a los planteamientos Freudianos, es que podemos entender cómo se construye como la sexualidad femenina en derredor de la falta del objeto fálico, transformado en significante.

Por su parte Winnicott concibe en el niño/a pequeño el cuidado materno y lo incluye como una entidad inseparable, enfatiza en la importancia del cuidado materno concedido tanto por la madre como por el padre, sin el cual el bebé no podría desarrollarse y convertirse en una persona sana. El autor sostiene, que no hay tal cosa como un bebé y afirma que “un bebé no puede ser solo, sino que está integrado y forma parte de una relación” (Winnicott, 1998, p.102). Con esto notamos que para el autor, el yo materno está estrechamente ligado al yo infantil, dándole fuerza y estabilidad. Y que la madre le da los cuidados al bebé, ya que él es totalmente dependiente, pues sin ellos no lograría sobrevivir. Por lo tanto, estamos de acuerdo con lo que propone el autor, acerca de configuración ambiente-individuo (madre-bebé) que resulta fundamental como señal de partida de su fase del desarrollo emocional, cuya hipótesis principal es que el bebé no existe, lo que existe es la pareja de crianza, una unidad importante de la fase de la independencia. Es

madre.

En este sentido creemos importante aclarar que la salud mental en mucho o en parte, es cuestión de la madre, ya que es ella la que establece una base sólida a través de los cuidados que provee de salud a su hijo lactante, dada su específica orientación para cumplir con esta tarea. En definitiva concordamos con lo que argumentan los autores, pues son ellos los que dan cuenta de que existe una relación íntima entre la madre y su hijo/a desde su gestación. Desde que el bebé nace, viene a ocupar un lugar esencial en su estructura familiar, siendo sus padres o adultos cuidadores responsables quienes le proporcionan los cuidados necesarios para el desarrollo de su salud, tanto física, como mental.

Durante estos primeros años es crucial el vínculo entre aquel o aquella que cumpla la función materna, lo que se ha considerado la dupla madre-hijo/a en donde ésta desempeña un rol muy importante, que será manifestado al proveerle su amor, protección y cuidados corporales. Es ella quien satisface las necesidades fisiológicas y psíquicas que le permiten al bebé vivir ya que es un ser que se encuentra en absoluta dependencia, como sostiene Winnicott: “no debemos olvidar que de las especies, el ser humano es el más desvalido al nacer encontrándose a merced de sus cuidadores” (Winnicott, 1998 p. 297).

Entonces, siguiendo con el desarrollo, nos parece necesario mencionar que las necesidades correspondientes al orden corporal están estrechamente ligadas al pleno desarrollo psíquico del yo del sujeto. Y para ello consideramos importante retomar a Freud (1986) donde en *Tres ensayos de una teoría sexual infantil*, afirma que la madre es el primer objeto de amor para el niño/a desde el momento que ésta provee el alimento con el pecho, ya que a través de la succión, en el acto de amamantar se establece ese primer lazo afectivo dual entre ambos que es inseparable.

Por su parte, para Winnicott (1985) también la madre será aquella primera persona fundamental que va a influir en el crecimiento y desarrollo del niño/a, es decir la que le va a proveer los primeros cuidados, ya que él se encuentra en total indefensión. Será ella quien va estructurando la personalidad del niño/a, desde donde se van a dar primordialmente los procesos de adaptación e integración en él, así como también aquellos procesos que tienen que ver con su maduración y organización psíquica.

Entendemos que el amor de la madre es trascendental, no solo porque va a satisfacer sus necesidades de dependencia, sino también porque va a significar el ofrecimiento de la oportunidad para que ese bebé pase de la dependencia a la autonomía, es decir, la madre es quien permite que se dé esa oportunidad. Por eso el autor enfatiza tanto sobre la gran importancia que tiene la ‘Preocupación Maternal Primaria’, “donde es de gran valor que la madre satisfaga las necesidades del bebé, ya que en esta fase se transmiten las diferencias psicológicas entre la identificación materna con el niño y la dependencia del niño con su madre”. (Winnicott 1998, p. 185).

Ahora bien, si retomamos los aportes de Lacan sobre estos temas, le encontramos otra vuelta, para dar cuenta sobre la maternidad, primero se va a preguntar sobre que es ser una mujer, lo cual para él no implica, como en los autores anteriores, el simple hecho de ser madre, ya que el serlo implica una función que se instala a partir de un deseo que aloja a ese niño/a (en el mejor de los casos) en el estadio del espejo como ‘objeto a’ del Otro. Toda una revolución subjetiva para el niño/a siendo alojado en la falta del Otro como imagen de ese Otro, pues eso es cumplir la función materna para el autor.

En diferentes oportunidades Lacan aborda distintas expresiones relacionadas con la maternidad, y para este trabajo hemos considerado fundamental tomar en cuenta los desarrollos concernientes al ‘Deseo Materno’, en donde aparece la triada Madre- Hijo-Falo. (Lacan, 1997). Creemos que Lacan sigue los pasos freudianos para argumentar cómo la mujer se vuelve madre a partir de la dialéctica fálica, lógica que anticipa un movimiento que va a dar sentido al discurso del falo ubicado en el lugar del hijo. Y entonces la ecuación freudiana de la feminidad se convierte en Lacan en el manifiesto de un deseo que simbólicamente ubicamos en lugar del hijo/a.

Por tanto, Lacan nos viene a recordar que el deseo siempre estará instalado en el hombre por naturaleza, de acuerdo a la experiencia y vivencia de cada ser humano. Y en ese sentido, el deseo es invocado de manera inconsciente cuando este aparece en el campo del Otro primordial. En este caso, se trata del deseo de la madre, vital para el sujeto en su constitución lo que da la entrada a la metáfora paterna y los cuidados vitales, en particular la madre simbólica, lo que remite al inicio de la vida del niño/a (Lacan 1997).

Todo el desarrollo antes planteado por los autores Freud, Winnicott y Lacan, nos permiten entender cómo se da la maternidad y la implicancia que esta tiene para la salud mental, ya que nos permite entender como fundamental a la maternidad, cómo aquella que no está inscrita en la organización de lo natural, de lo biológico, sino que va más allá de ello. No hay instituto en relación a la maternidad, ella es una posición subjetiva que una mujer puede asumir o no. Entonces la madre aparece asociada al Deseo Materno, el cual tiene que ver con su ser de mujer y en esto estamos de acuerdo con lo que plantea Lacan.

Entonces nos quedamos con esta idea: para la teoría freudiana, la niña al final del complejo de Edipo termina deseando ser madre por ecuación; en cambio, para Lacan la maternidad es para cada mujer una particularidad, una función representada por su deseo; y para Winnicott ser madre pareciera que es igual a ser suficientemente buena para dar contención al bebé y cumplir con las expectativas de la crianza, aspecto con lo que Lacan disiente profundamente, pues una buena madre es la que ocupa una función, pone en juego su deseo y muestra la falta. Por tanto, la atención y los cuidados hacia la salud mental de la madre proporcionan el apoyo necesario para que las mujeres puedan ampliar sus recursos y capacidades personales, adaptarse mejor a estos desafíos, vincularse afectivamente con su bebé, alimentarlo y cuidarlo. Por eso, cuidar la salud mental de las madres supone mejorar la salud de la sociedad actual y futura.

UNA EXPERIENCIA SUBJETIVA SOBRE EL PARTO

En este punto del ensayo consideramos importante poder compartir los aportes teóricos brindados desde una mirada más profunda. Para ello vamos a recurrir a dar cuenta de una experiencia en la que se vivenció violencia obstétrica, pudiendo captar en primera persona, aquello que la teoría no termina de poder visibilizar, en tanto a como es vivida como tal. Esta experiencia nos permite poder tener una mirada más amplia acerca de cómo se desarrolla la violencia obstétrica y cómo mediante dos experiencias distintas de parto, la protagonista pudo resignificar, con su segunda experiencia, la violencia obstétrica que había vivido en el primero. Con esto no pretendemos establecer generalizaciones dogmáticas ya que cada violencia es subjetiva, caso por caso. Nuestra intención está puesta en que este relato permita captar un poco más allá de aquello que ha sido dicho, lo que además es una forma de adentrarse en la labor propia del psicólogo, la contención y la escucha.

La partera Raquel Schallman cuenta en su libro *Parir en Libertad* su propia experiencia subjetiva sobre lo que sucedió en sus partos como madre, como lo vivenció de manera diferente y como “gracias a su segunda experiencia pudo resignificar la primera como violencia obstétrica” (Schallman, 2007, p. 27).

Raquel es una mujer de la ciudad de Buenos Aires que a los 20 años se queda embarazada por primera vez. En su primer parto relata que tuvo que vivenciar distintos tipos de maltrato desde el momento en que llegó, sintiendo una cierta agresión. Ella comenta que llega a la institución agotada, asustada, junto a su madre y entregada a los profesionales. La pasa tan mal durante todo el parto que quedó impactada con la forma en la que se procedió en todo momento, pues no se respetaron muchos de sus derechos como mujer y madre.

Según el relato de Raquel, cuando ella llega al hospital con la bolsa rota, la recibieron un grupo de médicos, enfermeros y una partera de guardia. Tuvo que estar acostada durante doce horas y en el transcurso de ese tiempo le practicaron muchas intervenciones, ella se encontraba muy asustada ya que nadie le explicaba que era lo que le estaban haciendo y encontraba tranquilidad solo cuando aparecía la partera de guardia.

5

Cuando la partera de guardia se iba volvía a inquietarse, allí su madre y marido intentaban contenerla. En un momento su marido al verla tan preocupada decide buscar a la partera. Esta viene a ver a Raquel y se sienta a su lado y comienza a mostrarle fotos de sus hijos, diciéndole que ella ya había pasado por partos propios y que sabía lo que sentía. Al respecto dice: “Esa fue la primera vez que tuve un pensamiento sobre cual debía ser la verdadera función de una partera, que es estar presente, acompañar, sin intervenir, conteniendo”. Cuando llega a la sala de parto es cuando se comienza a magnificar el maltrato, al allí se encuentra con otra partera. Otra vez, se estaba sola, asustada, agotada y lo primero que la partera le dice al verla es “apúrese porque me tengo que ir a dormir” (Schallman, 2007, p. 28).

Finalmente, le realizaron dilatación manual para acelerar el parto y una episiotomía, sin explicarle nada de lo que se le iba realizando. Pero a pesar de todo este vivenciar negativo, con el nacimiento de su hijo, pasaron a un segundo plano, es decir que no pudo tomar conciencia de lo que había pasado en un primer momento, más bien ella dice que se siente culpable y responsable de lo sucedido, creyendo que si hubiera hecho cosas distintas capaz no habría sido un parto tan violento. Le tomo tiempo, años, poder aceptar la idea de que lo que había vivido era y es violencia obstétrica.

Años después en su segundo parto, pudo vivenciar una experiencia totalmente distinta con la cual poder resignificar lo ocurrido en la primera. En esta ocasión ella se sentía más preparada. Al llegar al hospital es recibida nuevamente por una partera, la cual ella misma elige, ya que consideraba que era cálida y contenedora, lo que la hacía sentir más tranquila y segura. No quería volver a pasar por lo mismo que sucedió en el parto anterior. Inmediatamente la revisan y le comunican que tendrán que acelerar el parto. Le dan un antibiótico y más tarde un goteo con oxitocina, igual que en el parto anterior, pero con una diferencia esencial, pues esta vez lo emocional es tenido en cuenta. La partera en todo momento le comunicaba lo que iba sucediendo y la trataba de manera cariñosa.

Tuvo la posibilidad de desplazarse, ir al baño, lavarse la cara, escuchar música y sintiéndose sostenida y libre a diferencia de la vez anterior en lo que para ella fue casi, como una cárcel. La partera al realizarle los controles le avisaba en todo momento el qué y el cómo, si era molesta, si le iba a doler, etc. y sobre todo, por qué era necesario. Cuando por fin la llevan a la sala de parto y comienza a necesitar pujar, se le comunica que deben realizarle una episiotomía, justo como la ley de parto respetado indica. Este es un hecho significativo para Raquel, ese pequeño detalle fue de suma importancia, lo cual destaca la delicadeza, el profesionalismo y el conocimiento de sus derechos por parte de los agentes de salud en el que lo emocional es tenido en cuenta.

Ahora bien, haciendo un análisis de lo ocurrido y vivenciado en primera persona por la autora, no podemos más que destacar la importancia que tiene el poder contar con leyes que amparen a la mujer en el proceso de parto, en el que se tenga en cuenta por encima de todo lo emocional y subjetivo. Al igual que su incumplimiento debe ser sancionado, es

por ello que en el siguiente apartado vamos a desarrollar como se define la violencia obstétrica, así como también la importancia de la ley de parto humanizado la cual respalda los derechos de la mujer/madre en el proceso de parto.

¿PARTO HUMANIZADO O DESHUMANIZADO?: LA IMPORTANCIA DE LA LEY

Cuando hablamos de parto des-humanizado nos resulta importante empezar aclarando algunas leyes que harían que el parto no sea un parto humanizado, las cuales deben cumplirse para respetar los derechos de la mujer.

De entrada la Ley 26.657 de Salud Mental, sancionada en 2010 plantea los efectos psicológicos que puede dejar una experiencia negativa de parto, afectando entonces a la salud mental de la persona. En ella se define a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas.

6

Por consiguiente, cuando hablamos del derecho a un parto humanizado, destacamos ya de por sí, la importancia hacia los cuidados que debe tener aquella madre que en su situación de parto, la cual consideramos que ha de estar cuidada en su atención psicológica. Y en el caso de que no lo fuera, es decir su desatención, violaría la ley, lo que se vuelve de suma importancia cuando se sabe que la salud mental materna es la base para el desarrollo de una infancia saludable.

En torno a esto quisiéramos hacer un pequeño recorrido histórico sobre la emergencia de esta ley tan importante. El primer país de Latinoamérica que reconoció la violencia obstétrica como concepto legal fue Venezuela con la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia publicada el 19 de marzo de 2007. Allí se define como violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico 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” (Olza, 2017, p. 97).

Es decir, entendemos que en el parto muchas mujeres como sus familias se sienten incómodas, inseguras depositando su confianza en médicos, muchas veces varones, que tienen ese poder hegemónico de ordenar lo que sucede en ese momento. Por lo cual en algunos casos, la coerción puede ser psicológica o implícita, relacionada con la autoridad del saber médico-científico y con las relaciones no lineales entre médico-paciente. Pero sin embargo ellas tienen derechos como pacientes también, que pueden y deben exigir que se cumplan.

A su vez, también consideramos interesante remarcar que en Argentina existe una Ley de Parto Humanizado (Ley 25.929) sancionada en 2004, la cual hace referencia a la atención del embarazo, parto y nacimiento. Sin embargo cabe aclarar que la misma se reglamentó apenas en el 2015 con el decreto 2035/2015 de la presidenta Cristina Kirchner. En ella se promueve el respeto hacia la familia en sus particularidades como por ejemplo raza, religión, nacionalidad para que, en definitiva, se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas. Es así como se garantiza el derecho al parto seguro, donde los tiempos son tenidos en cuenta y así dar lugar a que la mujer siga su propio pulso de parto. Aun así, nos parece significativo que esta Ley no menciona de manera explícita a la violencia obstétrica y por lo tanto en cierto punto la invisibiliza.

Bajo la denominación de parto respetado o humanizado en la actualidad se hace referencia a una modalidad creciente en la atención de partos, caracterizada por el respeto a los derechos de las madres y los padres, así como también a los bebés al momento de nacer, en consonancia con las necesidades y deseos de la familia. En definitiva cada persona tiene derecho a elegir de manera informada y con libertad, el lugar y la forma en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulación, posición, analgesia, acompañamiento) y la vía de nacimiento, tal como indica la Ley 25.929 (2004).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2018 destacó también la importancia del concepto de normalidad en el trabajo de parto, ya que el parto no es universal ni está estandarizado. Es decir, que muchas veces el uso de intervenciones en el trabajo de parto sin indicaciones claras continúa ampliando la brecha sanitaria en cuanto a la equidad entre entornos con y sin recursos. De este modo cuando se alude a la caracterización humanística del parto se habla de generar un espacio familiar donde la madre y su hijo (o aquellos que constituyan la familia) sean los protagonistas y fundamentalmente, se asegure que el nacimiento se desarrolle de la manera más natural y respetada posible.

Entendemos que lo que quiere decir la OMS es que es necesario destacar una serie de recomendaciones sobre los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva, como por ejemplo: la atención respetuosa, comunicación efectiva, acompañamiento permanente de quienes la madre desee, cumplimiento de sus preferencias y deseos y estar informada en todo momento de las intervenciones, entre muchas otras. Por lo tanto, la idea central que pretendemos transmitir en este trabajo es que

7

si alguna de las indicaciones de la ley, por lo que fuera, no se cumple, se está violando la ley generando un parto que se puede definir como des-humanizado ya que el mismo hace sufrir a la madre, al bebé y familia de violencia obstétrica, lo cual nos parece importante que no puede ser ajeno a la psicología.

Por otro lado, la Ley 26.485 de Protección Integral, sancionada en 2009 en varios de sus artículos define la violencia contra las mujeres y entre ellas a la violencia obstétrica. La violencia contra la mujer es entendida como toda conducta, acción u omisión que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, que afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal (artículo 4, 2009).

En relación al tema, es evidente para nosotros, que se ejerce violencia contra la mujer siempre que, como mencionamos anteriormente, se viole la ley y aquellos quienes participan de los sectores de poder hegemónicamente instalados con escasas posibilidades de ser contrariados o juzgados, así como médicos, enfermeras, camilleros o todo profesional que ofrecen atención a la mujer durante el embarazo, parto y nacimiento, manipulando sus prácticas y conocimientos para mantener su posición afectando los derechos de la mujer (Giberti, 2003). Lo que indica la ley es que la violencia obstétrica, se trata de una forma de violencia basada en el género, es decir contra las mujeres dentro de un marco de subordinación y discriminación al poderse sentir obligadas a aceptar intervenciones médicas, sean de rutina o no, o cuando estas se lleven a cabo sin su consentimiento (artículo 6, 2009).

La humanización de la atención médica se vincula a un paradigma que promulga cambios en la relación médico-paciente y en la intervención clínica, que tiene importancia en diversas áreas de la salud. En la atención de partos de bajo riesgo, específicamente, pone el acento en que durante el proceso perinatal, se garanticen una serie de derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres y las familias, se lo entienda como un proceso integral (que adquiere significaciones psicoafectivas, emocionales, culturales y sociales) y se modifiquen las prácticas profesionales clínicas y, por tanto, las relaciones médicas. De este modo, la humanización de la asistencia al parto implica una transformación tanto de la comprensión del parto como del hacer médico.

Para seguir con los lineamientos en torno al género y la violencia, otra Ley importante de nombrar, es la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, reglamentada en el 2006. La misma tiene como

objetivo para la población alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia. En ella se trata además de potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación.

Desde nuestro punto de vista, la violación de los derechos humanos de la mujer empieza con la violación de las leyes mencionadas. Ya que en muchas ocasiones se toleran ciertos aspectos perjudiciales para la salud en general de las madres, entre ellas la salud mental, siendo entonces necesario que se reformulen nuevas leyes que amplíen derechos y es nuestro deber como profesionales de la psicología remarcar su necesidad e importancia social.

Por último, nos resulta necesario notar como los derechos humanos en general (derechos a la integridad personal, a la privacidad e intimidad, a la información y a la autonomía y libertad en las decisiones, a un trato respetuoso, a no ser discriminados, entre otros) se entrelazan desde una mirada integral con los derechos relacionados con el género, la salud y con la salud reproductiva. Todos estos derechos constituyen desde luego un eje transversal para comprender los procesos arriba mencionados en términos de violación, de violencia estructural de género, de violencia institucional y de reproducción en sus distintos niveles de desigualdad, de inequidad e injusticia.

VIOLENCIA SIMBÓLICA EN LA PRÁCTICA OBSTÉTRICA

A la hora de puntualizar sobre algunos de los efectos psicológicos de la violencia obstétrica, nos parece pertinente considerar para este apartado lo que autores como, Emily Martin, Ibone Olza y Maria Fernández, plantean sobre la conceptualización del cuerpo de la mujer como algo manipulable, pasando por argumentar que se entiende por violencia sanitaria; y qué implica una violación a los derechos humanos; hasta poder comprender al parto como un acto simbólico que puede ser vivido como violencia simbólica.

Según Emily Martin (1987) en *La mujer en el cuerpo. Un análisis cultural de la reproducción*, plantea la importancia de cómo el parto es visto, como un proceso de producción y los cuerpos de las mujeres como fábricas que producen bebés. Si los cuerpos de las mujeres son como máquinas, entonces pueden mejorarse, ajustarse y calibrarse y los procesos asociados a ellos pueden predecirse y controlarse. Esto genera muchos malestares en las mujeres que manifiestan no poder ser protagonistas de su propio parto, que les ha sido expropiado ese momento vital de sus vidas, al sentirse sometidas a las rutinas y ritmos de la lógica hospitalaria.

Tomamos en cuenta esto y volvemos al término de violencia obstétrica, el cual es relativamente moderno y hace referencia a la violencia llevada a cabo por los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Dicho concepto, como mencionamos anteriormente, tiene su origen en Venezuela en el año 2007 y surge al aprobarse una ley que tipifica la violencia obstétrica como un delito.

No obstante, una de las autoras que nos parece importante citar en dicho trabajo es Ibone Olza (2017), la cual propone el concepto de violencia sanitaria como el más adecuado para referirse a este fenómeno. Esta autora plantea entender como violencia lo que sucede en el sistema sanitario, es decir, en el contexto de la relación que se establece entre profesionales sanitarios y pacientes. Según Olza, el término nos permite analizar dos fenómenos: la violencia que padecen algunas mujeres y sus bebés, pero también la que van a padecer muchos profesionales. Como si se tratara de dos caras de una misma moneda, entendemos que se trata de una violencia bidireccional en el cual el sistema

sanitario tal y como está planteado es violento contra los profesionales al negar su dimensión emocional.

Asimismo, Olza (2017) nos recuerda que el parto es un momento de gran vulnerabilidad para la mujer, por lo que el trato humillante y la anulación de la autonomía de la paciente hacen que éstas vivan una experiencia traumática que permanece durante los meses que siguen al parto. Además añade que este hecho puede llegar a desencadenar un síndrome de estrés postraumático, provocando que algunas mujeres, en vez de recordar su parto de una forma positiva, recuerden los comentarios que realizan algunos profesionales y las sensaciones de indefensión y pánico que sintieron durante este proceso.

La violencia obstétrica es también entendida como una forma de violación de los derechos humanos que, sin embargo, muchas veces es ignorada porque la medicalización de la asistencia comporta que el saber científico de los profesionales sanitarios les haga depositarios de un poder, un reconocimiento y un prestigio social dentro del paradigma del modelo médico hegemónico, ocupándose de forma casi exclusiva de los comportamientos y hábitos relacionados con la higiene y la salud de las mujeres reproductivas (Menéndez, 1987). A partir de lo planteado podemos entender que se establece una relación completamente asimétrica entre los profesionales sanitarios y las mujeres que llegan a la institución para parir, haciendo que de alguna manera se llegue a reducir la capacidad de éstas de valerse por sí mismas, se las infantiliza y se les resta protagonismo durante el embarazo, parto y puerperio.

De acuerdo con el desarrollo teórico sobre la temática, nos resulta importante considerar lo que Davis Floyd (2004) plantea sobre dichos procedimientos, señalando a las prácticas obstétricas como rituales que sirven a la aceptación por parte de la mujer de un orden social establecido. A partir del concepto de 'rito de pasaje' analiza las rutinas obstétricas que rodean y organizan el parto desde la internación de la embarazada hasta

9

su alta, y entiende que todos los procesos por los cuales pasa la mujer poseen una carga simbólica, aunque hayan perdido su efectividad material en términos de beneficios médicos. Con lo cual, si entendemos el parto como un acto simbólico, el mismo podría sufrir violencia simbólica (Fernández, 2005).

Para continuar con este lineamiento, nos parece oportuno tomar en cuenta lo que autoras como Norma Casal Moros y María José Alemán Anchel (2014) señalan sobre la violencia obstétrica, entendiendo también a esta misma como una violencia simbólica, puesto que se ejerce sin mediación de la fuerza física, sin que el agente dominado sea consciente de su estado de sumisión y sin que se sienta obligado a actuar. Así es que la paciente adopta un papel pasivo, sin cuestionar las indicaciones o las intervenciones a las que es sometida. Esto nos direcciona a comprender que el poder simbólico es un poder invisible, que no es reconocido como tal, sino como algo legítimo. La normalización de este poder, el asumir que la situación tiene que ser así y que no puede ser de otra manera, es lo que se debería poder erradicar.

Entonces, de acuerdo a lo desarrollado anteriormente, considerando lo mencionado por los diferentes autores, podemos entender a la violencia sanitaria como aquella que se expresa, aunque no exclusivamente, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada y también en la tendencia a patologizar procesos reproductivos. Además, todo este desarrollo nos direcciona a saber que la violencia simbólica es transmitida a través de símbolos, como son gestos, actitudes, posturas corporales, etc., cuyo significado es comprendido e interpretado dentro de la propia cultura (u otras), y es transmitido de generación en generación mediante la educación.

Por lo tanto, nos posicionamos en el término de violencia sanitaria, la cual puede llevarse a cabo de diferentes formas, por ello podemos distinguir entre la ejecución de manera física, donde se incluirían las prácticas quirúrgicas innecesarias, la administración

injustificada de medicamentos, o la interrupción de los tiempos del parto biológico; y, por otro lado, se produce violencia obstétrica de forma psicológica cuando el personal sanitario trata a la mujer de manera irrespetuosa, realizan burlas o vejaciones, o la mantienen desinformada o desatendida.

Ahora bien, nos interesa dar cuenta de las consecuencias psicológicas que puede dejar la violencia sanitaria, entre ella encontramos: alteraciones emocionales, tales como estrés, cambios en el autoconcepto, afectación de la autoestima o sentimientos de soledad, y trastornos psicopatológicos, destacando la aparición del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y de Depresión Postparto. También se produce afectación de las relaciones interpersonales y del vínculo materno-filial.

Esto nos lleva a abrir una serie de interrogantes; ¿Y qué es exactamente un parto traumático? ¿Un parto instrumental o una cesárea urgente son necesariamente traumáticos? ¿Todo lo que se aleje de la fisiología es traumático, o solo son traumáticos los partos que se complican gravemente? La respuesta que podemos dar a estos interrogantes y, de acuerdo a lo desarrollado, es que el trauma psíquico se trata de algo subjetivo, es decir, la misma intervención, pongamos por ejemplo una cesárea urgente en medio de un parto, puede ser muy traumática para algunas mujeres y poco o nada para otras. Una serie de factores influyen en una u otra dirección. Lo principal es entender que no hay una norma ni una medida de lo que es un parto traumático solo se puede saber escuchando el sentir de cada mujer sobre su parto. Es la mujer la que podrá decirnos si ha sido o no un trauma psíquico, si le ha dejado afectada o no. Como dice Beck “el trauma del parto reside en la mirada de quien lo percibe, lo que implica que trauma es lo que a cada mujer le resulta traumático durante su experiencia de parto” (Beck, 2004, p.56).

Sea cual sea su causa, el TEPT tras el parto conlleva un enorme sufrimiento psíquico.

Tiene unos síntomas propios diferentes de la depresión postparto (aunque algunas madres pueden presentar los dos trastornos) que pueden durar meses o años. El principal es que se revive el parto en cualquier momento, pues son recuerdos vívidos y angustiosos, flashbacks, como si se repitiera la película del parto en la mente una y otra vez. Por lo cual “el trauma puede afectar a la relación de la madre con el bebé, con su pareja, su familia y los profesionales de la salud” (Olza, 2017, p. 61). Estas mujeres pueden

10

sentirse muy enfadadas con estos últimos y decidir no volver a ponerse en sus manos o tener muchas reticencias para volver a confiar en profesionales sanitarios. Entonces, salir traumatizada del parto, por desgracia, suele afectar al inicio el vínculo de la madre y el bebé. Aquí es donde volvemos a poner el acento en la importancia de la dimensión subjetiva, debido a que el parto no solo se trata de un proceso fisiológico sino que también el mismo tiene incidencia la dimensión afectiva y subjetiva de madre. Un claro ejemplo es cuando la mayoría sienten una gran pena por haber pasado separadas de sus hijos las primeras horas tras el parto o se sienten culpables de que el bebé no tuviera un buen nacimiento o, incluso, saliera dañado por culpa de fórceps u otras intervenciones.

Creemos que para poder sanar el parto traumático es preciso valorar, en primer lugar, el trauma y las pérdidas asociadas al mismo. Nos resulta importante que la mujer pueda contar su historia con detalle, que se transcriba literalmente, y si es posible que se recoja también lo que vivió o presenció el padre o acompañante. Hay que intentar comprender que vivió, ponerse en su piel, identificar todos los traumas: en el plano tanto físico y como en el psíquico, así como también el impacto en la madre, en el bebé, en la pareja, en la lactancia y en la interacción de la díada. Ya que en ocasiones, además del trauma del parto, se asocia una reacción de duelo por no haber podido iniciar o mantener la lactancia como se deseaba. O en otros casos, el trauma de la madre y la hospitalización del bebé han motivado que la interacción entre ambos esté marcada por la ansiedad

materna.

A partir de desarrollado anteriormente, vemos cómo el impacto psicológico puede perdurar en el tiempo, ya que altera el funcionamiento diario de las mujeres que sufren este tipo de violencia, haciendo que, en numerosas ocasiones, la violencia obstétrica sea causa de distintos trastornos. Lo traumático prácticamente siempre es el maltrato, el percibir que la parturienta no está siendo bien tratada, las intervenciones innecesarias, los gritos, las amenazas, la frialdad, dan cuenta de la violencia obstétrica.

Hemos llegado a la idea de que, para que mejore la atención al parto no basta con dar toneladas de información científica basada en la evidencia, es preciso un cambio de conciencia, que necesariamente tiene que pasar por cuidar a los profesionales y muy especialmente su salud emocional y psíquica. Entendemos que crear espacios de sanación y permitir o facilitar que los profesionales expresen su dolor y puedan hablar de cómo se han sentido en el paritorio, compartiendo experiencias y buscando conjuntamente la prevención y/o sanación de las secuelas pueden dar comienzo al cierre de un círculo vicioso y poner fin a la violencia en el parto.

Este tipo de violencia que afecta de manera directa a la mujer y de forma indirecta a su núcleo cercano, se puede considerar un problema de salud pública. Esto nos permite introducirnos en el siguiente apartado, el cual tiene por finalidad abordar el rol del psicólogo ante dicha problemática, destacando la importancia de la salud mental en el proceso de maternidad.

EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL DISPOSITIVO PERINATAL

Aquí nos parece importante y de relevancia para la temática, poder dar cuenta acerca del rol del psicólogo en el dispositivo perinatal. En el siglo XXI va a surgir la figura del psicólogo/a perinatal, quien comienza a trabajar con el objetivo de plantear el desafío de validar la inclusión de la palabra en aquellas situaciones asociadas al nacimiento, embarazo, parto, el puerperio y primeros tres años de vida del niño. La psicología perinatal implica una nueva función, la de incursionar con la maternidad desde un espacio más preciso. De allí es que se desprende el rol del psicólogo/a en el ámbito perinatal que no responde a un marco teórico único lo que comienza a conformar una demanda más específica en la sociedad que va más allá que la del psicólogo clínico. Es una forma trabajo en convivencia cooperativa con diversas corrientes teóricas que coinciden en una misma práctica (Oberman, 2013).

Ahora bien, este dispositivo además de aportar conocimientos y herramientas adecuadas para acompañar a todo tipo de familias en los diversos procesos que van desde

11

el momento en el que se está buscando formar una familia, hasta las primeras etapas de crecimiento del niño. También va a abarcar la etapa pre-concepcional, el embarazo, el parto, el periodo peri-natal y la crianza, así como también las múltiples aristas de los mismos, como duelo gestacional, peri-natal, lactancia, pareja y entre ellos en el caso que fuera necesario, la violencia obstétrica, con el fin de alojar y sostener a las personas involucradas en este complejo momento de sus vidas. Por lo tanto en la consulta psicológica con el/las profesionales se pueden trabajar muchas aristas del maternaje.

Entonces bien, la psicología perinatal representa un agente de cambio en la forma de abordar la interdisciplina, la emergencia en la sala de partos y en su posterior proceso en la construcción del maternaje, el otorgarle valor a la palabra, como aquella que va a emerger a partir de que el psicólogo pone el cuerpo junto con el de la madre, al del bebé y al del equipo médico. Tal es así que Oberman nos dice;

Una madre en situación de vulnerabilidad puede sostener a su bebé cuando, como terapeutas, nos posicionamos como un tercero: sosteniendo desde la mirada y la escucha a ambos. Solo así podemos sostener la escena en beneficio del bebé y de la conformación del rol maternante (Oberman, 2013, p. 63).

Por lo cual maternidad implica muchos cambios que remueven la propia historia de la mujer. Y es así que el psicólogo/a perinatal, por esta razón, viene a cumplir el rol de aquel que puede acompañar a la madre, ya que entiende que ser madre implica un viaje al interior de su propia historia. En la que se transforma y se reinventa con esta nueva experiencia que implica todo un proceso y desarrollo personal.

Como vimos en el primer eje temático donde Freud y Winnicott, ya habían escrito sobre la importancia que tiene la relación madre e hijo desde el punto de vista psicológico en el desarrollo del psiquismo para ambos, antes del surgimiento de la psicología perinatal, es ahora que esta viene a ocuparse de todo aquello que incide en el proceso de parto y la maternidad, ya que como dice Oberman (2013), la maternidad en el ser humano excede el hecho biológico y tiene un significado a nivel social, cultural y psicológico.

Las sesiones pueden trabajar el hecho de convertirse en madre, lo cual se consigue gracias al trabajo que cada mujer realiza en el campo de su mente, trabajo que se convierte en una actitud maternal, una experiencia profunda y privada, tal es así que Stern (1999) nos plantea acerca del nacimiento de una madre, pues no es el parto en sí mismo lo que da lugar a una madre. Es decir, la experiencia del nacimiento puede dar lugar a una madre física, pero con esto no alcanza, el nacimiento es también psicológico e implica tiempo, pues el mismo “no se produciría en un momento dramático concreto, sino que surge gradualmente a través del trabajo acumulativo de los meses que preceden y siguen al nacimiento físico del bebé” (Stern D, 1999, p.13).

Nos resulta interesante que el profesional retome lo que plantea Margaret Mahler (1975) sobre el nacimiento biológico del infante humano y el nacimiento psicológico del individuo, los cuales tampoco coinciden en el tiempo. El primero se trataría de un acontecimiento dramático, observable y bien circunscripto; mientras que el segundo es un proceso intrapsíquico que se desarrolla lentamente. Cabe recalcar que Delassus, describe a la maternidad y la mujer como en un largo camino en donde se reencuentra un tesoro dejado de lado en la infancia, pero reconstruido durante esa etapa. “La madre es un secreto de infancia, es un asunto del inconsciente” (Oberman, 2005, p. 116).

Entre una mujer y la expectativa de tener un hijo nacen numerosas fantasías, tanto en la intención real como en la imaginaria de concebirlo. Éstas se ponen en juego en el consultorio junto con una dinámica de representaciones y afectos que se dirigen hacia un inexistente ser que cobra desde ese mismo instante una realidad psíquica. Son estos sueños y deseos los que determinarán la relación ulterior de esa madre con el niño, conformando una forma singular y única en la madre de vincularse posteriormente a su hijo y permitiendo al mismo tiempo la construcción del vínculo de éste con la madre. Por tanto

12

la maternidad como venimos sosteniendo no se trataría simplemente de traer un hijo al mundo, sino que dicho proceso requiere de un cambio psicoafectivo en la mujer, pero si éste es sorprendido por un acontecimiento inesperado, como por ejemplo la violencia obstétrica, se comienzan a desencadenar efectos psicológicos negativos que traen inevitablemente malestar y afecta a la salud mental.

Ante un parto traumático, la mujer siente dolor y un excesivo sufrimiento con el que

duela la imagen idealizada de ese parto que esperó y no tuvo, una pérdida que sería adecuada poder elaborarla con trabajo terapéutico, ya que si no puede traer peores consecuencias en el futuro. A su vez, creemos que sería interesante pensar el trabajo del psicólogo/a perinatal desde una mirada interdisciplinaria.

Es así como poco a poco y tomando en cuenta todo lo desarrollado, podemos entender cuál es el rol del psicólogo/a con el trabajo en sujetos que han pasado por una violencia sanitaria. Ofreciéndose como un profesional que puede promover el lazo transferencial y aportar su escucha activa, el que apunta a abrir un espacio en el que los adultos puedan volcar sus inquietudes de tipo emocional y afectivo con respecto a lo sucedido, reconociendo sus debilidades y rastreando los recursos con los que cuenta la madre, la pareja o la familia para afrontar la situación de duelo y trauma junto con las redes de sostén. Tal es así que concordamos con lo que dice Oiberman, sobre la palabra, siendo esta misma la que emerge cuando se ayuda a ordenar los afectos suscitados por el proceso vivido, reorganizando la experiencia de antes, durante y después del hecho traumático, ofreciendo a la madre o aquel correspondiente, la posibilidad de reconstruirlo dentro de un espacio adecuado para la puesta en marcha de dicho proceso terapéutico (Oiberman, 2013).

Si reconocemos que la salud mental materna es necesaria para el alojamiento del bebé y su posterior desarrollo, se propone como necesario que junto con el alta obstétrica, sobre todo si ha habido algún evento no esperado o considerado traumático, se realice una interconsulta con un psicólogo perinatal, donde un profesional formado en el área pueda ocuparse de la asistencia y cuidado de la salud mental materna, decidiendo caso por caso si se considera necesarias futuras intervenciones, pero ello sería una propuesta de intervención en el campo profesional, lo que excede al objetivo de este ensayo.

De acuerdo a lo trabajado en los diferentes ejes, podemos afirmar que parir sin violencia es un derecho humano y un derecho a la salud reproductiva que todas las mujeres poseen y pueden/deben ejercer sea cual fuera su origen, cultura, estado físico y psicológico, trayectoria, etc., permite insertar el tema de la violencia obstétrica en una perspectiva transcultural, estructural y relacional.

La violencia sanitaria no es solo un problema de la mujer o del Estado, se trata de una cuestión más amplia que requiere de distintas perspectivas de análisis y de distintas herramientas de acción, algunas de las cuales deben ser propiciadas por el Estado (como la ley), pero otras deben surgir desde otros ámbitos de la sociedad, como la militancia de grupos y asociaciones que defienden y reclaman los derechos reproductivos, así como también el campo de la psicología a partir del rol de psicólogo/a. El cual puede atender y promocionar la salud mental en esta área de especificidad fundamental para que se garantice un clima de confianza y seguridad emocional en el parto, además de brindar sus servicios a aquellas familias que han sido víctimas de violencia en el parto dejando huellas de sufrimiento en sus psiquismos.

Un parto implica una experiencia muy intensa desde el punto de vista emocional, que, sobre todo, requiere presencia y disponibilidad continua para la mujer. El modelo de atención actual en la mayoría de los centros favorece que muchas mujeres no reciban el cuidado que necesitan desde el punto de vista psíquico y emocional, así se comprende que cada vez más mujeres busquen el apoyo de una doula en su parto. En principio las doulas son mujeres especializadas en ofrecer ese acompañamiento emocional en el período perinatal y muy especialmente en el parto. Parir bien acompañada es clave, pues el miedo bloquea, detiene y complica el parto.

Llegado a este punto del trabajo consideramos que se ha profundizado, sintetizado y detallado sobre los efectos psicológicos de la violencia obstétrica y el rol del psicólogo/a desde una perspectiva psicoanalítica. Y ahora, nos proponemos propiciar algunas reflexiones en base a todo lo abordado durante el escrito.

El cuerpo teórico psicoanalítico nos ha permitido dar cuenta de cómo al advenimiento de una madre implica entender a la mujer como un secreto de infancia donde la maternidad viene a remover aquellos deseos ocultos que se ponen en juego mediante la escucha clínica con perspectiva psicoanalítica. También las leyes han dado cuenta de la necesidad de políticas públicas que aboguen por los derechos de las mujeres y sus maternidades desde una mirada crítica y subjetiva que propicien partos humanizados.

Humanizar el parto supone que una mujer sienta el apoyo de todos aquellos que la acompañan. Desde sus familiares hasta los profesionales sanitarios, estableciendo una buena relación profesional sanitario-mujer. Es necesario que el profesional se muestre cercano a las necesidades de la paciente y que ella registre que su opinión es tenida en cuenta y que es tratada con respeto. La humanización de la obstetricia sigue constituyendo un desafío para la sociedad, para los profesionales sanitarios y en especial para los psicólogos/a, así como también para las instituciones.

Por otro lado, con el relato de Raquel Schallman acerca de sus partos, hemos podido brindar un tono más cualitativo a la escritura del ensayo, dando cuenta en primera persona de la experiencia subjetiva de la violencia obstétrica, lo que además es una forma de adentrarse en la labor propia del psicólogo/a, la contención y la escucha. Como también refuerza la importancia que tiene el poder contar con leyes que amparen a la mujer en el proceso de parto.

Este trabajo no pretende de ningún modo ser concluyente sobre la temática abordada, sino que busca tomar una posición con un breve acercamiento a la temática elegida, dejando abierta la posibilidad de seguir profundizándolo y ampliándolo. En este sentido quisiéramos destacar que el proceso de este trabajo nos ha permitido acercarnos y conocer en forma mucho más exhaustiva sobre la propuesta de la Psicología Perinatal, donde el psicólogo/a puede acompañar y contener los avatares de la maternidad, ya sea desde lo más esperable dada la complejidad de este momento, hasta aquello traumático que pueda surgir como lo es la experiencia de la violencia simbólica. Cabe destacar la importancia del rol del psicólogo/a en toda la etapa de embarazo, parto y puerperio, para garantizar el bienestar de los sujetos, contemplar los aspectos subjetivos, afectivos y adaptativos ofreciendo una escucha adecuada que permita a la mujer afrontar y construir recursos posibles a las inquietudes que pueden emerger y las que pueden ir aconteciendo a lo largo del desarrollo de ciclo vital del niño y su familia.

El derecho a estar bien acompañada en el parto es algo básico y fundamental, sin embargo, todavía son demasiados los profesionales que atienden partos que ni comprenden ni respetan. Así se dan situaciones a diario injustas, como la violencia simbólica, desde ese concepto elegimos posicionarnos para poner el acento en los efectos subjetivos que pueden provocar una violencia obstétrica. Ya que son los profesionales del parto los que deciden, reglamentan, abren o cierran la puerta al paritorio con criterios bastante dispares que no suelen estar escritos, o que, si lo están, admiten numerosas excepciones en función de quién esté de guardia.

Estamos de acuerdo que cada profesional en psicología es único y dependerá del estilo personal que elija cada uno para llevar a adelante el ejercicio de la profesión en esta área. A su vez con el abordaje interdisciplinario, en red, en equipo y en comunicación continua con los demás profesionales, la familia y con quienes están involucrados en este proceso de maternidad da lugar a que dicha labor se enriquezca enormemente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Beck, C.T. (2004). Birth trauma: In the eye of the beholder, *Nursing Research*, 53 (1), 28-35. Recuperado de: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/posparto/que-es-el-trastorno-de-estres-postraumatico>.
- Davis-Floyd, R. (2004). *El modelo tecnocrático en medicina*. Buenos Aires. Creavida.
- Delassus J.M. (1998). *Devenir mère. Histoire secrète de la maternité*. Paris. Dunod.
- Fernández, J. M. (2005). *La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. Cuadernos de Trabajo Social*. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0505110007A>
- Freud, S. (1978). *Conferencia 33. La feminidad*. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- (1986). *Tres ensayos de Teoría Sexual*. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- (1992). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Giberti, E. (03 de Octubre de 2010). *El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y partos*, 1-4. Recuperado de: <https://evagiberti.com/el-poder-hegemonico-del-medico-en-situacion-de-embarazos-y-partos/>
- Lacan, J. (1997). *Seminario 5: Las formaciones del inconsciente*. Barcelona. Paídos.
- Ley 25.673 de 2003. Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 26 de mayo de 2003. D.O. No. 1282.
- Ley 25.929 de 2004. Ley de Parto Humanizado. 24 de septiembre de 2004. D.O. No. 2035.
- Ley 26.485 de 2009. Ley de Protección Integral de las Mujeres. 1 de abril de 2009. D.O. No. 1947.
- Ley 26.657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 3 de diciembre de 2010. D.O. No. 32041.
- Malher, M. (1975). *El nacimiento Psicológico del Infante Humano*. Buenos Aires. Marymar.
- Martin E. (1987). *La mujer en el cuerpo. Un análisis cultural de la reproducción*. Boston. Beacon Press.
- Menéndez, E. (1987) "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria". México. Alianza Editorial Mexicana.
- Oiberman, A. (2005). *Historia de las Madres en Occidente. Repensar la Maternidad*. Buenos Aires. Psicodebate Vol. 5. Psicología, Cultura y Sociedad.
- (2013) *Nacer y acompañar. Aportes a la clínica perinatal*. Buenos Aires. Editorial Lugar.
- Olza (2017). *Parir. El poder Del Parto*. Barcelona: Grupo Editorial, S. A. U.
- Sadler M., Santos M.J., Ruíz Bardun L., Rojas G. L., Skoko E., Gillen P., Clausen J. A.(2016). *Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural*

dimensions of obstetric violence. En Reproductive Health Matters.

Schallman, R (2007). *Parir en Libertad. En busca del Poder Perdido*. Buenos Aires. Sudamericana S.A. Grijalbo.

Stern, D (1999). *El nacimiento de una madre. Cómo la experiencia de la maternidad te hará cambiar para siempre*. Madrid, España. Paidós Ibérica.

15

Winnicott, D. (1985). *La dependencia en el cuidado del infante y del niño en el encuadre psicoanalítico. En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires. Paidós.

(1998). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires. Paidós.

