



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada

**Modalidad de escritura:**

**Ensayo**

**Autora:**

Camino Lucía

Legajo: C-5302/3

DNI: 38.773.358

Mail: caminoslucia@gmail.com

**Docente responsable:**

Martinis, Verónica

**Colaboración:**

Martin, Mara

Rosario

-AÑO 2024-

**Agradecimientos**

En primer lugar, a mis padres, Julio y Lucrecia, que me brindaron la posibilidad de poder elegir estudiar una carrera universitaria, quienes confiaron en mí desde el primer

momento, estuvieron presentes desde el amor y el apoyo.

A mis hermanos y hermanas, por su amor incondicional, quienes me acompañaron todos estos años, en especial a mis hermanas, Agustina y Josefina, sostén constante durante todo este camino desde la escucha y el acompañamiento, quienes me brindaron la fuerza para seguir en los momentos difíciles.

A toda mi familia, a mis seres queridos que no están aquí conmigo pero que forman parte de este logro.

A mi otra familia, la que elegí y elijo, mis amistades. A mis amigas de toda la vida, por acompañarme desde la distancia en cada momento, por comprender las ausencias y por celebrar cada pequeño logro. A mis amigas que esta ciudad puso en mi camino y compartieron conmigo este último trayecto. A mis queridas amigas de la facultad, sin duda su apoyo y sostén incondicional hicieron de este camino un transitar hermoso, presentes siempre desde el cariño, el acompañamiento, la escucha, en momentos felices y más aún en los difíciles.

A Verónica Martinis, mi docente responsable, gracias por tu amabilidad, tiempo y dedicación desde el primer encuentro, ofreciendo un espacio de charla e intercambio. Por presentarme a Mara Martin, quien forma parte de este camino de escritura, gracias por permitirme aprender, desde el respeto y cariño. Sus conocimientos y dedicación fueron esenciales para llevar adelante este trabajo.

Por último, a la Universidad Pública, mi queridísima Fpsico, por abrirme sus puertas y recibirme desde el primer día, la cual me permitió estudiar y formarme como profesional de la salud mental. Finalmente, a todas aquellas personas que de alguna manera contribuyeron a este trabajo, este logro no es solo mío, sino de todos aquellos que creyeron y me acompañaron en este camino. Es un logro personal pero también colectivo.

¡Gracias!

## Índice

Resumen .....	
2 Introducción .....	
3	
I. Volviendo al pasado. Embarazos y partos antes, y ahora. El impacto del modelo médico hegemónico .....	5
II. El papel de lo jurídico y las leyes. Hacia una mirada integral e interdisciplinaria .....	7
III. Trauma. Posibles consecuencias .....	9
IV. El lugar de la mujer y de la madre. Primeros acercamientos entre el recién nacido y su madre .....	11
Reflexiones finales .....	

**Resumen**

El presente ensayo aborda la violencia obstétrica, sobre todo las situaciones, prácticas invisibilizadas y violentas que sufren las mujeres en el parto/embarazo. En el horizonte de este trabajo, se pretende realizar una lectura crítica de autores de diferentes campos disciplinares, así como conocer dos discursos aparentemente opuestos. Por un lado el modelo médico, que se sigue perpetuando en instituciones públicas y privadas, y por otro, el modelo integral e interdisciplinario, emergente de un contexto político y social con considerables avances en cuanto a los derechos hacia las mujeres. Primeramente, se rastrea la historia de los nacimientos hasta la actualidad con la presencia de la medicina. En contraposición a este modelo, la mirada desde la perspectiva de la psicología perinatal. Asimismo, se evalúa si estas marcas o huellas son susceptibles de ocasionar traumas psíquicos en las mujeres Y a su vez, si pueden ocasionar dificultades en los primeros encuentros entre ese niño recién nacido y su madre. Por último, se concluye sobre el lugar de la mujer, desde la lectura del psicoanálisis, según el concepto de maternidad y de maternaje, teniendo en cuenta tanto la elección como el deseo a la hora de ser madre.

**Palabras claves:** psicología perinatal- violencia obstétrica- trauma- maternidad - vínculo.

2

## **Introducción**

El movimiento por la humanización en el parto y el nacimiento comenzó hace varias décadas en todo el mundo, pero en Argentina recién tuvo lugar en la década del 90. Este movimiento promueve el respeto y la atención digna hacia las mujeres y personas recién nacidas, con el objetivo de erradicar la violencia obstétrica, una forma de violencia de género reconocida como tal en la Ley Nacional N°26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

La violencia obstétrica (V.O) desde la Ley N° 25.929 de derechos de padres e hijos durante el trabajo de parto, conocida como ley de parto humanizado, es una legislación argentina que regula los derechos en el parto. Fue sancionada en agosto del año 2004 y reglamentada en el año 2005; es definida como aquella que afecta a la mujer y a su bebé durante el embarazo, el parto e incluso, el postparto. Esta violencia se manifiesta mediante prácticas, conductas, acciones, situaciones u

omisiones, que el personal de salud ejerce de manera directa o indirecta, en el ámbito público y privado, sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. La misma se expresa en un trato deshumanizado, abuso de la medicalización, así como también en la patologización de los procesos naturales.

La violencia obstétrica física tanto en el parto, en el nacimiento como en el posparto, incluye el suministro de medicación injustificada, prácticas que se consideran invasivas, perjudiciales e ineficientes sobre el cuerpo de la mujer. Además del trato deshumanizado, discriminatorio, amenazante, humillante, cruel e irrespetuoso. Así también incluye, la omisión de información por parte del servicio médico.

La declaración universal de los derechos humanos proclamados en 1948 define a la violencia gineco-obstétrica como aquellas formas naturalizadas, minimizadas y silenciadas, bajo las cuales se manifiesta la violencia por motivos de género. Esta se ejerce en procesos de fertilidad, infertilidad, búsqueda de embarazo, gestación, parto, posparto, abortos, nacimientos, lactancias, puerperios, pérdidas gestacionales y perinatales (Vivas, 2019).

A partir de estas definiciones podemos pensar que, en muchos casos, parte de esas acciones, situaciones y conductas en el momento del trabajo de parto o durante el embarazo aparecen invisibilizadas, como intervenciones dolorosas sin anestésicos, cesáreas innecesarias, mujeres pariendo solas, separadas de su bebé en el instante siguiente del nacimiento, entre otras. Si bien se las intenta invisibilizar, ocultar, no son invisibles ante la vivencia de la propia madre en el momento del parto, el cual es un momento de vulnerabilidad para ella, momento esperado por meses, frente al cual, desde la lectura de Levin “antes del nacimiento del niño ya hay un cuerpo en juego, antes de que nazca ya hay un cuerpo para ese hijo que va a llegar, hay deseos, hay palabras, tiene un nombre, un lugar, una posición, es decir, un cuerpo sin cuerpo” (1991, p. 47).

En el momento donde nace ese niño tan esperado por sus padres, pueden suceder hechos o vivencias que afectan o no esos primeros encuentros entre el recién nacido y su madre, hechos que dejan inscripciones en la subjetividad de ambos. Lo cual, nos interroga sobre la importancia de la presencia de profesionales de la salud mental, tales como psicólogos/as, dentro de instituciones que trabajan en los momentos del embarazo, parto y posparto, y que priorizan el resguardo de la madre y su bebé. ¿Esas vivencias traen consigo efectos displacenteros y traumáticos en la mujer? ¿Podrían pensarse cómo traumáticas? ¿Llevarían a posibles desencuentros entre ella y su bebé?

Por trauma hacemos referencia, siguiendo la lectura de Laplanche (1996, p, 447), “al acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto por responder a él adecuadamente y los trastornos y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica.” Así, el trauma puede afectar el vínculo inicial entre la mamá y el bebé, dificultar el proceso de la lactancia

3

materna, impactar en el trato con los profesionales sanitarios, dejar secuelas a la hora de retomar las relaciones sexuales, provocar la postergación de un futuro embarazo como consecuencia de no desear exponerse nuevamente a una situación similar a la experimentada, etc.

Aun así, cada experiencia es vivida de manera singular e individual. Por lo tanto, en cada mujer podrá dejar una marca o huella signficada por ella misma como traumática y/o violenta.

Para poder dar respuesta a los interrogantes mencionados en el presente trabajo, recurriremos a la lectura de diversos autores, realizaremos una escritura a

modo de ensayo que nos permita establecer una postura crítica y argumentada sobre la violencia obstétrica, el momento del parto y postparto de la mujer, y sus primeros encuentros con el recién nacido, desde una posición que se aleje del prejuicio, el sentido común o valoración personal.

A partir del discurso de la psicología perinatal, así como de autores provenientes del psicoanálisis, podremos abordar en este escrito una problemática vigente, pero poco mencionada en la práctica cotidiana de los profesionales de la salud mental. Para ello se recorrerán diversos autores que nos brindan una lectura particular y necesaria para el quehacer del psicólogo desde una mirada subjetivante y habilitadora.

## **Desarrollo**

4

### **I. Volviendo al pasado. Embarazos y partos, antes y ahora. El impacto del modelo médico hegemónico**

El momento del parto y nacimiento en cada época de la humanidad tiene características y modos propios. Antes de la aparición de la medicina moderna, los

nacimientos se llevaban a cabo de manera muy diferente a como se realizan hoy en día.

Con respecto a los cambios, que se han producido en torno al momento de los nacimientos, tomaremos aquí ciertos puntos claves que marcaron diferencias en cuanto a cómo se realizaban antes y cómo los conocemos en la actualidad.

En primer lugar, la diferencia radica en el espacio en dónde se llevaban a cabo. En los tiempos prehistóricos, cuando las mujeres traían un hijo al mundo, lo realizaban agachadas sobre la tierra, cubiertas de ocre rojo para aumentar la energía. Junto a ellas se encontraban otras mujeres experimentadas que prestaban ayuda a la parturienta (Oiberman, 2001). La mayoría de las veces, se realizaban en el hogar de la madre, asistidas por parteras o familiares.

Es así que, en estos momentos, las mujeres eran acompañadas durante el parto por otras de la misma comunidad, ya sea la madre, la vecina, una prima, etc. Estas recibieron el nombre de comadronas. Se trataba de aquella mujer que atendía a la parturienta, dándole ánimos, apoyándola, incluso guiándola, y que se comunicaba hablando o tocando (Odent, 2011). Por tanto, la comunidad ocupaba un lugar importante, ya que el parto era concebido como un evento comunitario, donde la familia, vecinos y personas cercanas se reunían para apoyar a la madre.

Estas prácticas -realizadas generalmente por mujeres de la misma comunidad ocupaban, de alguna manera, el lugar de la palabra, en un momento difícil y de gran intensidad emocional: el nacimiento de un niño. Estas mujeres no sólo ayudaban desde el punto de vista físico, sino también les aportaban un sostén psicológico donde la palabra tenía un lugar privilegiado (Oiberman, 2001).

En esa época, además de la madre; el padre, la abuela del niño y la matrona ejercían un rol fundamental. Era la matrona del pueblo quién también ayudaba en los nacimientos, tenía un papel muy importante: cortar el cordón umbilical, dándole a esta tarea el rol simbólico de la separación del bebé del cuerpo materno. En efecto, se pensaba que ambos eran uno antes del nacimiento y que esta fusión era tan fuerte que solamente una persona exterior a la familia podía deshacerla (Oiberman, 2001).

En los orígenes de la cultura occidental, se muestran elementos asociados a lo mágico que se utilizaban para conjurar el riesgo de muerte para el niño y/ o la madre en el momento del parto (Oiberman, 2001). Entre ellos se conocen el uso de remedios tradicionales, como prácticas para aliviar el dolor y facilitar el parto, baños calientes, masajes o infusiones.

Además, existían muchas creencias y supersticiones relacionadas al parto. Como lo fue para los romanos que, cuando la mujer daba a luz, una de las parteras rezaba pidiéndole a la diosa la disminución de los dolores del parto. Otra mujer masajeaba el vientre y otra la sostenía en el momento que se producían las contracciones uterinas. Cuando el niño ya estaba por nacer, una mujer arrodillada frente a la madre recibía al bebé y elegía el nombre de acuerdo a la posición de los astros en el momento del nacimiento (Oiberman, 2005). Estaban presentes ciertas ideas, tales como que el parto era un castigo divino, o que ciertas prácticas podían influir en el sexo del bebé, etc.

En el siglo XVI, las cosas comenzaron a cambiar, las parteras que hasta ese momento habían sido poco vigiladas, empezaron a convertirse en sospechosas a causa de las revueltas religiosas. Se las acusaba de magia, brujería, de complicidad con el infanticidio y el aborto (Oiberman, 2005). Durante este tiempo, entre los factores preocupantes que surgieron, estaban presentes la alta mortalidad, tanto materna como infantil, debido a la falta de conocimientos y herramientas médicas adecuadas. Otro punto a tener en cuenta, tiene que ver con los instrumentos básicos con los que contaban las

A causa de esto, estas prácticas comienzan a estar en el centro de cuestionamientos. Sectores preocupados por la extensión de su competencia, inventaron instrumentos para extraer a un niño del cuerpo de la madre y prohibieron su uso a las parteras. El fórceps que se usaba en el siglo XVII, fue perfeccionado en el siglo XVIII por Levret en Francia y Smellie en Inglaterra. Ello marca el comienzo de la intervención de los médicos hombres en el campo de la obstetricia (Oiberman, 2005).

Sin embargo, es recién a fines del siglo XVIII que los médicos pueden responder a las exigencias de la sociedad. Comienza entonces, una época en la cual el nacimiento deviene enfermedad y la profesión de partera se desarrolla bajo la tutela de los médicos (Oiberman, 2005). Debido a que, anteriormente, no existían ni se llevaban a cabo intervenciones médicas, como cesáreas, inducciones, anestesia, por lo que los partos, eran procesos más naturales y a menudo más largos.

En síntesis, estos grandes cambios económicos y sociales, el ingreso de las madres a la esfera pública, y la formulación de ciertas reivindicaciones femeninas, permitió afirmar la dimensión social de la función materna. Es así, como también fue conformándose e instalándose el modelo médico hegemónico que actualmente persiste en el ámbito público y privado. Para caracterizar este modelo intervencionista, es preciso situar un origen, que es posible ubicar en torno a dos ocurrencias históricas que se dieron entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX a escala mundial, que explican la emergencia y consolidación de dicha hegemonía. Se trata de la institucionalización de los partos –que pasaron del espacio privado doméstico al hospital– y la profesionalización de su atención –que quitó de la escena a parteras formadas empíricamente y masculinizó la asistencia, por la imposibilidad de las mujeres de titularse formalmente en ese momento (Castrillo, 2020).

El parto se transformó así, en un acto médico, dejó de ser privado y femenino para ser vivido de manera pública, con presencia de otros actores sociales. El equipo de salud pasó a ser el eje de las decisiones (Oiberman y otros, 2019). De acuerdo a lo desarrollado, según el paso por la historia, los nacimientos por mucho tiempo fueron una cuestión propia de las mujeres, en un ambiente de contención y libertad. Si bien, la institucionalización se debió al hecho de poder tratar cuestiones como la mortalidad infantil, trajo consecuencias bajo el brazo como la pérdida del protagonismo de la mujer y su entorno familiar, intervenciones innecesarias o medicalización.

## **II. El papel de lo jurídico y las leyes. Hacia una mirada integral e interdisciplinaria**

Entre los grandes avances en relación con los derechos de las mujeres, encontramos la Ley N°25.929 de derechos de padres e hijos durante el trabajo de parto, conocida como Ley de Parto Humanizado o Respetado, la cual establece los derechos que le corresponden a la mujer durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y postparto. El concepto de parto humanizado viene como respuesta a un modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, sociales y culturales, la perspectiva de género. Se ha llamado humanizado al modelo de atención del parto que toma en cuenta las necesidades, opiniones, valoraciones emocionales de las mujeres y las familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante en su historia.

Este modelo de nacimiento humanizado, incluye todo el proceso, desde el embarazo hasta el puerperio, y además pone la atención en el recién nacido y su desarrollo futuro, ya que considera sus necesidades de recibir alimento, afecto de manera inmediata, y evita prácticas que lleven a la separación del bebé y su madre, para poder priorizar y dar lugar a esos primeros momentos y encuentros piel a piel.

La violencia obstétrica es aquella que podría ejercer el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres y personas recién nacidas, cuando expresaran un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. Se manifiesta también mediante prácticas, conductas, acciones u omisiones sobre la mujer y la persona recién nacida, que afecten sus cuerpos e interfieran con el proceso natural del parto y el nacimiento (Ley Nacional 25.929, 2004).

La reglamentación de esta ley es el paso jurídico necesario para poder exigir

y modificar una serie de prácticas institucionalizadas en protocolos médicos, que resultan muchas veces invasivas, o violentas en los momentos de la atención del embarazo, parto y postparto. Los derechos detallados en la Ley N°25.929 buscan asistir los nacimientos dentro de un nuevo paradigma de respeto y contención, e implica la modificación de prácticas concretas que inciden en el ámbito cultural, académico y profesional, dentro de los efectores de salud, a fin de garantizar los derechos vigentes de las mujeres embarazadas, los padres y cada niña o niño durante el proceso de su nacimiento.

Cuando hacemos referencia a parto respetado, hablamos tanto del cumplimiento de los derechos vigentes, como la posibilidad de brindarle a la madre en esos momentos de vulnerabilidad un sostén emocional, de escucha, de palabras y de respeto. En contraposición al modelo que aún sigue presente en instituciones públicas y privadas, y que mantiene un peso muy grande frente a las leyes vigentes. Este modelo médico puramente intervencionista está naturalizado. Al contrario, el paradigma del respeto entiende el embarazo y el parto no como enfermedades que necesitan de controles médicos excesivos, sino como un momento de salud y de mucha plenitud, especialmente para el cuerpo gestante. Una de las principales consecuencias de esta tensión entre discursos ha sido el gran número de hechos y sucesos de violencia obstétrica, como una forma más de ejercer violencia de género, en este caso en el ámbito de la salud reproductiva. Desde la complementación de la Ley N° 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales,

7

la violencia obstétrica se ubica entre los distintos tipos de violencia contra las mujeres en diferentes ámbitos.

La violencia en prácticas médicas resulta contradictoria frente a las nuevas leyes que amparan los derechos de las mujeres. La violencia estructural e institucional emana de una cultura patriarcal que atraviesa diversos ámbitos, incluyendo las prácticas médicas. Es así que prevalece un modelo médico hegemónico y fuerte sobre lo jurídico, las instituciones y los profesionales de la salud. Entonces: ¿cómo siguen ocurriendo situaciones y vivencias invisibilizadas por parte del equipo médico que vulneran los derechos de las mujeres y sus hijos?. El hecho de que la Ley N°25.929 haya sido finalmente reglamentada, tras más de una década de su primera sanción es, también, un logro que tiene que ver con el impulso de estos discursos que resisten a la mirada biomédica, y sus múltiples formas de ejercer el poder y el control sobre los cuerpos.

Poder pensar en un parto respetado implica un cambio de paradigma profundo, no sólo en la medicina, sino también en las prácticas habituales dentro de la obstetricia moderna. Significa, también, la posibilidad de generar modificaciones en la formación académica de los profesionales de la salud, así como en comportamientos o pautas culturales de la sociedad. Lo opuesto a este concepto es el proceso de medicalización habitual donde el destino de la mujer y su hijo/a se encuentran sujetos a procedimientos de intervención rutinarios, que no consideran las diferencias y las individualidades propias de cada sujeto, transformando en violentas las actitudes asistenciales. En Argentina, el parto y los momentos que conciernen al nacimiento, por lo general, se desarrollan en instituciones de salud públicas o privadas, como un hecho médico sometido (y sometiendo a la mujer) a un proceso de medicalización, negándole así su verdadero protagonismo. En este contexto, de manera rutinaria y en forma casi naturalizada, se producen así un sinnúmero de acciones invasivas que constituyen lo que se conoce como violencia obstétrica.

Por otro lado, intentamos no realizar generalizaciones sobre la manera y forma de trabajo durante el momento del parto, dando lugar y reconocimiento a espacios e instituciones que trabajan y abordan desde la mirada de la psicología perinatal, desde el marco del parto respetado. Frente al interrogante sobre cómo siguen sucediendo estos hechos que vulneran los derechos de las mujeres y recién nacidos, por lo cual ¿es posible encontrar espacios que prioricen y trabajen desde la mirada del respeto?

Los pioneros de la psicología perinatal, han hecho hincapié en la huella que deja el nacimiento en el sujeto. Con ellos, pensamos al parto como el primer trauma, la angustia original, la primera separación de la madre. Otros teóricos también han ampliado teorizaciones respecto de la importancia que tiene el embarazo y aquellos sucesos que atraviesa la madre a lo largo del mismo, en la medida en que impacta y deja huellas en el psiquismo humano.

### **III. Trauma. Posibles consecuencias**

En los últimos tiempos, está atrayendo la atención un tipo de trauma al que las mujeres son especialmente vulnerables, y es el trauma psicológico asociado al parto (Entrevista a Moore, 2016). Una experiencia de parto traumática se refiere a la experiencia de una mujer de interacciones y/o eventos directamente relacionados con el parto, que causaron emociones y reacciones angustiantes abrumadoras; generando impactos negativos a corto y/o largo plazo en la salud y el bienestar de la mujer (Leinweber y otros, 2022). Pero ¿qué es lo que causa o está relacionado con un parto traumático?

En respuesta a la pregunta anterior, se puede decir que hay múltiples factores proclives a desencadenar un cuadro de estrés postraumático tras el parto: además del dolor y el miedo a la muerte propia o del bebé, también pueden contribuir las secuelas de abusos sexuales, los que afloran sorpresivamente durante el parto; la sensación de indefensión ante un trato inadecuado; las complicaciones obstétricas derivadas de intervenciones anteriores innecesarias; la soledad, etc. (Leinweber y otros, 2022). Entre las causas que pueden ocasionar o afectar a la mujer en este momento, puede suceder que sean partos muy largos o muy cortos y dolorosos, una inducción, un parto instrumental con la utilización de fórceps, una cesárea de urgencia, trato impersonal o problemas con los profesionales de salud, como no ser escuchada, sentimientos de pérdida de control, falta de información o explicación, falta de intimidad, cuidados postnatales insuficientes como, por ejemplo, falta de apoyo a la lactancia, entre otras más.

Desde hace tiempo, se conoce la existencia de trastornos psiquiátricos específicos del puerperio y postparto así como su efecto sobre el vínculo y el desarrollo psicomotor y emocional del lactante (Olza, 2016). En este sentido, desde la utilización e implementación del DSM, aparecen dos términos asociados al trauma cuando hacemos referencia al momento del parto y sus consecuencias. Por un lado, el término de experiencia traumática del parto, el cual se refiere a eventos e interacciones directamente relacionados con el parto. Por otro lado, el término trastorno de estrés postraumático (PTSD), relacionado con el nacimiento o posparto, se refiere a los síntomas psicológicos que pueden desarrollarse después o como consecuencia de haber tenido una experiencia traumática (Leinweber y otros, 2022). Entre ambas clasificaciones, lo que las diferencia es el impacto que la experiencia de parto le generó a la madre, hablamos así de un parto traumático.

El alto número de cesáreas, episiotomías, partos instrumentales o inducidos, separación mamá y bebé, es una muestra de las consecuencias de la hipermedicalización del parto. El sistema económico exige alumbramientos rápidos y productivos, a costa del bienestar de la mujer y el recién nacido. No se trata de estar en contra de las episiotomías o de las cesáreas, ellas salvan vidas. Las habilidades obstétricas, son primordiales en los partos de riesgo. La intervención médica no es mala por sí misma, el problema se da cuando dichas prácticas se realizan por rutina, de manera innecesaria. Los obstetras deberían estar frente al parto cuando hay una complicación, pero también ser capaces de permanecer al margen en los partos de bajo riesgo, que son la mayoría, dando autonomía a las matronas como expertas en el parto normal. Sin embargo, esto va en contra de la jerarquía médico- hospitalaria (Vivas, 2019). Por lo mencionado, es que podemos notar el gran crecimiento de relatos sobre vivencias consideradas traumáticas para la madre, como en los medios de comunicación.

La definición de trauma en la psicología perinatal, se refiere a aquellas experiencias dolorosas y estresantes que ocurren durante el embarazo, el parto o el puerperio, y que pueden tener un impacto duradero en la salud mental y emocional de la madre y el bebé.

9

Sin embargo, al definir y evaluar las experiencias de parto traumáticas de las mujeres basándose únicamente en los criterios que propone el DSM-V cuando habla de TEPT se corre el riesgo de convertir la experiencia y las respuestas de las mujeres en anormales, al patologizar lo que puede ser una respuesta apropiada y normal a las experiencias de parto angustiosas e inductoras de miedo. Esto destaca la necesidad de un enfoque basado en las valoraciones y emociones de las mujeres (Leinweber y otros, 2022). Es importante destacar y centrar la atención, no en la búsqueda de indicadores o conductas que correspondan y respondan a un diagnóstico, sino en la experiencia de cada mujer que es única, singular, propia, que lo que puede ser traumático para una mujer puede no serlo para otra.

Las consecuencias pueden notarse no sólo en la mujer, sino en el bebé, quien es susceptible de sufrir dificultades por una pronta o brusca separación de su madre, inconvenientes en la lactancia, así como no encontrar espacio de intimidad entre ambos, o en situaciones que desfavorezcan el vínculo madre-hijo. También, la pareja puede sufrir dificultades e inconvenientes al no comprender que sucede, no saber qué hacer, cómo acompañar a la mujer en estos momentos.

Por consiguiente, debemos poder pensar y dar lugar a la evitación de intervenciones innecesarias, favorecer la toma de decisiones, un acompañamiento elegido, proporcionar un trato respetuoso y exquisito a todas las parturientas, así

como brindar apoyo profesional a aquellos que lo necesitan, ayudan a prevenir el trauma y sus consecuencias sobre el vínculo madre-bebé (Entrevista a Moore, 2016).

Desde la psicología perinatal, se enfatiza en la importancia de abordar el trauma de manera integral y personalizada, considerando las necesidades y circunstancias únicas de cada madre y su bebé.

#### **IV. El lugar de la mujer y de la madre. Primeros acercamientos entre el recién nacido y su madre**

La cuestión de la feminidad ha sido abordada por el psicoanálisis desde sus inicios. Entre los textos que citaremos encontraremos tres en los que Freud expone sus investigaciones y algunas conclusiones sobre el tema: “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos”, de 1925; “Sobre la sexualidad femenina”, de 1931 y “La Conferencia 33: la feminidad”, de 1932.

La feminidad nos introduce preguntas importantes y complejas sobre: ¿qué es una mujer? ¿qué es una madre? ¿madre y mujer son lo mismo? A partir del “conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos esfuerza a la niña pequeña a apartarse de la masculinidad, y a encaminarse por nuevas vías que llevan al despliegue de la feminidad” (Freud, 1976, p.274). Es así que, la niña al descubrir su falta de pene, su inferioridad, ha de cambiar de objeto libidinal de la madre al padre. Ella resigna por ende, el deseo del pene para reemplazarlo por el deseo de un hijo, y con este propósito toma al padre como objeto de amor. La madre pasa a ser

objeto de los celos, y la niña deviene una pequeña mujer.

En la obra freudiana, podemos notar como maternidad y feminidad aparecen ligadas. De sus textos se desprende la idea de ser madre como posible vía para lo femenino, situando entre los juegos predilectos de la niña la muñeca, donde ella misma figura ser madre. La preferencia de la niña por este juego, suele concebirse como signo del temprano despertar de la feminidad (Freud, 1979).

Es así como, desde la lectura de la teoría psicoanalítica, el desarrollo sexual culmina, entre sus posibles salidas del Complejo de Edipo, en la feminidad definitiva. Sucede que, se produce un cambio de zona erógena hacia la vagina, los impulsos sexuales pasan por un momento de pasividad, y a su vez, se cambia de objeto elección, tomando al padre para sus futuras elecciones, en lugar de la madre, frente a lo cual, Freud sostiene que el modelo de relación que se reproduce es el del vínculo primero con la madre. La posibilidad que le da la maternidad, de obtener el falo a través del hijo, será la salida normal del Complejo de Edipo femenino. Retomando a Freud, Laplanche agrega que sólo se habla de feminidad cuando “la niña ha logrado, por lo menos en parte, realizar la doble tarea de cambiar de zona erógena directriz (del clítoris a la vagina) y de cambiar de objeto de amor (de la madre al padre)” (1967, p. 218). Con lo cual la maternidad en la mujer no solo se basaría en tener a un hijo realmente, sino en el deseo del hijo, así como desea un pene. Esto quiere decir que la maternidad podría resultar un lugar donde la mujer debe posicionarse simbólicamente más que realmente.

Por otro lado, por maternidad, Alicia Oiberman (2001, p.89) entiende que “es una fase del desarrollo psicoafectivo de la mujer y excede el acontecimiento biológico por el cual una mujer da a luz a un niño”. Si bien, preferimos hablar de maternidades en plural, ya que hay muchas maneras y cuerpos aptos para cumplir con lo que desde el psicoanálisis se hace referencia, la función materna.

La mujer, tanto por su condición biológica como por estar inscrita en la cultura, debe responder a la cuestión de la maternidad. No tratándose sólo de tener o no tener hijos, sino desde qué lugar se decide una o la otra cosa. Desde el psicoanálisis se intenta discriminar el ser madre del ser mujer, a la vez que se admite una relación entre ambas posiciones, ubicando el hecho de que no existe un universal sobre cómo ser madre o mujer, ya que cada sujeto se va a ubicar de acuerdo a su singularidad, a aquellos significantes que atraviesan su historia y la constituyen. Por lo cual, la maternidad será concebida como un fenómeno psicobiológico, una crisis vital y evolutiva, que lleva a revivir la historia y relación que cada mujer tiene con su propia madre. Cada momento de la maternidad -embarazo, parto, postparto, lactancia, crianza- se ve atravesado por las experiencias vividas en la infancia, por cómo fuimos

11

amadas, cuidadas y educadas como niñas, la imagen que cada madre transmitió tanto desde ella, de su propia historia como de una misma.

Por lo tanto, considero pertinente traer el término maternaje, que va más allá de la maternidad y del hecho mismo de parir y ser madre. Al contrario, indica el cuidado físico, emocional, la atención, que se le brinda al niño especialmente durante los primeros años de vida. Por ello, es necesario poder diferenciar la maternidad del maternaje, siendo este último el proceso psicoafectivo que puede o no acontecer en la mujer cuando tiene a su bebé.

Además, desde el psicoanálisis, los primeros encuentros entre el recién nacido y la madre son fundamentales para el desarrollo emocional y psicológico del bebé. Desde la lectura de Donald Winnicott, quien plantea que el vínculo entre la

madre y el hijo es una relación fundamental, se sostiene también la importancia de un medio ambiente facilitador. El autor planteó que la madre desarrollaría desde los últimos meses del embarazo la capacidad de ponerse en lugar del bebé, es decir, identificarse con él. Esto le facilita a ella su misión de satisfacer las necesidades básicas de su hijo, siendo el sostén la labor fundamental (Winnicott, 1971).

En esta etapa, el niño se encuentra en una dependencia absoluta, necesita, y de hecho habitualmente obtiene, una provisión ambiental con ciertas características: satisface sus necesidades fisiológicas, la fisiología y la psicología aún no son distintas o están en proceso de diferenciación. La exigencia de un medio ambiente perfecto en los primeros tiempos es absoluta, dado que le permitirá al niño ilusionarse, crecer, creerse omnipotente (Winnicott, 1960). Es así que, la madre y el hijo forman una unidad simbiótica en los primeros meses de vida. La madre suficientemente buena, es capaz de adaptarse a las necesidades del hijo, proporcionando un entorno seguro y amoroso.

Por tanto, Winnicott plantea las funciones maternas primordiales son tres: el sostenimiento o sostén, la manipulación y la presencia objetal. Estas determinan, de manera correlativa, el desarrollo en el bebé: un primer momento de integración, correspondiente a la etapa de dependencia absoluta, un proceso de personificación y un proceso de realización, que fundamenta la capacidad de establecer relaciones interpersonales. En suma, el vínculo entre la madre y el hijo es una relación simbiótica y fundamental, donde la madre suficientemente buena proporciona un entorno seguro y amoroso para el desarrollo emocional y psicológico del niño.

Con respecto a los primeros encuentros entre el recién nacido y su madre, Esteban Levin, sostiene lo fundamental de este vínculo primario. Con el nacimiento del niño y los primeros encuentros piel a piel con su madre, es ella quien le habla, lo toca, y es en la palabra y en la caricia significativa donde ese cuerpo es nombrado como sujeto. Al nacer, el niño incorpora gestos, palabras, sonidos, miradas, toques que el otro significa y dona a través de la experiencia compartida (Levin, 2014). La relación madre e hijo es la primera y más importante.

A su vez, Levin destaca la ambivalencia inherente en esta relación, donde el amor y el odio, la dependencia y la independencia se entrelazan. Debido a esto, para el desarrollo saludable del niño debe producirse la separación de su madre, la cual le va a permitir al hijo establecer su propia identidad y autonomía. En resumen, dicho vínculo es una relación compleja y ambivalente que es fundamental para el desarrollo tanto emocional como psicológico.

Para finalizar, la psicología perinatal recupera así, un espacio perdido: el de la palabra en el momento del nacimiento. La palabra inaugurada por el nombre de una mujer y de un niño (Oberman y otros, 2018). Por lo cual, es necesario en este punto poder interrogarse sobre los modos en que la maternidad se figura hoy en día, así como las transformaciones que se produjeron en torno a las maneras de pensarla, de decirla, de poder escribirla. No se trata, entonces, solamente de maternidad si o maternidad no, sobre si la mujer se realiza siendo madre, si es un deber o un querer, sino de poder traer el hecho sobre de qué maternidades hablamos y de qué manera hablamos de maternidad.

## Reflexiones finales

“Soy una mujer. Y un entrañable calor me abriga cuando el mundo me golpea. Es el calor de las otras mujeres, de aquellas que hicieron de la vida este rincón sensible, luchador, de piel suave y tierno corazón guerrero.”

Pizarnik, Alejandra.

A través del recorrido realizado a lo largo de este escrito hemos abordado diversos interrogantes que surgieron en torno a la violencia obstétrica como práctica invisibilizada. En este sentido, comprendimos, en primer lugar, que los nacimientos no se han dado siempre en las condiciones y con las características y modos que los conocemos hoy en día; ya que antiguamente la mujer embarazada estaba acompañada por otras mujeres de su propia comunidad (madre, tía, entre otras figuras femeninas), quienes brindaban un sostén emocional, acompañando la intimidad de ese momento. Debido a cambios, producto del desarrollo social, político y económico, la medicina ha pasado a ocupar un lugar central en la atención de la mujer en el momento del parto y postparto, y de su bebé, concibiendo así la maternidad como un proceso de salud-enfermedad que, por ende, debe ser tratado mediante los métodos que se requieran, como la medicalización, el intervencionismo, etc., aún cuando no sea necesario. Frente a estos avances del modelo médico hegemónico, la mujer ha perdido protagonismo, voz, el lugar central que le pertenece.

Asimismo, pudimos notar que hubo un gran avance en tema de leyes que amparan a la mujer y su bebé en este momento tan importante, como puede ser la sanción y reglamentación de leyes -entre ellas las mencionadas en el TIF-. Así es que, nos interrogamos sobre: ¿Por qué se siguen perpetuando situaciones o acciones que vulneran los derechos de la madre y su bebé? ¿Son los profesionales de salud los responsables de que sucedan estos hechos o es a causa del modelo de formación y de ejercicio?

En torno a los interrogantes que formulamos en relación a la problemática de la violencia obstétrica, hemos podido esclarecer que a partir de la creación y reglamentación de estas leyes se ha dado lugar al planteamiento de exigir y modificar las prácticas institucionalizadas en protocolos médicos, muchas veces invasivos y violentos, otorgando lugar e importancia a la presencia de profesionales de la salud mental que trabajan y abordan el momento del parto, postparto y nacimiento desde la mirada de la psicología perinatal. Esa disciplina es, como se ha visto aquí, una rama de la psicología que se ocupa del abordaje clínico de los procesos vinculados con la maternidad/paternidad y sus vicisitudes: el deseo de hijo, la búsqueda de un embarazo, los tratamientos de reproducción humana asistida, la gestación, el parto/nacimiento, el puerperio, el vínculo temprano, etc. Los profesionales de la salud mental, desde esta mirada, van a orientarse hacia el acompañamiento, el cuidado, la promoción de la salud, la prevención, las intervenciones, el diagnóstico y el tratamiento psicológico tanto de la mujer, como de todo su entorno.

El encuadramiento del parto como un asunto de derechos ha creado oportunidades para nombrar las injusticias y violencias institucionales, las desigualdades sociales, las situaciones o acciones muchas veces invisibilizadas, o que la madre no pudo reconocer como violentas. Como se ha dicho, estas pueden ocasionar vivencias significadas como traumáticas para ella. Es así como, desde la creación del DSM y sus múltiples versiones y actualizaciones, se busca clasificar y encasillar las experiencias de partos traumáticas basándose únicamente en los indicadores y criterios que se proponen allí, pretendiendo definir y limitar al sufrimiento psíquico en una etiqueta diagnóstica que engloba determinados signos y síntomas.

En relación con lo anterior, es pertinente diferenciar y marcar que, hoy en día, cuando hay una gran utilización de diagnósticos de manera excesiva, se pretende no marcar y apuntar a los hechos, situaciones, omisiones, acciones, que fueron

traumáticos o violentos, dado que no es el evento en sí lo que da por resultado a un trauma, sino aquellos efectos provocados por la ausencia de palabras que lo nombren y le otorguen un sentido. En esencia, pudimos comprender que lo verdaderamente traumático es que no haya un otro que escuche y acompañe durante el proceso de comprensión de lo sucedido.

Con respecto a la psicología perinatal, Alicia Oiberman sostiene que intenta devolver la identidad en el acto de parir a todas las mujeres. La forma de lograr el cambio es devolver el espacio simbólico al acto del nacimiento y a toda su periferia, incluyendo el saber médico, las técnicas de las parteras e introduciendo la palabra ya no mágica de antaño, sino la que es capaz de elaborar la psicología actual para dar respuesta a una necesidad ancestral: la de toda mujer y toda familia de sentirse escuchada, respetada, acompañada y sostenida ante la llegada de un bebé y en el inicio de la vida (Oiberman, 2013).

Otros interrogantes sobre los que se buscó esclarecer, a partir de la presentación de diversos autores, fueron: ¿madre y mujer son lo mismo? ¿de qué modo pensamos la maternidad(es) hoy en día?. Con respecto a ello, conocimos cómo el psicoanálisis hace un recorrido sobre el desarrollo de la niña hasta posicionarse en el lugar de mujer, situando una de las soluciones y posibles salidas en la resolución de la feminidad por la vía materna, pero Freud no dejó de pensar la maternidad como un enigma y el deseo femenino como una pregunta.

Para finalizar, es pertinente repreguntar y repensar sobre la maternidad(es) actualmente, el lugar de la mujer y el vínculo con su bebé. Así como mencionar la importancia de generar prácticas que se sostengan en una ética profesional y que sean respetuosas. De esta manera, el psicoanálisis propone intervenciones que habilitan y que le hacen lugar al sujeto y su historia, tanto para él, en este caso la mujer en el momento del parto y postparto, como para su bebé, por consiguiente, respetando sus tiempos, propiciando el vínculo y los primeros momentos entre ellos, desde un lugar de cuidado integral, tanto psicológico, como físico y social.

### Referencias Bibliográficas

Castrillo, B. (2020). *Parir como la institución médica manda. Análisis sociológico del modelo hegemónico de atención obstétrica*. Buenos Aires. Argumentos. Recuperado de

[Parir como la institución médica manda. Análisis sociológico del modelo hegemónico de atención obstétrica \(unlp.edu.ar\)](http://unlp.edu.ar)

Freud, S. (1976). "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos". En *Obras Completas, Vol. XIX* (pp. 261- 276). Buenos Aires. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1979). "Sobre la sexualidad femenina". En *Obras Completas, Vol. XXI* (pp. 223- 244). Buenos Aires. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1979). "Conferencia 33: la feminidad". En *Obras Completas, Vol. XXII* (pp. 104- 125). Buenos Aires. Amorrortu Editores.

Laplanche, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós. Recuperado de [diccionario-laplanche-pontalis.pdf \(wordpress.com\)](http://diccionario-laplanche-pontalis.pdf)

Leinweber, J. y Yvonne F.K. (2022). *Parto traumático: una definición inclusiva centrada en la mujer y en su experiencia*. España. Blog Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.

Levin, E. (1991). "El cuerpo y el otro". En *La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje*. Buenos Aires. Nueva visión.

Levin, E. (2014). "Plasticidad simbólica". En *Plasticidad simbólica: la experiencia de ser niño*. Buenos Aires. Nueva visión.

Ley Nacional 26485 de Protección Integral a las Mujeres. (2009). Publicada en el Boletín Oficial 14 de abril de 2009. Argentina.

[www \(argentina.gob.ar\)](http://www.argentina.gob.ar)

Ley Nacional 25929 Parto Humanizado. (2004). Publicada en el Boletín Oficial 21 de septiembre de 2004. Argentina.

[ley 25929 parto humanizado decreto web 0.pdf \(argentina.gob.ar\)](#)

Moore, R. (2016). *Parto traumático y trastorno de estrés postraumático: no siempre es depresión postparto*. España. Blog Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Odent, M. (2011). *El bebé es un mamífero*. Buenos Aires. Madre Selva. Recuperado de [\(PDF\) Libro El bebe es un mamifero Michel Odent | Snow Killer - Academia.edu](#) Oiberman, A. (2001). *La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal*. Buenos Aires. Psicodebate.

Oiberman, A. (2005). *Historias de las madres en occidente: repensar la maternidad*. Buenos Aires. Psicodebate. Recuperado de

[Vista de Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad \(palermo.edu\)](#)

Oiberman, A. y María Soledad S. (2011). *Abordaje psicológico de la maternidad en situaciones críticas de nacimiento*. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires.

Recuperado de [Abordaje psicologico de la maternidad en situaciones criticas de nacimiento \(academica.org\)](#)

Oiberman, A. (2013). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Oiberman, A. y Cynthia P. (2018). *Maternaje*. Buenos Aires. Fundación Aiglé. Oiberman, A.; Mariela M.; Rita C. y Celeste E. (2019). *El lado oculto de la violencia obstétrica: parto, dolor y violencias*. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires.

15

Olza, I. (2016). *El síndrome de estrés postraumático como secuela obstétrica*. Madrid. Blog Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Recuperado de [El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica - Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal](#)

Vivas, E. (2019). *Mamá desobediente. Una mirada feminista de la maternidad*. Buenos Aires. Godot.

Winnicott D. (1960). "La teoría de la relación paterno-filial". Capítulo 3. En *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona. Editorial Laia.

Winnicott D. (1971). "El recién nacido y su madre." En *Obras Completas*. Buenos Aires. Psikolibro.

