



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO INTEGRADOR FINAL

***“Posibles consecuencias psíquicas de la violencia obstétrica
en la salud mental materna”***

Ensayo

Autora: Maidana Avila, Rocío Evelyn

Legajo: M-5145/4

Docente responsable: Dra. Colovini, Ma. Teresa

Año: 2022

AGRADECIMIENTOS

Este ensayo no se hubiera podido realizar sin la colaboración de muchas personas que me han brindado su ayuda, sus conocimientos y su apoyo. Quiero agradecerles a ellxs cuánto han hecho por mí, para que este trabajo saliera adelante de la mejor manera posible.

Quedo especialmente agradecida con mi tutora del Trabajo Integrador Final, Marité Colovini, que me ha ayudado y apoyado en todo momento. Corrigió minuciosamente este trabajo y me dio la posibilidad de mejorarlo. Le agradezco sus comentarios, direcciones, sugerencias y correcciones. A su vez le agradezco el haberme abierto las puertas a la cátedra Clínica I, cátedra en la que formé los valores, la ética y el posicionamiento con el que llevaré a cabo mi práctica.

Agradezco a mi obstetra, Mauricio Belizan, por haber acompañado el inicio de mi camino en la maternidad, haber informado y actuado de manera respetuosa y con ternura en cada momento de mis embarazos, partos y puerperios. Y sobre todo, por mostrarme que otro modo de parir y nacer, es posible.

También quiero expresar mi agradecimiento a mi familia. Sin ellxs no habría podido llegar a este punto. He necesitado su cariño, su comprensión y su apoyo incondicional en unas dosis extraordinariamente elevadas. Mi mamá, Laura y mi papá, Rubén, han sido, por así decirlo, los cimientos sobre los que se apoya este Trabajo Integrador Final. Mi pareja, Emiliano, fue y es mi compañero, motor y mentor para cada paso en mi formación. Mis hijxs, mis mayores maestrxs en el campo en el que pretendo ejercer mi profesión: la maternidad.

Mi agradecimiento a todas aquellas personas que, si bien no están siendo nombradas, me han ayudado de una forma u otra en este trabajo. Tienen mi más sincera gratitud por todo.

ÍNDICE

Resumen.....	3
Palabras clave.....	3
Introducción.....	4
La violencia obstétrica es violencia contra la mujer.....	5
El parto como encuentro.....	6
Salud mental materna.....	7
Consecuencias psíquicas de la violencia obstétrica: neurosis traumática post obstétrica.....	7
Neurosis traumática.....	7
Algunas consideraciones sobre el desamparo.....	8
La encerrona trágica.....	10
Neurosis traumática post obstétrica.....	10
No hay trauma sin sujeto.....	12
Acompañar desde la ternura.....	12
Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) como salida de la encerrona.....	13
Conclusión.....	16
Referencias bibliográficas.....	17

RESUMEN

El objetivo del presente escrito radica en vislumbrar las posibles consecuencias psíquicas de la violencia obstétrica en la salud mental materna, tomando las categorías de trauma y desamparo como génesis de la neurosis traumática post obstétrica. Se realiza un recorrido en el cual las consecuencias psíquicas de la violencia obstétrica son pensadas a partir de categorías tomadas del psicoanálisis. Se ubica la neurosis traumática post obstétrica dentro de las patologías de desvalimiento ocasionales y se ligan no sólo a la percepción de peligro durante el parto sino también al terror cuando prima el factor de la sorpresa. Lo que conduce a concluir que la misma es vivenciada por la mujer como una situación de encerrona trágica y de desamparo, lo cual resulta traumático. En este sentido, se realiza una propuesta ética: acompañar a las mujeres desde la ternura. A su vez se destaca la creación del Observatorio de Violencia Obstétrica como salida de la encerrona trágica.

PALABRAS CLAVE

Violencia obstétrica – salud mental materna – trauma - desamparo – neurosis traumática post obstétrica

*“Eso de durar y transcurrir no nos da derecho a presumir
Porque no es lo mismo que vivir honrar la vida”*

(Eladia Blazquez, 2000)

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, asistimos a un momento de lucha por la visibilización y erradicación de la violencia contra las mujeres y, sin embargo, de todas las modalidades de violencia contra la mujer, la violencia obstétrica resulta una de las más naturalizadas y, por lo tanto, invisibilizadas.

Considero indiscutible que la medicalización del embarazo, parto y puerperio ha permitido el cuidado y seguimiento de estos procesos logrando disminuir la tasa de mortalidad materno-infantil, sin embargo, la misma, al entregar el saber –y por lo tanto el poder- al médico, genera una relación asimétrica que deja al profesional en un lugar en el cual toma decisiones que repercuten sobre el binomio madre-hijx.

Cuando estas decisiones no son correctamente informadas, ni consultadas, o se toman en relación a cuestiones que no tienen que ver con un criterio clínico sino personal o cuando en esta relación asimétrica se dan situaciones de destrato o maltrato, es que surge la violencia obstétrica.

Dicho maltrato viola el derecho de las mujeres a ser atendidas con respeto, pone en peligro su derecho a la vida y a la salud, vulnera su integridad física y su derecho a no ser objeto de discriminación.

Esta vulneración de derechos puede y debe pensarse como parte de las violaciones que se producen dentro del contexto más amplio de la sociedad, de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado. Cuestiones que son consecuencia de la falta de respeto a los derechos humanos, a la igual condición de la mujer, a la falta de educación y formación.

Este recorrido, entonces, parte desde el convencimiento de que *la experiencia de violencia obstétrica puede operar al modo de huella o marca en el psiquismo de esa mujer que deviene madre*. Y, en este sentido, el objetivo del presente trabajo es *indagar, desde una perspectiva psicoanalítica, las posibles consecuencias psíquicas de la violencia obstétrica en la salud mental materna*.

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA ES VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Para comenzar este recorrido considero necesario definir y ubicar el término violencia obstétrica, el mismo es tomado de La ley 26485 de Protección integral a las mujeres.

La misma define a la violencia contra las mujeres 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, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón (Ley 26485, 2009, art.4)

Dentro de este término, aparece la violencia obstétrica como una modalidad de violencia contra las mujeres y se define como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929” (Ley 26485, 2009, art. 5).

Podemos pensar que tanto en intervenciones sobre el cuerpo de la mujer como episiotomías, cesáreas innecesarias, rasurados, enemas, maniobras obstétricas obsoletas, alteración del ritmo fisiológico del nacimiento sin justificación clínica; como así también el destrato, el mal trato, el trato impersonal, las vejaciones, los insultos, la infantilización que se dirige a las mujeres tanto en las consultas obstétricas como en el momento del nacimiento, son modos de ejercer violencia contra la mujer que, sobre todo en relación al parto, se encuentra en un momento de vulnerabilidad.

Es interesante destacar que en dicho artículo de la Ley se mencionan las categorías de medicalización y patologización de los procesos naturales. Al respecto, Alicia Stolkiner define a la medicalización como un concepto que “implica la expansión del diagnóstico y tratamiento médico de situaciones previamente no consideradas problemas de salud” y afirma que el motor de la misma “es la incorporación de la vida y la salud al proceso mercantil” (Stolkiner. 2013, p.4), es decir, se produce una mercantilización de la salud que tiene dos factores fundamentales: el negocio de las aseguradoras y la acumulación de capital. Estos factores promueven que se recurra a la medicina para prevenir riesgos, ampliar los límites corporales y reducir el malestar en cualquiera de sus formas.

Es aquí donde podemos observar nítidamente que, en materia de nacimientos, las mujeres han ido cediendo su lugar de saber y poder sobre sus cuerpos a la medicina. Se ha hecho de un acto esperable, fisiológico y, la mayor parte de las veces saludable, una situación potencialmente riesgosa para la mujer y su descendencia, en pos de reducir al mínimo las posibles consecuencias para la salud que podrían sobrevenir del proceso de gestar, parir y nacer.

Hecho que es producto de una hegemonía discursiva que se ha instituido y que se sostiene en prácticas de control social, pero sobre todo en una hegemonía cultural. Hecho que, por este mismo motivo, fue y continúa siendo invisibilizado y legitimado.

Tomemos en cuenta que la Ley 25.929 de Parto Humanizado apunta a que se garanticen los cuidados durante el embarazo y el parto para una experiencia positiva.

Dicha experiencia positiva es definida por la OPS (2019) como:

aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y parto fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales mediante la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas. (OPS, 2019, p.1)

Entonces podemos entender que una Experiencia de Embarazo y/o parto negativa estaría englobada dentro de lo que llamamos Violencia Obstétrica.

EL PARTO COMO ENCUENTRO

En el recorrido de este camino que hace un tiempo comencé a transitar, entendí al parto como un encuentro. El encuentro de ese pequeñísimo cachorro humano con su madre. Esto implica que, de entrada, tenemos al menos dos personas implicadas. Estas dos personas fueron construyendo un lazo durante cuarenta semanas (a veces menos, a veces más), sin verse pero sintiéndose, oyéndose. Hasta que un buen día llega el momento de encontrarse cara a cara: el parto.

Qué curiosa es la palabra parto, pues, efectivamente, en el encuentro esa mujer se parte en dos seres: el recién nacidx y la madre.

Lo interesante, lo importante y lo atendible es que el modo en que se da ese encuentro, el modo en que esa mujer se parte, tiene importantes consecuencias en todos los aspectos que comprenden a estas dos personas: físico, psíquico, emocional, espiritual y social; y esto se da tanto en la esfera individual, como dentro de la díada madre-hijx y en los lazos con personas exteriores a la misma.

Aquí es donde se vuelve necesario que lxs profesionales de la salud que participen en el momento del nacimiento, garanticen que este encuentro sea lo más armónico y respetuoso posible, velando, no solo por el cuidado de la salud física del binomio, sino también por su salud mental. Aquí es donde también, se abre campo, entonces, la violencia obstétrica.

SALUD MENTAL MATERNA

Para poder reflexionar sobre las posibles consecuencias psíquicas de la violencia obstétrica y cómo afectan a la salud mental materna, debemos, en principio, aclarar qué decimos cuando decimos salud mental, y cuando decimos salud mental materna.

La ley Nacional de Salud Mental N° 26657 define a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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 toda persona” (Ley N° 26657, 2013, Art. 3), a continuación plantea que se debe partir de presunción de capacidad de todas las personas.

En lo que a los nacimientos se refiere, este punto es sumamente importante, ya que es el único momento en la vida de una mujer, en la que irá a una institución a internarse estando sana. Y en este sentido, la ley la ampara debido a que el nuevo código civil y comercial (2014) define por capacidad la aptitud de la persona para ser titular de derechos, adquirir obligaciones y ejercerlos por sí misma. A su vez, la Ley de Parto Humanizado plantea en su artículo 2 que la mujer tiene derecho a “ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto” (Ley 25929, 2018, Art. 2).

Para visibilizar la salud mental materna, desde el año 2016 se ha definido destinarle un “Día Mundial” de cada año: el primer miércoles de mayo. Este día se lanzó como un modo de aumentar la conciencia sobre los problemas de salud mental materna. El objetivo fundamental es la sensibilización a nivel mundial acerca de su importancia y la mejora de los recursos destinados por los gobiernos a la prevención, detección y tratamiento del padecimiento psíquico durante el embarazo y el primer año tras el nacimiento. Los (mal) llamados “trastornos mentales perinatales”.

CONSECUENCIAS PSÍQUICAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: NEUROSIS TRAUMÁTICA POST OBSTÉTRICA

Neurosis traumática

Como cuestión preliminar, quisiera profundizar en el término de neurosis traumática a la luz del psicoanálisis.

Para comenzar, en Más allá del Principio de placer (1976) encontramos la concepción de trauma como una irrupción de lo pulsional por fuera de las cadenas asociativas. Ante la irrupción de lo “no ligado” se le impone al aparato psíquico la tarea de oponer una contrainvestidura a modo de defensa.

En el mismo escrito y en este sentido, Freud aborda la neurosis traumática como efecto de lo “no ligado”, en tanto que si fracasa la tarea de ligadura se produce una perturbación análoga a la neurosis traumática. Así mismo, la neurosis traumática es entendida como un padecimiento subjetivo que presenta como característica fundamental debilitamiento y destrucción de las operaciones anímicas. Freud aproxima la misma a la histeria porque puede cursarse con síntomas motores y propone diferenciar a la misma por los siguientes rasgos fundamentales: predomina el factor de la sorpresa o el terror y aparece un daño físico o herida.

En el mismo escrito realiza una diferenciación entre angustia, miedo y terror. Propone que llamemos terror a aquellas experiencias en las cuales se corre un peligro sin estar preparado, primando así el carácter de la sorpresa. Por su parte el miedo,

requiere de un objeto determinado. En tanto que la angustia es la expectativa y percepción respecto al peligro, aunque sea desconocido. A continuación de esta diferenciación, plantea que en las neurosis traumáticas la característica fundamental es la falta de un “apronte angustiado”, entendiendo que el mismo “vale como contrainvestidura en tanto si hay preparación el impacto del trauma es menor” (Bonet, 2018, p.123.)

Como sabemos, hay formas de nacer que, efectivamente, dejan en la mujer una cicatriz física (episiotomías, desgarros, cesáreas), sin embargo quisiera introducir, en este punto el término “cicatriz psicológica”, propuesto por la OPS (2011) para introducir una consecuencia de la violencia obstétrica que conjuga dos factores, por un lado, lo imprevisible del transcurso y desenlace del parto y, por otro lado y fundamentalmente, las complicaciones y las situaciones adversas que sucedan en dicho momento. A su vez, quisiera incluir en el término propuesto los síntomas que mencionaré en el próximo apartado.

En Inhibición, Síntoma y Angustia (1976) Freud plantea que “si la angustia es la reacción del yo frente al peligro, parece evidente que la neurosis traumática, tan a menudo secuela de un peligro mortal, ha de concebirse como una consecuencia directa de la angustia de supervivencia o de muerte” (Freud. 1976. p.122), sin embargo, plantea que “es harto improbable que una neurosis sobrevenga sólo por el hecho objetivo de un peligro mortal, sin que participen los estratos inconscientes más profundos del aparato anímico” (Freud. 1976. P.122).

Avanzando en el texto, propone llamar traumática a “una situación de desvalimiento vivenciada” (Freud. 1976, p.155), esto le permite discernirla de la situación de peligro, entonces resume “la situación de peligro es la situación de desvalimiento discernida, recordada, esperada. La angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma, que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación de peligro” y continúa “el yo, que ha vivenciado pasivamente el trauma, repite ahora de manera activa una reproducción morigerada de este, con la esperanza de poder guiar de manera autónoma su decurso” (Freud. 1976. P.155)

Freud introduce en 1926, con este planteamiento, una “nueva” angustia por así decirlo: la angustia automática -o traumática- análoga a lo que en 1920 plantea con respecto a la noción de terror. Podemos pensar que esta “nueva” angustia está vinculada con el peligro como perturbación económica del aparato psíquico, lo que volviendo también a 1920, fue descrito por Freud como la ruptura de la barrera antiestímulos.

Algunas consideraciones sobre el desamparo

Continuando con el planteamiento del apartado anterior, esta perturbación económica supone un desvalimiento psíquico, lo cual nos conduce a reflexionar que si en ambos aspectos, como fenómeno automático y como señal de socorro, la angustia demuestra ser producto del desvalimiento psíquico del lactante, que es el obvio correspondiente de su desvalimiento biológico, podríamos conferirle a la misma dos valores: un valor estructural y un valor funcional.

Aquí podemos seguir el planteamiento de Bonet, Ramiro (2018) para definir estos valores. El valor estructural podríamos entenderlo como “el afecto inherente al punto de

desvalimiento que como sujetos humanos estamos destinados a experimentar en la relación con el Otro primordial” (p.123) y el valor funcional “al modo de una vacuna y al servicio del yo, nos previene de ese peligro” (Bonet, 2018, p.123)

El desamparo es un estado de impotencia que el ser humano enfrenta ante el dolor psíquico y según Freud, el sufrimiento puede deberse a tres situaciones diferentes: a la decadencia del propio cuerpo que lleva a la muerte; frente al mundo externo y sus fuerzas destructivas y, finalmente, en las relaciones con sus semejantes.

Con respecto a la violencia obstétrica, en muchas oportunidades, las mujeres refieren haberse sentido en peligro y desamparo ante el maltrato profesional, en una situación que es de alto grado de vulnerabilidad.

Este hecho me conduce a pensar a la misma como una condición de posibilidad para desarrollar una “patología del desvalimiento”. Luis Hornstein plantea en su texto “Patologías del Desvalimiento” que las mismas “son aquellas en las que enfrentamos no solo conflictos intersistémicos sino fallas en la organización psíquica, que prolongan la vivencia de desamparo, indefensión. Sufrimientos, angustias y defensas diferentes a las neurosis “clásicas”” (s.f, p.1). Y realiza una diferencia entre las estructurales y las ocasionales, definiendo las primeras como aquellas en las que “prevaleció un fracaso en la historia libidinal e identificatoria”, y a las segundas como “duelos, traumas actuales, enfermedades orgánicas, que sacuden momentáneamente el psiquismo” (s.f, p.2).

En este sentido, podríamos ubicar a las posibles consecuencias psíquicas de la violencia obstétrica dentro de las patologías del desvalimiento ocasionales, sin desconocer que, a su vez podrían insertarse a la par dentro de cuestiones más bien estructurales.

Desde un punto de vista metapsicológico podríamos pensar al desamparo en los siguientes términos: tópicamente se da un desfallecimiento del yo, dinámicamente sucede un fracaso de la represión a favor de los mecanismos de negación y escisión; económicamente encontramos una debilidad del trabajo de elaboración y simbolización del riesgo de desbordamiento traumático.

La encerrona trágica

La violencia obstétrica podría pensarse, tomando como referencia el planteo de Fernando Ulloa como una encerrona trágica. El autor plantea que se da “cada vez que alguien, para vivir (amar, divertirse, estudiar, tramitar, recuperar la salud, transcurrir sus vejez, tener una muerte dignamente asistida), depende de algo o alguien que lo maltrata o simplemente lo “distrata”, negándolo como sujeto (1995, p.110).

Según Ulloa, las mismas están estructuradas en dos lugares: dominado y dominador. El autor afirma que no hay un tercero mediador a quien apelar, “alguien que represente una ley que garantice la prevalencia del trato justo sobre el imperio de la brutalidad del más fuerte” (1995, p.110).

Esta encerrona tiene como resultado un “dolor psíquico”, definido por Ulloa como un “sufrimiento que se diferencia de la angustia porque ésta tiene momentos culminantes

y otros de alivio. Quien sufre ese dolor no vislumbra para éste ningún final ni tiene la esperanza de que cambie la situación de dos lugares. Una situación sin salida con connotación infernal” (1995, p.111).

Pensemos en el campo asistencial en relación a los nacimientos. La mujer que va a parir, maltratada y patologizada por un hospital, que representa para ella la única posibilidad de dar a luz un hijx vivx y sanx, y mantenerse, también, ella misma en esta condición. Por otra parte al/la agente de salud de ese hospital, cualquiera sea su jerarquía y profesión, maltratadx por el agente posible para desarrollar su profesión. Esto va deformando y resintiendo el sentido ético de su oficio. Estas encerronas trágicas, para Ulloa, alcanzan a todo individuo social, usuario o integrante de la institución.

Neurosis traumática post obstétrica

Para poder plantear posibles consecuencias psíquicas de la violencia obstétrica, quisiera tomar como referencia el artículo “El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica” escrito por la dra. Ibone Olza en 2016. En el mismo la autora comenta que la doctora Monique Bydlowski a partir de la nueva definición de “trauma” planteada en el DSM-IV propone que cualquier parto en el que haya habido una amenaza de muerte o graves secuelas físicas para madre y/o bebé y donde la madre haya vivido la amenaza con miedo extremo, indefensión u horror puede desencadenar un síndrome de estrés postraumático. Esto la lleva a plantear, entonces una nueva categoría: Neurosis traumática post Obstétrica.

Aquí es necesario agregar que con el aumento del intervencionismo obstétrico, a muchas mujeres se les han practicado intervenciones quirúrgicas en el parto bajo el argumento de que había un grave riesgo para la salud del bebé o de ellas mismas de no realizarla urgentemente. En consecuencia, la importancia no radica en cómo fue objetivamente el parto, ni cuan real fue el peligro, ni que el bebé haya nacido completamente sano. Lo realmente importante es el hecho de que durante el parto la mujer haya pensado que ella o su bebé corrían grave peligro, y haya experimentado miedo, sentimientos de indefensión u horror.

Si pensamos en el parto, su proceso y desencadenamiento, podemos considerar que tiene la condición inherente de ser un momento de gran vulnerabilidad para la mujer, en primer lugar por lo intransmisible en las palabras -no hay modo de poder transmitirle a una mujer cómo va a ser el nacimiento de su hijx-, lo cual le impide a la gestante poder anticiparse o prepararse para afrontar esa experiencia, en segundo lugar porque a nivel cerebral hay un escenario neurobiológico y hormonal específico preparado para el inicio del vínculo con el bebé, lo que facilita que los eventos que transcurren durante el parto y las primeras horas del puerperio queden vívidamente grabados en la consciencia, sean estos placenteros o displacenteros.

Por lo tanto, y siguiendo la diferenciación freudiana que ya mencionamos, podríamos pensar que la mujer, en el mejor de los casos llega al parto con angustia, por la expectativa y percepción de cierto “peligro”, desconocido, podría llegar también con miedo si recortara en el mismo un objeto al que temerle.

Sin embargo, si al llegar al mismo prima el factor de la sorpresa (manifestada en forma de intervenciones, maltratos, soledad) y la madre sintiera que su vida o la de su hijx están en peligro, aquí es que la mujer podría experimentar terror y desarrollar, luego, la ya mencionada neurosis traumática post obstétrica.

La misma incluye síntomas como:

- Recordar y revivir continuamente el parto mediante flashbacks y pesadillas, durante semanas o meses. Cualquier evento que les recuerde el parto puede desencadenar esos recuerdos.
- Sentimiento de desconexión o extrañamiento ante sus bebés y sensación de estar ausentes de la realidad, como si no estuvieran allí o no fueran las mismas. Esta disociación puede comenzar inmediatamente después del parto.
- El trauma vivido hace que necesiten entender y hablar continuamente de lo que les sucedió y que busquen información médica sobre sus partos de manera obsesiva.
- Muchas madres sentían que necesitaban hablar de sus partos una y otra vez y algunas se encuentran meses después del parto buscando información obstétrica en Internet para entender qué les pasó.
- Enfado con los profesionales, con sus familiares y consigo mismas. Presentan síntomas de ansiedad y depresión.
- Afecta su experiencia de la maternidad. A menudo se sienten distanciadas de sus hijos. Tienen muchas dificultades para relacionarse con otras madres, no pueden evitar comparar su parto con el de las otras. El síndrome puede producir un rechazo a la sexualidad, a tener más hijos, o hacer que la madre pida una cesárea programada en el siguiente embarazo.

NO HAY TRAUMA SIN SUJETO

Quisiera hacer una salvedad y llamar la atención respecto de este punto: poder visibilizar las consecuencias de la violencia obstétrica en la salud mental materna, traer a la luz una categoría como la Neurosis traumática post obstétrica, debe ser solamente un modo de nombrar entre profesionales para entendernos y pensar, quizás, estrategias clínicas.

Es menester recordar que “lo traumático siempre se liga con el sentido que el hecho tiene para el sujeto y la sociedad” (Stolkiner. 2013, p.9), recordar que no hay trauma sin sujeto, para lograr, de este modo, preguntarnos y reflexionar sobre las condiciones de producción de tal sufrimiento y no reducir el mismo a una respuesta fisiológica individual.

Si retomamos la noción de desvalimiento, podemos acudir a lo planteado por Hornstein en Patologías del Desvalimiento, quien afirma que el mismo “remite a un déficit en la historia libidinal e identificatoria que no proveyó recursos y no constituyó una organización compleja para no estar el sujeto demasiado expuesto a los vasallajes del cuerpo, de la realidad o del sistema de valores” (Hornstein. s.f, p.1). En este sentido, podemos pensar que el trauma que tuvo como génesis la vivencia de violencia obstétrica, en algunos casos, podría ligarse a este déficit estructural.

Sin embargo, siguiendo lo planteado por Hornstein, “en el desvalimiento no se trata solo de traumas infantiles, sino de situaciones traumáticas deshistorizantes al hacer tambalear los vínculos, identidades y proyectos” (p.3).

Aquí, sobre todo, el vínculo que tambalea es el vínculo de ese binomio naciente. En tanto que en el trauma se rompen tramas: relacionales, psíquicas, simbólicas, familiares, sociales.

El sujeto está abierto a su historia y si pensamos que en el nacimiento el desvalimiento es una posibilidad siempre latente y que nuestra historia comienza con el desvalimiento, la dimensión que cobra el mismo no puede ser, sino, traumática. Sin embargo, lo que genera las funciones psíquicas es ese espacio transicional planteado por Winnicott en Realidad y Juego (1979), ese espacio intermedio en el que la madre ampara y donde “el desvalimiento es neutralizado por la capacidad psíquica materna para contener, responder y producir un conjunto de enunciados identificantes así como atender a los cuidados físicos en un encuentro” (Hornstein. s.f. P4)

ACOMPañAR DESDE LA TERNURA

Quisiera proponer en este apartado una posibilidad y posicionamiento ético en cuanto al acompañamiento a la mujer en sus procesos reproductivos por parte de lxs profesionales intervinientes y a aquella que acude a nosotrxs, psicólogxs, luego de haber vivido un hecho de violencia obstétrica.

Para ello, propongo como pilar fundamental la noción de ternura, planteada por Fernando Ulloa (1995), quien la define como una instancia típicamente humana que va más allá de lo instintivo. Afirma que la ternura es, de hecho, una instancia ética y es inicialmente renuncia al poder infantil del sujeto.

Creo que una de las cuestiones que más se conocen de la violencia obstétrica es cómo los agentes de la misma objetalizan, infantilizan y patologizan a la mujer, logrando, de este modo imponerse y tomar el poder en la situación, logrando de esta manera la toma de decisiones sobre el proceso reproductivo sin consensuar y sin contemplar la palabra y el deseo de la mujer.

En sintonía, es que me interesa resaltar el hecho de que el autor define a la ternura en términos psicoanalíticos como “la coartación -el freno- del fin último, fin de la descarga, de la pulsión” (p122.). Y siguiendo el razonamiento plantea que la ternura genera dos condiciones, dos habilidades: la empatía y el miramiento. La primera “garantizará el suministro adecuado (calor, alimento, arrullo, palabra)”, la segunda es “mirar con amoroso interés a quien se reconoce como sujeto ajeno y distinto de uno mismo” (Ulloa, 1995, p.122).

Considero que estas dos habilidades son fundamentales, también, para aquellos a quienes se les confía el cuidado de la salud sexual y reproductiva de la mujer, así como también su salud mental. En un momento de vulnerabilidad psíquica y emocional como es el embarazo, parto y puerperio, poder empatizar con la mujer que unx tiene enfrente, poder garantizarle el suministro adecuado, pero sobre todo mirar con amoroso interés pudiendo ubicarla como alguien distinta a sí mismx, con su historia, con sus expectativas,

con sus posibilidades y con su deseo, resulta clave para el cuidado de la salud mental de esa mujer que deviene madre.

Continuando con el planteo de Ulloa, el autor afirma que a partir de la ternura, el sujeto se estructura en una relación de contrariedad con lo que daña, entendiendo que lo que daña es algo externo a sí mismo y a su vez pudiendo tomar consciencia de que él mismo puede ser causa de sufrimiento para otro. Esta relación de contrariedad es lo que le permite acceder a lo que Ulloa llama imposición de justicia, sentimiento que indica cuándo el mismo sujeto es o no dañino para el otro.

Punto clave, también, al momento de la atención de los procesos reproductivos -y en realidad, en la atención a todas las personas-. Poder comprender que con las acciones y decisiones que toma el profesional, por supuesto que puede beneficiar y curar, pero también puede dañar y que este daño cause sufrimiento.

Es por ello, que considero que quienes pretendemos acompañar y promover la salud materna (entendiendo dentro del concepto de salud, la salud mental) debemos tener como premisa fundamental que “la ternura [...] hace posible, desde el suministro y la garantía de autonomía gradual, superar esa etapa inicial y organizar un sujeto esperanzadamente deseante” (Ulloa, 1995, p.123). Es decir, lograr, desde la ternura acompañar a la mujer, entendida como sujeto, a transitar el camino -más o menos sinuoso- de su deseo.

OBSERVATORIO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA (OVO) COMO SALIDA DE LA ENCERRONA

Desde el año 2014 contamos en Argentina con el Observatorio de Violencia Obstétrica, proyecto impulsado por la asociación civil “Las casildas” en Buenos Aires.

El OVO tiene como objetivos:

- Recolectar y sistematizar datos y estadísticas relacionados con la VO.
- Realizar seguimiento a denuncias.
- Monitorear políticas públicas, proyectos de ley y cumplimiento de leyes.
- Elaborar recomendaciones a organismos e instituciones involucrados.
- Crear espacios de difusión y debate con profesionales y ciudadanía en general.
- Promover la elaboración de estudios y proyectos de investigación.
- Apoyar y difundir acciones de otros colectivos y agrupaciones en torno a la Violencia Obstétrica.
- Articular trabajo y acciones con otros Observatorios nacionales e internacionales.

La existencia del OVO tiene una importancia fundamental, en tanto que viene al lugar de ese tercero al que apelar que hemos mencionado al respecto de la encerrona trágica que podría resultar ser la vivencia de una situación de violencia obstétrica.

Ulloa afirma que una salida de la encerrona es la convicción de la persona –que está en el lugar de “dominadx”- en el valor de las ideas y acciones, así como de los lazos que la unen a sus compañerxs. Emocionalmente esta es una apelación valiosa a partir de la cual resistir.

En sintonía con este planteo, considero que tanto los movimientos feministas y sus luchas por visibilizar las violencias hacia las mujeres, junto con el OVO y aquellos espacios destinados a la mujer que deviene madre tales como los talleres de Preparación Integral para la Maternidad, cursos de parto, redes de sostén y apoyo a la gestación, la crianza y la lactancia y el fundamental “plan de parto”, generan en la mujer que comienza a transitar el camino de la maternidad, a partir del sostén de otras mujeres y de poder a cada momento contar con información sobre los procesos reproductivos que experimenta y experimentará, la confianza en que, ante una situación violenta en cualquiera de los mencionados procesos, habrá posibilidad de apelación.

Retomando el planteamiento de Ulloa, el autor propone el término “secretar” refiriéndose, sobre todo, a una modalidad de represión adoptada durante la dictadura militar de 1976 en Argentina, en la cual simultáneamente se buscaba mostrar y ocultar el crimen. Esto promovía un efecto siniestro en la sociedad, entendiendo como siniestro aquello que plantea Freud en 1918 como aquello que no proviene de casa o que no es familiar pero sobre todo es algo escondido dentro de la casa que nunca debió salir a la luz. Esta modalidad de mostrar y ocultar era en aquellos años de la dictadura un modo de control social sostenido por el miedo.

Ante la descarnada vivencia de la violencia obstétrica el OVO tiene la fundamental función de impedir que dichas situaciones se secreteen, función que rompe con la encerrona en lo concreto y en lo emocional. En este punto, considero que tiene una función análoga a la de los organismos de Derechos Humanos.

Para superar la encerrona, sostiene Ulloa, es necesario enfrentarse con la tragedia cruda, que por permanecer semioculta sigue teniendo eficacia. En este sentido, Las Casildas han realizado como actividad del OVO una encuesta sobre atención al parto/cesárea, de la cual realizaron un informe final que logró visibilizar los destratos, vejaciones, mutilaciones, etc. de los que somos víctimas las mujeres al momento de traer a nuestrxs hijxs de este lado de la piel.

Las mujeres hemos podido, juntas, hermanadas, hacer frente a las tragedias que vivimos a diario, poner sobre la mesa cada acto de violencia cometido hacia nosotras, con la confianza de que nos tenemos, de que contamos unas con otras. Hemos abierto los ojos ante la violencia ejercida sobre nuestros procesos reproductivos y nos convencemos, a cada paso, de que otra forma de gestar, parir/nacer y criar, es posible.

CONCLUSIÓN

Llegado el tiempo de concluir, quisiera cerrar las ideas planteadas pero, sobre todo, dejar abiertas algunas interrogantes, invitando e invitándome a reflexionar sobre la temática y sobre nuestras prácticas.

Comencé este recorrido afirmando que la violencia obstétrica es violencia contra la mujer, y que la violencia hacia la mujer es otra de las múltiples violaciones a los Derechos Humanos. Sin embargo, y aún siendo mencionada en diversas leyes, continúa siendo el tipo de violencia que se considera más naturalizada e invisibilizada, lo cual me lleva a preguntarme ¿Qué es lo que hace que la violencia obstétrica permanezca oculta en nuestra sociedad? ¿Hay algo en lo instituido que hace que la misma sea justificada y legitimada?

Pude esbozar como idea en torno a estas preguntas la noción de medicalización, teniendo en cuenta que se ha hecho de un acto “natural”, un posible riesgo para la salud de la mujer y su hijx. Sin embargo ¿qué es lo que opera con tanta efectividad en el inconsciente colectivo que hace que una mujer perciba, por ejemplo, el parto como un riesgo? ¿Es ahí donde radica el motivo que hace que dicha mujer le entregue el poder sobre su cuerpo y sus decisiones a lxs agentes de salud quedando en una posición de ajenidad con respecto al proceso que está transitando?

Partiendo de la noción de que la neurosis traumática y la neurosis traumática post obstétrica tienen como origen la vivencia de terror y desvalimiento en un momento de gran vulnerabilidad psíquica y emocional, en donde la mujer ha creído que su vida, la de su hijx o la de ambxs corría peligro y en donde esta vivencia queda ligada a una cicatriz a veces física y siempre psicológica, es que he considerado al enlace del trauma provocado por la violencia obstétrica en la biografía de la mujer para afirmar que no hay trauma sin sujeto y me pregunto ¿será este otro componente para la invisibilización de la vivencia de una situación de violencia? ¿Será que hay algo en la biografía de algunas mujeres que hace que dicha situación no pueda ser leída en términos violentos?

Finalmente, en el esbozo acerca de un posible posicionamiento ético en la atención a las mujeres, creo que queda pendiente abordar ¿cuáles son los factores que hacen que lxs agentes de salud ejerzan violencia contra la mujer? ¿Son conscientes de que lo hacen? ¿De qué modo opera en ellxs la mencionada imposición de justicia?

Con todas estas preguntas es que finalizo mi etapa de estudiante de psicología y comienzo mi esperado camino como psicóloga.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bonet, R. (2018). *La angustia y el desvalimiento psíquico*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. en Obras Completas, Bs. As.: Amorrortu editores. Tomo XVIII. 1976
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. en Obras Completas, Bs. As.: Amorrortu editores. Tomo XVIII. 1976
- Hornstein, L. (s.f) *Patologías del desvalimiento*. En IAEPICIS – Institutos de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales. UCES. Buenos Aires.
- Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (2014)
- Ley 26657 de Salud Mental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2013.
- Ley 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2009.
- Ley 25929 de parto humanizado. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2018.
- Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
- Stolkiner, A. (2013). *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*. Capítulo de libro. Compilador: Hugo Lerner Editorial: Psicolibro. Colección FUNDEP.
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Las Casildas. (s.f). *Observatorio de Violencia Obstétrica*. Recuperado de: <https://lascasildas.com.ar/proyectos.html>
- Olza, I. (2016). *El estrés postraumático como secuela obstétrica. Información para profesionales de la atención al parto*. Recuperado de: <https://saludmentalperinatal.es/2016/08/10/el-trastorno-de-estres-postraumatico-como-secuela-obstetrica/>
- Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental Perinatal. Washington, D.C.: OPS; 2011.
- Winnicott, D. (1979). *Realidad y juego*. Editorial Gedisa. Barcelona.