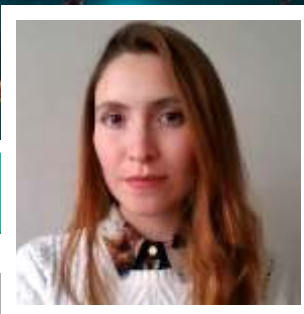


Algunas puntualizaciones acerca de los aportes clínicos de la teoría del trauma psíquico de S. Freud en la violencia gineco-obstétrica

*Some point outs about the clinical input of the psychic
trauma theory of S. Freud's in gyneco-obstetric violence*

▶ 1991, Chilena,
Universidad Andrés Bello,
Chile



PALOMA ANDREA Álvarez Gómez

paloma.andrea.c@gmail.com

▶ RESUMEN

Este artículo pretende encontrar los alcances clínicos que puedan desprenderse al estudiar la violencia gineco-obstétrica desde una perspectiva sustentada por la teoría del trauma de Sigmund Freud. Para lograr este objetivo el trabajo se enmarcará en una profundización teórica que permita entender la complejidad que conlleva este tipo de violencia. La noción de lo constituyente del trauma para el sujeto permitirá profundizar en las huellas mnémicas que se registran en escenas de este particular tipo de violencia.

▶ ABSTRACT

This article aims to find the clinical scopes that may arise from the study of gyneco-obstetric violence from a perspective supported on the trauma theory of Sigmund Freud. To achieve this goal the paper will be framed in a theoretical deepening that will allow to understand the complexity that this kind of violence entails. The notion of the constituent of trauma for the subject will allow to deepen in the mnemonic traces that are recorded in scenes of this particular kind of violence.



PALABRAS CLAVE

violencia gineco-obstétrica, escena traumática, huellas, trauma psíquico.

Recibido: 15-12-2017

Aceptado: 11-03-2018

KEYWORDS

gyneco-obstetric violence, traumatic scene, traces, psychic trauma.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo pretende responder la siguiente pregunta: ¿qué alcances clínicos pueden desprenderse del estudio de la violencia gineco-obstétrica, a partir de la noción de trauma en Sigmund Freud? Para esclarecer cómo se articulan estas dos nociones se indagará el concepto de violencia gineco-obstétrica y luego se abordarán distintos textos de S. Freud que permitirán comprender el desarrollo de la teoría que propuso respecto al trauma psíquico. Esto continuará siendo ampliado con lo que otros autores han explicado sobre el tema. Finalmente se procederá a incorporar qué dice el psicoanálisis respecto al cuerpo femenino y el parto, para así poder dar paso a una conversación entre los distintos conceptos y autores revisados.

La idea de relacionar trauma psíquico y violencia gineco-obstétrica se apoya en la consideración del trauma como esencial y constituyente, y supone que ser violentada en un momento tan particular y propio de su condición podría revivir traumas anteriores en la mujer.

Se espera que este artículo pueda ser continuado por futuras investigaciones que puedan incorporar otras consecuencias de la violencia gineco-obstétrica y la ayuden a visibilizar como tal. Es importante esclarecer que cuando se

utilizará la noción de sujeto para referirse al sujeto del inconsciente, en este caso de la mujer.

➤ Algunas puntualizaciones acerca de la violencia gineco-obstétrica

La definición de violencia que guiará el Artículo es la de la «Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia» promulgada en Venezuela. Pérez D'Gregorio (2010) la define de la siguiente manera:

«La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres» (Terán, P. y Cols. 2013, p.3).

Dentro de la ley antes mencionada se entiende que es causante de delito la negligencia y demora en atención de la emergencia obstétrica, así como no darle opción de elegir a la mujer el tipo de parto que quiera tener, impedirle el apego precoz y, acelerar el parto u optar por la cesárea sin tener el consentimiento de la mujer.¹



En Argentina la «Ley de Parto Humanizado», establece en el artículo II² los derechos que las mujeres poseen en relación a su estado, entre ellos a estar informadas de los tipos de procedimientos médicos para que puedan optar libremente por las alternativas que les acomoden, ser tratadas con respeto durante todos sus procesos y evitar todo tipo de práctica invasiva y medicación innecesaria que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o la persona por nacer.

Hay que señalar que dichas malas prácticas gineco-obstétricas han motivado en Latinoamérica movimientos de toma de conciencia que han intentado influir para obtener respuestas gubernamentales a dichas prácticas. A nivel nacional, en Chile, se destaca el proyecto de ley enviado el 28 de enero del 2015, por las diputadas Carvajal, L. y Hernando, M. Que permitiría «establecer los derechos de la mujer embarazada en relación con su atención antes, durante y después del parto, y modifica el código penal para sancionar la violencia obstétrica» (BOLETÍN N°9902-11). Este proyecto se basó en la ley venezolana y en material preparado por cartas al Director, enviadas por miembros del colectivo de mujeres Nacer en *Libertad*³ y recogido por *Diario Digital de la Universidad de Chile*. También es importante recordar la definición que se consensuó en un proyecto en curso impulsado por la SEREMI de Salud de Valparaíso.⁴

La violencia gineco-obstétrica refiere a la enajenación del cuerpo de la mujer y sus procesos reproductivos (particularmente

durante el embarazo, trabajo de parto, parto y post parto) llevado a cabo por cualquier integrante (hombre o mujer) del personal de salud. Este tipo de violencia se expresa en un trato deshumanizante, un abuso en la medicalización y patologización de los procesos naturales y, faltas de respeto a las creencias culturales de las mujeres que traen pérdida de autonomía y de capacidad de decisión libre sobre sus propios cuerpos, impactando negativamente la calidad de vida de las mujeres a nivel físico y psicológico.

El fenómeno en estudio podría estar agudizado por el *modus operandi* de la sociedad de consumo, que promueve la rapidez confundiendo a la eficiencia y prefiere simplificaciones generalizadoras a la hora de afrontar situaciones complejas. Hoy en día se percibe cada vez más cómo el médico de cabecera programa una cesárea, percepción que está avalada por la OCDE puesto que sus investigaciones han evidenciado a Chile como uno de los países con mayor tasa de cesáreas, en detrimento de las distintas opciones de parto a la que la mujer podría optar.

➤ El trauma psíquico en Sigmund Freud

De acuerdo a S. Freud en *Estudios sobre la histeria* (Breuer y Freud, 1893-95), el olvido no es algo que incide directamente cuando ha devenido una neurosis traumática ya que la vivencia traumática no se desgasta con el paso del tiempo. Dice Freud respecto a los sucesos ocasionantes: «Son sucesos de la infancia los

1 Artículo 51 ley Venezolana.

2 Ministerio de Salud, Ley Nacional 25.929 – Ley de Parto Respetado p.1 y 2

3 El colectivo Nacer en Libertad es un «grupo de mujeres convencidas que el nacimiento debe ser libre». Fragmento extraído del blog nacerenlibertad.com.

4 La SEREMI de Salud de Valparaíso en conjunto con la Universidad Andrés Bello comenzó el año 2015 un proyecto de investigación regional de carácter exploratorio para visibilizar la violencia obstétrica.



que han producido para todos los años subsiguientes un fenómeno patológico más o menos grave» (p.30). Respecto a la causa Freud no la reduce a una lesión corporal, sino que refiere «el afecto del horror, el trauma psíquico» (p.31). El autor dice que lo que importa frente a un recuerdo que pueda afectar a la persona es si esta misma «reaccionó enérgicamente o no» (p.34). En el caso que haya tenido una reacción enérgica entonces parte del afecto desaparecerá, pero «si la reacción es sofocada, el afecto permanece conectado con el recuerdo» (p.34). En La etiología de la histeria «tras una primera escena traumática se esconde una segunda escena cuya reproducción desplazará mayor efecto terapéutico» (1896, p.195). En 1896 en *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis* de defensa el autor habla del efecto póstumo (posthume) del trauma infantil, de allí se entiende que no son las experiencias penosas de un vivenciar sexual a temprana edad las que producen el efecto traumático sino que es su reanimación en el recordar, esto luego de que el individuo ha iniciado la madurez sexual. El mismo año en *La herencia y la etiología de las neurosis*, Freud dice, «justamente por ser infantil el sujeto, la irritación sexual precoz produce un efecto nulo o escaso en su momento, pero se conserva su huella psíquica» (p.153).

S. Freud en *Recordar, repetir y reelaborar*, propone que «el hacer repetir (...) equivale a convocar un fragmento de la vida real» (1914, p.154). Respecto a la represión, Freud indica que hay dos etapas, «una represión primordial, una primera fase de la represión que consiste en que a la agencia representante (Kepresentanz) psíquica (agencia representante-representación) de la pulsión se le deniega la admisión en lo conciente» (p.143) y una segunda fase «la represión propiamente dicha, recae sobre retoños psíquicos de la agencia representante reprimida o sobre unos itinerarios de pensamiento que, procedentes de alguna otra

parte, han entrado en un vínculo asociativo con ella» (p.143). Freud dice que debido al vínculo anteriormente nombrado es que las representaciones toman el mismo destino que lo reprimido primordial.

El autor señala que: «La represión propiamente dicha es entonces un "esfuerzo de dar caza"» (p.143). En *Lo ominoso* (1919) el autor explica que «lo angustioso es algo reprimido que retorna» (p.240). Este texto se considera importante porque el estar en proceso de formar una nueva vida dentro de sí, y finalmente parirla, podría ser algo angustioso. En cuanto a lo ominoso el autor dice: «Es algo que, destinado a permanecer oculto, ha salido a la luz» (p.241), cita interesante para las discusiones que se formularán más adelante, ligando este «salido a la luz» con el dar a luz.

En *Más allá del principio del placer* (1920), dice: «La violencia mecánica del trauma liberaría el quantum de excitación sexual» (p.33); el autor señala que «el enfermo se comporta (...) de manera completamente infantil» (p.36), y enfatiza que «las huellas mnémicas reprimidas de sus vivencias del tiempo primordial no subsisten en su interior en el estado ligado, (...) en cierta medida, son insusceptibles del proceso secundario» (p.36).

Por último, resulta necesario citar extensamente a Freud en su escrito *Inhibición, síntoma y angustia* (1925-1926), ya que también se explaya en cuanto a lo que refiere al trauma. La situación de peligro es la situación de desvalimiento discernida, recordada, esperada. La angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma, que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación de peligro. El yo que ha vivenciado pasivamente el trauma repite (*wiederholen*) ahora de manera activa una reproducción (*reproduktion*) morigerada de este con la esperanza de poder guiar de manera



parte, han entrado en un vínculo asociativo con ella» (p.143). Freud dice que debido al vínculo anteriormente nombrado es que las representaciones toman el mismo destino que lo reprimido primordial.

El autor señala que: «La represión propiamente dicha es entonces un "esfuerzo de dar caza"» (p.143). En *Lo ominoso (1919)* el autor explica que «lo angustiioso es algo reprimido que retorna» (p.240). Este texto se considera importante porque el estar en proceso de formar una nueva vida dentro de sí, y finalmente parirla, podría ser algo angustiioso. En cuanto a lo ominoso el autor dice: «Es algo que, destinado a permanecer oculto, ha salido a la luz» (p.241), cita interesante para las discusiones que se formularán más adelante, ligando este «salido a la luz» con el dar a luz.

En *Más allá del principio del placer (1920)*, dice: «La violencia mecánica del trauma liberaría el quantum de excitación sexual» (p.33); el autor señala que «el enfermo se comporta (...) de manera completamente infantil» (p.36), y enfatiza que «las huellas mnémicas reprimidas de sus vivencias del tiempo primordial no subsisten en su interior en el estado ligado, (...) en cierta medida, son insusceptibles del proceso secundario» (p.36).

Por último, resulta necesario citar extensamente a Freud en su escrito *Inhibición, síntoma y angustia (1925-1926)*, ya que también se explaya en cuanto a lo que refiere al trauma. La situación de peligro es la situación de desvalimiento discernida, recordada, esperada. La angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma, que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación de peligro. El yo que ha vivenciado pasivamente el trauma repite (*wiederholen*) ahora de manera activa una reproducción (*reproduktion*) morigerada de este con la esperanza de poder guiar de manera

autónoma su decurso (p.156).

➤ **Relectura del trauma freudiano abordado por distintos autores psicoanalíticos**

Sanfilippi, L. y Vallejo, M. (2013) hablan sobre distintas miradas de trauma que ordenadas por año se pueden resumir del siguiente modo: en 1896 Freud considera el poder causal de un abuso sexual real, usualmente relatado por sus pacientes quienes decían que el autor de dichos ataques era su propio padre, luego sin embargo S. Freud descubre que esos episodios no tenían existencia real, eran fantasías del inconsciente. En 1914, S. Freud da a entender que todos los ataques sexuales de los que hablaba en su teoría de 1896 eran fantasías. Entre los años 1916 y 1917 la división entre verdad material y fantasía se mezclan en muchos casos. Luego por el año 1933 Freud agrega que la escena que traumatizó al paciente sí tuvo lugar y fecha, pero lo que realmente provoca el trauma es el despertar de un impulso, «las fantasías serían expresión de algo real» (p.35), no una mentira sino una verdad desfigurada. Entre 1925 y 1933 se puede agregar que los síntomas de sus pacientes neuróticos no se enlazaban de manera directa a vivencias reales sino a fantasías de deseo, por lo que se le da mayor relevancia a la realidad psíquica que a la material. Finalmente, los autores proponen que Freud jamás desistirá completamente a la idea que «las fantasías tendrían su origen en algo acontecido» (p.39), sea en la propia vida de la persona o en las de sus antepasados.

Continuando con la relectura respecto al trauma psíquico, para el autor Cosentino (2014) el trauma nombra la imposibilidad de los residuos de lo que se ha visto y oído. El trauma para este autor es «el agujero en el que convergen las representaciones inconscientes sin poder, en el



límite, representarlo» (p.2). Por lo tanto, estos acontecimientos impresionantes serían para Freud sedimentos verbales, usualmente incomprensibles, que componen esos puntos de fijación que forman el núcleo del inconsciente, *«ese núcleo real de nuestra vida anímica, núcleo de la neurosis»* (p.2). La angustia existe por ese temor a ser castrado, castración esta que es producida por el trauma, por ello *«la angustia es el peligro de castración»* (1999, p.119).

El autor Madariaga (2002) considera que la teoría del trauma de S. Freud tiene dos grandes méritos, el primero es que por primera vez *«plantea el tema de la causalidad psíquica de los procesos mentales»* (p.9) y pone a los procesos psíquicos en la categoría de *«escenario primario del acontecer de la mente humana»* (p.9); El segundo es que Freud le da relevancia a los mecanismos internos ya que a través de estos los sujetos asimilan los eventos traumáticos y *«hacen de la actividad intrapsíquica una condicionante de trauma»* (p.9) lo que hace de cada sujeto un ser único. Además, el autor resalta *«el inmenso valor de la temporalidad de la génesis del trauma psíquico, entendida esta como “el continuum que va desde el nacimiento hasta el aquí y el ahora del sujeto traumatizado”»* (p.10).

Nasio (1998) al releer a Freud considera que el trauma psíquico *«no es solamente un exceso de tensión errante; es también una imagen sobre-activada por la acumulación de este exceso de energía sexual»* (p.27). El mismo autor en el año 1998 explica que el trauma que sufre el niño no proviene de una agresión exterior, debido a que es la huella psíquica de la agresión vivida la que lo produce, puesto que esa huella queda impresa sobre la superficie del yo. El trauma entonces trata de lo siguiente: *«Un acontecimiento psíquico cargado de afecto (...) centrado en torno a una región erógena del cuerpo y consistente en la ficción de una escena traumática que el psicoanálisis llama fantasma (...). Todos los*

traumas, sean reales o psíquicos, se inscriben necesariamente en la vida de los fantasmas» (p.40).

➤ El cuerpo femenino en psicoanálisis

Dos autoras de corriente psicoanalítica se han centrado en el cuerpo de la mujer y el parto, a saber, Helen Deutsch (1947) y Marie Langer (1985). Por su parte Langer se pregunta *«¿cuál es la actitud de nuestra sociedad frente al parto?»* (p.197), a lo que responde como un proceso que se considera completamente doloroso en el cual el ginecólogo es quien se encarga de evitar ese dolor. La tendencia inconsciente propia de esta evolución de la obstetricia moderna parece ser la de despojar a la mujer en lo posible de toda participación consciente y activa en la experiencia única de dar a luz, y convertir este proceso en algo totalmente dirigido por el médico partero (p.198).

Langer (1985), releyendo a Deutsch se pregunta: *«¿(...) por qué se somete la mujer complacida a este intento (de ser despojada de su parto)?»* (p.198), en respuesta dice que la mujer que le teme al parto, en su inconsciente le teme a su madre vengativa. Ella distingue dos planos, uno más superficial donde *«el médico (...) es el padre que la protege contra la ira de su madre»* (p.198) y, uno más profundo que dice que la mujer al entregarse a su médico connota lo siguiente: *«(...) un sometimiento infantil a la madre mala y un intento de conseguir su benevolencia demostrándole debilidad y falta de agresividad»* (p.198).

Tomando la lectura que hace Deutsch (1947) sobre el parto, dice: *«Las complicaciones del parto nos proporcionan una clave respecto al grado en que está determinado por factores psíquicos»* (p.191). Las complicaciones a las que



se hará referencia en este trabajo son las posibles agresiones por parte del personal de salud. El trato que pueda brindar el personal a la paciente en su proceso de devenir madre se puede enlazar a la creencia que ellos pueden liberar a la mujer del temor al parto «*fortificando su creencia infantil en la omnipotencia de la madre y de sus sustitutos*» (p.195). Es lógico aceptar que un suceso que implica una tensión interna tan grande y una tremenda revolución física debe producir importantes fenómenos psíquicos. Puede pensarse que los conflictos internos ya existentes se agudizan en una situación tan cargada y que las expectativas y temores intensificados del embarazo se exageran aún más al comenzar el parto (p. 197).

Para Deutsch (op.cit.), «*el desarrollo psíquico de la mujer y todo su pasado afectivo desempeñan un papel importantísimo*» (p.197) y por ello se puede pensar que un parto mal atendido puede traer al presente importantes eventos vividos por la paciente. Según la misma: «*La mujer desea combatir los dolores del parto con sus propios recursos*» (p.228), de esta manera la mujer se adueña de su experiencia y por consecuencia de su producto. La autora dice que «*hay cierto grado de satisfacción de esa cualidad femenina primaria que asigna al dolor un lugar entre las experiencias placenteras en la economía psíquica*» (p.230) y por este motivo es que se debería evitar provocar artificialmente un estado de anestesia en donde la mujer deje de sentir su cuerpo, pues según sus análisis después la mujer no sentiría que quien ha nacido sea producto de ella. En cuanto a la figura del médico, lo relaciona a la figura de un padre protector: «*La mujer considera a su médico como un padre omnisciente y omnipotente*» (p.230). Por este motivo se sometería pasivamente a lo solicitado por él, pero existen también otros casos en los que la mujer tendría miedo a este sometimiento. La importancia a nivel psicológico que tendría esta figura sería relevante en uno o más grados.

La autora, adelantándose a lo que sucede hoy en día, hace notar lo difícil que es que los médicos le otorguen importancia a los factores psicológicos que puedan incidir en este proceso, a lo que agrega que «*la conducta de la mujer se ajustará al desarrollo de su cultura*» (p.239), pudiendo notarse así que la mujer se ha visto enajenada al saber médico.

CONCLUSIONES-DISCUSIÓN

La violencia *gineco-obstétrica* es un término que ha ingresado al campo de la medicina por influencia de las teorías sociológicas de género y que resulta relevante en el campo de la psicología, específicamente en el psicoanálisis, debido a que puede traer al presente sucesos de la infancia temprana que hayan tenido valor de trauma.

Si la mujer durante los aproximados 9 meses de gestación se vio expuesta a este tipo de violencia y reaccionó enérgicamente, es decir, se mostró activa en sus procesos, entonces el afecto que pudo sentir en ese momento no será un recuerdo que comporte un afecto penoso que conlleve a un trauma psíquico. En cambio, si tras esta segunda escena traumática la mujer no reaccionó o fue transgredida por parte del personal de salud sin poder defenderse y por tanto en silencio se sintió violentada, por lo que reprimió lo sucedido, reproducirá entonces la primera escena traumática que se escondía tras la segunda. Este efecto póstumo es lo que se debe encontrar en el análisis de un sujeto expuesto a este tipo de violencia. El que esta segunda escena vivida en su proceso de devenir madre le provoque como sujeto que recuerde y reanime algo que estaba en su inconsciente, será entonces constitutivo de un trauma psíquico dado que estos retoños psíquicos que habían sido reprimidos en una primera instancia encuentran un enlace



asociativo con nuevas representaciones que nacieron de este proceso violento para la mujer, que así lo ha sentido. Esto reprimido que retorna en los textos del sujeto será lo que le angustió en su proceso de devenir madre, entonces se puede decir que lo que da a luz ya no es sólo su hijo sino también esto ominoso que trae el retorno de lo reprimido. Si en análisis se puede pesquisar esta segunda escena que trae al presente a la primera escena traumática, el analista entonces lo podría utilizar como material, pues como dice S. Freud, la reproducción de esta segunda escena es la que tiene mayor efecto terapéutico. La repetición del suceso traumático sería el material por excelencia con el que se podría movilizar el inconsciente puesto que esta repetición convocaría un fragmento de vida que ha quedado reprimido en la infancia del paciente; tras esto el analista podría lograr que la mujer analizada asocie qué de su devenir madre ha sido traumático. Esto que ha retornado habiendo sido destinado a permanecer oculto desde el punto de vista inconsciente, vuelve a aparecer en el momento preciso en que la mujer da a luz, movilizándose así su angustia.

Ahora bien, se podría pensar que violencia gineco-obstétrica sería cualquier acto médico que la persona afectada considere violento. Pero habría que mantener clara la noción de que violencia y trauma no son equivalentes como se señaló previamente. Considerando el estado particular en que se encuentra la mujer al parir, con su foco mental, estado afectivo, sensaciones físicas concentradas en el proceso y su resultado; es posible suponer que se reproducirá en ella un estado que guarda similitud con la infantilización. ¿Qué podría ser traumatizante entonces? Según lo revisado anteriormente el trauma que sufre el niño no proviene de una agresión exterior, debido a que es la huella psíquica de la agresión vivida la que lo produce, porque esta huella queda impresa sobre la superficie del yo y por tanto el trauma vendría

siendo «*un acontecimiento psíquico cargado de afecto (...) centrado en torno a una región erógena del cuerpo y consistente en la ficción de una escena traumática*» (Nasio, 1998, p.40). La mujer entonces en función del bienestar de su hijo va a tender a someterse a los discursos del personal que le atiende, esto debido a que va a confiar su estado de salud y el de su bebé al cuidado de ellos. Re caería directamente en la mujer lo que podría tomar del personal de salud para que devenga en sí algo traumatizante para ella. Retomando a Madariaga es que se puede decir que lo propio de la mujer, su «*actividad intrapsíquica [sería] una condicionante de trauma*» (2002, p.9), es lo que haría de ella un sujeto único, con sus experiencias jamás generalizables a otra mujer.

Cuando Langer (1985) se pregunta «*¿cuál es la actitud de nuestra sociedad frente al parto?*» (p.197), encuentra una respuesta que en el año 2017 no ha variado sustancialmente, ya que hoy en día se sigue considerando que quien sabe más del parto es el ginecólogo, con lo que podrían resultar desestimadas la participación, conocimientos e intuición de la futura madre. Lo que Langer llamó en 1985 «*obstetricia moderna*» (p.198) sigue siendo la obstetricia de hoy. La inmediatez con que se trata el parir, el miedo que se inculca a sentir el dolor del parto y la ignorancia de los derechos de una mujer en estado de embarazo; son factores que han incidido en esta obstetricia moderna.

Helene Deutsch (1947) considera a la figura del médico «*como un padre omnisciente y omnipotente*»(p.230). Desde esa perspectiva podría entenderse que la paciente se someta pasivamente a lo que él decida realizar en ella durante su proceso de embarazo, parto o postparto; es decir, desde aceptar cambiar de dieta hasta tolerar una cesárea o episiotomía sin previo aviso, o que no le entreguen a su hijo inmediatamente después de haber nacido u otras



prácticas que son consideradas como violencia gineco-obstétrica, pero ¿serían así consideradas por la mujer, teniendo en cuenta que ella podría pensar que fue por el bienestar de su hijo?. La misma autora considera que la confianza que la mujer establece con quienes la atienden, la ayuda con el temor que le tiene al parto «*fortificando su creencia infantil en la omnipotencia de la madre y de sus sustitutos*» (p.197), por lo que cualquier persona que la mujer considere importante representará la figura de esta madre omnipotente, por ello es tan importante que durante su proceso de devenir madre la mujer se sienta en bienestar consigo misma y con el ambiente, pues cualquier eventualidad en este período tan particular podría revivir el trauma psíquico de ella. El que la mujer viva un proceso comporta eventos vitales para su psique, cualquier trato que ella sienta como maltrato se intensificará hasta posiblemente enlazarse a lo que en algún momento de su vida fue traumatizante.

Abordando la temática de la anestesia epidural, al pensar que se está inserto en una cultura hedonista no sería de extrañar que hoy en día pedir anestesia para todo sea «lo normal», por tanto, tampoco habría motivo para consultar a la paciente si la desea o no, porque el personal de salud actuaría en consecuencia con lo que se pide en la mayoría de los casos. Entonces en este momento es importantecitar ad hoc a Deutsch cuando dice que «*la conducta de la mujer se ajustará al desarrollo de su cultura*» (p. 239), por lo que ello abre nuevas reflexiones sobre el uso indiscriminado de la anestesia.

Para concluir, todo evento en la vida de cualquier sujeto puede tener consecuencias a nivel psíquico, por tanto, el embarazo, desde la gestación hasta el puerperio, traería consecuencias a la mujer. A nivel inconsciente no se puede concluir en forma terminante que la violencia gineco-obstétrica tenga relación

directa con el trauma psíquico que pueda desarrollar una paciente luego de haber devenido madre, puesto que múltiples son las causas por las que puede instalarse algo del orden del trauma, en especial si se considera la historia particular de cada sujeto. Pero es innegable que la existencia de este tipo violencia sí da paso a reflexionar en el por qué es necesario re-educar a quienes viven o asisten un embarazo de principio a fin, porque al parecer la velocidad con que se están tratando estos procesos están por el camino atropellando no sólo los deseos de la mujer sino también la incipiente psique de su hijo.

Un parto siempre es un hito vital para la madre (sea deseado o no), y este hito podría ser un interesante enlace con otros acontecimientos puntuales y significativos que hayan sido importantes a nivel inconsciente. Si ese enlace o asociación forma una representación devenida traumática en la vida de la paciente se puede concluir que el parto, el «dar a luz», ha también iluminado algo de lo reprimido. Por lo que sería propicio considerarlo en el análisis con la paciente; incluso puede ocurrir que en el mismo análisis se revele lo traumático, sorprendiendo a quien analiza a proceder desde otro lugar. Ciertamente lo anterior convendría tenerlo presente como un alcance clínico.

La imposibilidad de nombrar lo sucedido es lo que provocaría efectos traumáticos, por este motivo se esperaría que la paciente no asocie como traumatizante el maltrato ocasionado por el personal de salud sino el proceso en sí mismo, lo que ella podría simbolizar como «su parto». En caso que en un proceso terapéutico de orden psicodinámico se fueran escuchando asociaciones posibles de enlazar con lo traumático, se podría propiciar el recuerdo para que así la paciente pueda elaborar aquello que le ha sido imposible nombrar al no representarlo. De esta manera un segundo alcance clínico sería



entonces la escucha psicoanalítica que favorezca la apertura del recordar, repetir y reelaborar freudianos.

Con todo lo anterior cabe preguntarse: ¿qué valor tendría esto para el psicoanálisis?, ¿qué alcances clínicos se pueden encontrar? Para el psicoanálisis la importancia radicaría en el valor del trauma de aquel maltrato vivido, que no siendo universalizable circunscribiría la legalidad al campo médico y legislativo, pero no obligatoriamente al nivel subjetivo y de sus padecimientos. Cuando una paciente no da cuenta de violencia gineco-obstétrica el terapeuta debería percatarse si algo en el proceso de devenir madre de su paciente ha sido motivo de trauma psíquico, en caso de que se revele algo de esto en su decir discursivo a modo de rastros que encontrarán su relación con las huellas psíquicas propias de ese sujeto castrado... Y finalmente es necesario plantearse la siguiente pregunta: ¿cómo o desde qué lugar se puede abordar la problemática que gira en torno a la violencia gineco-obstétrica?

Considerando al trauma como aquel agujero donde convergen las representaciones inconscientes, éste permite su abordaje en cuanto se tenga en cuenta que «*trauma no es el residuo irrecordable o inolvidable, sino que es una ausencia de estructura psíquica, que no puede ser ubicada ni significada*» (Benyakar 2005, citado por Tulián 2006, p.7). Una forma de poner en acción una medida frente a la violencia gineco-obstétrica podría implicar el hacer dialogar distintas perspectivas, en este sentido a nivel de políticas públicas se podría pensar en un cambio que incluya la visibilización de la particularidad de cada persona y la complejidad que tiene cada sujeto, complejidad en la que el psicoanálisis juega un rol importante en lo que respecta a respetar al sujeto en su sufrimiento y singularidad. Retomando lo planteado anteriormente, desde la clínica se puede abordar

comprendiendo que no es la situación en sí la que determina lo traumático, sino que es el encuentro entre una situación y cómo la psique de cada sujeto lo vivencia, esto contemplando por ejemplo que las prácticas de violencia gineco-obstétrica no son lo que determinan lo traumático pero sí podrían entregar una situación específica que evoque algún trauma.

Desde el punto de vista ético del psicoanálisis se trata de promover y hacer surgir algo del orden de la subjetividad, para ello sería útil incentivar a cada mujer en lo que significa su derecho de poder escribir su plan de parto, tanto en el sistema público de salud como en clínicas privadas, y que éste sea respetado. Lo mismo podría decirse en cuanto a las capacitaciones del personal de salud en pro de un desarrollo de capacitaciones empáticas y de una mejor utilización del *Código de Derechos del Paciente* actualmente disponible.

Se desprende de lo dicho que sería necesario promover estudios y análisis que fundamenten desde el punto de vista de la psicología y el psicoanálisis, y no sólo desde lo meramente compasivo, la evitación de prácticas que puedan significar detrimento en las subjetividades de las madres, lo que irá en beneficio de las familias y por ende de la Salud Pública.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aliaga P., Ahumada, S., y Marfull, M. (2003). Violencia hacia la mujer: un problema de todos. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Recuperado de: <http://ref.scielo.org/dt4jpv>

Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO. Extraído el 1 de septiembre de 2015 de http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf

Benyakar, M. (2007). Lo traumático, lo ominoso y el trabajo del duelo. Imago agenda N°113 p.3. Letra Viva Libros, Buenos Aires, Argentina. Extraído el 18 de marzo de <https://es.scribd.com/doc/229810483/Clinica-Del-Duelo>

Carvajal, L. y Hernando, M (2015) BOLETÍN N°9902-11 Extraído el 1 de septiembre de 2015 de http://www.camara.cl/pley/pley_buscador.aspx

Chile crece contigo. (2011). Gestación. El Nacimiento Trabajo de parto Tipos de parto. Rescatado de <http://www.crececontigo.gob.cl/2011/desarrollo-infantil/gestacion/el-nacimiento>

Cosentino, J. P. (1999) Volumen II – Construcción de los conceptos freudianos. El complejo de castración. Buenos aires: Manantial.

Cosentino, J. P. (2014) El inconsciente: la temporalidad del trauma. Recuperado de <http://juancarloscosentino.com.ar/wp-content/uploads/2014/08/16.-El-inconsciente-freudiano-JCC.pdf>

Deutsch, H. (1947) La psicología de la mujer Parte II Maternidad. Buenos Aires: Losada.

Fernández, F. (2015) ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. Extraído el 1 de septiembre de 2015 de: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/artic le/view/375>

Freud, S. (1992). Volumen II – Estudios sobre la histeria (1893 - 1895). I. Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar (Breuer y Freud (1893). Buenos aires: Amorrortu.

Estudios sobre la histeria (1893 - 1895). IV. Sobre la psicoterapia de la histeria. Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1992). Volumen III – Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899). Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias) (1894). Buenos aires: Amorrortu.

Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa (1896). Buenos aires: Amorrortu.

Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899). La herencia y la etiología de las neurosis (1896). Buenos aires: Amorrortu.

Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899). La etiología de las neurosis (1896). Buenos aires: Amorrortu.

Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899). La etiología de la histeria (1896). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1992). Volumen VII – Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) Tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1901-1905). Tres ensayos de teoría sexual (1905). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1992). Volumen XI – Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) (1914). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1992). Volumen XIV – La represión (1915). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1992). Volumen XVI – Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III) (1916-1917). 18a conferencia. La fijación al trauma, lo inconsciente. Buenos aires: Amorrortu.

Lo ominoso (1919). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1992). Volumen XVIII – Más allá del principio del placer Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras (1920-1922). I Más allá del principio del placer (1920). Buenos aires: Amorrortu.

Más allá del principio del placer, Psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras. (1920-1922). VII. La identificación. Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1992). Volumen XIX – El yo y el ello, y otras obras (1923 -1925). El problema económico del masoquismo (1924). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1992). Volumen XX – Inhibición, síntoma y angustia (1926 [1925]). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1992). Volumen XXII – Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, y otras obras (1932-1936) 32ª conferencia. Angustia y vida pulsional. Buenos aires: Amorrortu.

García, N. (2013). Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización. Extraído el 1 de septiembre de 2015 de http://cienciasociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mesa_1_Magnone.pdf

Gupta J. y Hofmeyr G. (2008). Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. Extraído el 1 de septiembre de 2015 de



<http://www.dendimim.com.br/public/Material%20de%20eitura/posi%C3%A7ao%20no%20expulsivo.pdf>

Langer, M. (1985). Maternidad y sexo. Buenos aires: Paidós.
Madariaga, C. (2002). Trauma: de Freud a Martín-Baró. Trauma psicosocial, Trastorno de estrés postraumático y Tortura. Santiago, Chile: cintras Extraído el 1 de septiembre de 2015 de

http://www.contralatortura.org/uploads/293ee7_162449.pdf

Nasio, J. D. (1998). El dolor de la histeria. Buenos aires, Argentina: Paidós.

Terán P., Castellanos C., González Blanco, M., Ramos, D. (2013) Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Revista Obstétrica Ginecológica Venezolana. Extraído el 1

de septiembre de 2015 de: <http://ref.scielo.org/ym86wn>
Tulián, S. (2006). Trauma y situación traumática, una lectura teórico clínica. FEPAL – XXVI Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis «El legado de Freud a 150 años de su nacimiento» Lima, Perú.

Villegas, A. (2009) La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. Extraído el 1 de septiembre de 2015 de: <http://ref.scielo.org/y6w8n3>

Viñals, V. (2014). Violencia obstétrica. La herida invisible del parto. Extraído el 1 de septiembre de 2015 de <http://radio.uchile.cl/2014/10/06/violencia-obstetrica-la-herida-invisible-del-parto>

REFLEXIONES DE LAS EDITORAS DE SECCIÓN

Dra. Miriam Pardo: La violencia gineco-obstétrica es una problemática actual que, pese a ser relevante, de acuerdo a los estudios que se han llevado a cabo, no resuena con fuerza en varios países en donde recién se inician proyectos para lograr la concientización de este problema con miras a lograr leyes específicas y la generación de políticas públicas. Desde el psicoanálisis, y tal como postula la autora, es posible hacer una lectura de este tipo de violencia a partir del trauma psíquico que se puede abrir en las pacientes, huella que de instalarse será imborrable, a pesar de que podría haberse evitado. El cuestionamiento hacia una mujer, ya sea desde su embarazo, o bien antes, durante y después del parto, dan cuenta de un tipo de maltrato que puede conllevar violencia directa, verbal y/o por medio de procedimientos quirúrgicos, así como negligencias que solo podrían ocasionar dolor. La presencia de la violencia gineco-obstétrica,

en cualquiera de sus facetas, implicaría que el ambiente no facilita la llegada de un hijo, por lo que el embarazo, nacimiento y post-nacimiento, estarían interferidos por quienes asumen una posición de poder al intentar desnaturalizar lo que es tan humano: traer una vida al mundo. Es posible suponer, entonces, que el personal médico y quienes propicien la violencia gineco-obstétrica no tienen aún resuelto conflictos personales que proyectan sobre la madre, pasando a llevar sus derechos. Esto se constituye en un llamado de atención a profesionales de la salud, quienes podrían recibir una formación más integral acerca de su quehacer profesional “a favor de la vida”, teniendo presente que si los países logran legislar acerca de esta temática, también la legalidad podría contribuir a prevenir y a sancionar a quienes propicien la violencia gineco-obstétrica.

PhD Alejandra Ojeda: La problemática presentada por este artículo muestra la situación actual de la inmensa mayoría de las mujeres, por ello tan relevante el trabajo aquí

mostrado. La cosificación que vive la humanidad en general y la mujer en particular, se presenta en formas diversas, siendo la violencia gineco-obstétrica una de estas. Esta,



la mayoría de las veces, es invisibilizada llevando quizás con ello, más violencia tanto hacia la mujer parturienta como al infante que ha nacido. Es decir, no se trata solo de la mujer-madre, sino del niño-niña que nace. Aunado a esto, es posible inferir que estas prácticas gineco-obstréticas ausentes de contacto directo y afectivo con la parturienta son resultado de conflictos no resueltos o invisibilizados por el propio personal médico.

Por todo ello, se observa necesario un trabajo mucho más profundo y reflexivo sobre la importancia del proceso de parto-nacimiento, al personal que interviene en el mismo. Finalmente, al mostrar estas prácticas como formas de violencia hacia la mujer, entonces también se deben dirigir los esfuerzos hacia la sanción legal para quien la practique. Esto es, por un lado la concientización de ello y, por otro, la penalización de su práctica.

