

El lado oculto de la violencia obstétrica: parto, dolor y violencias

*The dark side of obstetric violence:
delivery, pain and violence*

Oiberman, Alicia¹; Mansilla, Mariela²; Carballo, Rita³; Elizondo, Celeste⁴.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es analizar las variables intervinientes en violencia obstétrica (V.O), cómo identificarla y considerar aquellas situaciones ocultas que conducen a la VO.

Se analizan algunas de las variables intervinientes en VO: ausencia de protocolo psicológico para la realización de la ligadura de trompas, controles obstétricos realizados con equipos médicos que no acompañan el proceso del parto y puerperio.

Se ubica la herramienta conceptual de Apego Seguro en el adulto, relacionándola con la confianza que deposita la embarazada en el equipo que atiende su embarazo. Se releva la importancia del seguimiento hasta el momento del parto, considerando de qué modo las interrupciones pueden afectar el estado emocional de la mujer embarazada.

En función de lo desarrollado se analiza el lugar del psicólogo perinatal como "amalgama" de la escena perinatal,

cuidador de apego en situaciones perinatales. Se ilustra con situaciones clínicas sutiles de VO.

En conclusión, se propone un Protocolo de Implementación que considere los diferentes niveles involucrados: el bebé en situaciones críticas del nacimiento (prematuridad o patología neonatal), la familia y /o cuidadores, y el equipo de salud, ubicando para ello los criterios para el diagnóstico y los principios de intervención para proteger la Seguridad Emocional Materna.

Palabras clave: Violencia obstétrica - Rol del psicólogo perinatal - Principios de intervención - Seguridad emocional materna

ABSTRACT

The objective of this paper is to analyze the intervening variables in obstetric violence (OV), how to identify it and consider those hidden situations that lead to OV.

Analyze some of the intervening variables in OV: absence of psychological

protocol for performing tubal ligation, obstetric controls performed with medical equipment that does not accompany the birth and puerperium process, etc.

It is located the conceptual tool of secure attachment relating it to the confidence that the pregnant woman places in the team that attends her pregnancy. The importance of follow-up until the moment of delivery is revealed, considering how disruptions can affect the emotional state of the pregnant woman.

In function of the developed, it's analyze the place of the perinatal psychologist as an "amalgam" of the perinatal scene, a caregiver of attachment in perinatal situations. Illustrating this with subtle clinical cases of OV.

In conclusion, an Implementation Protocol is proposed that considers the different levels involved: the baby in critical situations of birth (prematurity or neonatal pathology), the family and / or care givers, and the health team. Setting the criteria for diagnosis and intervention principles to protect Maternal Emotional Safety.

Key words: Obstetric Violence - Role of the Perinatal Psychologist - Principles of intervention - Maternal emotional security

¹ Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología (UBA). Directora del Programa de Psicología Perinatal hasta marzo 2019. Facultad de Psicología (UBA). Doctora en Psicología (UNSL)

² Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología (UBA). Integrante del equipo de Psicología Perinatal de la Facultad de Psicología (UBA). Doctora en Psicología (UNSL)

³ Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología (UBA). Integrante del equipo de Psicología Perinatal y Docente-tutora de la Cátedra de Psicología Perinatal de la Facultad de Psicología (UBA).

⁴ Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología (UBA). Integrante del equipo de Psicología Perinatal.

Se agradece la colaboración en el presente trabajo de la licenciada Gómez, María Celeste y la Doctora en psicología Vega, Edith

Introducción

De parto, de dolor y de violencias

“A la mujer dijo: multiplicaré en gran manera los dolores en tus preñeces, con dolor darás a luz los hijos y tu deseo será para tu marido y él se enseñoreará de ti”. (Génesis 3:16). “

“No te apures, corazón baldío puja el vientre y que se abran los mares que la vida duele, es ley de madre, pero el fruto olvida lo sufrido” (Letra de “Rompiendo fuente”, Juan Luis Guerra)

“Porque sin aludir a la fortuna, aquella noche de luna tu vientre se hizo cuna, trayendo el fruto de algo mutuo. Y es que es tan sagrada tu labor, que pariendo con dolor materializas el amor, volviendo humano el sentimiento”. (Letra de la canción “Ventre de Cuna”, Ricardo Arjona).

Tanto en las referencias bíblicas como en los textos de las canciones citadas, el dolor aparece íntimamente ligado al momento del parto, ya sea como un imperativo, como una maldición, como un castigo frente al pecado cometido o bien como idealizado, como el momento que sucede o precede a algo hermoso.

Si nos remitimos al parto y sus avatares, en la mayoría de las entrevistas realizadas a mujeres que lo han atravesado; el dolor, “los dolores” siempre aparecen referidos.

Con diferentes matices, pero en pocas ocasiones estuvo ausente. Pareciera ser intrínseco al parto. Sin embargo, hay modos de atravesarlo, de atemperar la experiencia del dolor. La historia personal, la situación psicosocial, la personalidad y la ubicación del bebé en el encadenamiento histórico familiar (es decir, su singularidad) son factores que, junto a las características de la institución y de quienes trabajan en ella, van a favorecer u obstaculizar el desarrollo saludable del trabajo de parto.

Violencia proviene del latín VIS cuya acepción es fuerza en acción y en estos términos posee un sentido positivo. Sin VIS no hay vida y sin ella caemos en el límite, en el absoluto, en la energía cero tan inconcebible como la nada. A través de violento y violencia, VIS, deriva hacia el exceso: el violento es por lo menos impetuoso, mal controlado, si la violencia está donde se halla la vida, ella es al mismo tiempo indisociable de está y de la amenaza (Tello A., 2010).

Más puntualmente, la Violencia Obstétrica 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.” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2004, <http://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/proteccion/violencia-obstetrica>)

Si nos remontamos a la historia del parto, es posible ver que siempre existieron rituales, amuletos y matronas para ayudar a amortiguar la violencia que implicaba el nacimiento de un niño. En todas las culturas se hicieron presentes 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 y luego durante el período puerperal. (Ver imagen 1)

Todas esas prácticas, ocupaban de alguna manera, el lugar de la palabra en un momento difícil, violento y de gran intensidad emocional: el nacimiento de un niño. Con el tiempo la expresión verbal permitió manifestar y ordenar las emociones ante esta crisis vital evolutiva que es el nacimiento de un niño.

Sin embargo, la medicalización del parto –que permitió descender bruscamente la mortalidad materna y neonatal, además de lograr la sobrevivencia de niños prematuros- alejó a las madres de estas prácticas, pero no pudo eliminar la violencia perinatal como tampoco hubo quien ocupara el lugar de las matronas en esos momentos.

En un grabado del Siglo XVI, se observa a las matronas acompañando a una mujer en un parto, ello implicaba que la madre en esos momentos no estaba sola, sino eran otras mujeres las que la sostenían emocionalmente. (Ver imagen 2) En otra figura vemos a

un médico después del parto en el año 1950 (Ver imagen 2). Obviamente a la luz de los acontecimientos corroboramos que la imagen de 1950 es mucho más violenta que el grabado del siglo XVI. En definitiva, siempre aparece la violencia relacionada al momento del parto, con matices, pero muy pocas veces estuvo ausente.

Por lo tanto, en relación con lo desarrollado se puede decir que la violencia perinatal puede emerger en forma de:

Negligencia física: conceptualizada como “las necesidades físicas básicas de la madre y el bebé (alimentación, higiene, vestido, educación, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, y /o cuidados médicos) cuando no son atendidas temporal o permanentemente.

Maltrato emocional: hostilidad verbal crónica, burla, desprecio, crítica. Ausencia de protocolos para la realización de prácticas como ligadura de trompas y para la anestesia peridural en parto vaginal, falta de acompañamiento en cesáreas por parte de una persona elegida por la mujer, a pesar de existir una ley que lo avale. Además, se puede considerar maltrato la ausencia de continuidad entre las consultas durante el embarazo entre las salas de atención primaria y el hospital donde se realiza el parto, entre otras.

Considerar la herramienta

conceptual de Apego Seguro en el adulto como la necesidad de seguridad y confianza que deposita la embarazada en el equipo que atiende su embarazo es colocar en un mismo plano de igualdad la seguridad física y emocional, es priorizar la importancia del seguimiento hasta el momento del parto por un mismo equipo de salud y considerar las interrupciones como situaciones que afectan el estado emocional de la mujer embarazada. (Vega, 2013)

Contrariamente a las prácticas anteriormente detalladas, conocer la singularidad de la mujer embarazada, de su situación familiar y psicosocial, van a favorecer el desarrollo saludable del trabajo de parto.

Un poco de historia

El nacimiento fue durante siglos “cosa de mujeres”. Si bien su institucionalización implicó una notable disminución en la morbilidad materno-neonatal, trajo aparejada la pérdida de protagonismo de la mujer y su entorno familiar, la proliferación de intervenciones innecesarias y la medicalización del parto, equiparando embarazo y enfermedad. El parto se transformó 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.

El Modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF, 2006)

reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención a la mujer embarazada, la madre y el recién nacido. El respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud y la promoción de la participación y colaboración del padre, la familia y la comunidad constituyen ejes fundamentales de trabajo. A los avances científicos y tecnológicos de la medicina obstétrica y neonatal propone sumarle lo humanístico. El embarazo y parto produce un alto impacto físico y psíquico en las mujeres y es de vital trascendencia para toda la familia, en especial para el recién nacido, ya que tendrá implicancias en toda su vida futura. Michel Odent (citado en Galli, 2013) afirma que todo lo que rodea al nacimiento puede afectar en la posterior capacidad de amar. Tanto la madre como su hijo atraviesan por una etapa de gran vulnerabilidad, con riesgo de enfermar e incluso de morir. Por ello, los equipos de salud son responsables de brindar el mejor cuidado posible, que minimice esos riesgos, pero que también transformen esa experiencia iatrogénica, en un hecho positivo y agradable de ser recordado. Presupone el empoderamiento de la mujer y su familia, el respeto por su singularidad, por su derecho a participar en la toma de decisiones que afectan su vida, establecer sus prioridades, siempre contando con la información adecuada para poder ejercer ese derecho. La persona debe ser vista como fin y actor del desarrollo.

La ley 25929, de Parto Respetado, sancionada y promulgada en el año 2004, enumera los derechos de las mujeres, los recién nacidos y los padres. Algunos de ellos fueron referidos anteriormente.

Análisis de casos

Caso 1. María y la ligadura tubaria

María tiene 35 años, acaba de nacer su segunda hija, cuenta que nació por cesárea de urgencia por hipertensión, *“no entendía nada, llegué y me dijeron que debía nacer la bebé, al entrar al quirófano, la médica me pregunta si me voy a ligar las trompas, advirtiéndome que un próximo embarazo podría ser de riesgo, ¿vas a dejar a tus hijas sin mamá?* Preguntó la médica. Sin dudarlo María firmó el consentimiento *¿Quién podría negarse a esa intervención “salvadora” cuando insinúan la muerte en la entrada a un quirófano? Una mujer en pleno trabajo de parto o a la espera de una cesárea ¿está en condiciones psíquicas y emocionales, de decidir sobre un método irreversible?*

“Ahora ya está, la verdad que no lo había pensado, pero ya está hecho. Y además mi marido no se enojó así que estoy tranquila” dice pensativa, esta mujer recientemente madre, entrevistada en la sala de maternidad.

La ligadura tubaria ¿una solución?

En la Argentina, desde el año 2006 está vigente la Ley Nacional N° 26.130 que garantiza el derecho a las mujeres capaces y mayores de edad que no desean tener más hijos, a acceder en forma gratuita a la anticoncepción quirúrgica femenina (AQF), también denominada ligadura tubaria (LT).

La AQF consiste en la obstrucción mecánica de las trompas de Falopio, impide que los espermatozoides se encuentren con el óvulo, evitando la fertilización del mismo. Se realiza mediante un procedimiento quirúrgico y es habitualmente irreversible.

La ley indica que el único requisito es la firma de un consentimiento informado y contar con la mayoría de edad, que según las últimas modificaciones al código civil, sería a los 16 años.

En un estudio realizado en la Ciudad de Buenos Aires, (Moschella, Charalambopoulos, Pawlowicz, Naddeod, Rodríguez, Giménez, 2011) se planteó como objetivo describir los factores que impulsaron u obstaculizaron a las mujeres multiparas solicitar la ligadura tubaria. Se entrevistó a una muestra intencional de 30 usuarias multiparas que solicitaron la anticoncepción quirúrgica. Los resultados demostraron que 17 de las entrevistadas habían solicitado la ligadura tubaria previamente. Del

total de la muestra, 22 entrevistadas iniciaron el recorrido cursando un embarazo no deseado y 9 pensaron en recurrir a un aborto inseguro, entre las cuales 5 averiguaron al respecto y 1 llegó a intentarlo. En este estudio se revela que el pedido de la LT estuvo incentivado por parte de las mujeres de la familia, por vecinas del barrio y por mujeres que pasaron por la experiencia de realizarse la LT. Los motivos por los cuales decidieron solicitarla fueron las dificultades económicas, en la mayoría de los casos (23) y en menor medida (12 casos) por la falla de los métodos anticonceptivos (MAC) tradicionales.

Entre los obstáculos a la hora de realizar este tipo de procedimiento, se encuentran médicos con objeción de conciencia, médicos que solo realizan LT en multiparas de 5 hijos o más; en caso de uno, dos o tres hijos no la efectúan, ni en madres jóvenes tampoco.

Encontramos en la práctica, frecuentes contradicciones, como una paciente psicótica (35) madre de dos niños, cuya familia solicitó la LT previamente y no se la realizaron. Surge el interrogante: ¿Quiénes si son merecedoras de esta práctica? ¿Quién decide finalmente sobre esta práctica en los cuerpos femeninos? ¿Es realmente una decisión autónoma?

También se observa que frecuentemente, se realiza sin planificación previa, no contando con

información sobre el procedimiento en sí mismo ni sobre todas las opciones disponibles de métodos anticonceptivos. ¿Cuánto se ha elaborado esa decisión irreversible?

Existe un duelo por la fertilidad perdida no manifiesto explícitamente por parte de las mujeres que han realizado ese procedimiento y que se manifiesta por depresión, aumento del periodo del dolor pos cesárea y aumento de reinternaciones de sus bebés.

De acuerdo con estudios realizados, las estadísticas muestran que cuando es el médico quien sugiere la ligadura, las mujeres luego de realizadas piden la reconstrucción, porque no intervino su deseo, por lo que no se correspondería con una solución para la superpoblación. (Videla, 1980)

Según esta autora, la LT es un método que ha sido utilizado históricamente en países evaluados como subdesarrollados, o por políticas que han intentado un exterminio con la utilización de sus mujeres como Hitler. En la India, se utiliza la esterilización como método frente a la superpoblación, y se ha implementado en América como método de exterminio de aborígenes. Es de suma importancia, evaluar y considerar los aspectos psicológicos y emocionales que se ponen en juego al momento de solicitar un método que limita la fertilidad. Además, no podemos perder de vista que se trata del cuerpo

femenino, mediado por una construcción social que identifica a la mujer como sinónimo de madre, responsable de las tareas de cuidado y del ejercicio “responsable” de la sexualidad con fines reproductivos que la llevan a “poner el cuerpo” una vez más.

Si hablamos de diferencias de género, cabe preguntarse ¿cuántas vasectomías se realizan en nuestros hospitales?

La vasectomía es un método anticonceptivo que en nuestro país es irreversible. Se realiza a través de una cirugía sencilla en los conductos deferentes que transportan los espermatozoides del testículo al pene.

La ley nacional N° 26.130 establece que, a partir de la mayoría de edad, las personas pueden acceder de manera gratuita a la vasectomía. Al igual que la LT, el Código Civil vigente reconoce que desde los 16 años las personas pueden tomar de manera autónoma todas las decisiones sobre el cuidado de su cuerpo. Sólo es requisito dejar constancia por escrito de la decisión después de recibir información completa y comprensible. (Secretaría de Salud de la Nación)

Según datos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Argentina, a nivel nacional de 13.000 mujeres que ligaron sus trompas durante el 2016, 97 varones

se hicieron la vasectomía.

Las estadísticas hablan por sí mismas, se podría afirmar que aún hay gran desconocimiento sobre los métodos y escasa información, y alineados a una “lógica del instante” no hay lugar a la reflexión, a la anticipación, a la planificación a futuro. Parece ser que el dilema está en resolver aquí y ahora.

Caso 2 De dolor y de violencias

En el contexto de un hospital general del Gran Buenos Aires, cuyo servicio de maternidad pretende, por lo menos desde lo enunciado manifiestamente, trabajar con las premisas del Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia y de la ley de Parto Respetado, se presentó la siguiente situación.

Ana se encuentra junto a la incubadora en donde está Lara, su tercera hija, nacida a término por parto vaginal. La bebé presenta una encefalopatía que aparentemente se produjo como consecuencia de la distocia de hombros que se presentó al momento del parto. Se encuentra en coma y su pronóstico es desfavorable. Ana eligió parir en este hospital, si bien hay otra maternidad pública muy ponderada más cerca de su casa, debido a que le relataron una mala experiencia en aquella y tenía buenas referencias de esta.

Cuenta que estuvo con la “panza dura” una semana y media, yendo y

viniendo al hospital, donde la evaluaban y le indicaban volver a su casa. Relata el proceso del parto: dolores insoportables, le administraron oxitocina, le “hablaban mal”, le dijeron “abrí las piernas”, “así no puedo”. En su desesperación frente al dolor llegó a pedirle a su marido que trajera dinero para que le hagan una cesárea, recibiendo como respuesta de parte de la obstétrica que “si le pagaran por hacer cesáreas se llenaría de plata”. Otras actitudes que Ana describe fueron que miraba su teléfono celular todo el tiempo y no le “daba bolilla”.

En el momento del parto ella le pidió al marido que mirara para otro lado porque se le “transformaba la cara y el cuello” y no quería que la viera así, “para darle privacidad”. La obstétrica le dijo que “tenía que mirar, sino que se fuera”. Entonces él salió. Manifiesta que la “desgarraron toda”, que “era grande”, que “tendría que haber tenido cesárea”, que si le hubiesen hecho cesárea “esto no hubiese pasado”. Quiere la matrícula de las obstétricas que estuvieron en su parto para que “no le pase lo mismo a otra mamá”

Un día se encontró (¿o buscó?) a la obstétrica que atendió su parto, le dijo que la mirara a los ojos y que viera lo que había hecho. Las compañeras de la profesional le dijeron que por “su culpa” estaba con ataques de pánico. Entendiendo que lo de Ana fue una agresión, realizaron una denuncia y ambas obstétricas solicitaron licencia

por estrés.

Ana dijo que, quizá, un pedido de disculpas hubiese atemperado todo lo que sentía. La soberbia y la indiferencia, en cambio, potenciaron en ella el deseo de que se hiciera justicia. Y así se convirtió en el motor de una serie de manifestaciones frente al hospital junto a otras mujeres que permitieron visibilizar un tema que se reiteraba, el de la violencia obstétrica.

En charlas informales con algunas obstétricas, si bien se lamentan de la conducta de sus compañeras, también refieren que ellas no pueden tomar la decisión de sugerir una cesárea si las condiciones están dadas para un parto vaginal. Que el médico obstetra debe ser llamado solo en el caso en que no haya otra posibilidad. Los neonatólogos contaron haber sido testigos de los malos tratos que aquellas reciben (sí, femenino, porque son todas mujeres) cuando llaman a los/las obstetras (y aquí sí se trata de varones y mujeres) para resolver alguna situación que les compete.

A modo de cierre

El trabajo con Ana duró todo el tiempo que Lara permaneció en la UTIN hasta que logró, después de una larga lucha, la internación domiciliaria para la pequeña. El mismo atravesó por varias etapas y fue abordando distintos aspectos del vínculo con su hija, con sus otros hijos, con su pareja, su familia, su marcada

ambivalencia, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, sus luchas, etc. Se trató del acompañamiento y del sostén donde, básicamente, se le dio lugar a la palabra, a aquella que permite pensar, elaborar, la que permite enunciar y denunciar, la que empodera y se revela ante los mandatos de sumisión y sufrimiento. Ana pudo promover la visibilización de una problemática, denunciarla, ser protagonista, pero a la vez alentar a otras a acompañarla y finalmente, a tomar su relevo. Un dolor insoportable que, en parte, pudo transformarse en lucha, entonces, podrá ser que paras con dolor, pero lucharás para que esto se transforme. Y en esa lucha no estarás sola...

Algunas reflexiones

Muchas son las cuestiones que podrían pensarse a partir de lo relatado. Lo primero que aparece es la falta de empatía mostrada por las obstétricas, pensando en las propuestas del modelo MSCF. Ponerse en el lugar del otro, tratarlo como nos gustaría que nos traten. Era claro que Ana estaba desbordada frente a los “dolores” del trabajo de parto. Sabemos que el registro del dolor es subjetivo, hay diferentes umbrales y modos de transitarlo. Los comentarios de las profesionales no hicieron más que agudizar la situación, constituyendo un modo de violencia. No aparece en su relato ninguna referencia a medidas que ayudaran a aliviarla. Quizá, pedir la colaboración de alguna psicóloga que

podiera evaluar la situación (sí, femenino, ya que somos todas mujeres). Pero para poder pensar en esa posibilidad debe tenerse incorporada la dimensión biopsicosocial del embarazo y el parto y la disposición al trabajo interdisciplinario.

El dolor del parto es un lenguaje corporal que la medicina pretende manipular, es el médico quien decide qué dolores son auténticos, y cuáles imaginarios, simulados, sobredimensionados. Mirta Videla sostiene que hay un único discurso sobre el sufrimiento: el de la mujer que lo padece y que la medicina muchas veces no puede escucharla, haciendo de ese sufrimiento un síntoma a medicar, operar, suturar... ignorar.

Por definición el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, por lo tanto, la dimensión psicológica no está ajena a este fenómeno. (International Association for the Study of Pain, 2018, Gómez 2019)

¿Cuál podría haber sido la intervención de un psicólogo? Básicamente, acompañar, sostener a quien la sostiene (su marido en este caso), fortalecer sus recursos, reafirmarlos en el centro del proceso que transitan, disminuir las incertidumbres innecesarias, elaborar las ansiedades y fantasmas que rodean las inquietudes y miedos de este proceso, trabajar con el equipo, en lo que les genera la situación y en sus respuestas. La descompresión

de los aspectos psicológicos que emergen frente al dolor físico le permitirá a la mujer un cambio de actitud, dejando de luchar contra él como algo externo, a eliminar y apropiándose como parte del proceso de parir. Disminuir el estrés repercutirá positivamente en este proceso. Se trata de recuperar la palabra en el nacimiento, ya no aquella mágica de los rituales que conjuraban fantasmas y alejaban los demonios, sino la que es capaz de elaborar, devolver el espacio simbólico al acto de nacimiento.

El desenlace hace que todo se resignifique. Quizá, si Lara estuviera bien, todo este relato que configura violencia obstétrica sería solo una anécdota de parto, como tantos otros que se escuchan, en los que la violencia queda invisibilizada porque no hubo un desenlace tan doloroso. Osorio (2018), integrante de la agrupación Las Casildas, que posee un Observatorio de Violencia Obstétrica, afirmó que en Argentina los niveles de maltrato padecidos por las mujeres y sus hijos e hijas son dramáticos. Sostiene que el problema de la violencia obstétrica no se trata ni de una cuestión médica ni científica, sino que es un tema cultural y político, de cómo se concibe a la mujer, su salud sexual reproductiva y cómo es concebido el nacimiento que pasó de un evento sano a patológico.

Fernández (2014) sostiene que la discriminación de género, se fundamenta y es atravesada por

el problema del Poder y este no es meramente una cuestión discursiva, es un acto de fuerza, ejercicio de violencia. Los discursos y mitos sociales ordenan, legitiman, disciplinan, definen los lugares de los actores de las desigualdades y de la subordinación de los mismos en los espacios sociales y subjetivos que la violencia –visible o invisible en tanto acto de fuerza física o simbólica – instituye.

Para Videla (1993), en la simple observación de la tarea diaria en una maternidad aparecen enfrentamientos entre guardias y servicios, luchas por el poder y el saber, sentimientos de competencia y rivalidad, jerarquías, subestimación de las profesionales mujeres por parte de los hombres, alianzas de poder, asimetrías jerárquicas, etc. En su trabajo en una maternidad del conurbano las parteras manifestaron sus dificultades con los médicos, que les delegaban toda la responsabilidad obstétrica.

Caso 3. Cuando falta una conexión para poder sobrevivir

La Organización Mundial de la Salud, realizó una Declaración sobre la Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud (OMS 2014, 2018). Un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto,

sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud.(Silal et al 2011; Small et al 2002; D'Oliveira et al 2002) Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios (Bohren et al 2014). Dado que el parto es un momento que expone a mayor vulnerabilidad, estas prácticas podrían tener consecuencias adversas directas tanto en la madre como en el bebé. En nuestro país a partir del año 2014 rige la Ley 25.929 sobre los derechos de la mujer en situación de embarazo y parto.

Se ilustrará a través una situación clínica de violencia sutil en obstetricia la vulneración de la confianza que deposita la embarazada en el equipo que la atiende, generando disrupciones que afectan su estado emocional.

Queremos compartir un día en el Servicio Hospitalario, un día de la labor del psicólogo perinatal. Llegar al Servicio es llegar a una “caja de sorpresas” tanto por el contenido de los pedidos, los pedidos de ayuda como por la intensidad emocional de cada encuentro.

El jueves por la mañana en el pase de médicos, nos informan que ingresó un bebé el día anterior con diagnóstico de Atresia de Esófago Tipo III derivado desde una localidad de la

Provincia de Bs. As. programándose la intervención quirúrgica en el curso de esa mañana. En el Hospital Materno Infantil de la Ciudad de Buenos Aires desde el Equipo de Salud Materna Perinatal nos entrevistamos con la familia de L.

El primer contacto fue con la abuela paterna quien se encontraba sentada en la Sala de Espera, llorando. Luego de presentarnos, en primer lugar, cuenta que ella se encuentra sedada debido a que recientemente paso por una depresión a partir de una operación de cadera. Refiere que tiene ocho nietos y que es la primera vez que uno de sus nietos pasa por una situación de salud tan complicada al nacer. Relata detalles de la derivación. Cuenta que en sala de parto dieron a la mamá un diagnóstico del niño: riñón poliquistico, atresia de esófago y problemas cardiológicos. Refiere que una vez ingresado al Hospital Materno Infantil, y a partir de los estudios realizados, se descarta el diagnóstico de riñón poliquistico, proponiendo el tratamiento para la atresia de esófago. Se suma a la entrevista el abuelo paterno; ambos acompañaron a la pareja en la estadía en CABA: trasladaron a la mamá en auto (puérpera con cesárea de 24 horas), porque no había lugar en la ambulancia de traslado. Informan que pasaron la noche en un hotel y que están buscando donde alojarse. Durante el viaje que duró tres horas estaban muy preocupados por el traslado del bebe; viajaron para acompañar y apoyar a los padres de L.

Ambos abuelos relatan que sintieron que en la Clínica de la provincia, de algún modo se los maltrató, debido a que apenas nacido L le dan a la madre un diagnóstico incorrecto, y luego los demoran para el traslado sin confirmar si corresponde trasladarlos a otra localidad de la provincia o a CABA para el tratamiento. La abuela menciona que ahora se sintieron más respetados, ya que la médica que los recibió les dio todas las explicaciones correspondientes al diagnóstico y tratamiento de L, y que la doctora tranquilizó a la nuera que estaba muy angustiada por la situación aportándole la información necesaria.

Datos del niño y su madre:
FECHA DE NACIMIENTO: 28-05-19
PESO: 2,940 / SEMANA 39
TIPO DE PARTO: CESAREA
MOTIVO INTERNACIÓN: ATRESIA DE ESOFAGO TIPO III
(Ver imagen 3: Genograma)

Mientras, a L lo estaban preparando para la cirugía. Se encuentra en una servocuna, dormido. La cirujana refiere que el estómago esta inflamado debido a que la tráquea está conectada directamente al estómago. Se realizan prácticas previas a la cirugía en la UCIN sin necesidad de trasladar al paciente, se sacan placas y se controla por equipo de cirugía.

Se acercan la mamá y el papá y se suman a la entrevista familiar. Nos

cuentan que el embarazo comenzó con algunas complicaciones. La madre se enteró que estaba embarazada a los tres meses. A los cinco meses se detecta que el bebé se está alimentando de una sola arteria. Refieren que tienen otro hijo de un año que se quedó en su localidad a cuidado del abuelo materno. Piensan traerlo, una vez establecidos, para poder estar juntos.

La madre refiere que durante el embarazo no fue informada de los problemas de salud de su hijo, que sospechaba que no era correcto que el bebé se alimente de una sola arteria pero que no le informaron ningún diagnóstico en ese momento, por eso estaban tranquilos y no se imaginaron esta situación hasta el momento del parto, donde se sintieron “dejados a la deriva”. Cuentan que el viaje de traslado fue interminable para ellos, L viajó en ambulancia sin familiares, y los padres y abuelos en auto, la madre dice que ella quería acompañar a su hijo durante el traslado, pero debido a su operación cesárea la familia no se lo permitió. La madre informa que se retiró de la clínica para acompañar a su hijo firmando un consentimiento para el alta medico de ella.

En ese momento, el coordinador del servicio de neonatología los llama para presentarse y hacer una reunión informativa junto con nosotros (psicólogos), respecto de la secuencia de pasos a seguir con L, detallando

las condiciones de la operación y el diagnóstico. Se les informa que se hicieron los estudios correspondientes del abdomen, riñones, neurológicos y cardiológicas, para la intervención quirúrgica, que los cardiólogos revisaron la problemática ventricular que presenta L y que entienden que con el crecimiento se corregirá sin necesidad inicialmente de ningún tipo de tratamiento.

Luego con el objetivo de transmitir tranquilidad y previsibilidad les informan cómo será el posquirúrgico de L. Les cuenta que estará inmovilizado al menos los siguientes dos días luego de la operación debido a que se le aplicará una medicación para paralizarlo neuromuscularmente, y evitar cualquier tipo de movimiento, ya que, al unir el esófago, si hubiera algún movimiento interno o externo se podría desprender. La alimentación se realizará vía parenteral, sin ingerir inicialmente ningún tipo de alimento a través de vía oral. La alimentación se reanuda según cómo evolucione el posoperatorio. Considerando la perspectiva parental, preguntamos si pueden o no tocar al bebé al salir de quirófano, con el objetivo de ampliar la información para los padres. El médico explica que las enfermeras los ayudarán con las indicaciones para poder tocarlo apoyando las manos, sin levantar al bebé de la cuna, les recomienda que durante las dos primeras horas luego de la operación no es conveniente tocar al bebé debido a que se lo puede sobre estimular. Sí van a poder estar

al lado de la servocuna de su hijo. Los padres informan que están en contacto con la obra social para buscar lugar de residencia donde además pueda estar con ellos el hijo de un año. El médico les solicita que estén tranquilos, para que el bebé esté bien, y les informa que estarán acompañados por el equipo de psicología.

Finalizada la entrevista con el médico neonatólogo, los acompañamos a la UCIN para ver a su bebé, una vez adentro se encuentran con la anesthesióloga que los invita a saludar a su hijo con un beso previo al ingreso a quirófano. También se encuentra dentro de la UCIN la cirujana que operará a L.

Salimos de UCIN y junto con la cirujana nos reunimos con los padres, acompañados del coordinador del servicio, para informar a los padres respecto de las condiciones de la operación y pedirles la firma del consentimiento. Les cuenta que el diagnóstico de atresia de esófago es difícil de realizar previo al nacimiento. Les dice que el peso de L es alentador para la cirugía, y les explica que el aire está ingresando al estómago del bebé y que es importante corregir ese inconveniente. Les aporta detalles de la operación, contándole que se realizará a través de pequeñas incisiones, primero se interrumpe la conexión del esófago con la tráquea, y luego se intenta unir ambas partes del esófago. Les detalla los posibles resultados y riesgos de la

intervención: en el caso de que no se puedan unir los cabos del esófago se realizará otra intervención más adelante. También podría ocurrir que se puedan unir, siendo así el bebé estará en coma inducido para evitar que se mueva hasta tanto ver la evolución de la operación. La cirujana les consulta por el hijo de un año, se muestra condescendiente respecto de la situación de la familia.

Les informan que la cirugía durará al menos 3 horas y que una vez finalizado les estarán informando.

Intervención 1: con el equipo médico

Solicitar al médico reumatólogo la internación conjunta de la madre, debido a la condición de puerpera con cesárea. El médico se comunica con obstetricia para evaluar la posibilidad de realizar la internación de la mamá.

Intervención 2: con el padre

Se le comunica al papá de L la posibilidad que la madre pueda estar internada en breve, y que cuente con un lugar de descanso. Se releva la importancia de repartir tareas tales como la de buscar un lugar para alojarse y que todos puedan descansar. El padre relata la imposibilidad de encontrar disponibilidad de lugares cercanos para alojarse.

Análisis

Por un lado, se destaca la importancia del trabajo interdisciplinario, donde todos los integrantes del equipo médico y psicólogos se encuentran informados de la situación de la familia y de las condiciones del paciente, esto facilita que la totalidad de profesionales manejen la misma información y puedan otorgar a la familia información sólida evitando incertidumbres en un momento tan crítico. Esto representó posiblemente para la familia una experiencia reparadora de la experiencia traumática vivida previamente.

A su vez, el manejo de información por el equipo, le permite a la familia:

- Sentirse contenida (brindando información a veces redundante, lo más ampliada posible de diagnóstico, condiciones de la cirugía, riesgos posibles, evolución),
- Sentirse reconocida (conocer a los integrantes, hijos, lugar de residencia, diagnóstico, estado de salud de la madre)
- Les permite ocuparse de L aliviándolos de otras preocupaciones adicionales, y enfocándose a resolver aquello que les compete (buscar alojamiento en las cercanías de la clínica).

Cada uno de los integrantes del equipo transmitió coherencia respecto de los pasos a realizarse para la cirugía y posoperatorio. Además de cuál es la intervención y rol de cada uno de los profesionales, incluido el equipo de psicología.

Nos encontramos frente a una abuela muy angustiada y preocupada por la salud de su nieto. Un abuelo predispuesto a colaborar en lo que necesiten los padres de L. El padre de L se muestra como sostén de la pareja, preocupado por la salud de su hijo y resolutivo frente a la situación que atraviesa. La madre de L se muestra angustiada acorde a la situación, y se la observa muy dolorida por la reciente operación.

Tanto los padres como los abuelos expresan que el diagnóstico que se les dio en el lugar donde nació fue más crítico e incorrecto del que actualmente tiene L.

La madre de L informa que durante el embarazo no tuvo diagnóstico previo y enterarse al momento del nacimiento fue un “shock” para ellos. Es probable que la experiencia de estos padres al encontrarse con una situación tan crítica, donde la vida y la muerte se presentan de manera conjunta, haya producido un impacto emocional significativo. Esta situación del nacimiento, donde la familia espera que sea un momento de encuentro con su bebé, se presenta como una circunstancia sin aviso previo, con un hijo con una patología. Por esta razón es tan importante la tarea del equipo médico actual de informar y anunciar cada uno de los pasos a realizar por y con L, para moderar la ansiedad que surge en la familia.

Por otro lado, desde el equipo de psicología se sugiere la necesidad de internar a la madre en la clínica, por un lado, para que esté cerca de su hijo, y por otro, porque podría afectar la salud de la madre a corto plazo, provocando de todas maneras una internación. La intervención es muy acertada respecto de la situación que presenta la familia.

El rol del psicólogo perinatal como “amalgama” de la escena perinatal y en tanto cuidador de apego en situaciones perinatales

En el equipo de psicología participó, una psicóloga rotante quien estaba realizando la Especialización Perinatal. Ella compartió su experiencia:

“En lo personal es la primera vez que participo de la información a los padres de la cirugía a realizar para su hijo, me sentí conmovida e identificada por las sensaciones, sentimientos y preocupaciones que le podían surgir a la mamá de L. Y por otro lado desde lo profesional aprender que la intervención que podemos realizar en este ámbito va más allá de la palabra con la familia del paciente, sino que se pueden lograr intervenciones que generen producciones operativas como la sugerencia de internación de la madre para evitar un problema de salud a corto plazo. Además, la internación de la madre cerca de L permite reconfigurar la escena, moderando de alguna

manera el nivel de ansiedad de la madre por estar cerca de su hijo, del padre porque se puede ocupar de buscar un lugar sin la preocupación inmediata por la salud de la pareja y esto le da tranquilidad. Esta intervención le permite a la familia atravesar esta experiencia crítica acompañada desde “dentro” de la institución. Se me viene la imagen de un abrazo de sostén, lo siento como una forma de abrazar a esta familia”.

Corolario

La operación fue exitosa y se logró la internación conjunta de la madre de L. Al conversar el padre con diferentes personas, logra obtener información de una enfermera que le cuenta de un lugar a una cuadra del Hospital donde podrán alojarse.

Caso 4. Un día desesperado

En este caso queremos compartir un día desesperado, en el servicio de obstetricia, pero en ocasión de un seguimiento de embarazo de alto riesgo por anorexia nerviosa.

Romina es una joven de 20 años, que cursa el octavo mes de su segundo embarazo. Fue dos veces internada a partir del sexto mes, en un hospital de la zona sur del conurbano bonaerense.

El seguimiento es

interdisciplinario, interviene el equipo de obstetricia, nutrición, psicología, psiquiatría y trabajo social, ya que es un embarazo de alto riesgo por características de anorexia nerviosa como muy bajo peso, distorsión de su imagen corporal, alteración en la percepción del peso, atracones, conductas alimentarias restrictivas (no come) como compensatorias (vómitos, uso de diuréticos o purgas).

En las internaciones se restablece su equilibrio químico a falta de nutrientes en el organismo. Desde trabajo social se trabajaba con la familia a fin de lograr un acompañamiento de la paciente y ayudarla a transitar a través del cuidado, un embarazo que pudiera llegar lo mejor posible a su término. Desde psicología también se proponía este objetivo, con una mirada de diada, incorporando también el cuidado del bebé intraútero. Para tal efecto la modalidad de este equipo de psicología perinatal, a través de entrevistas, es ir creando un vínculo con un marco contenedor, que le permita la puesta en palabras de la crisis, las cuestiones que se resignifican en el embarazo, permitiendo así un reordenamiento subjetivo que le proporcione un mejor establecimiento vincular con su hijo (Oberman, 2008), ya sea intraútero y después del nacimiento.

Alrededor del octavo mes de embarazo se le da el alta, de una manera irrespetuosa, por parte de un psiquiatra que no conformaba el equipo

interdisciplinario de intervención. Por lo tanto, esta decisión obtuvo el proceso de seguimiento y cuidado y rompió la alianza terapéutica con la paciente.

El equipo sabía del enorme riesgo que corría ella y su bebé en una externación. Su red familiar era débil. Cada vez que no resultaba su estadía en la casa, llegaba al hospital con hipopotasemia (valores muy bajos del potasio como 1,5) considerado como muy peligroso para la vida de una persona.

Particularmente me sentía muy enojada, frustrada e impotente, “lo que más me había dolido era que alguien tomara una decisión por mí, que mi palabra como profesional no valía nada, es más, que se borrara con el puño todo el trabajo realizado. Sentí que todo estaba perdido” (Mansilla, 2013). En realidad lo que sentía era lo que sentía la paciente solo que no estaba en el hospital para que pudiera poner en palabras sus emociones. El equipo de obstetricia, como la vio estable, quiso darle el alta y buscó a este profesional que estaba de guardia para que accediera a su demanda. Este le da el alta, a condición que viniera a tratamiento psicológico semanal. Luego de una semana, al haber esperado en vano que Romina concurriera a los consultorios externos del hospital, luego de variados llamados telefónicos desde psicología, la jornada de trabajo comienza a ser desesperada.

Romina alude que no puede venir al hospital por problemas económicos, por problemas con su pareja, con su hermana y con su hijo. Se insiste, se habla con el marido por teléfono, al cual no se lo nota preocupado sin embargo a ella se la escucha muy débil. Se continúa insistiendo durante el día con las llamadas para confirmar su estado.

La desesperación es una emoción que comienzo a experimentar, que pone en funcionamiento un estado de alerta y es por la gravedad que sospecho que pone en riesgo la vida de mi paciente. Cuando la misma me cuenta que le duele todo el cuerpo y que no va a venir, porque debe caminar cinco cuadras para tomar un colectivo y no va a poder caminar hasta allí, siento que se va a morir. Estos síntomas correspondían a la hipopotasemia.

Me dirijo al servicio de obstetricia, planteo el caso a la obstetra de guardia. Me dice que si viene ella está dispuesta a internarla, le explico las condiciones en que está y su impedimento en llegar. Propongo mandarla a buscar con una ambulancia y me contesta que a ella nunca le pasó un caso así con lo cual no puede hacer nada, que me quede tranquila que si vino otras veces que tenía el potasio bajo, seguro vendrá esta vez. No me resigno y sigo buscando recursos llegando a la dirección de la institución que sí acepta hacerse cargo enviando un móvil a su domicilio. Acto

siguiente comienzo a trabajar con la sala de internación, que le preparen la cama donde siempre estuvo, hablando con la obstetra quien la recibiría. En efecto se interna a la paciente, horas después, y en terapia intensiva ya que su estado era de gravedad tanto para ella como para su bebé.

En este caso se observa una situación de violencia obstétrica y perinatal que, aun trabajando en equipo interdisciplinario, se violenta una situación de acompañamiento institucional.

Según la ley nacional 26.485 de violencia de género, en su ARTICULO 4º Se define: “*Se entiende por violencia contra las mujeres 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*”. Y en la misma se estableció la violencia obstétrica como un tipo de violencia institucional, donde el personal de salud la ejerce sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. En el presente caso se evidencia negligencia física, donde no se garantizan las necesidades físicas básicas de la madre y el bebé, no se protege ni vigilan las situaciones potencialmente peligrosas,

y no se atendió en forma permanente la salud de ambos.

El embarazo continuó y dio como resultado el nacimiento de una niña, que aunque el parto natural se produjo semanas antes no tuvo grandes complicaciones. El acompañamiento psicológico se mantuvo hasta el final de la internación y el nacimiento.

A pesar de los avatares que a veces se suscitan en una jornada o proceso hospitalario, el ámbito de una maternidad, genera un estado en que las embarazadas o puérperas, son cuidadas y atendidas, estableciendo una confianza infantil. El equipo de salud, debe ofrecer, al ocuparse del cuerpo, de generar en transferencia, una envoltura psíquica que protege a la futura madre y a su hijo en gestación. (Ponte, Ruiz. 2004)

El psicólogo perinatal, además del holding (sostén) (Winnicott, 1960) que brinda a la madre, dispone de las condiciones institucionales para que este funcione y es un engranaje en el dispositivo para garantizarle a la diada la seguridad emocional e integral que necesitan, por ende sus derechos.

Conclusiones

Frente a situaciones tan diversas de VO proponemos dos aspectos a considerar: los criterios para el diagnóstico de la situación de riesgo y

los principios a tener en cuenta para la intervención psicoterapéutica.

La Propuesta de Protocolo de Implementación considera los diferentes niveles involucrados:

- el bebé en situaciones críticas del nacimiento (prematuridad/patología neonatal)
- la familia y /o cuidadores,
- el Equipo de Salud.

Criterios para el diagnóstico de situación de riesgo para la Seguridad Emocional Materna:

1) Identificación de perturbaciones en la comunicación entre equipo médico y familia: contexto poco receptivo, diferentes lenguajes, dificultades en escuchar diferencias

2) Dificultades en el establecimiento de la Sintonía de los diferentes actores.

3) Indicadores de mal trato sutil: tono de voz, utilización de palabras que evidencian dificultad en la comprensión, signos no verbales (tensión muscular, expresión de la mirada).

Principios de intervención para proteger la Seguridad Emocional Materna:

Principio 1: manejo de la información gradual y progresiva acorde con la comprensión de la familia.

Principio 2: diferenciar la información

transmitida de la información procesada, utilizando los tiempos para escuchar que entendieron los padres en la conversación.

Principio 3: ubicar el lugar adecuado para brindar la información, de modo tal de generar un contexto de intimidad.

Principio 4: diferenciar desesperación de desesperanza. Una de las características del rol del terapeuta es infundir esperanza. (Yalom, 1996) Tratándose de una esperanza constructiva, se trata de poder accionar sobre los diferentes agentes participantes para responsabilizar a cada uno en su rol específico.

Principio 5: favorecer la formación, el entrenamiento y la capacitación de los psicoterapeutas que trabajen en ámbitos específicos para aumentar la eficiencia de sus intervenciones, a través de la Práctica Deliberada (Duckworth, Kirby, Ericsson, 2011). De igual modo, la Supervisión permite al psicólogo que trabaja como terapeuta en el ámbito perinatal, ofrecer el estímulo emocional para apoyar y amortiguar los desafíos emocionales inherentes a la práctica, de modo tal que pueda transferir la seguridad emocional de la mujer embarazada, como factor protector del nacimiento de su niño.

Referencias bibliográficas

Anticoncepción Quirúrgica Mujeres.

Ligadura de Trompas de Falopio. Métodos Anticonceptivos. *Programa nacional de salud sexual y procreación responsable*. Secretaría Programas Sanitarios. Ministerio de Salud de la Nación Argentina; (2008). Recuperado el 04 de Julio de 2019 de: www.msal.gov.ar/html/site/salud_sexual/downloads/aqm_ligadura_trompas_falopio.pdf

Bohren M, Hunter EC, Munther-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. (2014) Facilitators and barriers to facility-based delivery in low and middle-income countries: A systematic review of qualitative evidence. *Submitted to Reprod Health*.

CELS, Políticas Públicas de Salud Sexual y Reproductiva. (2016). *Análisis desde una perspectiva de derechos humanos de las capacidades institucionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de los programas de Buenos Aires y Chubut*.

D'Oliveira AFPLA, Diniz SGS, Schraiber LBL. (2002) Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. May 10;359(9318):1681-5.

Duckworth A L, Kirby, T.A., Tsukayama E., Berstein H, Ericsson K A (2011) Deliberate Practice Spells Success: Why Grittier Competitors Triumph at the National Spelling Bee. *Social Psychological and Personality Science* 2(2) 174-181. DOI: 10.1177/1948550610385872

Fernandez, AM. (1997). La diferencia como problema: Género y psicoanálisis. *Nómadas*

(Col), núm. 6, marzo. Universidad Central Bogotá, Colombia.

Fernandez, A.M, (2014) *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. PAIDOS, Buenos Aires.

Gómez, MC. Experiencia en dos hospitales sobre la observación de respuestas de dolor en niños prematuros internados. *Rev. Soc. Esp.Dolor*.2018.doi:10.20986/resed.2018.3633/2017.

Guía para la transformación de maternidades convencionales en Maternidades Centradas en la Familia. Ed. FUN y Ministerio de Salud de la Nación. Año 2006. Introducción.

International Association for the Study of Pain IASP Taxonomy. Washington DC; 2017. Recuperado el 09 de Julio de 2019 de: http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions.

Larguía, A., Cuyul, A., Solana, C., Di Pietrantonio, E., González, MA., Esandi, ME., Basualdo, MN., Bianculli, P. y Ortiz, Z. (2011). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural (MSCF). Conceptualización e implementación del modelo*. Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Mansilla, M. 2013. Sala de maternidad: ¿sólo un caso de anorexia nerviosa? Cap 14 en *Nacer y acompañar*. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal. Lugar Editorial. Buenos Aires. Pág 269-304

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2015). Ley 25.929 de Parto Respetado. Ministerio de Salud de la Nación. 2004. Recuperado el 09 de Julio de 2019 de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley nacional N° 26.130. Recuperado el 05 de Julio de 2019 de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.htm>

Moschella, Romina G., Charalambopoulos, T., Pawlowicz, María Pía, Naddeo Silvana J., Rodríguez, Patricia G., Giménez. (2005) Anticoncepción quirúrgica voluntaria. En: Barbato WR, Charalambopoulos JT, editores. Tratado de Anticoncepción. 1ra ed. Rosario: Corpus; .p.289-309.

Oiberman (2013). *Nacer y acompañar*. Argentina: Lugar editorial

Oiberman, y otros: "Nacer y Acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal". Lugar Editorial. 2013

OMS (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=F5B6E6D079C1E278C2F9A-283FE8C428C?sequence=1

OMS (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Recuperado el

09 de Julio de 2019 de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>

Osorio, V. (2018). Los índices de violencia obstétrica en Argentina son dramáticos afirman desde la agrupación las Casildas. Telam. Recuperado el 09 de Julio de 2019 de: <http://www.telam.com.ar/notas/201802/252636-los-indices-de-violencia-obstetrica-en-argentina-son-dramaticos-afirman-desde-la-agrupacion-las-casildas.html>

Rodríguez Ponte, M., Ruiz, A. L. (2004). Creación de un espacio psíquico durante el embarazo en tiempos de crisis. Cuestiones de infancia, Omega, UCES.8, 152-165.

Silal SP, Penn-Kekana L, Harris B, Birch S, McIntyre D. (2011) Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. *BMC Health Serv Res*. Dec 31;12:120-0.

Small R, Yelland J, Lumley J, Brown S, Liamputtong P. (2002) Immigrant women's views about care during labor and birth: an Australian study of Vietnamese, Turkish, and Filipino women. *Birth*. Nov 30;29(4):266-77.

Tello A. y cols. (2010). *Escenarios Mundiales*. Editorial de la Universidad de la La Plata. La Plata.

Vega, E. (2011) Un modelo integrativo en el abordaje de niños y sus familias. Su aplicación en psico-neonatología y salas generales de pediatría. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 20 (2): 175-185.

Vega, E. (2013) El apego en aquellos contextos clínicos institucionales que reciben bebés con patología neonatal o con prematuridad, en A. Oiberman *Nacer y Acompañar*. Buenos Aires: Lugar Editorial

Videla, M. y Grieco, A. (1993). *Parir y nacer en el hospital*. Nueva Visión. Buenos Aires.

Winnicott, D.W. (1960). La contratransferencia en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 207-216) Barcelona: Paidós, 1992.

Yalom, I. (1996). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. (4ta.ed.). España: Paidós.

Anexo
Imágenes

Imagen 1: Medallas protectoras que garantizaban a la madre en trabajo de parto un proceso feliz, sin violencia

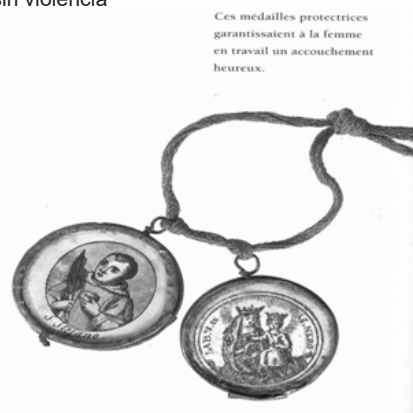


Imagen 2: Situación de parto con matronas en el siglo XVI y escena posterior al parto en el año 1950

Matronas acompañando a una mujer en un parto(grabado S. XVI)
Médico después de un parto(año 1950).
Que escena es más violenta?

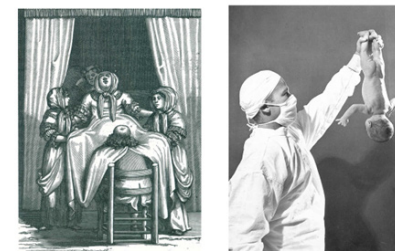


Imagen 3: Genograma

