



RELATOS DEL PUERPERIO: EXPERIENCIAS DE MUJERES EN SU ENCUENTRO CON LA MATERNIDAD

Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología Social

Maestranda: Lic. Mayra Martiarena

Directora de tesis: Dra. Prof. Adj Cecilia Marotta Méndez

Co-directora de tesis: Mag. Prof. Asist. Carolina Farías

Octubre, 2022
Montevideo, Uruguay

La investigación que da origen a los resultados presentados en la presente publicación recibió fondos de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación bajo el código POS_NAC_2018_1_151194

Agradecimientos:

A la Facultad de Psicología, Universidad de la República, que me ha permitido cursar la Maestría en Psicología Social en el marco de la educación pública terciaria en nuestro país.

A la Agencia Nacional de Investigaciones (ANII) por colaborar en la financiación del cursado de este posgrado mediante la Beca para Posgrados en Uruguay.

A mi Directora de tesis y orientadora de Beca, la Dra. Cecilia Marotta, por el tiempo, la dedicación y el soporte académico y afectivo que ha facilitado este tránsito. A mi co-directora de tesis la Mg. Carolina Farías por las orientaciones y el tiempo dedicado a acompañarme.

A las mujeres participantes de esta investigación, por permitirme conocer la intimidad de sus experiencias puerperales, por la apertura y el apoyo a este trabajo, infinitas gracias.

A mi familia, mi tío, mi hermana, mis sobrinos/as, y a mi red de amigas/os por ser soporte afectivo y espacio de contención siempre. A Alan, el padre de mi hija, por habernos atrevido a transitar la experiencia de ser padre y madre juntos/as, por compartir los cuidados que han permitido cursar este posgrado.

A las mujeres de mi vida, las que ya no están, mi madre y mis abuelas, por sus experiencias de vida, por todo el cuidado y el amor que me dieron, por habilitarme la curiosidad y las preguntas y creer siempre en mí.

A todas las mujeres que desde diferentes lugares me han compartido sus historias de maternidad y de vida, ayudándome a pensar la importancia de investigar y creer que debemos construir mejores condiciones para el ejercicio de nuestras maternidades.

A mis compañeras del grupo de investigación “Familias y nuevas parentalidades”, por el apoyo y la tolerancia.

Y fundamentalmente a Olivia, por regalarme las preguntas, por la paciencia y el amor mutuo en esta experiencia de ser madre e hija que día a día vamos construyendo. Gracias mi amor.

Resumen

La presente investigación abordó las experiencias del puerperio de mujeres residentes en la ciudad de Montevideo tras el nacimiento de su primer/a hijo/a. El estudio se centra en el análisis de aquellas dimensiones de la vivencia subjetiva identificadas como de mayor relevancia de acuerdo a las narrativas de las entrevistadas y sus relaciones con factores de orden social y cultural.

Se utilizó una metodología cualitativa, y desde un enfoque de tipo narrativo se recogieron los relatos de 8 mujeres durante el primer año posterior al parto de su primer/a hijo/a. Posteriormente se llevó a cabo un análisis de contenido temático, identificando los principales núcleos de problematicidad presentes en las narrativas, qué desafíos habían encontrado ante la experiencia de sus maternidades durante el puerperio y qué estrategias lograron construir para enfrentar los mismos.

Como principales conclusiones se identifican algunas dimensiones que adquieren mayor relevancia, como ser la importancia del relato, las relaciones entre la experiencia de parto y el puerperio, la distancia entre las concepciones médicas y la vivencia de las mujeres, y los efectos subjetivos que esto produce en las mujeres-madres.

Como desafíos en la etapa se observan el proceso de recuperación tras el parto y las consecuencias de las intervenciones que se hayan producido durante el mismo, el reconocimiento del cuerpo púerpero, las dificultades en la lactancia, y la esfera de la sexualidad. Las exigencias que el ejercicio de cuidados tiene para las mujeres-madres, y construcción de la identidad materna. Estos aspectos son analizados en relación a la producción teórica que aborda los mandatos socioculturales que se erigen sobre la maternidad y los efectos que los mismos tienen en las experiencias de las mujeres púerperas. Como facilitadores en el tránsito por la etapa se identifica la importancia de las redes de contención y escucha que pueden acompañar y asesorar a las mujeres-madres, el acompañamiento profesional y afectivo a las diferentes dificultades enfrentadas, los apoyos en la órbita de los cuidados mediante acciones concretas tendientes a facilitar las responsabilidades delegadas en las mujeres.

Palabras clave: puerperio, maternidad, género.

Abstract

This research addressed the postpartum experiences of women living in the city of Montevideo after the birth of their first child. The study focuses on the analysis of those dimensions of the subjective experience identified as most relevant according to the narratives of the interviewees and their relationships with social and cultural factors.

A qualitative methodology was used, and from a narrative-type approach, the stories of 8 women were collected during the first year after the birth of their first child. Subsequently, an analysis of thematic content was carried out, identifying the main nuclei of problems present in the narratives, what challenges they had encountered in the experience of their motherhood during the puerperium, and what strategies they managed to build to face them.

As main conclusions, some dimensions that acquire greater relevance are identified, such as the importance of the story, the relationships between the experience of childbirth and the puerperium, the distance between medical conceptions and the experience of women, and the subjective effects that this produces. in women-mothers.

As challenges in the stage, the recovery process after childbirth and the consequences of the interventions that have occurred during it, the recognition of the puerperal body, the difficulties in breastfeeding, and the sphere of sexuality are observed. The demands that the exercise of care has for women-mothers, and construction of maternal identity. These aspects are analyzed in relation to the theoretical production that addresses the sociocultural mandates that are erected on motherhood and the effects that they have on the experiences of postpartum women. As facilitators in the transition through the stage, the importance of the support and listening networks that can accompany and advise women-mothers, the professional and affective accompaniment to the different difficulties faced, the support in the sphere of care through concrete actions aimed at facilitating the responsibilities delegated to women.

Keywords: puerperium, maternity, gender.

Índice

Agradecimientos	3
Resumen	4
Abstract	5
Presentación	8
Perspectiva epistemológica	9
Los estudios sobre maternidades. La politización del espacio privado	11
Introducción	15
CAPITULO I ¿Qué sabemos sobre el puerperio hoy?	17
1.1 El puerperio médico.....	18
1.2 Puerperio y salud mental.....	20
1.3 Marco normativo nacional.....	27
1.4 ¿ Por qué investigar sobre puerperio?.....	35
1.5 Preguntas de investigación.....	36
1.6 Objetivos.....	37
CAPÍTULO II Desarrollo conceptual	38
2.1 Historia de la atención al parto y el puerperio.....	38
2.2 La atención a los partos en el Uruguay actual.....	44
2.3 Embarazo, parto y puerperio como etapas de transición social de la mujer a la madre...46	
2.4 Reproducción humana y estrategias biopolíticas de control de las mujeres. La construcción cultural de la maternidad. Mandatos e identidad	47
2.5 Historización de la lactancia y su utilización para la construcción de la identidad materna en la modernidad.....	55
2.6 La reproducción de la vida. La maternidad científica y la división sexual del trabajo.....	57
CAPÍTULO III Diseño de investigación y fundamentos metodológicos	62
3.1 El enfoque narrativo.....	62
3.2 Características del estudio.....	64

3.3 Técnicas.....	65
3.4 Criterios de selección de las participantes.....	65
3.5 Análisis.....	67
3.6 Consideraciones éticas.....	68
3.6.1 Investigar durante la pandemia.....	68

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS.....70

4.1 El parto en el puerperio, la importancia del relato.....	70
4.1.1 “El parto que no fue” resurge en el relato.....	74
4.1.2 Experiencias de violencia obstétrica y sus consecuencias en el puerperio.....	82
4.1.3 Parir en pandemia. El caso de Amanda.....	89
4.1.4 Narrativa de un parto en domicilio. El relato de Antonia.....	95
4.1.5 El cuerpo en el puerperio, la recuperación tras el parto.....	98
4.2 Puerperio y lactancia.....	111
4.2.1 De la expectativa sobre un saber-hacer instintivo a la experiencia de las mujeres....	111
4.2.2 Dar el pecho-dar amor. Lactancia, deseo y mandato.....	113
4.2.3 Apoyos profesionales a la lactancia.....	123
4.2.4 Apoyo de la pareja para el sostenimiento de la lactancia.....	128
4.2.5 Ampliando la red: madres, amigas, hermanas. Apoyos emocionales.....	129
4.2.6 La “des-romantización” de la lactancia.....	130
4.2.7 Una experiencia con varias aristas. Lactancia y deseo.....	132
4.3 Puerperio y sexualidad.....	134
4.3.1 Mujeres-madres y sexualidad: ¿el cuerpo para quién?.....	134
4.3.2 El repliegue libidinal de la atención hacia el recién nacido.....	136
4.3.3 Pareja y sexualidad en el puerperio.....	140
4.3.4 Las intervenciones de los profesionales.....	145
4.4 La construcción de la identidad materna en un tiempo sin tiempo.....	149
4.5 Redes de apoyo.....	157

CAPÍTULO V. Consideraciones finales.....163

Referencias Bibliográficas.....171

Anexos.....173

Presentación:

Una historia siempre empieza antes de poder ser contada.

Sara Ahmed, Vivir una vida feminista.

Para comenzar, porque esta investigación se hace de relatos, me gustaría describir parte del recorrido y el posicionamiento desde el cual se ha realizado esta tesis. A pesar de la necesidad de determinar un punto de partida, esta tesis comienza en medio de algo. Escribo inmersa en el proceso de producción, con el interés tan vigente como el primer día cuando tras el nacimiento de mi hija me encontré con mi puerperio, hace ya casi 7 años.

Esta tesis está marcada por las trazas de mi propia historia, la historia de las mujeres de mi familia, mis abuelas, mi madre, mis otras madres, mi hermana, mis amigas, mi hija. Las historias que me componen, que nos componen, y hacen a la sostenibilidad de la vida mediante prácticas de cuidado ejercidas en lo singular, pero con efectos en lo social, prácticas cuyo ejercicio recae mayoritariamente en cuerpos femeninos, saberes y mandatos que constituyen la subjetividad de las mujeres en nuestra cultura, experiencias afectivas que dejan su huella en las historias de quienes gestan, paren y/o maternan.

Tras el nacimiento de mi hija, en mi puerperio, sentí la necesidad de hablar sobre lo que sucede en el posparto y lo importante que resulta a las mujeres no transitar esta etapa en soledad, sentirse acompañada desde la escucha y la empatía. Fui encontrando los textos de las escritoras feministas sobre la maternidad, y fue un verdadero momento de gozo saber que otras mujeres de la academia se habían sentido convocadas a investigar sobre la temática, a compartir el desconcierto y sus propias experiencias, porque no hay otra forma de saber sobre la maternidad sino dándole espacio a lo íntimo, lo que fue circunscripto a la privacidad del hogar, silenciado en el mandato de cumplir con el destino femenino que esta cultura nos impone.

Esta tesis es para todos/as aquellos/as que se sientan convocados/as a cuestionarse y acompañar una etapa tan personal y sensible como es la que se vive tras el parto. A quienes tengan la sensibilidad y el respeto de escuchar y leer la experiencia femenina de ser

puérpera, para quienes la importancia de esta etapa para la sostenibilidad de la vida, para la construcción de la historia de las mujeres-madres y sus hijos/as, para quienes creemos que si hacemos visible y política la experiencia del nacimiento y la crianza podremos modificar aquellos aspectos más controversiales e históricamente abandonados de la misma.

Perspectiva epistemológica.

Partiendo de lo antes dicho es que este trabajo de investigación y escritura adopta la perspectiva epistemológica del Conocimiento Situado (Haraway, 1991) de las Epistemologías Feministas, desde la cual la producción de conocimiento es entendida como práctica social. Este posicionamiento introduce la noción de que la producción académica y científica responde a los intereses generados por las diferentes tensiones provenientes del campo social en un momento histórico determinado, y por tal motivo los resultados de las pesquisas deben ser contextualizados en el trasfondo de posibilidades de producción y visualización en el que se inscriben. Haraway (1991) plantea la necesidad de una nueva mirada respecto a la producción de conocimiento, introduciendo la noción de “conocimiento situado”, desde la que los sujetos sean considerados en relación a los problemas de investigación y para la cual la producción científica debe adquirir carácter de potencia transformadora de la realidad.

Esta perspectiva epistemológica adopta una postura crítica al modelo científico de la modernidad, por considerarlo resultado de un paradigma universalista, objetivista, y androcéntrico, que establece una producción de conocimientos desencarnada y tendiente a construir nociones con estatuto de verdad, que producen posiciones jerárquicas de poder, y reproducen desigualdades sociales afectando la vida de las personas (Harding, 1988).

Investigar desde esta mirada implica tener presente que los resultados de las pesquisas serán válidos siempre y cuando se comprenda el contexto a partir del cual se ha arribado a los mismos, las condiciones de producción que los hacen posibles, y la matriz teórica desde la cual el problema será formulado y pensado. Permite comprender que la producción de conocimientos en ciencias sociales no es neutral, y por lo tanto deben tenerse en cuenta sus efectos y afectaciones a nivel personal, académico y científico. Al decir de Sandoval (2013)

Desde esta perspectiva, el problema fundamental de la investigación en ciencias sociales sería comprender que el conocimiento constituye una forma de práctica social que no surge en el vacío y que debe ser analizado en un contexto que adquiere sentido desde un cúmulo de relaciones sedimentadas en un trasfondo de naturaleza semiótico-material (p.39).

Para esto se vuelve necesario el constante ejercicio de reflexividad por parte del/la investigador/a, teniendo presente en todo momento que las decisiones tomadas en el marco de la investigación poseen carácter político y están vinculadas a las propias afecciones, su mirada, sus nociones de mundo y la intersección de factores sociales, étnico-raciales y sexo-genéricos que hacen a la construcción de su subjetividad. Desde esta posición se asume que el conocimiento producido, así como las herramientas seleccionadas para su producción, representan decisiones políticas, e implican un posicionamiento ético por parte de la investigadora.

Investigar desde una perspectiva feminista requiere un cambio en el enfoque tradicional de los problemas considerados científicos, no se trata de investigar sobre mujeres, o de que las mujeres realicemos investigaciones, sino de validar y producir conocimiento a partir de la *perspectiva de las mujeres* sobre los fenómenos que las afectan (Harding, 1988). Esto permite una visión de los procesos sociales que incluya la perspectiva de las mujeres en *“temas de importancia tan crucial como, por ejemplo, la manera como los cambios habidos en las prácticas sociales, reproductivas y sexuales y en el ejercicio de la maternidad, han dado forma al Estado, a la economía y a las demás instituciones públicas”* (Harding, 1988.p. 16), así como a su participación activa en la toma de decisiones y acciones sobre la modificación de la realidad que las afecta.

En materia de SS y SR la medicalización de la vida ha colocado a las mujeres en una posición pasiva en relación a sus procesos reproductivos y a las decisiones y acciones que se toman sobre sus cuerpos, por lo que requiere de un posicionamiento diferente la posibilidad de producir conocimientos a partir desde la mirada de las mujeres-madres y sus experiencias.

Los estudios sobre maternidades. La politización del espacio privado.

La construcción de las maternidades como campo de estudio y la problematización de la significación cultural atribuída a la posibilidad biológica de gestar y parir, así como el análisis del control biopolítico de la sexualidad femenina, se enmarcan en la perspectiva teórica de los estudios con perspectiva de género, que han convertido en problemas políticos espacios históricamente relegados a la esfera de lo privado. Dentro de los distintos feminismos han sido diversas las posturas sobre las maternidades y el posicionamiento político ante las mismas y su representación en el marco de una cultura patriarcal, sin embargo, ha sido un punto de cuestionamiento y reflexión común respecto al ser mujeres en esta cultura y a la transformación de esta capacidad biológica en condición de opresión. Saletti (2008) identifica dentro de los estudios feministas dos posturas fundamentales respecto a la concepción de maternidad, por una parte las que critican el modelo de la *buena madre* y la idea de la maternidad como parte fundamental de la identidad femenina, y por otro aquellos que reconocen en la maternidad una fuente empoderamiento, placer y conocimiento.

Las posturas feministas críticas al modelo de la *buena madre* han cuestionado fundamentalmente la idea de la existencia del instinto maternal, universalizable a todas las mujeres en todos los momentos de la historia (Badinter, 1980). Simone De Beauvoir (1949) fue la primera feminista en plantear teóricamente la maternidad como condición de opresión para las mujeres, argumentando cómo su idealización era una forma de colocarla como destino único femenino, “De Beauvoir reinterpreta el cuerpo materno indicando que no es un cuerpo biológico, más bien se trata de un cuerpo cuyo significado biológico se produce culturalmente al inscribirlo en los discursos de la maternidad” (Saletti, 2008. p 172).

Esta postura supone la construcción mediante diversos discursos de orden científico y pedagógico de una maternidad en el orden de lo natural, adjudicándole a las mujeres características esenciales no solamente para la reproducción biológica, sino también para el cuidado y la formación psicoafectiva de hijos/as adaptados a las normas sociales (Hays, 1998). Dichas construcciones se han apoyado en argumentos biológicos, como la lactancia materna por ejemplo, para solventar la idea de que la maternidad es del orden de lo instintivo (Gimeno, 2018). La consecuencia de estos postulados supone el abandono social de las mujeres que maternan y la absoluta responsabilización por la supervivencia y cuidado de los/as hijos/as, así como su relegamiento al espacio privado, del hogar, limitando su participación y desarrollo en la órbita pública (académica, profesional, política).

Este tipo de discurso tiene su auge en la modernidad, junto al nacimiento de los Estados y la construcción cultural de la figura del ciudadano. De modo que la función de las mujeres sería la de criar individuos socialmente adaptados y funcionales al sistema patriarcal, pero de forma solitaria, sin apoyos sociales, este hecho significa poner a disposición total de la crianza y los/as hijos/as el cuerpo y el tiempo vital de las mujeres-madres, operando el ideal de maternidad como un mecanismo de control social y opresión femenina. Hacia el Siglo XIX este discurso se vió además reforzado por la aparición de la figura de los expertos, que mediante el adoctrinamiento médico y pedagógico son los encargados de monitorear la correcta ejecución de la función materna (Calquín, 2013).

Dentro de los estudios feministas y el debate respecto a las maternidades, se encuentran también las posturas que la consideran fuente de conocimientos y satisfacción, reconstruyéndola como en la experiencia de las mujeres-madres con sus hijos/as, rechazando la institución de la maternidad y desligándola de las representaciones hegemónicas (Rich, 1976). Se destaca que aunque la maternidad ha sido atravesada por los lineamientos de la cultura androcéntrica, la misma puede ser fuente de satisfacción y el cumplimiento de un deseo femenino, en tanto pueda ser reubicada más allá de los mandatos patriarcales. Esta postura sostiene que para que esto suceda es fundamental que las mujeres recuperen el derecho sobre su propio cuerpo y construyan redes con otras mujeres a través de la ayuda mutua y la transmisión de conocimientos del linaje femenino (Irigaray, 1992. Muraro, 1989).

Adrienne Rich (1976) fue la primera autora en plantear la diferencia entre la institución de la maternidad y la experiencia de ser madre, destacando lo fundamental de enunciar las vivencias subjetivas y recuperar las relaciones entre mujeres. Luce Irigaray (1992) destaca la importancia de recuperar la relación con la propia madre para que este vínculo y la propia existencia femenina no quede supeditada a la ley paterna, generando un nuevo orden simbólico en que sean revalorizadas las experiencias femeninas, pudiendo generar modelos de maternidad diferentes a los que el discurso hegemónico ha instaurado durante siglos.

La reivindicación de las relaciones entre mujeres, la búsqueda de la genealogía femenina y el reconocimiento de la autoridad son los ejes principales de estas posturas feministas que reclaman un nuevo orden simbólico. El “orden simbólico de la madre” reivindica su figura como primera fuente de autoridad y proclama la

independencia materna como punto de partida para la libertad femenina. (Saletti, 2008. p. 180).

Algunas posturas dentro de esta línea que apuesta a la reapropiación de la experiencia de maternidad, han incluso sostenido que las mujeres poseen características esenciales para conectar con su cuerpo y vivir la experiencia de gestar, parir y criar a sus hijos/as de una forma empoderante. Tal es el caso de los ecofeminismos, que surgen durante los años 80.

Reconociendo todas las posturas existentes como válidas, este trabajo se centra fundamentalmente en las miradas que consideran que la estructura capitalista de división sexual del trabajo -que delega las tareas reproductivas en las mujeres, y particularmente de las mujeres-madres-, y convierte la posibilidad biológica de gestar y parir en un instrumento de opresión social y dominación, mediante discursos que se apoyan en argumentos de tipo biologicista y esencialistas, delegando la difícil tarea de cuidados y crianza a las mujeres-madres en solitario.

Desde esta perspectiva surge el interrogante sobre las experiencias de puerperio, en el encuentro con el nuevo status social de las mujeres tras haber tenido a sus hijos/as, las funciones de cuidado y crianza culturalmente atribuidas a las mismas, y la importancia de validar los relatos femeninos como fuente de conocimiento y a modo de confrontar con el discurso hegemónico con las vivencias subjetivas de las verdaderas protagonistas de las maternidades.

¿Cómo han dado a luz las mujeres, quién las ayudó, cómo, por qué?

*Estas preguntas no se refieren simplemente
a la historia de parteras y obstetras: son preguntas políticas.*

Adrienne Rich, 1976

Nacemos de mujer.

Introducción

Esta tesis es el resultado de una investigación producida en el marco de la Maestría en Psicología Social, de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República¹ entre los años 2019 a 2022. A través de la misma se han buscado conocer las características de la experiencia puerperal a través de los relatos de mujeres que se encontraban transitando esta etapa. Se adoptó una visión del puerperio que no refiere exclusivamente a las características médicas mediante las cuales es usualmente definido, permitiendo que mediante sus narrativas fueran las participantes de la investigación quienes describieran sus vivencias.

Desde mediados del Siglo XX las producciones teóricas y los movimientos sociales feministas han denunciado cómo la división genérica del trabajo en tareas consideradas productivas y reproductivas, produce condiciones de opresión para las mujeres, particularmente en lo que refiere a la maternidad, quedando asociadas la posibilidad biológica reproductiva a prácticas de cuidado, crianza y afectivas, sin considerar el carácter social y cultural de las mismas. El puerperio, al igual que los demás fenómenos de SS y SR, está atravesado por estas lógicas, generando efectos en las trayectorias vitales de las mujeres que transitan la experiencia.

Desde la psicología social resulta relevante cuestionar qué implicaciones adquiere en la producción de subjetividad de las mujeres-madres la experiencia puerperal, en el marco de la concepción y trato que se le da a la misma en diversos espacios del campo social, como ser el sistema de salud, redes afectivas (familia, amigos, pareja, etc), así como también se vuelve necesario conocer la significación que adquiere para quienes transitan la experiencia el hecho de convertirse en madres (Imaz, 2010), considerando a la maternidad como fenómeno social y no exclusivamente biológico.

La tesis se presenta en 5 capítulos, en el primer capítulo se describe el escenario actual desde el cual es definido y abordado el puerperio, diferentes visiones respecto a la etapa, sus características y durabilidad. Se describen también los principales argumentos que han

¹ Se contó también con el apoyo de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) a través de su programa de Becas de Posgrados Nacionales

movilizado este estudio, así como la relevancia de realizar esta investigación en el momento actual del Uruguay y la atención sanitaria que reciben las mujeres en lo referente a los procesos de gestación, parto y la recuperación tras el parto. Se delimita el problema de investigación y se definen los objetivos y preguntas que guiarán la misma.

En el segundo se realiza un recorrido conceptual que da cuenta del posicionamiento teórico mediante el cual se ha producido esta investigación. Las producciones teóricas feministas y el cuestionamiento realizado por las mismas al *modelo de la buena madre* y su funcionalidad al sistema socioeconómico capitalista, los discursos universalistas y esencialistas que invisibilizan a las características sociales y culturales de la maternidad, impidiendo su politización y problematización en materia de derechos y necesidad de apoyos sociales, y generando efectos en las experiencias subjetivas de las mujeres-madres. Se apuesta al conocimiento de las condiciones socio-históricas que generan modelos de maternidad y crianza que se constituyen en mandatos sociales, y cómo los mismos tienen una influencia directa en la vida de las mujeres y el ejercicio de sus maternidades.

En el tercer capítulo se da cuenta de la metodología y técnicas utilizadas para esta investigación, el porqué de su elección y las diferentes decisiones que se tomaron en lo que refiere al trabajo de campo.

En el cuarto capítulo se muestra el análisis realizado a partir de los relatos recopilados en diálogo con la bibliografía seleccionada y los antecedentes en investigación. Este capítulo se divide en 5 apartados en los que se describen algunas de las principales dimensiones identificadas en las narrativas de las entrevistadas, 1) el parto en el puerperio y la importancia del relato, 2) puerperio y lactancia: De la expectativa sobre un supuesto saber-hacer instintivo a la experiencia de las mujeres, 3) puerperio y sexualidad: ¿El cuerpo para quién?, 4) la construcción de la identidad materna en un tiempo sin tiempo y 5) Redes de apoyo.

En el quinto capítulo se presentan las consideraciones finales a las que se ha arribado a partir de la integración del material teórico referencial y lo analizado.

CAPÍTULO I

1. ¿Qué sabemos sobre el puerperio hoy?

En este capítulo se realiza un recorrido por los principales antecedentes de investigación sobre la temática que han colaborado a pensar el problema. En el punto 1.1 se aborda la definición médica de la etapa, así como las sub-etapas en las que se la ha dividido para ser estudiada y diseñar abordajes sanitarios de acompañamiento a las mujeres tras el parto. En el punto 1.2 se describen los fenómenos en salud mental que se considera pueden desarrollarse en el puerperio. Se realiza un recorrido por diferentes antecedentes de investigación y estudios que han abordado las problemáticas del posparto, así como producciones teóricas que han problematizado los fenómenos de gestación y nacimiento desde diversas ópticas. En el punto 1.3 se describe el marco legal existente en nuestro país para regularizar el ejercicio de prácticas sanitarias en materia de SS y SR, particularmente las referidas al parto y posparto, así como las producciones teóricas que han contribuido a la composición de dicha reglamentación. Se incluyen también referencias a los efectos que la pandemia por COVID-19 tuvo sobre el cumplimiento de este marco legal y sus consecuencias en las experiencias de parto y puerperio de las mujeres uruguayas durante dicho período. En el punto 1.4 se aborda la contribución de los estudios feministas a la discusión sobre la maternidad como campo de estudio, y la problematización de los fenómenos de SS y SR entendida en el marco del ejercicio de prácticas determinadas por las construcciones genéricas y el modelo cultural que opera en las sociedades occidentales actualmente. En el punto 1.5 se desarrolla el problema de investigación y las principales preguntas que este estudio ha buscado responder. En el punto 1.6 se detallan los objetivos, definiendo un objetivo principal y 3 específicos.

1.1. El puerperio médico

El puerperio en su conceptualización y tratamiento ha pertenecido históricamente al campo de la medicina, más particularmente a las especialidades de ginecología y obstetría, este

hecho ha producido diversos efectos respecto a cómo es concebida y abordada la etapa, y sobre qué aspectos de la misma se han hecho visibles y cuales no.

El significado etimológico de la palabra puerperio proviene del latín “puerperium”, de puérpera (mujer en trabajo de parto o dando a luz), del sustantivo puer (niño) y del verbo parere (parir) más el sufijo ium (Diccionario Etimológico en Castellano, 2021). Es un término utilizado desde el siglo XVII para denominar los procesos que se suceden entre la última etapa del parto (expulsión de la placenta) y el tiempo en el que se espera que el útero recupere su tamaño normal (entre 4 y 6 semanas, de acuerdo a criterios médicos).

Según la OMS (2021) el puerperio es definido como el “periodo de tiempo que comienza en la finalización del parto hasta las seis semanas postparto, cuando vuelve a la normalidad el organismo femenino” (s/n). Esta descripción remite a los criterios esperables para la recuperación anatómico fisiológica del cuerpo femenino en este período, a excepción del sistema neuroendócrino, que se verá modificado por mayor tiempo debido a la lactancia (Mora, 2009). La concepción biomédica hegemónica desde la que el puerperio es pensado en la actualidad, determina que la atención sanitaria que las mujeres-madres reciben en esta etapa se centre en el campo ginecológico, estableciendo los cuidados necesarios que deben ser realizados para evitar dificultades en la recuperación del parto, y en lo que refiere al control anticoncepcional ante la posibilidad de retomar la actividad sexual² transcurridos los 42 días que se establecen como de espera prudencial, de acuerdo a consideraciones médicas (MSP, 2014).

La definición médica del puerperio refiere a un período de aproximadamente unas 6 semanas en la que se espera la recuperación física de la mujer tras el embarazo y el parto. En este período son diferenciadas 4 etapas, la primera transcurre durante las 24 horas siguientes al parto y es llamada *puerperio inmediato*, en esta etapa se producen fuertes cambios de orden hormonal, las principales hormonas aquí presentes son la oxitocina y endorfinas. La oxitocina tiene un papel fundamental en la regulación de las contracciones durante el parto, en la eyección de calostro y leche, así como en la contracción del útero para que recobre su tamaño normal. Las endorfinas son auxiliares de la oxitocina disminuyendo la sensación de dolor y la intensidad del parto, en el posparto según algunos/as autores/as producen la sensación de placer en el encuentro con el recién nacido

² El término “actividad sexual” aquí refiere al encuentro pensado desde una lógica heteronormativa, es decir, intercambio sexual con penetración, no siendo representativo de otras las formas de encuentro sexual que pueden presentarse en el puerperio.

(Ramírez Matos, 2020). La vivencia subjetiva de temor estimula la producción de adrenalina, hormona antagonista a la producción de oxitocina y endorfinas, este dato resulta muy importante para comprender que si la mujer siente miedo o percibe un ambiente hostil y/o amenazante durante el parto o posparto, el proceso natural de recuperación y lactancia, así como el encuentro con el recién nacido, pueden verse afectados. Tras el desprendimiento de la placenta son varias las hormonas que entran en juego para inaugurar la recuperación del parto y permitir la lactancia (gonadotropina corial, lactógeno placentario, estrógenos y progesterona) (Ramírez Matos, 2020).

Si no ha ocurrido nada que ponga en riesgo la vida del bebé o de la madre, en esta etapa debería producirse el primer encuentro entre los mismos fuera del útero. Es la primera vez que la mujer-madre vé a su bebé y las emociones que esto puede generar son de índole variada y sumamente subjetiva.

La segunda etapa del puerperio médico se extiende del día 2 al 7 y se la denomina *puerperio temprano o mediato*. En esta etapa se produce la liberación de loquios y las contracciones uterinas que producen la recuperación del tamaño del útero previo al embarazo. La Psicóloga Esther Ramírez Matos (2020) plantea que en muchos casos en esta etapa se desencadena lo que es conocido como el *Duelo por el nido uterino vacío*, “la mujer puérpera ha dejado de estar embarazada y, aunque no sucede en todas las ocasiones, muchas mujeres relatan sensaciones de tristeza por el fin de esta etapa” (p. 35). Generalmente, si el parto fue en el ámbito hospitalario y no se han presentado complicaciones, es en este período cuando madre y bebé serán dados de alta y se producirá la vuelta al hogar.

La tercera etapa se extiende entre el octavo día y hasta el día 42-45 y es conocida como *puerperio alejado o ampliado*. Al finalizar la misma, médicamente se considera que el puerperio ha finalizado, esperando que las condiciones fisiológicas previas al parto hayan retornado a la normalidad.

Se describe una cuarta etapa conocida como *puerperio tardío* que comienza al finalizar la cuarentena sin que su culminación esté especificada, pero se estima que se extendería al menos hasta el final de la lactancia exclusiva, a los 6 meses del bebé, algunas autoras estiman que podría pensarse incluso en hasta 2 años luego del parto (Mora, 2009).

1.2. Puerperio y salud mental

En lo que a la salud mental respecta, en esta etapa se diferencian algunos fenómenos considerados esperables de otros excepcionales, enmarcados en la nosología de patologías psiquiátricas puerperales. Se identifican principalmente 3 fenómenos de mayor prevalencia, la Tristeza Posparto (TPP), más conocida como *Baby-blues*, la Depresión Posparto (DPP) y la Psicosis Posparto (PPP) (DSM -5™, 2014).

Se le denomina TPP o *Baby Blues* a un fenómeno emocional que supone la alteración del estado de ánimo de la madre en puerperio. Su intensidad y duración es variable, y suele suceder entre los 2 y 4 días posteriores al parto (Medina-Serdán, 2013). Se considera que este fenómeno se desencadena debido a diversos factores de orden hormonal, social y psicológico, con un índice de prevalencia alto. Su resolución se espera sea espontánea en las 3 primeras semanas del posparto, de extenderse en el tiempo requiere que sea evaluada la posibilidad de que la madre transite una depresión posparto. En la TPP suele presentarse labilidad emocional, llanto fácil, irritabilidad, ansiedad o desesperación por dificultad en el manejo del recién nacido (Medina-Serdán, 2013).

El Trastorno Psicótico Breve con inicio en el posparto (antes conocido como psicosis puerperal). El Trastorno Psicótico Breve con inicio en el posparto, o Psicosis Posparto (PPP), es un cuadro de delirio agudo diagnosticado a partir de los criterios establecidos para un Trastorno Psicótico Breve, con la particularidad de que se produce en las primeras 4 semanas posteriores al parto. Las ideas delirantes que pueden presentarse suelen estar vinculadas al recién nacido. Su comienzo es abrupto y requiere intervención médica inmediata dada su complejidad y los riesgos que implica tanto para la madre como para el bebé, entre ellos el infanticidio (DSM -5™, 2014).

Lo conocido como DPP o Trastorno Depresivo con inicio en el Periparto refiere a un cuadro depresivo que se presenta las mismas características de un Episodio Depresivo Mayor (DSM-5™, 2014) con la particularidad de que se presenta durante el embarazo o en las 4 semanas posteriores al parto. El mismo requiere atención psiquiátrica y terapéutica. No existe una definición específica para la depresión en el puerperio, excepto por el hecho de que los síntomas depresivos se presentan en un periodo de 4 semanas posteriores al parto. Como método estandarizado para su diagnóstico se utiliza la Escala de Edimburgo (EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale) (Cox et al., 1987).

Un estudio realizado en mayo del 2011 por el MSP y ASSE para establecer la prevalencia de cuadros de depresión materna en servicios de salud públicos y privados de la ciudad de Montevideo expresa al respecto:

La depresión materna o depresión posparto no constituye una categoría en sí misma. Esto se inscribe en el contexto de que el puerperio es siempre el gran olvidado (...) se favorece [respecto a la depresión posparto] su categorización como un fenómeno psicopatológico individual y no un problema situacional, donde tanto la familia como el entorno más amplio están directamente implicados, tanto desde el punto de vista causal como en el abordaje (Corbo, G. Defey, D. et al., 2011. p. 28).

Moore (2016) denomina *trauma del nacimiento*, a la dimensión subjetiva de la experiencia femenina, que no tiene porque coincidir con el relato del equipo sanitario sobre el parto, ni con ningún suceso médico ocurrido en el mismo. Mediante su trabajo Moore destaca cómo esta vivencia traumática puede afectar a las mujeres-madres durante años sin tener porqué desarrollarse un cuadro clínico depresivo, sino como una vivencia que condicionará su sentir y también el modo en el que experimentará la maternidad e incluso cómo se enfrentará a futuros embarazos y partos, o su no deseo de tener más hijos/as. Si bien no existe una definición estándar de lo que es el trauma de nacimiento, ni es una categoría diagnóstica, la amplia experiencia de trabajo de Moore sobre la temática es clara respecto a las consecuencias que la experiencia femenina de parto tiene en las trayectorias vitales. El trauma de nacimiento debe diferenciarse de otras dificultades que pueden presentarse en el posparto, como ser el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) o la Depresión Posparto (DPP) (Medina-Serdán, 2013), aunque dependiendo de su intensidad y de los recursos con los que la mujer cuente para su reelaboración podría generar una patología más compleja en esta línea. Pero lo cierto es que la mirada occidental sobre los fenómenos del nacimiento está tan condicionada por el modelo salubrista focalizado en la enfermedad, que las dificultades del puerperio solo serán atendidas cuando sean consideradas patológicas sin una perspectiva preventiva o un abordaje integral de cuidado sobre la mujer puérpera.

En esta misma línea Olza (2017) afirma que la vivencia del parto incide de forma determinante en la experiencia del puerperio. Si la mujer ha vivido su parto como traumático

esto puede acarrear consecuencias en el puerperio, afectando los procesos propios del posparto como ser la lactancia, así como en lo que refiere a lo vincular y social.

En el campo del psicoanálisis Winnicott (1956) denominó como *preocupación maternal primaria* a un fenómeno psicológico observable en la madre durante los primeros días posteriores al nacimiento del bebé. Este fenómeno, de acuerdo a lo expresado por el autor, dotaría a la mujer de la capacidad de ejercer la función de cuidado y responder a las necesidades del recién nacido, asumiendo un rol que definió como de “madre suficientemente buena”. Sin embargo, este hecho no siempre es observado en las mujeres del mismo modo, lo que pone en cuestión el supuesto carácter natural y espontáneo del mismo, para interrogar que otros factores entran en juego.

La socióloga Ann Oakley (1981) investigó en la década de los 70 el fenómeno de la depresión posparto, tras entrevistar a 60 mujeres llegó a la conclusión de que en la mayoría de los casos en los que se hablaba de un posible cuadro depresivo, lo que las mismas expresaban era un enorme agotamiento debido a la dedicación que requiere cuidar del bebé, la falta de sueño y el estrés de verse enfrentadas a una serie de desafíos como madres para los que manifestaban no sentirse preparadas. La autora destaca que la falta de conocimiento sobre las características del puerperio y del ejercicio de la maternidad, fueron algunos de los puntos que más llamaron su atención, así como la división sexual del trabajo que se instala en las parejas luego del nacimiento de los hijos/as, generando mayor sobrecarga en las mujeres.

Este desconocimiento de la realidad subjetiva de las mujeres en puerperio posee total vigencia en nuestra realidad actual. Los factores de orden social y afectivo que inciden en el tránsito por la experiencia no son considerados un campo de problemas a pensar o abordar, un claro ejemplo de esto es que no existe en este momento en nuestro país Políticas públicas destinadas a asistir y/o acompañar a las mujeres puérperas, fuera de las situaciones en las que existe diagnóstico de patología psiquiátrica. La atención de los procesos subjetivos y cambios afectivos de la mujer son escasamente contemplados, ni tampoco las condiciones de exigencia a nivel físico y psicológico.

Respecto a la vivencia del puerperio, Ramírez Matos (2020) plantea el concepto de *exterogestación*, dentro del mismo se inscriben toda una serie de fenómenos de carácter psicológico, afectivo y social ligados a la construcción del vínculo entre la mujer-madre y el

recién nacido; la vivencia de dependencia emocional y biológica instalada en este binomio es denominada como extergestación, es decir, garantizar la supervivencia física y psíquica de una criatura extremadamente vulnerable luego del nacimiento, en la exterioridad a la gestación in-útero. La necesidad del bebé de continuar unido a su madre tras el parto, del contacto piel con piel para calmarse, demuestra la importancia fundamental de que las condiciones ambientales estén dadas para que esto pueda suceder, así como la contención emocional de la mujer que experimenta una vivencia psíquica única y sumamente intensa. Esta necesidad se extenderá mucho más allá de los primeros días o semanas, siendo la separación del binomio madre-bebé un proceso paulatino, y que requerirá del apoyo y participación de otros actores, como ser la pareja de la mujer si la hubiera, otros miembros de la familia, o círculo cercano, así como también - y respetando los tiempos y las necesidades de cada mujer-madre y su bebé- las instituciones o programas sociales de atención a la primera infancia.

Imaz (2010) sostiene que el tránsito por las diferentes etapas de gestación, parto y nacimiento es necesario para que las mujeres puedan construir su identidad de madres, a su decir *convertirse en madres*, cargando este status de significación social y cultural, y no dejándolo liberado al orden de los fenómenos instintivos y naturales, que han promovido históricamente la invisibilización de su complejidad e imposibilitado conocerlos a fondo desde una perspectiva antropológica, psicológica y social. Respecto a esto Imaz destaca que las ciencias sociales han adherido a las lógicas discursivas hegemónicas respecto a la maternidad, no logrando visualizar la relevancia de cuestionar e investigar sobre los fenómenos reproductivos y los fenómenos sociales existentes en relación con los mismos.

Abordar la maternidad como objeto de investigación no es oportuno ni es pertinente de por sí: responde a un momento de cuestionamiento social en el que la reflexión sobre la maternidad cobra sentido. De hecho la omisión de la maternidad como objeto de investigación es una constante en la historia. (Imaz, E. 2010. p.15)

La visión antropocéntrica adoptada también por las ciencias sociales, excluyó durante mucho tiempo la validación de la experiencia subjetiva como fuente de conocimiento. La maternidad, la reproducción y el puerperio en particular, exigen el relato íntimo y subjetivo de

quienes lo han experimentado para conocer algo más allá de los cambios fisiológicos que implica.

Al decir de Adrienne Rich (1976),

Las mujeres han sido madres e hijas, pero han escrito muy poco sobre este tema; la vasta mayoría de imágenes visuales y literarias de la maternidad nos llega filtrada por una conciencia masculina individual y colectiva. Tan pronto como una mujer sabe que lleva un hijo en el vientre, cae dentro de la esfera de poder de las teorías, ideales, arquetipos y descripciones de su nueva existencia, pero casi nada de eso proviene de otras mujeres (p. 111).

Una investigación en antropología social realizada por Montes Muñoz en Tarragona en el año 2007, da cuenta de cómo la maternidad no puede ser pensada exclusivamente como un hecho biológico, dado que en nuestra cultura el nacimiento de un/a niño/a es un hecho cargado de significado, y que la maternidad define un status particular en la vida de una mujer. La construcción de representaciones sociales sobre la figura de la madre y lo que significa “ser madre”, determinan cómo es vivida la experiencia de la maternidad, así como el abordaje por parte del personal sanitario que realiza atención y cuidados durante el embarazo, parto y posparto.

La definición médica del puerperio tiende a producir una mirada homogeneizante sobre el cuerpo femenino y los procesos de reproducción biológica, recortando la complejidad del mismo a algunos de sus aspectos, generando una visión de la etapa como independiente de las de gestación y parto, que también forman parte del proceso reproductivo. La visión segmentada sobre los procesos de embarazo, parto y puerperio como etapas sin conexión entre sí, dificulta la comprensión integral del proceso subjetivo que se produce en muchas mujeres al convertirse en madres. Se requiere de un análisis más atento a fin de problematizar cómo estas etapas, a pesar de poseer características particulares y diferenciadas, forman parte de un proceso continuo en lo que refiere a las trayectorias reproductivas femeninas. Si bien es cierto que cada una de estas etapas requiere de una atención diferente, la no consideración del proceso reproductivo en su conjunto y su mutua

afectación tiene consecuencias al momento de comprender cómo se transita la experiencia subjetiva de gestar, parir y puerperar.

Pero además debe considerarse que *convertirse en madre* (Imaz, 2010) no es simplemente un fenómeno biológico, sino que es un hecho cargado de significación cultural muy poco problematizado en el marco de un sistema económico que durante siglos se ha sostenido en la división sexuada del trabajo, en tareas catalogadas como productivas o reproductivas, siendo estas últimas asociadas a funciones de cuidado y formación educativa y afectiva (en el caso de los niños/as) y socialmente feminizadas, es decir, adjudicadas a roles femeninos y desprovistas de respaldo social (Federici, 2012). Los feminismos han puesto en debate la maternidad y lo que implica en las trayectorias vitales de las mujeres, desplegándose un amplio campo de problemas aún vigentes que invita al cuestionamiento y la reflexión sobre las diferentes aristas presentes en la posibilidad de convertirse en madre, la capacidad biológica de gestar y parir, la significación social de *ser madre*, las consecuencias que esto tiene para las mujeres en nuestra cultura y también la dimensión deseante que puede desplegarse en la historia de cada mujer respecto a tener hijos/as y la posibilidad de construir modos disfrutables de maternar (Saletti, 2008).

Las construcciones discursivas hegemónicas a la hora de pensar la reproducción humana -biológica y para la sostenibilidad de la vida- colocan a la maternidad y todos los eventos vinculados a ella en el orden de lo instintivo, despojándola de su carácter social y político. Esto significa que el ejercicio de cuidados y las funciones ligadas a la reproducción y la crianza son representadas como funciones esenciales femeninas, es decir, inscriptas en el orden de la propia naturaleza de las mujeres y que no requieren de otros apoyos, constituyéndose en mandatos sociales y prácticas relegadas a la esfera de lo individual, invisibilizando los desafíos que revisten y constituyendo un espacio de múltiples soledades e imposiciones.

Desprovisto de su carácter social, los desafíos del puerperio se invisibilizan, las características que posee el cuidado de un recién nacido, la retracción de lo social debida a la demanda del cuidado del bebé y en el supuesto de un saber-hacer instintivo en relación a la función materna (Fernández, 1993) inscriben esta etapa poblada de múltiples vulnerabilidades en un tránsito en solitario, en el que se suceden además diversas violencias no contempladas como problemáticas sanitarias y colectivas.

Existen otras miradas sobre el puerperio desde una perspectiva que incluye, además de los aspectos fisiológicos, otras dimensiones afectadas en la vida de las mujeres que lo transitan. Más allá de los cambios neuroendocrinos y anatomofisiológicos que puedan producirse tras el parto, los aspectos psicológicos, sociales y emocionales de las mujeres tras el nacimiento de sus hijos/as requiere un estudio detallado y especial atención. Al igual que otros procesos vitales asociados a la reproducción humana, en el puerperio los significados atribuidos a la experiencia se encuentran profundamente atravesados por la cultura y las características históricas del momento en el que sea observado. El nacimiento de un niño no puede pensarse fuera de lo social y la cultura, tampoco los cambios por los que atraviesan las mujeres que han parido (Viera Cherro, 2013).

No existen criterios definidos sobre la duración del puerperio desde una visión que incluya la experiencia subjetiva y los aspectos psicológicos del mismo. Sabrina Mora (2009) sostiene que el puerperio lejos de reducirse a una serie de cambios de origen endócrino, anatómico y fisiológico, es la etapa en la que se produce una experiencia simbiótica y de separación paulatina entre la madre y el bebé, generando una serie de vivencias intensas de orden corporal y afectivo con gran impacto en la construcción de la subjetividad. “La manera hegemónica de entender el puerperio no es la única posible. Desde otras miradas, se entiende como el período transitado entre el nacimiento y casi los dos primeros años de vida del o la bebé” (Mora, S. 2009. p. 23). La autora entiende que este es el período en el que se produce la separación de la fusión madre-bebé, sostenida en la dependencia del recién nacido, en tanto las mujeres vivencian la construcción de su identidad materna, atravesada por elementos de orden sociocultural.

Ramírez Matos (2020) denomina como *puerperio emocional* a una cuarta etapa -posterior al puerperio inmediato, temprano y tardío- sin limitación definida en el tiempo. El puerperio emocional refiere al estado de fusión psíquica entre la madre y el/la hijo/a, de dependencia absoluta por parte del bebé, y de reconocimiento de la mujer en un rol social asignado: madre. La separación psicológica de ambos transcurrirá más allá de la separación física, siendo un proceso paulatino. Esta fusión no siempre se da, se vé afectada por múltiples factores de orden externo (horarios de trabajo que dificultan la posibilidad de que madre y bebé permanezcan junto/as, dificultad que implican las tareas cotidianas, incorporación de modelos de crianza que interceden en el ritmo y el tiempo que madre y bebé comparten,

etc), además de la vivencia personal de cada mujer respecto a su reciente maternidad, su historia y las distintas variables socioambientales existentes.

1.3. Marco normativo nacional para garantizar los derechos en la atención al embarazo, parto y puerperio.

La consideración del puerperio como un fenómeno inscripto en lo social y que responde a las nociones sociohistóricas sobre lo que significa ser mujer y madre, genera la pregunta respecto a qué lugar tiene esto en la esfera pública, rompiendo con la relegación de los fenómenos de SS y SR al espacio privado, donde cada mujer resuelve con sus propios recursos el cumplimiento de una función social cargada de responsabilidades y mandatos, más allá de que exista en ella el deseo de tener un/a hijo/a, y la satisfacción que esta experiencia pueda revestir.

Durante las últimas décadas Uruguay ha sido un país pionero en la construcción de un marco normativo legal para ampliar los derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva (Briozzo et al. 2020). Varias han sido las leyes que se han promulgado a fin de garantizar avances en materia de derechos humanos en este terreno. El tipo de parto promovido por el MSP es el parto institucionalizado y humanizado, no estando prohibido el parto en domicilio. El término “parto humanizado” hace referencia a lo especificado en la Ley N 18426 en Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva (Uruguay, 2008),

Art 3. Literal c especifica la importancia de “promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados”.

Art 4. b.3: “dictar normas que incluyan el enfoque de derechos sexuales y reproductivos para el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal”.

Art 4. Literal c : “Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas”.

En el marco de la ampliación legal en Derechos sexuales y reproductivos también se creó la Ley N 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Uruguay, 2012), y se incluyó la violencia obstétrica como una de las formas de violencia reconocidas hacia las mujeres, en el marco de la Ley N 19580 (Uruguay, 2017) de Violencia basada en Género y hacia las Mujeres en su Art 6. Literal H definiéndola como “toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos”.

Otras leyes vigentes en Uruguay vinculadas a los procesos de gestación , nacimiento y puerperio son:

Ley 19161 Licencia por maternidad. 6 semanas antes y 8 semanas después del parto.
Licencia suplementaria por enfermedad: máximo 6 meses.

Ley 17386 Art 1. Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional.

Ley 16104 Regulación de licencias para funcionarios públicos Capítulo III Licencias por maternidad y paternidad.

Ley 17215 Trabajadoras en estado de gravidez o en periodo de lactancia. Derecho a obtener un cambio temporario en las actividades.

Existe una definición de parto humanizado, pero no de puerperio humanizado. El término humanizado para el parto surge como una alternativa al modelo de atención del parto

institucionalizado. Desde hace ya varias décadas organizaciones internacionales y nacionales denuncian el ejercicio de prácticas violentas en los partos de acuerdo al modelo intervencionista de atención al mismo, a pesar de las recomendaciones de la OMS, y en el caso de nuestro país del MSP. El modelo de atención humanizado promueve también la idea de que el sanatorio u hospital no tendría porque ser el único lugar en el que se producen los partos, pudiendo considerar, por ejemplo, las casas de nacer o el propio hogar en los partos considerados de bajo riesgo³, las mujeres deberían sentirse liberadas a hacer uso de su derecho a elegir donde parir.

En el año 2000 se celebró en la ciudad de Fortaleza, Brasil la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, y desde allí se produce una definición más clara respecto a lo que refiere este enfoque. El parto humanizado no hace énfasis exclusivamente en la supresión de trato y acciones violentas por parte del personal de salud, sino y particularmente, en el enfoque respecto al protagonismo y la atención que se brinda a la mujer que va a parir, fomentar la confianza en su capacidad para transitar la experiencia, y fomentar que esto suceda de la forma más segura y placentera posible (Declaración de Ceará, 2003). Se destaca particularmente la consideración de su opinión a la hora de tomar decisiones, el respeto por sus deseos respecto a cómo quiere que sea su parto, y el incentivo de aquellos aspectos que promuevan sentirse segura, confiada en sí misma, capaz de manejar la situación y con el apoyo profesional que sea necesario. Este enfoque respeta también la decisión de la mujer respecto a dónde quiere que se produzca el nacimiento, puede adaptarse tanto en instituciones hospitalarias, como al domicilio particular, si las condiciones están dadas (Davis Floyd, 2001).

El enfoque humanista es crítico a las premisas del modelo tecnocrático de atención al parto, este modelo sigue un esquema similar al de la producción fabril, donde el objetivo es la producción de un bebé sano (Davis Floyd, 2001). La concepción de las mujeres desde esta perspectiva es la de sujetos pasivos a la hora de parir, se las coloca como figuras desconocedoras de su propio cuerpo y del proceso de parto, y por lo tanto, cuya conducta se espera sea la de sometimiento a la autoridad médica, por ser quienes conocen sobre cómo

³ Se considera parto de bajo riesgo a aquel de comienzo espontáneo, con una gestación libre de patologías, y en el que el proceso natural de trabajo de parto se mantiene como tal hasta el nacimiento, en donde el/la niño/a nace espontáneamente, en posición cefálica, entre las semanas 37 a 42, habiéndose completado la maduración fetal (OMS, 2021).

debe desarrollarse el proceso, guiándolo mediante intervenciones que tienden a ir en crecimiento.

El marco legal existente otorga visibilidad a los derechos de las mujeres al momento del parto, al mismo tiempo que define una problemática aún vigente en lo que respecta al derecho al parto respetado y a las condiciones de intervencionismo y violencia en la que muchos nacimientos se producen, según organizaciones de la sociedad civil denuncian ante la INstitución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) (Gallardo, 2021). Cabe entonces preguntarse sobre la experiencia actual a este respecto en el ámbito sanitario nacional. La violencia obstétrica debe ser tomada en cuenta a la hora de pensar el puerperio, puesto que la experiencia de parto se encuentra aún vigente en la vivencia de las mujeres madres.

La abogada Romina Gallardo (2021) integrante del colectivo Gestar Derechos⁴, destaca que la atención al parto en Uruguay tiene un alto nivel de intervencionismo, con escaso o nulo reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos, con prácticas abusivas por parte del personal de salud. Gallardo afirma también que los estereotipos de género son un componente central para comprender el ejercicio de violencia que se produce en los servicios de salud.

Estos estereotipos sociales que conciben a la mujer como sacrificada, sensible, frágil, poco confiable para tomar decisiones, se hacen visibles especialmente en los servicios de salud sexual y reproductiva, condicionando la atención brindada a las usuarias. (Gallardo, 2021. p.20).

El primer antecedente de legislación sobre la violencia obstétrica es la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, promulgada en Venezuela en el año 2007 en sus artículos 15 y 51 define:

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos

⁴ Gestar Derechos es una organización de la sociedad civil, existente en Uruguay desde el año 2020, cuyo objetivo es asesorar y acompañar a mujeres y familias que han sido víctimas de Violencia Obstétrica.

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.

Son varias las prácticas que pueden considerarse como VO en el marco de que la mujer no sea consultada respecto a la intervención que se va a realizar o la misma no esté justificada. Entre ellas se destacan la administración de oxitocina para acelerar el parto, la episiotomía de rutina, la maniobra de Hamilton o Kristeller. La maniobra de Hamilton consiste en despegar el saco amniótico del cuello del útero mediante el tacto vaginal, de este modo se busca acelerar el inicio del trabajo de parto. Su realización es altamente controversial y no debería realizarse sin consultar a la mujer sobre su aprobación para realizarla. Sin embargo, según la organización Gestar Derechos, es una causa frecuente de violencia obstétrica cuando las mujeres no son informadas y consultadas sobre su realización. La maniobra de Kristeller consiste en presionar la parte superior del útero con los puños o el antebrazo a fin de acelerar el parto en su período expulsivo, es una maniobra riesgosa y sobre la que también existe gran controversia por el grado de violencia y riesgo que implica (Gallardo, 2021).

Sheila Kitzinger (2006) en sus estudios de antropología social sobre la historia del parto, destaca como ciertos ritos a los que las mujeres son sometidas dentro de las instituciones hospitalarias cumplen con el cometido de inscribir a las mismas socialmente en su nuevo status de madres, respecto a esto destaca por ejemplo la aplicación de ciertos protocolos de carácter intervencionista, ignorando las consecuencias que los mismos puedan tener posteriormente en las mujeres desde una perspectiva trascendental. El hecho de que tanto el personal de salud, como las mujeres acepten y repitan estos rituales se sostiene en los estereotipos de género que de forma implícita operan sobre la idea de maternidad.

El estereotipo de la “buena madre” que opera en la regulación del ejercicio de maternidad en todas sus etapas, se pone en juego también durante el parto y posparto al asociarse a la idea de que la mujer debe ser capaz de soportar el dolor sin quejarse, sacrificarse por los hijo/as y tolerar cualquier tipo de intervención médica por “el bien del bebé”. Estas ideas determinan el lugar social de las mujeres en relación a la maternidad, y están presentes al momento de parir también. Este estereotipo se pone en juego particularmente bajo la amenaza de que no ser un paciente obediente puede poner en riesgo de vida al bebé.

Las mujeres ante el desconocimiento de todos los procesos que pueden suscitarse en el parto, los nervios propios de la situación y el miedo que genera la amenaza por parte de alguien con conocimientos médicos respecto a estar potencialmente poniendo en riesgo al bebé, terminan aceptando las intervenciones que decidan realizarles y del modo en que sean realizadas, debiendo sentirse conformes con que el bebé ha sobrevivido. Opera aquí una suerte de violencia simbólica basada en la jerarquía que posee la figura que realiza la atención a las mujeres en el sistema hospitalario, su lugar de saber y el desconocimiento y miedo femenino respecto a la propia vida y la del bebé (Arnao, 2018).

Este modelo de atención de carácter intervencionista, en el que se reproducen estereotipos de género que devienen en un trato deshumanizado y muchas veces violento hacia las mujeres se encuentra tan naturalizado, que continúa repitiéndose aunque existan normas explícitas sobre violencia obstétrica y los derechos de las mujeres a tener un parto respetado.

Pese a la existencia de marcos normativos que harían posible las situaciones de parto respetuosas, nada parece haberse modificado sustancialmente (...) no solo por la resistencia del sistema médico hegemónico que se siente cuestionado en su saber, sino también por las relaciones jerárquicas instauradas socialmente, que implican un sistema vertical de praxis. Este sistema vertical es caracterizado por las representaciones de género en torno a la sexualidad, maternidad que es dirigida hacia las mujeres (sumisión, incapacidad para decidir). (Arnao et al. 2018 p.11).

El trabajo de campo para esta investigación se realizó entre el mes de mayo del año 2019 y febrero del 2021, declarándose el 13 de marzo del 2020 la emergencia sanitaria en nuestro país debido al virus SARS-CoV-2, generador de la enfermedad COVID-19, tomándose por parte del gobierno una serie de medidas de orden restrictivo a fin de evitar aglomeraciones y reducir las posibles situaciones de contagio, entre las mismas se destacó la suspensión de clases presenciales en todos los órdenes de la educación pública y privada y se instó a los ámbitos laborales a reducir al máximo posible la presencialidad del personal, fomentando en todos los casos en que fuera factible la posibilidad del trabajo a distancia.

Este hecho afectó sustancialmente la atención en el sistema de salud uruguayo en la órbita pública y privada, y en todos sus niveles. A fin de evitar contagios se pusieron en práctica diferentes protocolos de atención con características cambiantes. Entre las medidas tomadas se destaca la suspensión presencial de la atención a consultas, pasando a ser en varios casos un seguimiento telefónico, en el caso de aquellos estudios que no pudieran ser postergados se solicitaba que la cantidad de personas presentes en la institución fuera la menor posible. En materia de salud sexual y reproductiva, particularmente en lo que refiere a los controles médicos de embarazo, parto y posparto, muchas de estas medidas no estaban claras, y las resoluciones que se tomaban con el fin de evitar contagios se oponían a los derechos ya declarados de las usuarias (Viera, M. Evia, V. 2021). Las Abogadas Romina Gallardo y María Echetto (2021) de la Organización Gestar Derechos, han realizado un estudio respecto a las tensiones en el marco de derechos sexuales y reproductivos que generaron los nuevos protocolos en este campo.

Claramente las mujeres que transitan un embarazo, o se encuentran en un proceso de parto o puerperio, son un sector de la población más vulnerable, que carga con desigualdades de género y puede verse afectado de forma desproporcionada por las medidas tomadas por la autoridad sanitaria. Más aún cuando esas medidas no reconocen esas desigualdades de base, ni se ajustan para evitar las consecuencias no deseadas de su aplicación. Ejemplo de lo cual lo constituyen los protocolos epidemiológicos que se aplican a nivel de instituciones de salud, para todos sus usuarios de forma genérica, sin tener en cuenta las especiales condiciones de una usuaria embarazada o en trabajo de parto, ni atendiendo las recomendaciones científicas específicas para embarazo y Covid- 19 que se han difundido tanto por la OMS y OPS, como por la comunidad científica nacional. (Echetto, Gallardo. 2021. p. 9).

Las modificaciones en las formas de atención al parto tendieron a desdibujar aún más la singularidad de cada situación individual, generando que el personal de salud se adaptara e impusiera a las usuarias medidas de forma protocolar, provocando este hecho efectos en

sus experiencias de parto y puerperio. Estudios recientes en nuestro país señalan que la atención al embarazo y parto durante la pandemia por COVID-19 incrementó la asimetría en la relación médico-paciente, influyendo de diversas formas en estos procesos, pudiendo indicar retrocesos en el marco de los derechos reproductivos (Viera, Evia. 2021). Esta afectación de los procesos de atención al nacimiento se observó fundamentalmente en las dificultades de atención a las consultas de control de embarazo, así como en la supresión del derecho al acompañamiento de las embarazadas en dichas consultas y durante el parto, aumento de intervenciones innecesarias y restricción en muchos casos del derecho al contacto piel con piel de madres con recién nacidos en las primeras horas posteriores al parto, e iniciación inmediata de la lactancia, prácticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021).

La Ley 17.386 (IMPO, 2001) dispone que durante el trabajo de parto y el parto toda mujer tiene derecho a estar acompañada de una persona de su confianza,

Art. 1: Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional.

Sin embargo, la percepción de que las instituciones de salud en las que se atienden los partos podrían ser focos de contagio, determinó la implementación de protocolos de atención que en varios casos impidieron la presencia de acompañantes. Del mismo modo, la atención a las madres con sospecha de COVID-19 y la recomendación de promover el contacto directo con los recién nacidos y el amamantamiento, fueron prácticas que se vieron vulneradas. Varias organizaciones de la sociedad civil realizaron denuncias destacando el incumplimiento de la normativa vigente (INDDHH).

La falta de claridad respecto a los protocolos y las escasas certezas respecto a cómo podía afectar el COVID-19 a las embarazadas y recién nacidos, produjo un clima de inestabilidad e inseguridades entre la población gestante y las mujeres púerperas. Estudios recientes (Viera. Evia. 2021) señalan que una de las mayores preocupaciones entre las mujeres que parieron en el período de pandemia fue la incertidumbre de en qué condiciones se produciría

su parto, y la angustia ante la posibilidad de no poder contar con la presencia de un acompañante.

En abril del 2020 fueron publicadas las Recomendaciones para la mujer embarazada y el recién nacido frente a la COVID-19 (Aguirre et al., 2020), en donde se especificaba la recomendación de mantener las prácticas habituales en la atención a los partos en casos asintomáticos, y evaluar los riesgos de acompañamiento en pacientes con diagnóstico positivo, pero dadas las condiciones sanitarias cambiantes, la poca claridad respecto a cómo realizar la atención en caso de sospecha de COVID-19 o diagnóstico confirmado, el escenario incierto dió lugar a toma de decisiones que incidieron directamente en la vivencia de parto y con consecuencias en el puerperio de las mujeres que parieron en pandemia. El mismo escenario incierto respecto a si se mantendrían las consultas recomendadas y los protocolos a seguir que predominó en las etapas de embarazo y parto, se hizo extensivo al puerperio. Dada la vulnerabilidad y la prioridad de control de los recién nacidos y mujeres en recuperación tras el parto, en el sistema de salud predominó la tendencia a priorizar la atención presencial de las mismas. Sin embargo las condiciones en las que estas consultas se realizaron fueron cambiantes (Viera, Evia. 2021), debiendo tener en cuenta además el temor al contagio que muchas mujeres experimentaron, respecto a sí mismas y a sus bebés.

1.4. ¿Por qué investigar sobre el puerperio?

El puerperio ha sido médicamente concebido como la etapa siguiente al parto en la que se produce la recuperación fisiológica del cuerpo femenino. Su definición desde esta perspectiva exclusivamente biologicista no contempla las características subjetivas de la experiencia, y lo que implican tanto los cambios corporales del proceso de gestación y recuperación del mismo, cómo la incidencia de factores de orden social y cultural en el proceso de convertirse en madre (Imaz, 2010).

Esta mirada responde al modelo hegemónico de atención sanitaria, que supone la separación cartesiana de los fenómenos considerados físicos de sus características y repercusiones psicológicas y emocionales. La perspectiva androcéntrica desde la que se han realizado los estudios sobre SS y SR femeninas durante los últimos siglos, excluye la dimensión afectiva de los mismos, así como invalida el relato subjetivo como fuente válida de conocimiento. Está lógica también ha tenido efectos en el campo de las ciencias sociales respecto a cómo son abordados los problemas vinculados a la salud de las mujeres y el

ejercicio de las maternidades en nuestra cultura (Imaz, 2010). La mirada de las producciones teóricas e investigaciones con perspectiva de género ha dado visibilidad a estas dimensiones, poniendo énfasis en la importancia de su estudio para conocer las experiencias de las mujeres-madres y los efectos que la construcción social basada en la diferencia de los sexos adquiere en los procesos de SS y SR. Durante las últimas décadas se han desarrollado investigaciones a nivel mundial, regional y nacional que incorporan la dimensión subjetiva entre sus fuentes de información, permitiendo nuevas miradas sobre los procesos de gestación, nacimiento y puerperio.

En nuestro país se han implementado diferentes políticas y un marco legal tendiente a considerar las desigualdades que produce la concepción de los fenómenos de SS y SR reducida a sus aspectos biológicos, y promoviendo la humanización del trato a las personas gestantes, sin embargo, aún continúa siendo escasamente considerada la perspectiva de las mujeres para el diseño e implementación de programas y políticas que acompañen las necesidades de las mismas, así como en la modificación de los protocolos de atención al proceso de gestación. La pandemia por COVID-19 promovió la aplicación de nuevos y variantes protocolos de atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio a fin de evitar contagios, los mismos produjeron efectos que en varias ocasiones vulneraron derechos ya adquiridos en este campo (Briozzo et al., 2020).

Dentro de los fenómenos del nacimiento el puerperio es la etapa sobre la que menos visualización se ha generado, es “el gran olvidado” (Assanelli, Defey et al. 2007) en el campo de la salud reproductiva. Esto se debe en gran parte a que luego del parto las mujeres asumen su nuevo status de madres, con los mandatos y supuestos culturales que ello implica, entre ellos la idea de que se poseen características naturales para el ejercicio de la maternidad, sin contar entonces con apoyos sociales o espacios de contención adecuados para el ejercicio de los cuidados y la salud mental materna.

Esta investigación se ha propuesto conocer la experiencia subjetiva del puerperio mediante el relato de las mujeres que lo transitan, introduciendo una mirada con perspectiva social y de género, desde la consideración de que tanto los fenómenos del nacimiento, como los modelos de maternidad dominantes en un momento histórico dado se encuentran determinados por la cultura, y responden a los intereses y necesidades de cada sociedad, afectando las vivencias de maternidad y generando efectos en la vida de las mujeres. Para esto se considera necesario ampliar la mirada estrictamente biologicista del puerperio,

promoviendo una perspectiva más integral, con validación de las experiencias de las mujeres-madres como fuente de conocimiento.

1.5. Preguntas de investigación

A partir de lo antes dicho esta investigación buscará responder la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las principales características de la experiencia puerperal para las mujeres tras el nacimiento de su primer hijo/a?

A modo de guiar la investigación se plantean las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo se relaciona la experiencia relatada por las mujeres puérperas con la descripción biomédica del puerperio como etapa?
2. ¿Qué relaciones se pueden establecer entre el puerperio y las experiencias de partos y/ó cesáreas?
3. ¿Qué elementos identifican las mujeres en puerperio cómo facilitadores y cuáles son las principales dificultades descritas y qué estrategias subjetivas construyen para transitarlas?

1.6. Objetivos

Objetivo General

Describir y analizar las experiencias subjetivas del puerperio de las mujeres uruguayas tras el nacimiento de su primer hijo/a.

Objetivos específicos

1. Analizar qué relaciones existen entre la definición médica de puerperio y la narraciones de las experiencias subjetivas realizada por las entrevistadas
2. Comprender las relaciones existentes entre la experiencia de parto o cesárea y la vivencia puerperal.
3. Describir y analizar las principales problemáticas identificadas en el puerperio, así cómo qué elementos identifican las entrevistadas como facilitadores para transitar la experiencia.

CAPITULO II

2. Desarrollo conceptual

En el siguiente capítulo se desarrollan las principales concepciones teóricas a las que se ha hecho referencia para problematizar y analizar el problema abordado en esta investigación. En el punto 2.1 se realiza un recorrido bibliográfico que da cuenta de los diferentes eventos históricos que determinan el tratamiento que reciben hoy la atención a los partos y el puerperio en nuestro país. En el punto 2.2 se describe el modelo predominante de atención al parto en el Uruguay actual. En el punto 2.3 se desarrollan diferentes posiciones teóricas que han problematizado las implicaciones culturales de la construcción de la maternidad y su significación en las sociedades occidentales en la actualidad. En el punto 2.4 se analizan las estrategias biopolíticas de control de las mujeres construidas a partir de los fenómenos de SS y SR. Los mitos y mandatos que se erigen sobre la maternidad -entendida como institución social (Rich, 1976)- y su incidencia en el ejercicio de las maternidades. En el punto 2.5 se realiza una historización de las diferentes concepciones y mandatos que han existido respecto a la lactancia, como costumbre asociada desde lo imaginario al amor maternal. En el 2.6 se analiza el modelo de maternidad actual, la extensión de la capacidad biológica reproductiva al ejercicio de las demás actividades que permiten la reproducción y sostenibilidad de la vida, así como la construcción de la maternidad científica (Hays, 1998) y la implicancia que esto tiene en la vida de las mujeres-madres.

2.1. Historia de la atención al parto y el puerperio.

Para comprender cómo son atendidos actualmente los partos, dónde y cómo se brinda esa atención, cómo se concibe el acto de parir, y qué lugar las mujeres ocupan como sujetos de derechos en el mismo, es necesario indagar sobre la construcción cultural e histórica del parto.

El cuidado de los nacimientos no fue una preocupación médica o social sostenida a lo largo de la historia. Al igual que otros procesos relativos al cuerpo y su disciplinamiento, y más específicamente a la sexualidad femenina, la historia de la reproducción humana y su tratamiento social y político debe enmarcarse en las condiciones y necesidades de cada época y cada sociedad, desde una perspectiva política. Al decir de Adrienne Rich (1976)

¿Cómo han dado a luz las mujeres, quién las ayudó, cómo, por qué? Estas preguntas no se refieren simplemente a la historia de parteras u obstetras: son preguntas políticas. La mujer que aguarda su período o en el comienzo del parto, o bien la que yace en la mesa soportando un aborto o empujando un hijo que nace; la mujer que se inserta el diafragma, o traga la píldora diaria, hace todas esas cosas bajo la influencia de siglos de letra impresa. Sus elecciones -cuando tiene alguna- se hacen o se proscriben en el contexto de las leyes y los códigos profesionales, las sanciones religiosas y las tradiciones étnicas, de cuya elaboración las mujeres, históricamente, han sido excluidas. (p. 199)

El control de los nacimientos no fue de interés social y político hasta finales de la edad media, cuando las sociedades europeas asistieron a profundas transformaciones políticas y económicas. El cuerpo comienza a ser objeto de atención de los Estados emergentes, y su cuidado y disciplinamiento una cuestión que deja de pertenecer a la órbita de lo individual, constituyéndose en lo que es llamado por algunos autores como *medicina social* (Foucault, 1977).

El fenómeno de medicalización de la sociedad abarca mucho más que la relación entre médico y paciente, refiere a un régimen de control de los cuerpos mediante diferentes dispositivos y discursos tendientes a su adoctrinación, y que configuran las posibilidades de echar luz o no sobre ciertos fenómenos en una época determinada. La medicalización dará espacio a emergentes disciplinas destinadas a la atención y el conocimiento de grandes poblaciones, como ser la epidemiología y los estudios demográficos (Foucault, 1977).

Hasta el siglo XVIII en Europa, los partos eran asistidos exclusivamente por mujeres cuyos saberes eran adquiridos a través de la experiencia y mediante transmisión oral. Estas mujeres, no solo atendían partos, sino que poseían conocimientos medicinales e intervenían en otras esferas ligadas a la sexualidad femenina (Federici, 2012). Bajo la influencia del cristianismo y la tendencia creciente a promover el control de la sexualidad el parto fue representado como una prueba del pecado original, de la impureza y la debilidad de la carne, y sobre todo un símbolo de familiarización entre lo femenino y lo demoníaco. Heredero de la maldición de Eva, el castigo femenino que todas las mujeres debían soportar

por su sola condición de ser mujer. La idea de sufrimiento pasivo femenino fue asumida casi como un “destino natural” para las mujeres, cuyo mayor reconocimiento era poder tolerar el dolor (Rich, 1976).

Este pasaje de la atención de los nacimientos de manos de mujeres y sus saberes tradicionales al control médico masculino, implicó que se instalaran no solamente una serie de discursos deslegitimadores y censuradores de las prácticas de curandería, sino también la persecución, tortura y ejecución de quienes realizaban estas prácticas (Federici, 2004). La caza de brujas fue un movimiento político mediante el que, no solamente se reprimieron y disolvieron los movimientos campesinos insurgentes en reclamos de derechos sobre la tierra, su producción y libertades individuales, sino que además erradicó de forma violenta la participación, transmisión e intervención de saberes femeninos en cuestiones de salud sexual y reproductiva.

Existe un acuerdo generalizado sobre el hecho de que la caza de brujas trató de destruir el control que las mujeres ejercían sobre su función reproductiva y que sirvió para allanar el camino al desarrollo de un régimen patriarcal más opresivo. (Federici, 2004. p.23).

El lugar en el que hoy encuentran los saberes tradicionales sobre el nacimiento y cuidados del embarazo y posparto es heredero del movimiento discursivo mediante el que la figura femenina es colocada en un rol secundario con respecto a la figura médica, ubicada esta última en una posición hegemónica respecto al acto de acompañar los nacimientos.

Este pasaje de los saberes tradicionales a las manos del médico, enfrentó a los profesionales de la salud a situaciones sobre las que hasta el momento no habían intervenido. El desconocimiento de la medicina respecto a los partos arraigó profundas consecuencias en la historia reproductiva de las mujeres. Al decir de Rich (1976) a partir del Siglo XVII se produjo en Europa lo que se conoció como la *fiebre puerperal*, la cual hoy sabemos, es provocada por bacterias como estreptococos y estafilococos, hongos o virus que infectan el útero, la vagina y los riñones. Esta dolencia llegó a ser considerada una epidemia en el Siglo XVIII, la misma se producía fundamentalmente a consecuencia de la atención a partos en centros hospitalarios, sin conocer la importancia fundamental de la asepsia en los mismos, siendo las parturientas sumamente proclives de contraer infecciones

posparto debido a las bacterias transmitidas por el médico que las asistía y la falta de condiciones higiénicas de los lugares en los que parían. Años después pudo comprobarse que el incremento de muertes durante el puerperio de tantas mujeres, se debió fundamentalmente a las infecciones producidas por la falta de condiciones de higiene en la atención.

Oliver Wendell Holmes, un joven médico americano (...) demostró con todo rigor que el portador de la enfermedad era el médico, quién la traspasaba de una paciente a otra. La respuesta de sus colegas fue la ira ante la sola mención de que las manos del médico pudieran estar sucias. (Rich, 1976. p. 231).

Es a partir del siglo XVIII entonces que la medicalización del parto comienza a establecerse como una costumbre europea, que posteriormente los colonizadores traerán a América. En nuestro país, el auge de este proceso puede ubicarse a comienzos del Siglo XX (Barrán, 2003). Desde el Siglo XVIII hasta la actualidad la tecnologización de la medicina y en particular de los nacimientos ha estado sujeta a un importante crecimiento, desvinculando cada vez más los saberes no médicos y el respeto de los procesos y tiempos naturales del parto en pos de un intervencionismo creciente, al punto de que cada situación puede quedar sujeta a ser abordada como requiriendo intervenciones, sin valorar los factores de riesgo reales de la misma (Arnao, 2018).

Los relatos de las mujeres son una forma privilegiada de conocer la experiencia subjetiva de parir, pero el relato y la dimensión subjetiva son dimensiones desacreditadas como fuentes válidas de conocimiento en el modelo científico positivista, por ser considerados carentes de rigurosidad. El enfoque androcéntrico que ha determinado históricamente qué problemas preocupan a las ciencias, incluídas las ciencias sociales, ha invalidado otras fuentes de conocimiento, como ser las experiencias y el relato de las mismas, sin las que sería imposible acceder a determinados fenómenos sociales. Al decir de Harding (1988) el enfoque androcéntrico del conocimiento,

Sugiere, falsamente, que las únicas actividades que constituyen y moldean la vida social son aquellas que los hombres han considerado importantes y dignas de estudio. Esto oculta temas de importancia tan crucial como, por ejemplo, la manera

como los cambios habidos en las prácticas sociales, reproductivas y sexuales, y en el ejercicio de la maternidad, han dado forma al Estado, a la economía y a las demás instituciones públicas. (p. 16).

La medicalización de los fenómenos de SS y SR ha limitado el estudio y conocimiento de estos acontecimientos a una mirada específica, un recorte de la realidad desde una perspectiva centrada en la concepción del cuerpo como máquina y el parto como evento patológico (Arnao, M. et al, 2018). La preocupación médica se encuentra centrada fundamentalmente en el bebé, la madre recibe mayor consideración en tanto su cuerpo oficia como gestor, el cuerpo femenino es un *cuerpo-para-otro*, “Es esta idea de *cuerpo-para-otro* lo que resume el cuerpo entero de la mujer gestante, el feto es ese *otro* respecto al que se interpreta lo que ocurre en el cuerpo de la embarazada” (Imaz, 2010. p. 234).

Durante los embarazos las mujeres son foco de atención sanitaria buscando garantizar un desarrollo saludable del bebé, motivo por el cuál se requiere la realización de múltiples estudios buscando determinar anomalías y evitar situaciones de riesgo, o acompañar aquellos embarazos que por motivos biológicos representan alguna situación de posible morbilidad.

En nuestro país, el modelo de atención al parto, es atendido como una situación que requiere de intervenciones médicas a fin de obtener buenos resultados, es decir, supervivencia de la madre y el/la hijo/a. A pesar de que la recomendación de la OMS es que el porcentaje de cesáreas no supere el 10 %, en el año 2020 el número de cesáreas realizadas fue de 45,7 %, casi la mitad del total de nacimientos registrados en instituciones de salud (MSP, julio 2020). La cesárea es la mayor intervención médica realizada en relación a los nacimientos, su historia está cargada de múltiples significados y capítulos violentos (Rich, 1976), actualmente si la intervención es aplicada en los casos en los que es oportunamente requerida, puede significar salvar la vida de la madre y el bebé. Su utilización a modo protocolar se entiende en el marco de un complejo esquema de jerarquías de género y saber disciplinario, y representa variadas consecuencias en la historia sexual y reproductiva de las mujeres que la han vivido (Magnone, 2010).

Farías (2014) en su trabajo sobre la experiencia de la cesárea para mujeres que la han transitado, señala cómo en nuestro país esta cirugía, como otras intervenciones médicas de alta complejidad, responden en la amplia mayoría de los casos a un protocolo médico establecido, independiente de la necesidad real a causa de riesgo que represente la situación del nacimiento. Lo mismo ocurre con otras intervenciones como ser la aplicación de oxitocina, tactos por diferentes personas, la maniobra de Kristeller (rotura de membranas) o de Hamilton (desprendimiento de la bolsa del cuello del útero) con el fin de acelerar el parto, no respetando el tiempo biológico que el evento requiere.

Al ingresar al sistema hospitalario se ponen en juego una serie de jerarquías de distinta índole enmarcadas en estructuras sociales, las mismas abarcan diferentes registros como ser el género, la raza, nivel educativo y económico, etc (Crenshaw, 2002). En el caso de la atención al parto se pone de manifiesto particularmente la violencia simbólica que reviste las relaciones médico-paciente, así como también las relaciones de género (Magnone, 2017).

Las consecuencias de las prácticas obstétricas violentas, que responden en gran medida al modelo de atención ya mencionado, persisten en el puerperio, incluso mucho tiempo después (Moore, 2016). La relación jerárquica médico-paciente y la preocupación predominante por los procesos biológicos del cuerpo también, de esta forma en el posparto la atención sanitaria se focaliza en la recuperación anátomo-fisiológica de la mujer, sin otorgar gran consideración a los aspectos subjetivos de la experiencia.

Tras el nacimiento, si no existen situaciones de riesgo para madre o bebé, los procesos de intervención cesan, deviniendo en una serie de controles de rutina. La atención se centra fundamentalmente en el bebé (controles pediátricos, seguimiento de su crecimiento, aumento y pérdida de peso, observación de sus reflejos), los controles sobre la mujer son de índole ginecológica centrados en la recuperación del parto, cicatrización de la cesárea, cicatrización de la episiotomía o del desgarro si existió. No existe un dispositivo específico de atención en salud mental materna dirigido al acompañamiento de la dimensión subjetiva de las mujeres en puerperio.

2.2. La atención al parto en el Uruguay actual.

El modelo dominante de atención al parto en Uruguay actualmente responde al mencionado pasaje de la atención de los nacimientos a la esfera médico hospitalaria, con su consecuente tecnificación. Si bien la recomendación del MSP es promover el parto humanizado, respetando los tiempos naturales del proceso y priorizando el protagonismo de las mujeres, el proceso de medicalización iniciado en nuestro país a comienzos del Siglo XX (Barrán, 1993) ha tenido sus efectos en el campo de la SS y SR. El modelo de atención en salud es denominado por Menéndez (1988) como Modelo Médico Hegemónico (MMH) de la siguiente forma:

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (p.451).

El MMH centrado en la idea de atención a lo patológico dificulta la posibilidad de acompañar partos normales (que no suponen riesgo per-sé) partiendo de la idea de que el mismo debe ser intervenido. Las consecuencias del intervencionismo en el parto puede generar múltiples afectaciones respecto a cómo es transitada la etapa puerperal.

Magnone (2010) señala que debe distinguirse entre los partos que son considerados de riesgo y los partos normales. La atención del personal médico pensada desde la intervención generalizada a la totalidad de los partos, representa en sí un problema a la hora de definir si la misma es necesaria o no y responde fundamentalmente a la concepción del parto como un evento patológico y del cuerpo femenino como defectuoso.

La antropóloga Davis-Floyd (2017) realizó un análisis de los diferentes modelos de atención en salud que existen en la cultura occidental actualmente, identificando principalmente tres: el modelo tecnocrático dominante, el humanístico y el holístico. Para diferenciarlos se basa fundamentalmente en la concepción que cada uno de estos tiene sobre el cuerpo y su relación con la mente. El modelo tecnocrático, que tiene la hegemonía en los procesos de

atención en salud, considera el cuerpo como máquina en una división cartesiana entre cuerpo y mente. Esto implica la desconsideración de los procesos subjetivos y afecta la relación técnico-paciente, particularmente en los procesos de salud sexual y reproductiva y más específicamente en el parto, incidiendo en cómo la vivencia de las mujeres no es tenida en cuenta aún en los momentos más delicados de la experiencia.

En el modelo tecnocrático del parto, el cuerpo se metaforiza como una máquina, el hospital como una fábrica donde se elabora el producto, el bebé y la tecnología es trascendente sobre todo el proceso, sobre los procesos normales. El cuerpo de la madre es una máquina defectuosa de por sí, y el experto técnico es el que rescata y produce el bebé (Davis Floyd, 2017. p.3).

El modelo humanista privilegia la relación entre cuerpo y mente, considerando al cuerpo como un organismo integral; el modelo holístico considera la relación entre cuerpo, mente y espíritu, y concibe al cuerpo como un campo de interacción constante (Magnone, 2013).

El Manual de Protocolos Clínicos de la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en su tomo I señala:

Existen dos visiones contradictorias en cuanto al rol de los equipos. Por un lado la visión intervencionista que implica una conducta activa del equipo de salud y la realización de intervenciones para acelerar el momento del nacimiento expresada de manera paradigmática por la estrategia de Manejo activo del trabajo de parto promovido desde la maternidad de Dublín en la década del 80 del siglo pasado. Por otro lado la visión que postula que el rol profesional es el de acompañamiento y vigilancia del proceso fisiológico del nacimiento, minimizando el intervencionismo. Esta visión desarrollada por Caldeyro Barcia en el contexto de la Escuela de Montevideo en la década del 70 del siglo pasado, se denomina genéricamente como humanización del nacimiento o parto humanizado (p. 5).

En el mismo se señala que a pesar de que la evidencia científica y de que esta visión ha sido promovida por la OMS, el modelo de atención que predomina en nuestro sistema de salud es el tecnocrático (Magnone, 2013) y una de las principales consecuencias que este hecho tiene es que el parto adquiere una connotación mecánica, dejando de lado a la mujer como persona y la complejidad subjetiva del evento. El cuerpo es entendido como defectuoso y a intervenir, y la tecnologización del parto es vista como algo positivo ignorando los procesos y tiempos naturales del mismo.

2.3. Embarazo, parto y puerperio, etapas de transición social de la mujer a la madre.

Pensar estas tres etapas de la historia sexual y reproductiva de las mujeres que han decidido ser madres, implica problematizar la significación social que adquiere el hecho de *convertirse en madre*, y es importante resaltar aquí el término *convertirse* porque la identidad materna no es algo que deviene de los cambios físicos propios del proceso reproductivo, debe entenderse en cambio como una construcción (Imaz, 2010).

De las tres etapas antes mencionadas el puerperio es aquella en la que el encuentro con esta nueva posición se hace más tangible por diversos motivos, en primer lugar porque los fenómenos reproductivos pierden su explicación biológica totalizante, aquello que parecía “explicable” desde lo fisiológico se convierte ahora en una serie de vivencias de orden subjetivo imposibles de recortar en un marco médico, más allá de las reacciones emocionales descritas como propias de los cambios hormonales. En segundo lugar porque el contacto con un bebé real, su demanda, su corporalidad ahora claramente perceptible y la necesidad de garantizar su supervivencia, implica tomar conciencia de esa existencia y de la responsabilidad por ese/a hijo/a. En tercer lugar, porque si bien desde que el embarazo es notorio comienza a construirse una identidad de la mujer en su función materna, será ahora en el cuidado o no cuidado socialmente valorado como apropiado (o no) del hijo/a dónde este rol social se hará presente, tangible, y juzgable.

Imaz (2010) siguiendo en su conceptualización al etnógrafo Van Gennep (1909), refiere al embarazo y el parto como *ritos de paso*, es decir, rituales que permiten la transición del individuo de una situación determinada a otra también determinada. En tal sentido, para la antropóloga la maternidad implica en la cultura occidental la inscripción de la mujer en el universo adulto. Es simbolizada como su punto máximo de realización y cargada de significaciones vinculadas a la idea de madurez. Según los resultados de su investigación,

Imaz describe que la maternidad es percibida como el momento en el que las mujeres abandonan su etapa de juventud exenta de responsabilidades para dar lugar a un nuevo momento vital cargado de las mismas y carente de atractivo.

En el caso de las mujeres, la maternidad, con lo que tiene de irreversible, rompe con la dinámica propia de la juventud, la indefinición, exhortando además a ingresar en una edad adulta en la que el rol de las mujeres imaginado o esperado sigue correspondiendo al modelo tradicional del cuidado de los niños y las tareas de la casa con el que no se sienten identificadas (...) esta opción se imagina como una clara creadora de desventajas, sin que lleguen a romperse los clichés y la asignación de roles tradicionales (Imaz, 2010. p.155).

Esta percepción de la maternidad como el final de una etapa vinculada a la juventud y libertades, para dar paso a un nuevo momento vital de responsabilidades y obligaciones supone para las mujeres un elemento disruptivo en su trayectoria biográfica.

Tener un hijo provoca, alienta u obliga a una revisión de los parámetros sobre los que se sustentaba la propia existencia que se califica desde el presente (...) en la narración de ruptura la maternidad se erige en hito desde el que se redirige el futuro y se reconstruye el pasado (Imaz, 2010 p. 173).

La suposición de que la capacidad no solo de gestar y parir, sino de materner, es algo innato en las mujeres, instala la idea de que la adaptación a esta nueva posición social debe ser natural e inmediata, no dando lugar a sentimientos displacenteros o contradictorios. La incorporación de la maternidad es entendida como debiendo producirse de modo natural, no inscripto como fenómeno social.

2.4: Reproducción humana y estrategias biopolíticas de control de las mujeres: La construcción cultural de la maternidad, mandatos e identidad.

Así como la atención al parto y la preocupación por la supervivencia humana adquiere relevancia a partir del siglo XVII para los regímenes políticos y económicos modernos, la

función de cuidado y crianza comienza a ocupar un lugar central en los discursos pedagógicos y sanitarios modernos. Si el acto de parir no se encuentra liberado de las condiciones sociohistóricas de producción, la crianza y el cuidado humano tampoco. La historia de la maternidad y sus múltiples aristas se inscriben en las necesidades políticas y económicas de la historia de nuestra cultura. Resulta fundamental desde esta perspectiva tomar en consideración el lugar socialmente atribuido a las mujeres.

Como ya se ha dicho formamos parte de una cultura androcéntrica, es decir, basada en desigualdades que constituyen relaciones de poder vinculadas a distintos factores (género, sexo, raza), en la que la afectividad y la subjetividad son expulsadas de la idea de conocimiento científico. El pensamiento androcéntrico occidental se centra en dualismos culturalmente contruidos con consecuencias políticas en las relaciones de poder que se ejercen en lo social, en la vida de las personas. Esta perspectiva sostiene una división clara entre la naturaleza y la cultura, o dicho de otra forma entre lo humano y racional de aquellos fenómenos considerados pertenecientes a la naturaleza, concebidos como algo a dominar, ya que son de orden irracional e instintivo (Haraway, 1995).

Held (1989) ha analizado los fenómenos de nacimiento y muerte en nuestra cultura. Sostiene Held que los fenómenos del nacimiento son considerados exclusivamente del orden de lo natural, esto se extiende además a todos los fenómenos ligados a las mujeres en tanto paridoras y cuidadoras. Al ser colocados en esta dimensión pierden valorización social y son considerados como fenómenos que no tienen que ver con lo racional, sino exclusivamente con lo corporal, siguiendo una lógica cartesiana de escisión mente-cuerpo. El parto, (así como la lactancia y el cuidado) es pensado como un fenómeno de la naturaleza femenina, exclusivamente corporal.

Los cuerpos femeninos deben ser atendidos como cuerpos desubjetivados que cumplen con su función reproductiva casi maquínica, sin contemplar los demás aspectos presentes en el evento. Al desubjetivar a la mujer en tanto ser humano que transita una experiencia significativa, la misma es tratada como un cuerpo a dominar. El parto es abordado como un evento *natural* sobre el que hay que ejercer control, y la mujer, en su *estado natural* pierde la capacidad de decidir y saber qué se debe hacer. Sostiene Held (1989) que el acto de parir está impregnado por la cultura, el modo en que se transita está cargado de significación cultural e implica un acto consciente con impacto en la subjetividad de quien vive la

experiencia. Colocar el parto y la crianza en el orden de lo instintivo implica despojarlos de reconocimiento y valorización social, y ubicarlos como eventos a ser dominados por el hombre.

Esta lógica de dominación puede ayudarnos a atender como de forma socialmente consensuada es aceptada la pérdida de derechos de las mujeres sobre sus embarazos y partos, así como sobre el libre ejercicio de sus maternidades, pues estos hechos pueden ser leído a la luz de lo que Bordieu (2000) conceptualiza como dominación simbólica, es decir, se naturalizan las relaciones entre dominantes y dominados hasta tal punto que inclusive los propios dominados pueden llegar no solo a sostenerlas, como a justificarlas y defenderlas. “La clave de la dominación simbólica refiere a que las relaciones de poder entre los individuos implicados son aceptadas, sin ser puestas en cuestión” (Magnone, 2017. p. 100).

Las relaciones de poder asimétricas existentes en el entramado social normalizan formas de dominación, el control de la sexualidad femenina mediante diversos dispositivos ha sido estudiado por varios/as autores/as. Despojar de carácter sexual a los fenómenos de SS y SR no permite el análisis político de las consecuencias que esto genera ni de cómo estos dispositivos operan sobre las mujeres de forma muy particular al convertirse en madres en las diferentes etapas (embarazo, parto, puerperio, crianza). El papel político de la sexualidad debe ser analizado para poder desentrañar su potencia como mecanismo de control (Rostagnol, 2016).

Sexualidad (considerada como manifestación simbólica y material de aspectos relativos al sexo) y reproducción (considerada como reproducción biológica de la especie) están entrelazadas, y están en una relación de mutua dependencia. (Rostagnol, 2016. p.76).

Mediante diversos engranajes discursivos y acciones concretas se construyen ideas con estatuto de verdades universales, habilitando la toma de decisiones sobre los fenómenos reproductivos de las mujeres muchas veces sin su consentimiento, ejerciendo diferentes formas de violencia (simbólica, verbal, física). Es importante tener esto presente para comprender cómo el tránsito por el puerperio no es una experiencia libre de estas prácticas. La maternidad entendida como una práctica naturalmente femenina, ligada a la capacidad biológica de las mujeres puede rastrearse en diferentes acontecimientos históricos que la posicionan hoy en el lugar en el que se encuentra, con las consecuencias que eso implica.

La naturalización de los fenómenos reproductivos despojados de su carácter cultural y político, condiciona el rol social que se atribuye a las mujeres e invisibiliza los efectos concretos que esto produce en sus vidas. Particularmente en lo que refiere al puerperio son varios los aspectos que requieren un análisis más detallado que permita ubicar la maternidad como un ejercicio de poder, que recaer directamente sobre los cuerpos femeninos y sus experiencias con sus hijos/as.

La maternidad posiciona a las mujeres ante la tarea de criar y cuidar de una nueva vida, como siendo responsables de que la misma se vuelva sostenible y se adapte al medio social en el que se encuentra inmersa. En el puerperio como primera etapa de existencia del bebé fuera del cuerpo de la mujer, la tarea adjudicada a la madre es la de la supervivencia y bienestar del mismo. Este hecho involucra todos los cuidados necesarios como ser la higiene, alimentación, sueño, salud, estimulación y afecto requerido por el bebé, es una maternidad que debe abarcar todos los aspectos que hacen a lo que los discursos médicos y pedagógicos consideran necesario para el bienestar del recién nacido, constituyéndose en lo que Hays (1998) denominó maternidad intensiva. Durante el puerperio esta tarea insume mucha dedicación y tiempo a las mujeres que aún se encuentran en recuperación de sus partos, la representación social de que se posee la capacidad natural para realizarla circunscribe esta tarea a la órbita de lo individual y lo privado, contando con escasos apoyos sociales e institucionales, configurándose así como un mecanismo de control de los cuerpos femeninos sometidos al orden social establecido.

La relación supuesta entre la biología femenina, el deseo y capacidad de maternar de las mujeres ha llegado a constituirse como un verdadero pilar de la cultura occidental. Sin embargo, desde los feminismos esta relación ha sido problematizada a fin de poder deconstruir el mandato de maternidad que opera en nuestra cultura como generalizable a todas las mujeres. Dentro de las corrientes del feminismo que han cuestionado el modelo de la buena madre, Simone de Beauvoir fue la primera en señalar que la maternidad representaba una atadura para las mujeres, y que la idealización cultural de la misma supone una forma de constituir la en destino único femenino. En su obra *El segundo sexo* (1949) niega la existencia del instinto maternal, y ubica las conductas maternas en el plano de la cultura, enunciando que el cuerpo femenino es culturalmente inscripto en los discursos sobre la maternidad, siendo el deseo femenino ambivalente respecto a la

posibilidad de ser madres. En esta misma línea Badinter (1980) mediante sus estudio sobre la modernidad, permite visualizar cómo la noción actual de maternidad, así como las expectativas sociales respecto a las mujeres y su rol materno, son producto de diversos movimientos económicos, sociales y políticos enmarcados en la necesidad de los diferentes sistemas de producción y reproducción de la vida de consolidar la figura de la madre tal como hoy la concebimos.

Dicha construcción plantea dos postulados fundamentales, en primer lugar un deseo universal de maternidad atribuible a todas las mujeres en todas las épocas, en segundo lugar que todas las madres aman a sus hijos/as, es decir, que el deseo de ser madre y el amor a los/as hijos/as son condiciones inherentes a lo femenino. Una posición femenina diferente en relación a estos postulados será interpretada como una “falla” en la condición de mujer. Badinter (1980) definió como uno de los mayores obstáculos para pensar este tema el hecho de que el concepto de maternidad sea utilizado de forma indistinta para la reproducción biológica, y el cuidado y crianza de los/as hijos/as. Su estudio sobre el recorrido histórico que la concepción sobre los deberes sociales atribuidos a las mujeres-madres y los derechos otorgados a las mismas en diferentes sociedades desde la antigua Grecia, la romana, hasta la sociedad francesa del Siglo XX, deja al descubierto cómo denominado concepto se ha modificado de acuerdo a las necesidades de los diferentes sistemas políticos y económicos, coincidiendo en todos los casos la hegemonía patriarcal, existiendo un punto de inflexión importante desde mediados del Siglo XVII con el advenimiento de la modernidad y la consolidación del Estado Nación en las culturas occidentales.

En la antigua Grecia las mujeres conservaban toda su vida la condición de menor, difiriendo poco de la de sus hijo/as. El derecho romano colocará a partir del siglo XIV la autoridad del padre y el derecho sobre los hijos en una posición preponderante, la mujer es considerada siempre en condición de inferioridad al hombre (Badinter, 1980). La modificación que se producirá entre los siglos XVII y XVIII sobre la concepción de la infancia, producirá importantes cambios un verdadero giro en lo que respecta a las mujeres y la concepción de la maternidad. La necesidad de los Estados emergentes de formar ciudadanos saludables que impulsen el desarrollo social y económico de estas naciones requiere de un cuidado mayor de las poblaciones. El niño aparece entonces como un ser digno de cuidado y atenciones, la familia pasará a ser entonces la célula central del tejido social, siendo la

madre la encargada de que los cuidados de sus miembros sean los adecuados y la supervivencia y educación de los pequeños la correcta. Badinter (1980) destaca el texto Emilio escrito en 1760 por Rousseau como una de las obras que cristalizó la idea de los cuidados fundamentales del niño, y los deberes de la madre. Comienza a construirse entonces la idea del *instinto maternal*, que se cristalizará en la modernidad como una condición biológica, innata y universal a todas las mujeres de la especie humana. La autora sostiene que este discurso se ha apoyado en hechos biológicos, como por ejemplo la lactancia, que en su representación cultural está asociada al amor materno, dar el pecho es dar amor, convirtiéndose en un mandato para todas las mujeres-madres. Sus estudios sobre la modernidad muestran un cambio en la concepción de lo materno y la lactancia. Durante los siglos precedentes amamantar a los recién nacidos no era una costumbre socialmente instalada, por el contrario, recurrir a una nodriza era la práctica más generalizada. A partir del estudio de diversos documentos pertenecientes a la época Badinter afirma que en el año 1780:

...sobre los 21000 niños que nacen por año en París, apenas mil son criados por sus madres. Otros mil privilegiados son amamantados por nodrizas en la casa paterna. Todos los demás pasan del seno materno al domicilio más o menos lejano de una nodriza a sueldo. Son muchos los niños que morirán sin haber conocido nunca la mirada de su madre. (Badinter, 1980. p.11).

Dependiendo de la condición económica de cada mujer, la posibilidad de recurrir a una nodriza con buen estado de salud y que residiera cerca del hogar paterno aumentaba las posibilidades de supervivencia del recién nacido. En el caso de algunas familias pudientes residiría en la casa familiar durante el tiempo que durara la lactancia, las mujeres más pobres debían enviar a sus hijo/as lejos a ser amamantados por mujeres que desplazaban la alimentación de sus propios hijo/as para cumplir con la función de amamantar a los/as hijos/as ajenos. Las malas condiciones sanitarias y la baja calidad de vida de las nodrizas disminuía las posibilidades de supervivencia de los recién nacidos y la calidad de vida de las mismas

Esta realidad de la sociedad francesa no fue tan ajena a lo que sucedió en el Uruguay basándonos en los registros de un siglo después. El historiador José Pedro Barrán (1989) logra hacer una descripción muy clara de las costumbres respecto al trato de los niños en lo que él llama el Uruguay de la cultura “bárbara” de principios del siglo XIX y su pasaje a la “sensibilidad civilizada” en la segunda mitad del mismo siglo. Este cambio respondió, entre otras cosas, a la mudanza en la concepción de la figura del niño, con importantes modificaciones respecto a la violencia y la severidad con la que los mismos eran tratados, generando el pasaje a una percepción de la infancia como una etapa frágil y en la que se requieren cuidados particulares, discursivamente centrados en la figura de la madre. La tasa de mortalidad infantil de la época era alta, y de esas muertes el 50 % aproximadamente se producían en la primera década de vida de los/as niños/as (Barrán, 1989). Las muertes por infanticidio y el abandono infantil eran una práctica bastante frecuente, al igual que el uso de amas de leche para alimentar a los recién nacidos. Dar el pecho no era una costumbre instalada, ni mucho menos una recomendación médica hasta mediados del siglo XIX.

A mediados del siglo XVIII en Francia, había ya comenzado entre las clases medias y altas la “moda” del amamantamiento materno que también impulsó el “Emilio” de Rousseau en 1762. En el Uruguay es recién avanzada la segunda mitad del siglo XIX cuando aparecen testimonios favorables a esta práctica y condenatorios de la entrega del niño a amas, en plena sensibilidad “civilizada”. (Barrán, 1989. p 89).

De los varios documentos recopilados que dan cuenta de las costumbres y realidades de la época mencionada, se cita el pedido de amas de leche en los diarios de Montevideo, así como el ofrecimiento de tal servicio. A diferencia de la situación francesa descrita por Badinter, en Uruguay, al menos en Montevideo, se acostumbraba convocar a la nodriza a vivir en la casa de la familia del recién nacido, y se esperaba que la misma estuviera en buenas condiciones de salud y sin hijo. En el mismo capítulo del texto de Barrán cita el pedido del servicio en un diario local, respecto a lo que se exige del ama de leche se especifica: “esté recién parida pero sin hijo, o en momentos de parir y que dé garantías de su buena conducta” (Barrán, 1989. p 90). Al igual que en Francia de los siglos XVI al XVIII, la posibilidad de la madre de conservar a su bebé con vida y junto a ella, estaba sujeta a su condición económica. No aparece la idea del instinto o amor maternal como algo dado que

ligase de forma “natural” a la generalidad de las mujeres con sus hijos/as, responde más bien a las costumbres de la época y la concepción cultural existente sobre el niño y la maternidad, no consolidada aún como un rol social de gran valoración, ni con una exigencia moral sobre la conducta femenina respecto a la misma.

La Psicoanalista argentina Ana María Fernández (1981) planteó que la maternidad se inscribe como un mito en el imaginario social, haciendo referencia a todas las significaciones imaginarias que instituyen realidad e inciden en la experiencia de cada mujer respecto a su deseo -o no deseo- de ser madre y a cómo será significada esta experiencia. Para la autora la construcción del mito mujer=madre ordena la valoración social que cada mujer tendrá en un contexto dado en relación a las decisiones de su historia reproductiva. Este mito cumple con la función social de inscribir la reproducción y la crianza en el orden de lo natural femenino, esto sucede mediante la naturalización de la maternidad al colocarla del lado de lo animal instintivo y no como hecho cultural, otorgándole así características de atemporalidad universalidad siendo propio de toda la especie.

El mito dirá que la madre posee un saber-hacer instintivo, que le permite entender mejor que nadie -es por ende irremplazable- lo que su hijo necesita. Dicho instinto la guiará para encontrar -siempre- el camino adecuado en la relación con el hijo; es infalible. La madre va a “saber” por instinto. En función de él, su amor es incondicional; madre e hijo están atados por lazos de “sangre” indisolubles y su hijo la necesitará de por vida (Fernández, 1981. p. 171).

Para la autora ningún otro vínculo humano encierra las características que se le atribuyen al vínculo de la madre con sus hijos/as, al cual definirá como infalible, incondicional, indisoluble (p. 171). La ilusión de lo instintivo produce la idea de algo inscrito de forma natural, generando una cierta tranquilidad en relación a lo determinado de nuestra existencia en el mundo, de lo contrario la maternidad deberá ser considerada en el orden del deseo, debiendo admitir por lo tanto la posibilidad de que el deseo femenino se dirija hacia otros objetos, “¿Hacia qué otros objetos puede dirigirse una mujer - fuera de toda sanción social- que no sea el hijo?”(Fernández, A.M. p 172). Tal pregunta resulta por lo menos

intranquilizadora para un orden social en el que la reproducción de la vida, en su sentido más amplio, debe permanecer a cargo de las mujeres.

La dominación masculina de la sexualidad femenina, y particularmente de los fenómenos del nacimiento y crianza mediante el discurso esencialista, tienen consecuencias directas en el modelo de atención a los mismos, en el abandono social de las mujeres en su condición de madres y en la negación de los aspectos subjetivos en juego.

La deconstrucción de los esencialismos, y la mirada analítica sobre las consecuencias de una cultura antropocéntrica en la vida de las mujeres, requiere además del enfoque interseccional de factores como raza, clase social, nacionalidad, posición económica, nivel educativo, etc, que producen luchas cotidianas contra los diferentes tipos de opresión desde posiciones y con recursos muy disímiles. Es decir, aunque todas las mujeres en el marco de esta cultura puedan encontrarse en condiciones de desigualdad en relación a la posición masculina jerarquizada, no todas sufren las mismas violencias, ni cuentan con los mismos recursos para lidiar con ellas (Juliano, 2003).

2.5: Historización de la lactancia y su utilización para la construcción de la identidad materna en la modernidad.

Un claro ejemplo de la regulación de la reproducción humana mediante diversos mecanismos de control social es la lactancia, proceso que se desarrolla sobre un discurso científico que recomienda mediante varias evidencias la alimentación exclusivamente en base a leche materna y a demanda⁵ durante los 6 primeros meses, pasando a ser una alimentación con inclusión de algunos sólidos y líquidos, con recomendación de continuar con la lactancia al menos hasta los 2 años de vida (OPS, OMS). Los estudios sobre lactancia son muy claros respecto a los beneficios que la leche materna tiene para el recién nacido, los mismos expresan que ningún alimento aporta los nutrientes que la leche materna puede otorgarle al bebé (Díaz Roselló, 2018). Pero nuevamente, como otros aspectos de la reproducción humana y la maternidad, está socialmente asociada a un evento en el orden de lo natural, en la esencia femenina, y por lo tanto no se problematiza sobre lo que implica para las mujeres y sus hijos/as cumplir con este mandato, que no solo queda asociado a la

⁵ Cada vez que el recién nacido solicita ser alimentado.

supervivencia y buena salud del recién nacido, sino también a su identidad materna (Gimeno, 2018). La lactancia es promovida desde lo social mediante un discurso moralizante, pero no cuenta con apoyos desde esta misma órbita que la vuelvan sostenibles, siendo absoluta responsabilidad de las mujeres el llevarla a cabo de forma eficiente (Montes Muñóz, 2007).

La lactancia supone varias dimensiones que responden no exclusivamente a la posibilidad biológica de cada mujer de amamantar, sino a su deseo (historia personal, momento vital en el que se presenta, condiciones en las que se transita el posparto), así como también a elementos de orden sociocultural que la colocan en el ejercicio de un mandato ya construido “quien ama amamanta”. Diferenciar deseo y mandato en las experiencias supone un límite difuso.

Lo que sí es claro al hacer una historización de la misma, es que poco hay de instintivo en ella. No solo el hecho de que no en todos los momentos históricos haya sido una costumbre establecida amamantar la aleja de la idea de instinto (Badinter, 1980), sino también el hecho de que muchas mujeres vivencien grandes dificultades y temores a la hora de dar el pecho, así como inseguridad en sí lo están haciendo bien (Imaz, 2010). Este supuesto-saber-hacer natural (Gimeno, 2018) se vé cuestionado por las dificultades que presenta, no solo en el ejercicio de la práctica, sino en la posibilidad de que no exista deseo de algunas mujeres en lactar.

Colocar la lactancia en el orden de un evento propio de la naturaleza femenina la despoja de su carácter social y político. Dar de mamar es un acto de mayor complejidad que no refiere exclusivamente a la producción de leche materna. Los saberes sobre la lactancia no están exentos a las lógicas de poder y de control que se ejercen en cada sociedad en un momento dado, como ocurre con el resto de los fenómenos que científicamente están inscriptos en la órbita de lo natural (Haraway, 1995).

¿Qué es lo que supone la lactancia para las mujeres madres? Dentro del puerperio la lactancia es uno de los grandes desafíos, no solo porque la misma no es significada como una práctica que supone un aprendizaje que implica tiempo, cansancio y esfuerzo (Gimenez, 2018), sino porque además es uno de los elementos que conforman la identidad materna en nuestra sociedad, una dimensión sumamente desafiante a la que se enfrentan las madres

primerizas. Dice Imaz (2010) que la lactancia “es un campo donde se manifiesta la fuerza de la ideología de la maternidad intensiva en forma de contradicciones y sentimientos de culpabilidad” (p.315). No responder a las expectativas sociales que forman parte de la construcción que las mujeres poseen en nuestra cultura sobre lo que significa ser una buena madre, supone un territorio de conflictos y vivencias contradictorias para las mujeres que se enfrentan a esta nueva etapa de su historia vital. Está implícito que una buena madre es la que amamanta, ya que la idea de alimentar queda ligada a las capacidades maternas y el amor materno-filial. La construcción científica sobre la lactancia, en la que nuestro sistema cultural ubica a las mujeres-madres determina que en esta acción se ponga en juego el modelo de buena madre. Esto determina que las mujeres que no logran o desean amamantar, así como aquellas que vivencias dificultades en la lactancia vivan como una frustración personal y culpa el hecho de no responder al modelo de madre culturalmente establecido.

Por otra parte, las políticas y respaldos sociales existentes para la lactancia no se corresponden con los mandatos discursivamente instalados desde el sistema médico y tan promovida a través de las campañas de salud que se han realizado en los últimos años. El ejercicio de la lactancia queda así circunscrito al ámbito de lo privado y lo individual, sin apoyos sociales (Montes Muñóz, 2007). Como se mencionó anteriormente las licencias por maternidad no se adecuan a los tiempos médicamente recomendados para poder sostener lactancias exclusivas y a demanda, es así que es depositada en las mujeres la responsabilidad social de sostener de forma aislada e individual un proceso que requeriría de apoyos mucho más coherentes con las recomendaciones establecidas, aunque exista el deseo y la posibilidad de amamantar. Esto supone la dimensión política de la lactancia y las múltiples consecuencias que tiene en la vida de las mujeres-madres.

2.6: La reproducción de la vida: La maternidad científica y la división sexual del trabajo.

La reproducción de la vida es una categoría conceptual correspondiente a la producción teórica feminista, que engloba no solo los fenómenos de reproducción biológica de la especie, sino también todas aquellas actividades humanas que hagan sostenible la existencia de las personas en el mundo y el desarrollo de sus capacidades (Federici, 2012). La incorporación de la dimensión política de la vida cotidiana al debate público ha dejado en

evidencia la importancia fundamental de las tareas de cuidado para el bienestar social y la supervivencia humana. La crisis sanitaria mundial por COVID-19 fue particularmente reveladora en lo que refiere a la importancia de los cuidados y las personas que los realizan.

La complejidad propia de los seres humanos en los primeros estadios de existencia, a diferencia de otras especies, exige una serie de cuidados que incluyen no solo la alimentación y la protección física, sino también la comprensión de sus necesidades afectivas, el desarrollo de su psiquismo, su condición humana. El desarrollo saludable de la cría humana requiere de un/a cuidador/a predispuesto a decodificar y entender las necesidades de ese ser todavía desprovisto de lenguaje y de las habilidades requeridas para satisfacer sus necesidades por sí mismo/a. La inmersión cultural del recién nacido en el universo simbólico, a partir del cuál podrá significar y manifestar sus necesidades adquiriendo poco a poco mayor independencia, depende de las interacciones que establezca con otros humanos que garanticen su estabilidad vital y psicológica.

La concepción exclusivamente fisiológica de los fenómenos del nacimiento no contempla la dimensión de las tareas de cuidado y la puesta en juego de factores de orden psicológico y afectivo implicadas en el proceso. Esta tarea requiere de amplia disposición de tiempo y dedicación del adulto a cargo, en la gran mayoría de los casos, la madre. La construcción discursiva respecto al ejercicio de la maternidad en la modernidad se instala a partir de la creación de diversas disciplinas abocadas a establecer parámetros claros respecto a cómo se deben ejercer las prácticas de crianza y el cuidado de los/as niños/as. Las disciplinas fueron definidas por Foucault (1974) como aquellos “métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción de las fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad” p.121.

La medicina y la psicología fueron dos grandes pilares en el marco de las disciplinas que cumplieron el rol de adoctrinar respecto al correcto ejercicio de la crianza. Su producción de conocimiento ha estado históricamente ligada al disciplinamiento de las familias, teniendo a la figura de la madre como principal referente de esta unidad, intermediaria entre los mandatos sociales de crianza y el ejercicio de las prácticas cotidianas de adoctrinamiento y cuidado. Bajo el discurso que sitúa las prácticas de cuidado materno en el orden de lo espontáneo e instintivo, se esconde el complejo entramado de relaciones de poder/saber

históricamente situadas. La responsabilidad por el desarrollo saludable de los miembros de una familia ha sido consagrada a las mujeres que integran la misma, en el caso de los hijo/as a la madre en particular. De este modo los cuidados maternos pasan a ser objeto de interés y control de las ciencias de la salud, así como de las ciencias sociales, instalándose lo que se ha conocido como la *maternidad científica* (Calquín, 2013). Se debe seguir de cerca el ejercicio de la maternidad, tanto en lo que refiere al cuidado y control del cuerpo, como al plano subjetivo. Detrás de esta supuesta función natural permanecen encubiertos múltiples intereses sociales, económicos y políticos. La responsabilidad de garantizar el desarrollo pleno del individuo depositada en la figura de la madre la expone a la obligación moral de dar cuenta del logro de este objetivo como propósito personal, responsabilizando a la misma por cualquier error en respecto a esta tarea socialmente adjudicada y juzgada.

La construcción progresiva de este rol social para las mujeres se consagra en el siglo XX, posicionándola en un nuevo lugar respecto a la familia y el espacio doméstico: ser la encargada de su gobierno, monitoreado por lo que Calquín (2013) da a llamar “la figura del experto”. La familia normal, el niño saludable, la esposa/madre cuidadora, emprendedora, si bien informan sobre ideales culturales que trascienden los límites de los saberes y prácticas psi, son reformulados y legitimados bajo enunciados científicos, es decir verdaderos y objetivos, que incentivan la producción de ciertos modos de relación de las madres con sus familias y no otros (Calquín, 2013. p.123). Los fenómenos de SS y SR no son ajenos a estas lógicas, las mujeres desde la gestación son objetos de observación médica y se ven sujetas a múltiples controles y ajustes en su estilo de vida con el fin de garantizar la salud del feto. El parto es representado como un suceso que requiere de intervención médica, aún en condiciones que no representen riesgo. A partir del siglo XX la figura del experto será la encargada del adoctrinamiento y monitoreo de los cuidados maternos, entendiendo por esto a todas las prácticas destinadas a potenciar el desenvolvimiento saludable de los hijos/as, desde las referidas a la higiene, cuidado de la salud según los parámetros socialmente establecidos (controles pediátricos, vacunas, intervenciones), educación, comportamiento en el espacio social, afecto, etc. Esto implica una tarea extremadamente difícil, prácticamente imposible. Una responsabilidad que perdurará hasta que el hijo/a alcance la edad adulta. Desde la segunda mitad del siglo XX la psicología se instala como la disciplina encargada de organizar el cuidado afectivo.

Pensar el cuidado como categoría de análisis remite a problematizar sobre los efectos que produce la construcción genérica de los cuerpos sexuados. La división sexual del trabajo refiere a otorgar una significación simbólica de origen cultural a la diferencia entre los sexos, es decir, se atribuyen sentidos a las categorías binarias de lo femenino y masculino, generando una concepción sobre cada una de las mismas y su rol social. Las tareas de cuidado -de enfermos, niños/as y personas con discapacidad- así como el desempeño de aquellas actividades que permiten la continuidad y sostenibilidad del espacio doméstico, han sido tareas socialmente delegadas a las mujeres. La construcción simbólica que se realiza sobre las cualidades colocadas como esenciales a lo femenino desde el discurso hegemónico, produce efectos en el orden de lo social, que establecen la diferencia jerárquica entre varones y mujeres respecto a las posibilidades de desempeñarse exitosamente en el espacio público -laboral, profesional, político- de los primeros, y las obligaciones atribuidas a las mujeres en lo que refiere al cuidado y lo doméstico.

Al decir de Bourdieu (2000)

La fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla. El orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya: es la división sexual del trabajo, distribución muy estricta de las actividades asignadas a cada uno de los sexos, de su espacio, su momento, sus instrumentos (...) con los momentos de ruptura, masculinos y los largos periodos de gestación femeninos. El mundo social construye un cuerpo como realidad sexuada y como depositario de principios de visión y de división sexantes. (p.22).

La división sexual del trabajo afecta particularmente los procesos de crianza, con mayor notoriedad en aquellos momentos, o en aquellas circunstancias en la que la persona que requiere los cuidados se encuentra en mayor situación de vulnerabilidad, con un

requerimiento de atención más amplio, cómo lo es la crianza durante los primeros años de vida del ser humano, y especialmente durante los primeros meses.

Esto genera importantes efectos en las trayectorias vitales de las mujeres, quienes destinan una parte sustancialmente diferente de su tiempo vital al cuidado, en relación a los varones. Es por ello que desde hace algunas décadas los cuidados han comenzado a ser contemplados en el marco de las políticas públicas a nivel nacional e internacional, aunque la realidad diste aún mucho de generar condiciones de posibilidad equitativas para el desarrollo personal de hombres y mujeres, así como de igual involucramiento en las actividades de cuidado y crianza.

Preguntarse por la experiencia subjetiva del puerperio implica descentrarse de las lógicas hegemónicas que colocan el trabajo del cuidado y la crianza en las mujeres, sin contemplar lo que puede significar esto en sus trayectorias personales, profesionales y en su historia sexual y reproductiva, acentuando además ante las crisis las desigualdades de género en los diversos ámbitos del entramado social, y particularmente en la esfera de los cuidados y las crianzas, reforzando el modelo tradicional de división sexuada del trabajo productivo y reproductivo, con directo impacto en las vidas de las mujeres-madres.

CAPITULO III

3. Diseño de investigación y fundamentos metodológicos.

En el siguiente apartado se da cuenta de las principales decisiones metodológicas que han determinado la forma en la que se realizó esta investigación, el análisis del material de campo, así como las modificaciones que se realizaron sobre el diseño original y el porqué de las mismas. En el punto 3.1 se describe la perspectiva epistemológica desde la que el problema de investigación ha sido definido, así como la que ha determinado las decisiones tomadas en el desarrollo del estudio, análisis de los datos y discusión de los mismos. En el 3.2 se detallan las principales características del enfoque narrativo, explicitando el por qué de la decisión metodológica de utilizar dicho enfoque para la realización de este trabajo. 3.3 se describen las principales características del estudio. En el punto 3.4 se detallan las técnicas utilizadas y el tipo de análisis realizado. En el punto 3.5 se especifican los criterios de selección de las participantes de la investigación, los alcances y limitaciones que las características de la muestra proporcionan a este estudio. En el punto 3.6 se hace una breve descripción de los efectos que la pandemia por COVID-19 tuvo en el trabajo de campo. En el 3.7 se explicitan las consideraciones éticas adoptadas para la recopilación y análisis del material, así como el cuidado de las participantes de la investigación.

La siguiente investigación ha sido realizada mediante la utilización de una metodología de tipo cualitativa, y desde una perspectiva que busca comprender el fenómeno estudiado desde la perspectiva de los propios actores involucrados y considerando que el/la investigador/a se encuentra siempre inmersa en el campo social que configura las problemáticas sobre las que investiga, debiendo considerar sus propios atravesamientos y afecciones en el proceso de producción de conocimientos.

3.1. El enfoque narrativo.

La perspectiva narrativa en investigación social responde a una elección metodológica que apuesta al encuentro y validación del relato de los/as participantes de una investigación sin pretender adecuarlos a los objetivos de la misma, es decir, considerando la capacidad transformadora y la potencia que reside en esta vía de transmisión de experiencias.

La propuesta es a entender los relatos o narraciones, no solamente como instrumentos para la producción de conocimiento, sino como un ejercicio de transformación social (Martínez Guzmán; Montenegro, 2014) .

El mundo está colmado de narraciones y relatos. Las narraciones, los relatos y las historias son formas ubicuas de comprender y organizar la vida social. Constituyen modalidades cotidianas y espontáneas con las que damos cuenta y organizamos los mundos que habitamos. Las historias tejen relaciones sociales y, al mismo tiempo, se distribuyen a través de ellas. (Martínez Guzmán, Montenegro , 2012, p. 112).

El abordaje narrativo supone la escucha del relato permitiendo que sea el/la entrevistado/a quien dirija el recorrido del mismo, habilitando el surgimiento de lo inesperado, el encuentro con la historia personal y entendiendo que la misma da cuenta de las problemáticas presentes en el campo social. Este abordaje introduce una mirada distinta a la propuesta por el positivismo, considerando al sujeto como encarnado en su propia historia y en los procesos de producción social, así como capaz de transformar su realidad.

A pesar de que las narrativas tratan de versiones de la realidad muy específicas a la situación y al sujeto (...) se relacionan a una base histórico-cultural de producción. En otras palabras, nuestro repertorio local de formas narrativas está entrelazado a un escenario cultural más amplio de un orden discursivo fundamental, que determina quién cuenta cuál historia, cuándo, dónde y para quién. (Brockmeier; Harré. 2003. P. 525)⁶

Las narraciones crean tramas en tanto dan cuenta de la historia personal del sujeto y de las problemáticas sociales situadas en las condiciones de producción que la hacen posible, ofician también como herramientas que habilitan la producción de sentido y la resignificación de las experiencias. Reside aquí su potencial transformador, otorgando un papel relevante a

⁶ La traducción es mía.

quien narra, y apuestan a la producción de un conocimiento encarnado en las trayectorias vitales de quienes las producen.

Han sido las voces de los feminismos quienes denunciaron cómo la producción de conocimiento científico se encontraba atravesada por la perspectiva cultural androcéntrica, centrada en voces masculinas y produciendo discursos científicos universalistas, que articulan las desigualdades del sistema sexo/genérico, estableciendo relaciones de poder y dominación (Harding, 1993).

En contraste con un modelo de ciencia donde la pretensión de objetividad oculta las relaciones de poder y genera una mirada colonizadora sobre los sujetos a los que se refiere, la indagación narrativa privilegia la posicionalidad y la subjetividad de toda enunciación y todo relato (Martínez Guzmán; Montenegro. p. 116).

Para esta investigación se consideró el abordaje narrativo como el más apropiado para conocer la realidad de las mujeres en puerperio. Habilitar el relato como una forma de tomar contacto con sus experiencias, permitiendo a la vez la resignificación de las mismas.

3.2: Características del estudio.

El presente es un estudio descriptivo, de corte transversal, realizado con mujeres que se encontraban atravesando el puerperio tras el nacimiento de su primer/a hijo/a, en el período comprendido entre el día 42 posterior al parto y antes de transcurrido 1 año del mismo.

En un primer momento del proyecto se previó entrevistar también a mujeres en el período transitado entre el año y los dos años posteriores al parto. Se realizaron dos entrevistas comprendidas en el marco de esta franja temporal, pero posteriormente se optó por recortar la muestra a mujeres que transitaran el puerperio durante el primer año de posparto, debido a las características diferentes que presentaban los relatos en estos márgenes temporales y en la medida en que se producía mayor distancia con el parto. El motivo de esta decisión fue poder dedicar mayor atención al análisis de las dimensiones encontradas en el periodo del primer año de posparto.

En un primer momento del proyecto se planteaba también la realización de grupos de discusión sobre las dimensiones de interés identificadas por las entrevistadas. En el trabajo de campo se optó por no realizar estos grupos debido a tres argumentos, en primer lugar la distancia temporal que se estableció entre la primera entrevista y la última (debido en gran parte a la situación de emergencia sanitaria), hecho que posicionaba a las entrevistadas en momentos muy diferentes respecto a sus maternidades. En segundo lugar, la recomendación sanitaria que rigió durante toda la pandemia de no realizar actividades grupales de forma preventiva para evitar contagios de COVID-19. Se planteó entonces la posibilidad de tener un encuentro grupal con las participantes de la investigación tras la finalización de las mismas, a fin de presentarles los resultados.

3.3. Técnicas.

Se optó por la entrevista como técnica de investigación, siendo las mismas de carácter abierto y estando guiadas por una serie de puntos a abordar vinculados al tema investigado. Algunos de los puntos abordados en las entrevistas habían sido determinados previamente, en tanto otros surgieron en los propios encuentros. El número de encuentros con cada una de las entrevistadas se determinó de acuerdo al criterio de saturación teórica. Se realizaron en total 9 entrevistas, con 8 participantes. Los encuentros se produjeron en aquellos lugares que a las participantes les resultaron más cómodos, 5 en sus domicilios, 2 en el espacio de trabajo de la investigadora, 1 en el lugar de trabajo de la entrevistada.

Se utilizó también un diario de campo con registro de impresiones y observaciones en las situaciones de encuentro.

Se realizaron también registros del proceso personal de la investigadora, referentes a aspectos emocionales con los que el tránsito por la investigación hizo resonancia, teniendo en todo momento presente que el análisis de la implicación y el ejercicio de reflexividad resultaban fundamentales a fin de poder realizar este estudio.

3.4. Criterios de selección de las participantes

Las entrevistadas fueron mujeres residentes en la ciudad de Montevideo, en una franja etaria comprendida desde los 30 a los 40 años. Fueron criterios de selección que las

mujeres fueran madres primerizas, de hijo/a nacido/a vivo/a, y que no existiese diagnóstico de procesos mórbidos vinculados al parto o puerperio (psicosis puerperal o depresión posparto). Todos los partos de las entrevistadas fueron en la capital del país (Montevideo), 7 en el ámbito institucional (público y privado) y uno en domicilio.

La convocatoria se realizó fundamentalmente a través de las redes de contacto de la entrevistadora (amistades, familiares, grupos de estudio y de trabajo), esto condujo a un perfil de las entrevistadas con nivel educativo y socioeconómico relativamente homogéneo, siendo profesionales universitarias o estando cursando estudios terciarios. Este hecho debe ser tenido en cuenta ya que determina que los resultados no pueden ser generalizables a otros estratos sociales, mientras que por otra parte, permite un análisis más profundo de las características del tránsito por el puerperio en el grupo social estudiado.

En el siguiente cuadro se presentan características de la muestra:

Nombre	Edad	Fecha de parto	Tipo de parto	Edad del bebé al momento de la entrevista	Tipo de lactancia
Sabina	32	23/12/2018	Vaginal/Hospital.	5 meses	Pecho a demanda ⁷ /A.C ⁸
Maite	33	20/12/2019	Vaginal/Hospital.	4 meses	Pecho a demanda
Ana	34	19/12/2019	Cesárea	7 meses	Mixta ⁹
Antonia	34	23/12/2019	Vaginal/Domicilio	7 meses	Pecho a demanda
María	38	20/11/2019	Cesárea	11 meses	Pecho/A.C

⁷ Pecho a demanda: Alimentación exclusivamente en base a leche materna.

⁸ A.C: Alimentación del bebé con inclusión de sólidos y líquidos además de la leche materna.

⁹ Mixta: Leche materna y leche de fórmula, también conocida como "complemento".

Lourdes	36	13/11/20 19	Cesárea	2 meses	Pecho a demanda/ Inició mixta
Amanda	32	19/03/20 20	Vaginal/ Hospital.	4 meses	Pecho a demanda
Lea	33	22/11/20 20	Cesárea	2 meses	Pecho a demanda

De las 8 mujeres entrevistadas para esta investigación siete tuvieron partos hospitalarios, 6 de ellos con intervenciones, 4 de las mismas fueron cesáreas, dos fueron partos inducidos, solamente uno se realizó de acuerdo al plan de parto diseñado por la madre y su pareja en el marco hospitalario. Un solo parto fue en domicilio y sin intervenciones. En todos los casos las participantes fueron acompañadas por sus parejas durante el trabajo de parto, en el momento del nacimiento y durante el puerperio.

También en todos los casos al momento de ser realizada la entrevista habían transcurrido más de 45 días desde la fecha del parto, es decir que se podría considerar finalizado lo que se describe como puerperio desde la medicina. Todos los bebés fueron amamantados por sus madres, al momento de la entrevista se registraron: una lactancia mixta, una complementaria y 6 con pecho a demanda.

3.5. Análisis

Se realizó un análisis de contenido desde un enfoque temático, centrando la atención en lo relatado por las participantes de la investigación sobre sus puerperios, identificando aquellas dimensiones que surgían como de mayor relevancia para las mismas.

Los pasos seguidos para el análisis fueron:

- 1) La transcripción de las entrevistas grabadas y modificación de los datos de las participantes.
- 2) Análisis e identificación de los principales núcleos de problemática identificados en cada relato y su coincidencia o novedad respecto a las demás narrativas.

- 3) Problematización y discusión de las dimensiones identificadas con la bibliografía de referencia y antecedentes de investigación.
- 4) Búsqueda constante de producción académica sobre las temáticas emergentes en los relatos.
- 5) Redacción del análisis.

3.6. Consideraciones éticas

En todos los casos los datos que pudieran permitir identificar a las participantes de la investigación han sido modificados garantizando el anonimato de las mismas. Antes de iniciar las entrevistas se le entregó a cada una de las entrevistadas una hoja de información en la que se detallan las características del estudio, el marco institucional en el que se realizó y los objetivos, solicitándoles que la leyeran antes de asentir su participación en la entrevista. Se elaboró un consentimiento informado, el cuál fue presentado y aceptado por las mujeres que formaron parte del estudio, dejando una copia a cada una de las participantes, en dónde se incluían también los datos de contacto de la investigadora y conservando la entrevistadora los documentos originales. Estos criterios se ajustan a lo dispuesto por el Decreto N° 379/008 del Ministerio de Salud Pública sobre Aspectos éticos en investigación con seres humanos, adoptado por el Consejo de la Facultad de Psicología a través de su Comité de Ética en Investigación. El proyecto de investigación obtuvo el aval de este Comité para su realización.

3.6.1 Investigar durante la pandemia.

El trabajo de campo para esta investigación se realizó entre mayo del 2019 y febrero del 2021. El 13 de marzo del 2020 se declaró la emergencia sanitaria debido a COVID-19 en Uruguay, lo que implicó, entre otras medidas, la restricción del contacto con otras personas externas al círculo cercano por recomendación de las autoridades sanitarias. Ante este planteo y teniendo en cuenta las características de la población entrevistada y la exposición a la que se podían ver expuestas las mujeres madres y sus bebés en el contacto con la investigadora, se optó por suspender la realización de entrevistas entre los meses de marzo y agosto de 2020, cuando se retomó el trabajo de campo siguiendo el protocolo preventivo para el contagio (espacios ventilados, no presentación de síntoma de COVID-19, uso de

tapabocas). Se evaluó la posibilidad de realizar las entrevistas de modo virtual, pero se prefirió no hacerlo considerando la importancia de poder sostener de forma presencial las reacciones emocionales que los relatos generaban en las mujeres-madres. Esta decisión fue tomada en consulta con la Directora de Tesis y comunicada a la Agencia Nacional de Investigaciones (ANII), quien financió mediante la Beca para Maestrías y Doctorados en Uruguay el presente estudio. Cuatro de las entrevistas incluyen en la narrativa los efectos que la pandemia y las medidas sanitarias tuvieron en la atención a sus partos y el tránsito por sus puerperios. En el capítulo de análisis se incluye esta dimensión como un elemento más que incidió en los resultados a los que se arriba.

CAPÍTULO IV

4. Análisis

En el presente capítulo se desarrolla el análisis y discusión de los datos obtenidos en el trabajo de campo, desde la perspectiva de las referencias teóricas que han guiado este trabajo, y en relación a los resultados de investigaciones previas. En el apartado 4.1 se analiza la importancia del relato de parto y durante el posparto, y su incidencia en el tránsito por el puerperio. En el 4.1.1 se analiza particularmente la importancia del relato a modo de elaborar las expectativas sobre el parto en confrontación con la experiencia. En el punto 4.1.2 se analizan algunas de las principales consecuencias que la violencia obstétrica ejercida durante el parto tuvo en el tránsito por el puerperio de las entrevistadas. 4.1.3 Se presenta el relato de un parto en pandemia y sus consecuencias en el posparto. En el punto 4.1.4 se analiza una experiencia de parto en domicilio 4.1.5 En este apartado se aborda la vivencia del cuerpo durante el puerperio, analizando algunas de las principales características de la recuperación y sus repercusiones subjetivas.

4.1. El parto en el puerperio, la importancia del relato.

“Cuanto más veces lo contás, más vas como liberando y dejando ir cosas que tuvieron su significado en el momento”
(Lourdes, participante de la investigación).

Para comenzar esta investigación se diseñó una guía de entrevista, la pregunta para dar comienzo al diálogo fue “¿cómo fue tu parto¹⁰?”, de esta forma se buscaba ubicar a la entrevistada en el inicio del puerperio, sin embargo, esta pregunta fue determinante para comprender la relación entre la experiencia de parto y la experiencia puerperal.

¹⁰ Utilizo aquí el término parto en sentido amplio, haciendo referencia al momento del nacimiento, sin centrarme en la diferencia entre lo que ginecológicamente es considerado parto, es decir expulsión del bebé por el canal vaginal, de la cesárea como intervención quirúrgica.

En el parto las mujeres atraviesan una experiencia emocional y físicamente intensa, muchas veces traumática¹¹, sin que exista luego la consideración de que ese evento forma parte de su historia personal y por lo tanto, adquiere relevancia su relato como posibilidad de resignificarlo. Siguiendo a Olza (2017) el concepto de trauma en lo referente al parto refiere a una experiencia extremadamente subjetiva, “lo principal es entender que no hay una norma o una medida de lo que es un parto traumático: sólo se puede saber escuchando el sentir de cada mujer sobre su parto. Solo la mujer podrá decirnos si ha sido o no un trauma psíquico, si le ha dejado afectada o no” (p. 96). El parto traumático tiene que ver con la vivencia subjetiva de la experiencia del nacimiento, no darle lugar al relato tampoco permite la elaboración de la vivencia traumática.

No todos los partos tienen porque representar una experiencia traumática, cada parto es diferente, las condiciones en las que las mujeres llegan a sus partos son singulares, los recursos externos e internos con los que cuentan son distintos, y los efectos subjetivos que la experiencia producirá son de carácter muy personal, sin embargo, la experiencia del nacimiento es en sí misma un acontecimiento significativo.

No solemos hablar de partos, la mayoría de las mujeres llegan a parir sin haber escuchado nunca un relato sobre lo que allí va a suceder (Rich, 1976). Mucho menos común es hablar sobre la vivencia del parto, es decir, no simplemente relatar si fue parto vaginal o cesárea, si requirió de intervenciones o no y otros factores vinculados al cuerpo entendido como máquina reproductiva, sino relatar la experiencia subjetiva, su sentir, qué necesitaron y fundamentalmente, si sus necesidades fueron oídas y atendidas. Sin embargo en los últimos años se ha podido observar una clara tendencia a esta práctica. Castrillo (2018) señala que ha crecido sustancialmente la práctica de relatar el parto, no solo como un ejercicio individual, sino a modo de colectivizar las experiencias y de esta forma politizarlas. Dice Castrillo (2018) sobre la importancia de los relatos de parto

A raíz de las regularidades y particularidades que exponen, en forma de textos acabados con la intención de comunicar sentimientos y experiencias, será posible caracterizar las significaciones de un grupo de mujeres sobre las intervenciones

¹¹ Utilizo aquí el concepto de trauma entendiendo el mismo como un evento que implica una carga emocional de magnitud tal que no logra ser elaborada de forma satisfactoria por quién la experimenta, pudiendo generar consecuencias negativas en la posterioridad.

médicas que se dieron en sus embarazos y partos, al tiempo que se podrán desentrañar las representaciones y prácticas médicas relativas a la mujer y la forma en que estas las viven en carne propia. El trabajo con las experiencias subjetivas de las mujeres permite reconstruir los derroteros por los que circulan como sujetos sociales problematizando la trama que van tejiendo sus itinerarios, los significados que estas les atribuyen y haciendo visible lo genérico de este proceso (p. 18).

Es importante destacar que generalmente los grupos -virtuales o de encuentro presencial- en los que suelen abordarse los relatos de parto, no tratan exclusivamente sobre la experiencia de parto en sí, sino que incluyen también relatos del puerperio y lactancia. Sin embargo, a pesar de la creciente tendencia a incorporar el relato de parto como práctica por ciertos grupos de mujeres -muchos de ellos vinculados al activismo feminista (Castrillo, 2018)- no es aún un ejercicio que se suele realizar. Similar es lo que ocurre en el puerperio, las experiencias subjetivas y las emociones que se vivencian no siempre son puestas en palabras con las ambivalencias, dudas e intensidades que pueden entrañar. Muchas mujeres buscan espacios en dónde no sentirse juzgadas, tal es el caso de los grupos de acompañamiento en el puerperio, grupos a los que se accede por deseo y búsqueda personal, generalmente de forma remunerada.

Darle un lugar al acontecimiento de parir, así como a la vivencia del puerperio pueden representar prácticas de cuidado de la salud mental materna, que no existan dispositivos institucionales destinados a esta escucha y que socialmente estos relatos no posean un valor en sí mismos, habla de la no visibilidad y relevancia que en nuestra sociedad se le asigna a las maternidades.

En esta investigación algunas de las entrevistadas cuentan haber buscado grupos de acompañamiento a mujeres en puerperio dónde poder comunicar sus vivencias, incluyendo la del parto. Otras manifiestan haber conversado con otras mujeres, generalmente familiares o amigas que también tienen hijos/as. Otras parecía que hablaban por primera vez sobre esta experiencia en la entrevista, sin embargo la percepción es de que todas tenían mucho para decir y que todos sus relatos se encontraban cargados de emotividad, en algunos casos predominaba la angustia, en otros el enojo, en otros el desconcierto, y también la

alegría. Las experiencias del parto y posparto desde el discurso de las mujeres se encuentra desjerarquizada, sin embargo insiste la necesidad de narrarla y resignificarla.

Maite participó en un grupo de acompañamiento a mujeres en puerperio, sobre la experiencia relata:

Más allá de lo hermoso, estaba como ese lado. Pero el puerperio, esto de que te sentís re sola, estás como rodeada de madres pero necesitás, o por lo menos yo necesité, estar acompañada desde otro lado, no eran suficientes mi hermana y mis amigas de toda la vida. O no sé si no eran suficientes, sino como que yo no estaba pudiendo, estaba necesitando compartir esto. (...) yo me estaba sintiendo como sola en mi puerperio. Y ta, me encontré con que todas las que estamos ahí -en el grupo de acompañamiento al posparto- que a veces somos 6, a veces somos 8, todas estábamos en la misma. Y decís, “ta, yo no estoy mal de la cabeza”. Y es eso de decir “yo no estoy deprimida, pero me siento así”, porque yo no creo que estuviera deprimida, pero necesitaba sentirme acompañada desde otro lugar. El poder compartir con otras mujeres. He encontrado en el grupo similitud con otras compañeras que nos pasa algo similar y podemos compartirlo así. No sé cómo explicarlo.

En su relato aparece la vivencia de soledad asociada a “volverse loca”, la posibilidad de encontrarse con otras mujeres que transitan una experiencia similar, o con quienes al menos puede compartir algunas dudas y sentires le resulta a Maite gratificante. La posibilidad de poder poner en palabras su experiencia es significada como una actitud de cuidado en salud mental.

Son muchas las emociones que se entremezclan en los relatos de parto y puerperio, y todas se encuentran cargadas de gran intensidad. En el posparto, como etapa continua al nacimiento de los/as hijos/as estas emociones permanecen aún muy vívidas en el cotidiano de las mujeres que aún no han terminado su recuperación física y emocional. El puerperio se transita con la experiencia de parto silenciada y con los nuevos desafíos a enfrentar, el

cuidado, la lactancia, el cansancio, la recuperación. El relato habilita que la experiencia pueda ser puesta en palabras, encontrar un sentido e incluirse en la trama de construcción de este acontecimiento ligado al ejercicio de la maternidad y la propia historia de vida, atravesado profundamente por factores de carácter social y político.

La reconstrucción de lo vivido por las mujeres durante el parto, [es una] experiencia específicamente [...] nutrida de las significaciones de ser mujer en lo social, en el espacio médico, mediada a su vez por el reconocimiento que cada una de ellas tienen: de sí mismas, del derecho y conocimiento de su cuerpo y su actitud frente a la práctica médica y cómo la construcción sociocultural de los binomios mujer-madre: mujer-esposa; mujer-ama de casa; mujer-abnegada, han connotado en la salud de la mujer en el deterioro, la marginación doméstica, la doble jornada, la violencia médica, la expropiación de su cuerpo, su sexualidad, sus derechos reproductivos (Camacaro Cuevas, 2000, pp. 51-52).

El relato de parto en el puerperio es una práctica que permite, no solamente, dar significado y analizar lo que sucedió en el momento de nacimiento, sino también, establecer una continuidad en la experiencia reproductiva, entre la gestación, el parto y el posparto, incluyendo además aspectos propios de la experiencia como la vivencia social de maternar, la sexualidad y la lactancia.

4.1.1. “El parto que no fue” resurge en el relato.

Al pensar las instancias narrativas en el parto y puerperio como dispositivos promotores de prácticas en salud mental, resulta llamativo que no existan institucionalmente espacios diseñados para esta escucha, que no se contemple la importancia sanitaria de que las mujeres-madres cuenten con el soporte psicológico necesario para elaborar esta vivencia. Este hecho responde a la construcción social erigida sobre el ideal de maternidad, en la que se presupone que como un hecho meramente biológico arraigado a la naturaleza femenina no requiere de otros apoyos, como ser la escucha clínica, y a un modelo de atención de características positivistas que deslegitima las experiencias de las mujeres-madres.

Las expectativas que las mujeres generan previas al parto y la experiencia concreta, ocupan un lugar fundamental en el puerperio. Todas las participantes de esta investigación habían participado en algún tipo de instancia previa de preparación para el momento del nacimiento. Cuatro de ellas lo habían hecho en el sistema mutual o de policlínicas de ASSE, las otras cuatro acudieron a grupos que se especializan en realizar esta tarea, o mediante el contacto con doulas contratadas de forma particular. A pesar de esto, en varios de los relatos aparece el hecho de que desconocían de qué se trataba la experiencia de parto. María, por ejemplo dice, *“yo como que no tenía mucho... mucha expectativa acerca del parto, todo el tiempo fue el presente. Porque ta, soy como muy intelectualizada y no quería hacerme la cabeza con cosas”*.

Lourdes había participado de algunas clases de preparación para el parto en una policlínica de ASSE, respecto a esto dice:

En realidad preparación, preparación no, como muy dialogado, más sobre las dudas, tipo “mirá puede pasar todo esto”. Ta, yo que sé, y había leído el parto sin dolor, y... y, ta. Experiencias de otras personas que siempre, como es todo tan variado, y ta, eso. No mucho más.

En el sistema mutual o de policlínicas la preparación para el parto es pensada en modo de “clases”, instancias de encuentro en donde se transmite fundamentalmente información sobre cómo identificar la proximidad del nacimiento, el inicio de trabajo de parto, en qué momento acudir a la institución médica. A partir de lo narrado por las participantes de la investigación se puede identificar que la preparación para el momento del nacimiento con grupos particulares o doulas posee carácter más personalizado, las características de este encuentro en relación a frecuencia, transmisión de información, espacio para el intercambio, varían según el estilo de trabajo de quien esté a cargo de la tarea. El servicio debe ser contratado de forma particular.

En todos los casos - tanto en los que la preparación fue en las instituciones de salud como en las que se contrató asesoramiento particular- la preparación para el parto se había focalizado en la idea de que sería un parto vaginal. La expectativa generada sobre el parto natural, sin complicaciones ni intervenciones, en varios de los casos representó también un elemento de frustración al encontrarse con situaciones inesperadas, ya fuera por

requerimientos médicos que no permitían ese tipo de parto, o por situaciones en las que las intervenciones fueron realizadas sin motivos claros. Farías (2014) analiza los significados otorgados a la cesárea por las mujeres que atravesaron la experiencia, uno de los nodos importantes que encuentra en las entrevistas realizadas refiere al mandato de maternidad y la imposición social del parto natural como siendo la auténtica forma de parir. Las bases judeo-cristianas de nuestra cultura han impuesto la idea de que el dolor, representado como *castigo divino*, debe ser algo por lo que las mujeres transiten a la hora del parto, sumado además a la idea de que la verdadera madre es la que pare, el mandato social es *parir*.

Este castigo mandata a la mujer a ser madre, a parir a sus hijos y que ello será doloroso. Al ser un castigo, las mujeres lo asumen como tal y se ven compelidas a cumplirlo. Es así que muchas mujeres acceden a la maternidad sin dudar de su carácter de imposición social y llegan al momento del parto, sin cuestionarse que podrán parir, incluso y a pesar del dolor, ya que el castigo es destino: el castigo es el dolor, pero el mandato es el parir. (Farías, 2014. p. 42).

Se puede identificar en el relato de Lea la forma en que incidió su expectativa de tener un parto vaginal en la experiencia de la cesárea :

Llegó un momento que yo, sentía que yo no iba a tener un parto, no sé cómo explicarlo, yo me di cuenta que yo no me visualizaba expulsando al bebé, ¿entendés? estaba re trancada, fue horrible, porque no lo sentía pronto ¿viste? para la expulsión, era como ta. Y en un momento me dolía tanto, tanto, tanto que le dije a mi pareja. Porque aparte hice el trabajo de parto en la ducha, una parte que me alivió mucho cuando empecé con el dolor fuerte y todo, pero después me descompense, empecé con vómitos, ya no no no podía más, entré como en un trance que... y le dije “mirá, si sigo así voy a pedir la analgesia”, y ahí yo me sentí mal, con culpa, porque yo no quería analgesia, había estado re militante del trabajo de parto, de no sé qué, de transitar el dolor, pero llegó un momento que yo no podía más y me sentía

estancada y tenía que avanzar, entonces ya pedir, pensar en pedir la analgesia fue una culpa, horrible.

La expectativa generada sobre la idea de poder parir sin necesitar de analgesia, tolerando el dolor, le generó a Lea culpa al sentir que no podía lograrlo y lo necesitaba. Cuando se le pregunta por qué sintió culpa al pedir que se le administrara la epidural para aliviar su dolor dice:

Y un poco dónde habíamos preparado el parto, yo me había hecho un poco la cabeza, y me había super preparado para no tener que usarla -la epidural- entonces ta, si bien yo sabía que podía estar dentro de las posibilidades, yo me había preparado como para bancarlo, y tratar de probarme lo máximo posible, entonces me vino culpa, me vino culpa por no bancar el dolor, fue horrible, horrible, horrible.

No poder tener el parto que había esperado, significó para Lea una experiencia frustrante, no solo en relación a la expectativa personal sobre el parto, sino al grupo de personas con quienes había asistido a las clases de preparación para el mismo. La insistencia en que lo mejor era un parto natural y sin intervenciones le implicó no poder comunicar lo que en realidad le había sucedido, ni habilitarse a pedir lo que necesitaba para tener una experiencia de parto menos dolorosa.

Yo recontra quería un parto, me sentía horrible porque yo se que aparte, hasta el día de hoy leo cosas del parto y estoy segura que la conexión del parto natural de expulsar a tu bebe, debe ser como una cosa... nada, nada no sé, indescriptible y a mí me hubiera gustado pasarla, pero después también pensando que el bebé no sufrió nada y que estuvo todo bien y que salió todo bien, yo me quedo tranquila ¿viste?, y ta, me consuelo con eso, y pienso que si hoy o mañana tengo otro parto me gustaría que fuera natural en la medida de lo posible (...) fue todo un tema para mí porque yo me angustié mucho los primeros días, cuando contaba cómo fue el parto y todo me

daba como vergüenza decir que pedí la analgesia, horrible, de hecho en el lugar donde yo me preparé el parto yo no les dije nada, esta parte la omití, no les dije que pedí la analgesia porque ta.

E: ¿no te animaste a contar por miedo a ser juzgada?

P: Si, porque estábamos todas preparadas, todas nos fuimos a preparar para tener un parto sin ningún tipo de intervenciones, o es a lo que se aspira. Y también por mis compañeras porque están todas preparándose para el parto y que yo vaya y les diga a no aguanté, pedí analgesia, también es como desestimularlas, entonces me parecía que no era apropiado, y a la doula tampoco le conté.

Dolor, culpa, vergüenza, angustia, son algunos de los términos que Lea elige para definir la experiencia subjetiva del parto que imaginó y no pudo tener, pero hace referencia además a no poder contarlo, contar la experiencia por las expectativas que supone existían en las demás compañeras y la persona que la ayudó a hacer la preparación para el mismo. El discurso que deshabilita a las mujeres de ser las protagonistas de su parto, a tener derecho a elegir cómo necesitan o desean parir no es exclusivo de las instituciones médicas, es un discurso socialmente instalado y reproducido desde diferentes lugares. La idealización y preparación exclusiva para un parto natural, aún en agrupaciones particulares, puede representar un obstáculo y un motivo de angustia en las mujeres al momento del nacimiento. Aunque la recomendación de la OMS sea la de intentar siempre un parto natural, deben considerarse que hay situaciones en las que esto no es posible y las intervenciones salvan vidas de madres y bebés. Parir con dolor, tener que “aguantar” al decir de Lea, responde a un mandato cultural vinculado a la idea de condiciones esencialmente femeninas para parir, y puede convertirse en un discurso moral reproducido por distintos actores sociales.

En la investigación de Farías (2014) las mujeres entrevistadas también habían controlado sus embarazos en el marco de las normativas del sistema de salud, y habían realizado algún tipo de preparación para el parto. Tener una cesárea significa una representación diferente

respecto al parto esperado, y esto no responde exclusivamente a las expectativas personales de las mujeres, sino al hecho de que en el discurso social y sanitario lo naturalizado es el acto de parir, no incluyendo las otras formas en las que se pueden producir los nacimientos.

...podemos llegar a la conclusión que su desconocimiento o falta de herramientas - de las mujeres entrevistadas- para anticipar la posibilidad de la cesárea como una de las vías de finalización del embarazo, no estuvo relacionado exclusivamente con sus miedos o negaciones, sino también con un aparato sanitario que no integra la posibilidad de cesárea dentro de la palabra pública aún cuando se tiene la misma posibilidad de acabar con una que de parir vaginalmente. (Farías, 2014).

La historia personal en el caso de Ana, en donde todas las mujeres de su familia habían tenido partos vaginales, también hizo que le resultara conflictivo terminar el nacimiento de su hija mediante cesárea.

Yo tuve unas charlas con una partera, fueron como 5 o 6, que vino a casa con mi pareja y conmigo, todo preparándome para un parto vaginal, y yo estaba convencida de que iba a ser un parto vaginal. Todas las mujeres en mi familia tuvieron partos vaginales, ninguna había pasado... Somos muchas mujeres en mi familia, ninguna había ido a cesárea, y yo estaba convencida de que ese también iba a ser mi camino.

La idea de destino, camino, del parto vaginal como objetivo, sin considerar otras posibilidades que se pueden presentar, predispone a las mujeres a la frustración si el nacimiento se termina produciendo por cesárea. El hecho de que se le llame *parto* exclusivamente a la expulsión natural del bebé, diferenciando la *cesárea*, tiene consecuencias subjetivas en la representación que las mujeres hacen de su experiencia, y la misma no se define exclusivamente por componentes de índole personal, sino que se ve afectada por la construcción social de la mujer-madre-paridora, mujer que atraviesa el dolor, mujeres que asume y soporta su destino, parir, con dolor. La importancia de hablar de la

posibilidad de la cesárea u otras intervenciones en caso de ser necesarias podría modificar la experiencia de muchas mujeres en el momento del nacimiento de sus hijos/as, sin que este hecho sea en detrimento de todos los esfuerzos del personal de salud por favorecer y acompañar un parto vaginal y sin intervenciones, si las condiciones están dadas y siempre y cuando la mujer lo desee.

El parto que no fue desde la percepción de las mujeres debe ser considerado. El desconocimiento sobre las diferentes formas de nacer y la recuperación de las mismas genera en muchos casos la ilusión de que las alternativas al tipo de parto que tuvieron (o a las intervenciones que se les realizaron) deben representar menos complejidades en el posparto.

Dice Lea:

La recuperación de la cesárea es un embole, estaba muy dolorida, ¡muy dolorida! El primer tiempo yo que sé, ta, me medicaba con los calmantes pero ta... ahora ya estoy bien, y tuve una recuperación bastante normal, pero hubo días que estaba dolorida si, pero sabía que me podía pasar, entonces ta, me re emboló porque en un parto natural supongo que estás recuperada enseguida.

Aparece aquí nuevamente una suerte de idealización del parto natural que la lleva a pensar que de haber podido parir de este modo la recuperación no habría sido tan dolorosa, sin embargo en el caso de las participantes que tuvieron partos naturales institucionalizados, e inclusive en el caso de Antonia que tuvo un parto en domicilio y sin intervenciones, la recuperación también representó una etapa compleja. Olza (2017) destaca sus observaciones respecto a cómo las mujeres que han tenido cesárea suponen que tal vez el parto vaginal hubiera sido una mejor opción, mientras que también también las mujeres que tuvieron partos vaginales pueden haber padecido recuperaciones complejas, y verse física y subjetivamente muy afectadas. Sobre esto destaca la importancia de entender que no existe una *medida del dolor*, de compararlo con otras experiencias, sino resignificar e intentar sanar la propia.

Lourdes también había imaginado un parto natural que terminó en una cesárea tras la administración de oxitocina con el fin de la inducción, *“El parto no fue como esperaba porque terminó siendo cesárea, y mi idea de parto era parto natural”*.

En el caso de María, su parto debió ser una cesárea de emergencia a las 33 semanas de gestación, debido a un problema circulatorio. Sobre cómo enfrentó esta noticia relata:

Venía el embarazo todo divino y de un día para otro me internaron y me dijeron “esto es así” son dos caminos. Y bueno, si no hay nada para hacer listo. Yo me entregué. Podría haber ido a otra clínica a repetir el eco doppler o lo que puta sea. Pero bueno, me entregué, en ese momento sentí que era lo mejor. En esas circunstancias. Aparte era la salud de mi bebé, por más que mi cabeza vaya para otro lado, yo necesitaba confiar en esa gente.

A pesar de haberse preparado para otro tipo de parto y de haber tenido un embarazo sin complicaciones, como ella relata, que hacía pensar que todo podía desarrollarse sin imprevistos, la explicación médica sobre la necesidad de realizar la cesárea le permitió a María asimilar y confiar en el equipo de salud y sus recomendaciones.

Se jugaba aquí además el temor a tener un bebé prematuro. Esas primeras semanas de puerperio fueron muy particulares para ella, ya que la bebé debió permanecer internada para ser monitoreada. María dice:

E: ¿Y la intervención cómo te resultó?

P: Fue un poco traumática sí. De hecho ella no estaba a término. Nació de 33 semanas, y fueron unos días que estuvimos internados. Fue crudo ese pasaje.

El contacto con el personal de salud y la mediación institucional por lo tanto fue diferente a lo que sucedió con las demás entrevistadas. Dentro de las estrategias emocionales que María encontró para enfrentar esta situación relata haberse focalizado el propósito de estar junto su hija, para poder superarlo:

¡Quiero ver el bebé! ¡Voy a ir y voy a hacer todo lo que sea necesario! Por lo menos a mi me pegó para ese lado, capaz que a otras mujeres les pega para el bajón o lo que sea. Me tomé una jarra de agua entera, tomé más, me paré, ta, me sacaron todo. Les pedí que me dieran más Tramadol y me dijeron que no porque era un opiáceo. Me dieron Perifar y me aguanté. Ante el dolor, peor es el dolor de no poder ver a mi bebé. Quiero salir de esto ya, odio los hospitales. Tenía un poco de presión alta y les dije “sí, es por estar acá. Quiero que me den el alta”, y al otro día me dieron el alta.

Logró enunciar lo que quería y necesitaba, y el equipo de salud fue receptivo a este pedido, dentro del marco de posibilidades y las características de la situación.

Relatar no solamente el parto que tuvieron, sino hacerle un lugar a la frustración del parto que no tuvieron resulta fundamental para significar la experiencia del nacimiento. Cuáles fueron las expectativas que no se cumplieron, cómo se sintieron las mujeres, y qué protagonismo tuvieron -o no- respecto a las decisiones sobre cómo querían que fueran sus partos. Relatos que permanecen en la dimensión de lo no dicho, pero sí de lo transitado, también constitutivo de su historia como mujeres y madres.

4.1.2. Experiencias de violencia obstétrica y sus consecuencias en el puerperio.

Como ya se ha mencionado, son varias las formas de violencia que pueden afectar a las mujeres durante el proceso de nacimiento, y este hecho puede generar consecuencias en el puerperio. El trato despersonalizado hacia la mujer por parte del personal de salud y la desconsideración de su situación particular es algo que aparece en varios de los relatos de la investigación, un ejemplo de esto es el modo en el que se dirigen a las parturientas - ahora pacientes- nombrandolas “madre”, “mamita”, etc, o hablándoles como si no contaran con la capacidad de comprender lo que se plantea, sin considerar que puedan decidir sobre cómo desean que se desarrolle el trabajo de parto. En varias de las entrevistas realizadas aparece mención a este hecho. Por ejemplo, en el relato de Ana se identifica el trato jerárquico y despersonalizado del ginecólogo.

Llega el ginecólogo, me saluda, me hace pasar al consultorio, me hace tacto ¡y a mí me dolió! Yo ya estaba empezando a tener como contracciones más dolorosas, pero estaba bastante tranquila yo, y...yo no recuerdo esto, según mi pareja él me dijo “tranquila madre” y que le preguntó a mi pareja “¿siempre es así?”, cuando me hizo tacto y me quejé.

Maite explicita su dolor y molestia al ginecólogo y se puede analizar como su vivencia subjetiva es invalidada, no solo realizando una acción en su cuerpo sin su consentimiento, sino además desacreditando su decir respecto a su dolor al dirigirse a su pareja para preguntar si siempre era tan “así”.

En otro momento de la entrevista dice:

Fue un poco violento que él -ginecólogo- identificara que estaba molesta y que no me preguntara qué era lo que me pasaba, o sea como... porque yo no quería, él claramente se dio cuenta que a mí había algo de él que me había caído muy mal. Y ta, todo el tiempo me decía “tranquila madre que esto recién empieza, ¿pero ya está así?” y yo lo único que hacía como mucho en las contracciones me retorció un poco, pero nada más.

Y más adelante agrega,

yo había decidido acostarme y entre contracción y contracción me dormí. Me dormía, me salía así y él “¿qué hace madre? no se puede dormir entre contracciones” por eso te digo que era ya una cosa! Era un hostigamiento, tal cual, no me dejaba hacer nada, no podía llorar, no podía quejarme del dolor, no podía dormir, no podía estar en bolas, no podía pararme, no podía hacer nada.

Maite se encontraba acompañada por su pareja. Manifiesta en la entrevista en varios momentos su incomodidad respecto a cómo es tratada en la institución mutual, la asimetría entre médico paciente y la no escucha de sus necesidades y deseos.

Estaba en otro, en otro registro, y quería que todo se desarrollara de la mejor manera, entonces no me quería pelear con nadie, entendíamos, yo entiendo que no es pelear, ¿no? ponerle un “¿qué te pasa, cómo me vas a decir esto?”, ¿no? pero ta, no sabía si el otro lo iba a entender, si este ginecólogo lo iba a entender, y creo que nunca lo hubiese podido entender porque realmente era un nabo.

En la medida en la que el parto avanzaba la conducta del médico hacia Maite no se modificó según su relato, por el contrario, persistió al punto de percibirlo como una situación de hostigamiento.

Yo estaba acostada así hablando con mi pareja que estaba sentado al lado mio y me vino una contracción y me incorporé o sea me bajé de la cama y lo agarré a él

E: ¿A tu pareja?

P: Sí, sin hablar, sin gritar ni nada, y el otra vez “¡ay madre, la hacía más valiente cuando la vi abajo, quédese tranquila!” todo el tiempo o sea, ya me tenía mal, cansada... creo que angustiada. Ahí yo creo que me puse a llorar, conmovida, porque llegaba el día que llegaba mi hija, o sea estaba llorando, ni siquiera de dolor, de emoción y “¿por qué llora madre?, ¿por qué llora?”. No, estuvo muy salado.

Se pone aquí nuevamente en juego el mandato de soportar el dolor del parto, así como la falta de receptividad a la situación emocional que Maite estaba atravesando.

Son varios los elementos que hacen pensar, de acuerdo a lo expresado por las puérperas entrevistadas, que en sus partos fueron víctimas de V.O. Es curioso que no siempre las participantes de la investigación logran nombrar lo sucedido de esta forma, sin embargo expresan claramente una vivencia de malestar, en muchos casos con secuelas que perduran

varias semanas o meses después en el plano psíquico y emocional. Se naturaliza el trato jerárquico y deshumanizado por parte del personal de salud.

Además del trato deshumanizado, el intervencionismo es una clara forma de V.O. Se considera intervencionismo a todas aquellas acciones clínicas que se realizan en el cuerpo de la mujer sin una justificación médica específica. Sabina relata cómo a pesar de haber tenido un embarazo saludable y haber realizado talleres de preparación para el parto, cuando llega a la institución de salud es inducida al uso de oxitocina para acelerar las contracciones.

Llegué como con 4 cm de dilatación y en esas contracciones que iban y venían... Y me enchufaron, en realidad al principio me dormí. Estaba como cansada de esa noche. Vino la partera y me dijo “bueno, ¿qué pasa?” y seguimos durmiendo, mi compañero también se dormía. Estábamos como los 3 durmiendo y la oxitocina pasando.

Al igual que Ana, Sabina se sentía relajada mientras se desenvolvía el parto. Ambas manifiestan el deseo de descansar e incluso dormir entre contracciones, hasta que se les comienza a administrar oxitocina sintética para acelerar el proceso.

La oxitocina es una hormona producida naturalmente por el sistema neuroendocrino y volcada hacia el torrente sanguíneo en pulsaciones graduadas. La misma es la encargada de estimular el músculo liso del útero en la última etapa del embarazo, parto y posparto, provocando las contracciones del útero y estimulando la eyección de leche para que se produzca la lactancia. Junto a las endorfinas son las encargadas también de hacer menos doloroso el parto actuando como anestésico natural (Ramirez Matos, 2020). La aplicación de oxitocina sintética se produce cuando el parto está detenido para ayudar a estimular las contracciones. Al decir de Casilda Rodríguez (2010) a diferencia de la oxitocina segregada de forma natural, la oxitocina sintética produce “espasmos en el útero” que denomina como contracciones “brutales”, en este proceso el cérvix no llega a relajarse, motivo por el cual, según la autora, muchos de estos partos terminan en cesáreas.

La utilización de oxitocina de forma rutinaria para promover la aceleración de los partos ha sido puesta en cuestión (Magnone, 2010). En el caso de Sabina, relata que las

contracciones tenían un ritmo normal según la devolución médica y no se detectaba sufrimiento fetal, tampoco se proporciona una explicación clara de porqué era requerida la aplicación de oxitocina, ni se le consulta sobre si está de acuerdo con que se realice esta intervención. Recordamos que la administración de una droga, así como otras intervenciones, requieren siempre del consentimiento de las mujeres, para poder tomar esa decisión se debe brindar la información necesaria sobre lo que se realizará y la explicación médica de la necesidad de ejecutar dicha intervención. Muchas veces ante el desconocimiento del marco legal y de derechos, este tipo de prácticas sin consentimiento no logran ser reconocidas por las mujeres, sin embargo en los relatos aparece la percepción de que algo no estuvo bien. En el caso de Sabina por ejemplo explicita en la entrevista que se encontraba relajada, sin embargo la aplicación de la oxitocina modificó el transcurso del parto, más adelante relata:

arrancó allá arriba -el parto- y estuve tres horas así y ta, nació. Fue como rápido, yo lo sentí muy rápido. Muy doloroso también, porque las contracciones tuve de las dos y las de oxitocina están heavy. De hecho pedí “bajame esto, porque...”

En este caso resulta muy importante que Sabina pueda expresar su necesidad de que se disminuyera el goteo de oxitocina, a pesar de que la ginecóloga respondió al pedido de disminución en la administración, el parto ya se había desencadenado con los efectos de la hormona sintética. Este es un elemento común en los relatos de parto, el hecho de que las mujeres pueden percibir e identificar los procesos corporales que van atravesando en la medida en que se producen. En este caso Sabina logra identificar la diferencia entre las contracciones naturales y las causadas por efecto de la oxitocina administrada.

Olza (2017) describe la distinción entre las contracciones producidas por la oxitocina propia del proceso neuroendócrino que se desencadena en el parto, de las producidas por la oxitocina sintética de la siguiente manera:

A nivel del sistema nervioso central, la liberación de oxitocina del cerebro a la sangre se realiza de forma pulsátil. Cuando se da un gotero de oxitocina sintética a una parturienta, el flujo de sangre es continuo. Así, se aceleran las contracciones que ,

precisamente por eso, son mucho más dolorosas. Además, se inhibe la producción de oxitocina en el cerebro de la madre (p 122).

Lo que es clave aquí, y que no sucede en el marco de un modelo de atención en salud intervencionista, es que esta percepción sea escuchada para poder guiar y acompañar el proceso de nacimiento natural, siempre y cuando no se presenten complicaciones, e incluso en las situaciones en las que las intervenciones sean necesarias, como por ejemplo en el caso de María (bebé prematuro), el trato humanizado del personal de salud, la explicación de lo sucedido en lenguaje accesible a la mujer y la escucha de sus necesidades, producen un cambio fundamental en cómo es significada la experiencia. Dice María:

Se dió un equipo que estaba demás, la persona que nos recibió, después yo al otro día me dí cuenta que era una capa la partera que recibió a mi bebé. Porque después estando ahí te enterás de cosas y decís, “hay gente que está trabajando acá y está mal, es increíble” Tuve mucha suerte, de verdad, tuvimos, entonces yo a la partera le agradecí. Y yo rompí los huevos porque en unas ecografías se le cayó el software a la tipa y yo me quedé re perseguida con eso. Y yo rompí, rompí, rompí y me escucharon, y el loco este fue con un capo que lo mandó llamar para que viniera, que era un domingo, porque los que están de guardia son Pepito y Menganito. Él lo mandó a llamar, no acompañó a la ecografía, vió todo, preguntó, sacó cuentitas, percentiles y toda esa historia, hizo todo un trabajo. Entonces ta, gracias, porque si es otro lo más fácil es (gesto de salir corriendo).

Sabina identifica como positiva la recepción de la ginecóloga a su pedido, considerando que este hecho y algunos otros, como por ejemplo que le haya avisado (no preguntado) que le iba a realizar una episiotomía, lo vuelven un parto respetado. En el caso de María relata específicamente como agradece que se le hayan dado las explicaciones que necesitaba, sus demandas y la importancia de un equipo de salud que la hizo sentir acompañada. El trato del personal de salud en el marco institucional resulta fundamental y condiciona la experiencia de las mujeres, incluso en situaciones adversas. La posibilidad de expresar lo que se necesita o se desea por parte de ellas, quienes deberían ser las protagonistas de sus partos.

En el caso de Amanda desde el primer encuentro con la ginecóloga se le anuncia que le inducirán el parto sin explicarle la causa.

Me recibe la ginecóloga, se presenta y me dice “bueno te vamos a inducir el parto”.

Cosa que me llamó la atención (...) ¡La mujer, me desayunó con esta situación que me iban a inducir el parto!

Según el relato de Amanda no se le explicó que existiera un motivo para que esta decisión fuera tomada. La posición jerárquica del médico dentro de la institución de salud a la hora del parto hace que parezcan incuestionables las decisiones que tome, a pesar de la mujer que va a parir. También es importante que a pesar de que era un parto prematuro (35 semanas) se apuesta a un parto vaginal, y de hecho logra realizarlo, no sin que sin embargo se le realizara la inducción sin pedir su consentimiento o explicitar el motivo.

Maité se había preparado para el parto, trabaja en el sistema de salud y poseía, a diferencia de otras entrevistadas, un conocimiento bastante amplio de cómo suele desarrollarse un parto sin complicaciones, por este motivo realizó gran parte del trabajo en su hogar. Sin embargo al llegar a la institución médica, y a pesar de contar con un plan de parto¹², comienza a ser objeto de las lógicas de intervencionismo protocolar imperantes.

...en un momento que yo ya estaba como re ida, y en esto de que me venían las contracciones y yo no lograba como pujar, me quisieron poner oxitocina, yo les pedía que no. “Bueno, yo te voy a esperar 15 minutos” dijo ella (ginecóloga). Todo se estaba dando re rápido, te quieren apurar por apurarte, porque ya te digo, en 7 horas yo hice todo. Era una demencia quererme encajar oxitocina. Pero en ese momento como que te dejás llevar por la locura también. Entrás en “la lógica del sistema de salud”, y eso que aguanté en mi casa. Entonces a los 15 minutos viene y le digo “sí, ta. Poneme la vía”.

¹² El plan de parto es un documento en el que la mujer que va a parir deja constancia de cómo desea que sea su parto, que intervenciones preferiría que no se le realizaran, y que cosas si desea que sucedan.

Al igual que Sabina, Maite logra explicitar su deseo de que no se realizara la intervención, accediendo finalmente por la insistencia médica. En este caso la información con la que contaba y el haber diseñado un plan de parto previo resultó fundamental para poder adquirir protagonismo en las decisiones que se tomaban.

4.1.3. Parir en pandemia: El caso de Amanda.

Varias de las participantes de la investigación parieron y/o atravesaron su puerperio luego de que se declarara la pandemia, sumando las particularidades que los nuevos protocolos epidemiológicos agregaron al tránsito subjetivo por estos eventos de su historia particular. El parto de Amanda particularmente se desencadenó a las 35 semanas de gestación, es decir algunas semanas antes de la fecha probable de parto. A este hecho se sumó además que a causa de un resfriado su ginecóloga le había otorgado la Licencia por maternidad en los días previos, al llegar a la institución médica fue tratada como una posible paciente con Covid-19. Esto sucedió a una semana de que fuera declarada la pandemia en Uruguay -13 de marzo del 2020- cuando los protocolos no estaban claros. La incertidumbre respecto a cómo debían atenderse los partos en caso de sospecha de COVID-19 o con diagnóstico confirmado, derivó en la aplicación de protocolos de atención poco claros, proclives a múltiples modificaciones, produciendo angustia en las parturientas (Viera, Evia. 2020) y en muchos casos produciendo el cumplimiento de la normativa existente sobre derechos en el parto (Briozzo et al. 2020). A pesar de no tener un diagnóstico confirmado de enfermedad por COVID-19, Amanda fue tratada como paciente positiva con varias consecuencias en la atención a su parto y en los primeros días de puerperio.

En la entrevista Amanda recuerda su ingreso a la institución de la siguiente forma:

Arrancamos para el sanatorio tranqui, igual yo estaba muy tranquila. Y llegamos y se me ocurre estornudar, no, toser después que entré al sanatorio, a la emergencia, y bueno ahí se desencadenaron un montón de cuestiones respecto al Coronavirus. Salió una mujer con un tapabocas en la mano a decirme si había tosido yo, le dije que sí, y me dijo de mala manera “ponete el tapabocas”. Perfecto. Ingreso a la sala viste donde te revisan y ahí empezaron tipo consulta de cuadro respiratorio. Nadie me preguntaba porque estaba ahí, osea porque con una panza considerable estaba

en maternidad. Después finalmente llegan a la pregunta de por qué estaba ahí, y agarra y me dice “bueno ta, pero yo no te puedo revisar acá”. Como que ellos no tenían claro el protocolo porque recién era nuevo. Bueno, resulta que empieza a pasearme por adentro del lugar a ver donde me revisaban. Llegamos a un sucucho escondido a revisarme pero antes que nada me tomaron temperatura, osea, era más importante el tema respiratorio que eso... Ta, me toman la temperatura, salen y había tres personas que estaban ahí, una creo que no es nada más que la que escribe la ficha clínica, la doctora y la enfermera. Se empiezan a pelear entre ellas a leer el protocolo en voz alta y cada una da su interpretación de protocolo y de qué hacían conmigo. ¡Pero tampoco nadie me daba la chance de nada! Ingreso ahí, me meten en una sala bastante fea en la parte como del subsuelo de la mutualista, una zona que claramente no estaba siendo usada normalmente. Me dejan como aislada. Y me dejan sola en la sala y se van, pero a todo esto nadie me comunicaba nada.

Amanda destaca que la situación comienza a ponerla nerviosa al punto de comenzar a llorar, le dijeron que no tenían como hablarla y por ese motivo estaba siendo aislada, y sin hacer demasiado hincapié en su parto prematuro¹³. Como ya se ha mencionado generar situaciones de tensión en un proceso de parto puede incidir de forma negativa en cómo se desarrolle el resto del proceso, la producción de adrenalina ante la vivencia de temor impide la correcta producción de las hormonas necesarias para que se desencadene el parto y para aminorar el dolor.

Seguido a su aislamiento la ginecóloga decide realizar una inducción desde el comienzo y sin explicarle el motivo. Amanda tenía rotura de bolsa y sus contracciones hasta ese momento eran tolerables. Luego de la aplicación de oxitocina para acelerar el parto sus contracciones comienzan a ser intensas y dolorosas.

Cada vez ese momento entre contracción y contracción se hacía más chico, al punto que yo le decía (a su pareja) no soporto una contracción más. ¡O sea, de verdad no

¹³ Se considera que un parto es prematuro si se desencadena antes de las 37 semanas de gestación.

lo soporto!. Bueno ta, ahi me pasa que pido la epidural, le dije a mi pareja “la necesito tipo ya” (...) La epidural nunca llegó, sospechamos en parte que era porque no querían estar ahí. O sea el tipo retrasó la situación porque era como vox populi que yo era la coronavirósica del lugar (ríe) y el tipo nunca llegó. Y en un momento el dolor era realmente intenso, y digo fue, fa, yo creo que la hubiese pasado mucho mejor con la epidural.

En la Encuesta Nacional de Nacimientos realizada por el Observatorio de Violencia Obstétrica de la Organización Gestar Derechos en el año 2021, se destaca que el 53,4 % de las mujeres encuestadas no pudieron elegir la forma de aliviar su dolor, este dato resulta relevante ya que impacta directamente sobre el derecho de las mujeres al momento de parir. Amanda vincula esto con el aislamiento en el que se encontraba por suponer que podía tener COVID. Más allá de la falta de atención a su demanda por la anestesia, la falta de información y de comunicación clara sobre su proceso de parto, y las decisiones que se tomaban sobre el mismo representan formas de violencia obstétrica.

Amanda como paciente, no solamente en trabajo de parto, sino como posible infectada de Covid pierde su calidad de sujeto y queda sujeta a los protocolos institucionales, que tampoco estaban claros. El desencadenamiento prematuro del parto no necesariamente era justificación para las intervenciones que se le realizaban, desde su vivencia ella considera que resultaba más importante la posibilidad de estar transitando la enfermedad por Coronavirus y que por este motivo era aislada y contaba con poca atención del personal de salud.

Otro de los puntos que no estaba claro en el protocolo era el uso de tapabocas por parte de la parturienta, sin embargo Amanda era obligada a usarlo todo el tiempo, aún durante los pujos.

Todo el tiempo yo con el tapaboca puesto, eso es el otro detalle, la ginecóloga incluso como que se enojó en un momento porque a mi se me corría y ella insistía con que me lo acomodara, y en realidad se me corría porque yo ya estaba como poseída, o

sea, no había chance me importaba un pito el tapaboca, no me importaba nada. Ella insistía “no no, por el bien de tu bebé y tuyo”.

Como ya se ha mencionado, una forma de violencia obstétrica en el parto es responsabilizar a la madre de las posibles consecuencias que no acatar el protocolo médico puedan tener sobre su bebé. Ante la situación de vulnerabilidad, desconocimiento y posibles riesgos que pueda implicar el parto se espera que las mujeres cooperen como agentes pasivos en el proceso de nacimiento, sin manifestar quejas o plantear deseos que no se ajusten a las indicaciones médicas.

La generación sistemática de miedo por parte de las instituciones de salud es iatrogénica para la situación hormonal de las mujeres, necesaria para el propio parto. La influencia de la adrenalina corta la segregación de oxitocina y endorfinas, hormonas claves para la dilatación y la anestesia, segregadas por el propio cuerpo (Magnone Alemán.2017 p. 110).

Posicionar a las mujeres en este rol pasivo representa una forma de violencia obstétrica basada en el supuesto de que las madres deben ser sacrificadas, la recompensa será haber soportado el dolor y tener un bebé sano. En este caso es explícito como se destaca que podía ser perjudicial para el recién nacido que Amanda se quitara el tapabocas, aún durante el trabajo de parto.

Por su presunto diagnóstico de Covid y a pesar de que ya no presentaba síntomas y de que en ningún momento fue testada, a Amanda no se le permitió tomar contacto con el bebé hasta 72 horas después de nacido. Recuerda este hecho que podríamos ubicar dentro del período conocido como puerperio inmediato, como un hecho sumamente angustiante. No solamente debía permanecer aislada de su hijo, sino que no se le daba una explicación exacta del por qué. El motivo era la sospecha de que pudiera tener COVID. El bebé debió permanecer en incubadora para asegurarse de su maduración pulmonar y a causa de un cuadro de ictericia al nacer, el padre si podía visitarlo allí, pero a ella no le era permitido ingresar. Esta decisión arbitraria le generó mucha tensión a Amanda, quien no recibía

noticias claras sobre el bebé, no podía verlo, y debía permanecer aislada en una sala del sanatorio con poca asistencia según su relato.

O sea, no había relación entre la madre y el niño, era como que el nexo era él (la pareja), a mí nadie venía a contarme realmente lo que pasaba, y en realidad el nexo era él, pero él cero conocimiento de nada de biología, él me transmitía lo que entendía que le explicaban. Y bueno ta, después uno hace la retrospectiva de la situación y yo pensaba que yo no tuve este vínculo famoso, este que te lo venden como fundamental del piel con piel, y tomar teta dentro de la primer hora y el calostro y la la la, pasaban las horas y yo seguía sin contacto, o sea él sin mí y yo sin él. (...) Cuando por fin lo suben (a la sala donde ella estaba) en realidad, es como el primer vínculo ese que yo le tenía miedo, y yo dije, yo que sé, pasadas todas estas horas con todo lo que te dicen del primer contacto, del piel con piel, esto va a ser, y no, en realidad no, en ese primer contacto no sé, como que sentía que me había reconocido, que me agarró “ mamá está acá”.

A partir de varias denuncias promovidas por organizaciones de la sociedad civil, el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) consideró:

El hecho de prohibir el acompañamiento a las mujeres en el trabajo de parto/cesárea, así como en controles de embarazo, ecografías y/o durante la internación post parto, aún en contexto de emergencia sanitaria, podría formar parte de acciones que han sido conceptualizadas como violencia obstétrica. (INDDHH. 2020. p 5).

Organizaciones internacionales como la OMS y la OPS declararon en un documento titulado “Covid-19: Recomendaciones para el cuidado integral de mujeres embarazadas y recién nacidos” publicado en marzo del 2020, “la importancia de que la mujer esté acompañada

durante todo el proceso de parto. Además de hacer énfasis en el impacto positivo que tiene el contacto piel con piel y la lactancia materna aún en mujeres con el virus Covid-19 confirmado". (Gallardo; Echetto. 2021. p 60).

En el caso de Amanda, como en el de otras entrevistadas, no se utiliza el concepto de *violencia* durante el relato de su parto o internación, sin embargo si se expresa de diversas formas el recuerdo del una vivencia de malestar, de tensión, de maltrato por parte del personal de salud, de reconocerse como ignoradas a la hora de pedir información o no ser escuchadas sobre lo que necesitaban. La violencia obstétrica es difícil de identificar, incluso entre las propias víctimas, fundamentalmente porque no es nombrada y porque es poca la información sobre los derechos de las mujeres en el parto. Este hecho encapsula la vivencia de maltrato o traumática en el recuerdo de las mujeres, permaneciendo latente durante el puerperio, sin poder identificar qué fue exactamente lo que estuvo errado en ese acontecimiento tan particular que es el parto.

Al decir de Murialdo (2020) existe la convicción por parte del personal de salud -y yo ampliaría del conjunto social en sí- de que lo que ocurre en la sala de parto queda circunscripto exclusivamente a ese espacio/tiempo, sin hacer una ligazón entre la experiencia de parto y la de maternidad en sí. Cómo si el hecho de poder retirarse de la institución con un bebé sano produjera un corte imaginario en la experiencia vital de las mujeres que acaban de sufrir múltiples intervenciones, y como ya se ha dicho, en gran parte de los casos múltiples violencias.

El hecho de hacer lo necesario para preservar las vidas del bebé que nace y de la mujer que pare independientemente del nivel de medicalización que ello requiera, parece que deba ir acompañado por un sentimiento de gratitud por salir con vida del parto, evento entendido como potencialmente peligroso, en el cual el personal de salud actúa en base a unos principios biomédicos que reparan un cuerpo previsiblemente defectuoso y cargado de riesgos. (Murialdo, 2020. p 65).

Se considera que muchas veces estas experiencias de violencia durante el parto, que no logran ser identificadas ni nombradas, generan efectos en las trayectorias femeninas

inclusive a largo plazo. Pueden resurgir como sentimientos de tristeza, malestar psíquico o físico, dificultades para reinsertarse en su mundo social o en casos más graves como cuadros de Estrés Postraumático o depresión (Moore, 2016).

4.1.4. Narrativa de un parto en domicilio: El relato de Antonia.

El parto de Antonia fue el único en el marco de las entrevistas realizadas que no se desarrolló en una institución hospitalaria. En este caso había llevado un embarazo sin complicaciones y estaba a término, habiendo pasado unos días ya de que se cumplieran las 40 semanas. Antonia y su pareja habían participado de instancias de preparación para el parto en un grupo al que se integraron y en el que fueron asesorados por parteras. Tenían deseos de que el parto fuera domiciliario, pero sentían miedo, por lo que habían decidido hacer el trabajo de parto en domicilio y luego concurrir al sanatorio. Sin embargo ese día las cosas se dieron de un modo diferente. Relata Antonia:

teníamos ganas de hacer el parto en domicilio, pero por cuestiones económicas y por razones un miedito más de mi pareja que mío,(...) lo que decidimos fue hacer el trabajo de parto en casa, que es que te acompañe una partera hasta que estás en trabajo de parto y cuando estás como bastante dilatada digamos vas al Sanatorio, y estábamos acá y empecé con contracciones, llamamos a la partera, y cuando llegó la partera, yo tenía creo 3 cm, o sea que estaba tranquila para estar acá pero empecé a tener contracciones regulares. Al rato que me levanté, estaba sentada acá en casa, ta cuando me levanto tengo una contracción re fuerte y sensación de pujo y ya tenía 10 cm de dilatación, entonces nació acá al final.

Relata haber vivido las contracciones de un modo tolerable, sentir confianza en sí misma para el trabajo de parto, aunque no así para el momento expulsivo.

A: me había preparado, me tenía confianza para eso, no me tenía tanta confianza para el momento del expulsivo, y ta así fue, estaba, tenía miedo de hacer fuerza, le decía pero “ me sale todo, se me van a salir todos los órganos!”

E: ¿Esa era la sensación?

A: Si, de que iba a perder todo, y ahí la partera como muy seria me dijo “tenés que pujar ya porque está a mitad de camino y tenés que pujar”. Y ahí en la siguiente, como esa sensación esa contracción para pujar, pujé y nació y ta.

Destaca la toma de decisión respecto a si ir al sanatorio o parir en su casa como un momento importante, ya que todo se estaba dando sobre la marcha y su dilatación había progresado más rápido de lo esperado por ella. Respecto a cómo manejó la partera que la acompañaba esta toma de decisión dice:

mi pareja dijo “no, lo tenemos acá”, re contento, y yo la mire a la partera y le dije “¿pero vos podés sola?” porque ellas trabajan de a dos siempre, y ta había una sola, yo qué sé, yo en ella re confiaba pero por algo siempre son dos, y ella me dijo “si, pero decidan si ustedes quieren tenerlo acá realmente” y yo dije, bueno ta, se fue y nos dejó solos un ratito para pensarlo, ya como pronta para pujar y dijimos si, y ta, y mi pareja preguntó “¿qué tengo que hacer, qué traigo?”, “tenés que calentar el cuarto”, trajimos una estufita y toallas limpias, y ta, fue en el cuarto ahí.

Este relato deja ver como un momento de toma de decisiones definitivas es abordado desde las distintas figuras presentes con gran responsabilidad y respeto. Antonia a pesar de encontrarse en pleno trabajo de parto, con contracciones y a punto de parir es perfectamente capaz de evaluar lo mejor para ella y el bebé, para esto realiza una consulta a la persona que oficia como referencia en ese momento, la “experta”, la partera preguntándole si ella es capaz de manejar la situación que se desencadenará próximamente. La partera, por su parte, le brinda la confianza en que es capaz de manejar la situación brindando la información pertinente (las condiciones están dadas para que se

desencadene el momento expulsivo allí mismo), pero dejando la decisión final a la pareja. Inclusive permitiéndoles tiempo y espacio privado para que conversen y opten por lo que consideraron mejor, estando dadas las condiciones para que se produjera el parto en domicilio.

Tenemos aquí una situación de parto respetado, donde tras la evaluación de diversos factores (embarazo de bajo riesgo, maduración fetal, condiciones en las que se presenta el parto), la decisión de la mujer y su pareja es respetada. Se encuentra acompañada todo el tiempo, se le permite ubicarse en la posición que le resulta más cómoda y no es objeto de intervenciones innecesarias. Incluso cabe destacar que entre el primer tacto y el último sucedió una dilatación de 7 cm (de 3 a 10) sin que en el medio haya existido la necesidad de ser tactada constantemente.

Si bien la experiencia de Antonia no puede generalizarse, ni puede asegurarse que el proceso de parto y su desenlace satisfactorio sean consecuencia del no intervencionismo profesional y la no identificación de situaciones violentas, si cabe destacar que fue un parto con particularidades que lo hacen diferente a los demás relatos de las entrevistadas, y que Antonia destaca la tranquilidad con la que pudo manejarlo, inclusive el dolor que en ningún momento le resultó intolerable. Cabe analizar aquí que las condiciones en las que se dió su parto fueron diferentes a las de las demás entrevistadas, se encontraba en su casa, un lugar en el que se sentía segura, acompañada, y la partera que la asistía era la misma con quien había hecho la preparación para el nacimiento, por lo tanto había construido un vínculo de confianza, y fundamentalmente, las decisiones sobre el nacimiento fueron tomadas por ella y su pareja, con el asesoramiento profesional de la profesional tratante, pero sin perder de vista el hecho de que la decisión final era de ellos/as.

El caso de Antonia es un caso en el que las condiciones estaban dadas para que pudiera desarrollarse un parto con estas características porque no era un embarazo de riesgo, ni se presentaron complicaciones. A pesar de ello, excepto en situaciones de alto riesgo en las que la vida de la madre o del bebé esté en peligro, la mujer siempre debería ser la protagonista de su parto y como se ha explicitado anteriormente, desde el marco legal nacional, así como a través de las recomendaciones de organizaciones internacionales, el derecho a de la mujer respecto a las decisiones que se toman sobre su cuerpo debe ser respetado.

4.1.5. El cuerpo en el puerperio, la recuperación tras el parto.

La recuperación del parto representa una parte fundamental del puerperio. La vivencia del cuerpo puérpero, el cuerpo “para otro” al decir de Mora (2009), es una experiencia determinada por profundos cambios psíquicos y corporales. La autora refiere a esta experimentación del cuerpo propio en el puerperio, como la experiencia de ser carne.

Al pasar de ser dos en el cuerpo de una, a luego ser una que a la vez es dos, viviendo en dos cuerpos, conectados de múltiples maneras, es mucho lo que hay que recomponer de sí misma (...), la sensación de la presencia de “ser animal”, presente desde el embarazo, se profundiza: desnuda, lastimada, suturada, chorreando e inundada de sangre y de leche, se es carne. En los días que siguen al parto, la experiencia de ser *carne* y poco más que eso, es muy poderosa. (Mora, 2009. p. 27).

Tras haber sido un cuerpo habitado por el feto durante el tiempo de gestación, el cuerpo del puerperio no es el cuerpo anterior al embarazo, ni tampoco un cuerpo que se ha separado completamente del bebé. Diversos estudios demuestran como el contacto piel con piel resulta fundamental para la regulación fisiológica de los recién nacidos a la vida extrauterina (OMS, 2021). La experiencia corporal puerperal es una experiencia de profundas transformaciones que debe ser considerada en relación al impacto subjetivo que produce. Esta vivencia intensa, enfrenta a las mujeres en muchos casos a sensaciones y dolores hasta ahora desconocidos, con las consecuentes repercusiones emocionales. La pérdida del cuerpo anterior al embarazo, la angustia mediante la que se tramitan las heridas e intervenciones del parto, mientras se experimenta el encuentro con la maternidad, el cuidado del recién nacido y el agotamiento, implica sin dudas una experiencia determinante en su historia personal.

Mora (2009) destaca que en relación a la maternidad, el embarazo, el parto y el puerperio representan tres acontecimientos que marcan profundos cambios en el cuerpo y en la subjetividad de las mujeres, identificando el embarazo como una etapa de cambios

corporales sobre los que no se tiene control y muy afectados por las circunstancias particulares en las que se encuentre la mujer que los transita (el lugar que ocupa dentro de su propia biografía, sus proyectos, así como las condiciones materiales y el respaldo que las mismas le ofrezcan o no). El parto es descrito por la autora como una experiencia de “pasaje y de desgarró” (Mora, 2009. p. 26). El puerperio es la experiencia de volver al cuerpo propio, pero a un cuerpo que aún sigue estando en profunda relación con el bebé (Ramirez Matos, 2020), ese recién nacido que lo necesita para sobrevivir, fundamentalmente si se ha optado y logrado una lactancia exclusiva, pero no exclusivamente por esto.

Dice Rich (1976) “Resulta poco útil separar la sensación de la emoción o el cuerpo de la mente, se de lo que se trata es de comprender la experiencia femenina en su totalidad, y en particular una de sus funciones - el dar a luz- tan cargada de fuerza inconsciente y subjetiva, y tan dramática como sensación física” (p.237). Destaca Mora (2009) que ese cuerpo propio “ya no es el mismo que era antes de ser sede de otro. Esto lleva a sentirse otra, con otro cuerpo que no es el que tenía antes ni durante el embarazo, y que se experimenta de una nueva forma, que no se reconoce” (p. 26).

Lo que sucede en el parto acarrea consecuencias en el puerperio en el plano físico y emocional. Las intervenciones que se realizan, el modo en el que las mismas son realizadas, el trato del equipo médico, son situaciones que dejan su marca aún luego del nacimiento (Moore, 2016).

La realización de la episiotomía en el parto de Sabina le acarreó diversas dificultades en el tránsito por el puerperio. La episiotomía es una intervención quirúrgica que implica la realización de un corte en el perineo (piel y músculo entre la abertura vaginal y el ano) a fin de ampliar la abertura vaginal durante el parto. En el caso de Sabina relata que en la recuperación algunos puntos se abrieron y que debió atravesar dos infecciones que le generaron múltiples molestias y dolores y esto fue algo que repercutió en su tránsito por el puerperio durante los primeros meses.

Yo fui como medio convencida de que la episiotomía era una buena opción, me arrepiento toda la vida de que se use. La episiotomía no es una buena opción me parece (...) tuve muchas complicaciones en el posparto. El puerperio en los primeros tres meses fue terrible, porque me pasó todo lo que te puede pasar con una

episiotomía, se me abrió y se me formaron granulomas, tuve dos infecciones, una a la semana, o sea cuando se abrió y otra a los 15 días. Tomando antibióticos, tuve algunos cólicos por el antibiótico.

Amanda tampoco fue consultada sobre la realización de su episiotomía durante el parto de su hijo:

E: ¿Te avisaron que te iban a hacer la episiotomía?

A: No. No, que eso también se supone que lo hacen, que lo tienen que hacer (silencio) (...) de la episiotomía no, no aviso, me sutura, me avisa, eso sí, que me iba a suturar.

Amanda parece estar confundida respecto a cuáles eran sus derechos y si debía ser consultada sobre esta intervención, es una situación similar a la que describen otras entrevistadas, y aún cuando sí los conocen muchas veces tratar de hacerlo valer implica enfrentarse al personal que les brinda atención. La Ley de Violencia basada en Género (2017) establece que:

La práctica clínica de los equipos de salud deberá respetar, durante todo el proceso asistencial, el derecho de toda mujer sobre las distintas intervenciones sanitarias que pudieren tener lugar, de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas. (Uruguay, 2019. Art. 14).

Sabina, sufrió múltiples consecuencias en la recuperación tras que se le realizara una episiotomía, cree que el desgarro debe ser menos doloroso y más fácil de sanar, *“La episiotomía no es una buena opción me parece, creo que el desgarro es algo de que me pasó porque me pasó, porque mi cuerpo necesitó eso”*.

Sin embargo, la recuperación del desgarro de Maite y Antonia fue descrita por las mismas como dolorosa, incómoda y larga. Particularmente la de Maite que se atendió

exclusivamente con su ginecólogo, en el caso de Antonia contó con el acompañamiento de las parteras que asistieron su parto.

Amanda también tuvo una recuperación compleja de su episiotomía y manifiesta lo incómodo y doloroso que resultaba. En el relato de Amanda también aparece el temor y angustia ante la posibilidad de mirarse tras el parto:

La episiotomía para mi también fue, obviamente que nunca tuve una cesarea, y debe ser peor, pero para mi la episiotomía fue super dolorosa, no, espantoso (...) me sentaba y ya me dolía la herida en sí, estuve con frio en un punto, tenía un punto, aparte yo había tenido hemorroides, por el embarazo, había un punto que estaba muy cercano, entonces hemorroides punto, toda esa zona, ¡ay, que para mi era un dolor!, y era el punto que me jodia. Y ese punto en realidad cuando fui a los 10 días a la ginecologa, ese punto había fallado, o sea estaba abierto y ella me lo dijo, “no te lo saques”. Yo no quería ni mirarme, pero era mi cuerpo. Yo fui a la ginecóloga y no me había mirado, es más, no me miré hasta hoy, jamás.

Los tactos de rutina también son parte del protocolo de atención al parto institucionalizado, desnaturalizando el hecho de que lo que se está tactando es un cuerpo femenino en un momento de gran vulnerabilidad y muchas veces esta acción se realiza sin pedir autorización o explicar el motivo por el que es necesaria.

Lourdes, relata:

Conté como 7 veces que me hicieron tacto y las 7 veces me dolió horrible. Yo pensé que como dilatabas eso era más llevadero, pero no. Y nada, como a las 5 o 6 de la tarde vinieron a tactarme de nuevo, porque ya ahí era más extendido el tiempo, y yo no había dilatado absolutamente nada, así que ta, angustia pero ta, le dije “no, esto es una tortura, no puedo más.

Lea, relata sobre cómo se sintió ante los tactos que se le realizaron:

¡ah horrible, horrible! Yo no sabía que eran tan dolorosos, pensé que era como el tacto de cuando vas al ginecólogo. Igual el doctor, antes del parto ya me tactó en un control, en el último control, me tactó para ver si yo tenía dilatación y me re dolio, entonces ahí sabía que era doloroso, pero si, me re dolieron, me re dolieron, tanto que le dije “me duele más esto que las contracciones”.

La pérdida de poder de decisión de las mujeres en el parto, aparece en varias de las entrevistas cuyo parto fue en el ámbito hospitalario. La vertiginosidad con la que comienzan a suceder los acontecimientos una vez ingresan en la institución médica, la falta de información clara, y el ser excluidas en la toma de decisiones son situaciones comunes, aún en partos de bajo riesgo. Dice Maite:

yo había preparado el parto, sabía que si lo sentía moverse y estaba todo bien podía esperar un poco más en casa, y fue lo que hice. Porque además yo fui a parir en (mutualista X) que es el lugar donde trabajo, entonces ir para ahí era meterme en la boca del lobo y yo quería estar tranquila.

Al trabajar en el sistema de salud la participante contaba con información y tenía claro que no sería fácil su ingreso a la mutualista y lidiar con las lógicas de trato a las parturientas. Manifiesta querer vivir un parto respetando sus tiempos y por este motivo postergar lo más posible el ingreso hospitalario. En este caso el haberse preparado para el parto, el conocimiento de la institución médica y el haber realizado por escrito un plan de parto fueron factores que le permitieron posicionarse desde otro lugar ante el ingreso hospitalario. Tenía claro que no quería que se le realizaran intervenciones a menos que fuera estrictamente necesario.

Las mujeres, en su posición de paciente, entienden que deben acatar de forma pasiva el trato del personal de salud, las lógicas de atención hospitalaria socialmente instaladas no dan lugar a el cuestionamiento respecto al trato recibido o los derechos violentados. Murialdo (2020) analiza las características de la cultura biomédica de atención al parto, identificando entre otros elementos, cómo es un sistema profundamente jerárquico en el que

las mujeres usuarias de los servicios de salud se encuentran en el último lugar en la cadena de jerarquías.

Las dinámicas hospitalarias de la cultura biomédica se ven regidas por estructuras jerárquicas que se disponen desde el profesional con mayor rango hasta la paciente, desempeñando ésta el rol con menos capacidad de decisión dentro de estas dinámicas (...) en el rango más inferior de la estructura hospitalaria se encuentran las mujeres embarazadas, que insertas en un sistema institucional de salud, son desprovistas de elementos tangibles como su propia ropa o complementos, así como de elementos simbólicos como la responsabilidad, la autonomía o el control sobre sus cuerpos. (Murialdo, 2020. p. 125).

Lourdes recuerda la falta de escucha y el trato despersonalizado en su parto, sumado a tener que enfrentar que no iba a ser el parto que había imaginado, ya que terminó siendo una cesárea, relata:

Fue angustioso porque ta, todo mi plan... si bien yo estaba preparada para lo que fuera, porque bueno, vos no decidís mucho qué pasa en tu cuerpo. ¡Terminó siendo una cesárea con contracciones aparte! Terminó siendo una cesárea en medio de ese quirófano helado, los enfermeros todos apurados porque se les terminaba el cambio de turno, entonces todos querían salir todos ya, medio que a los empujones y todo. Ta, bueno, eso... Fue después a las 4 de la mañana, fuimos a la sala, yo estaba hecha paté y te decían que le tenías que dar teta acostada, no te podías mover pero le tenías que dar teta. Nunca habías hecho eso en tu vida pero parecía que tenías que saber cómo era todo.

La idea que Lourdes expresa de que en un parto la mujer no puede decidir lo que pasa con su cuerpo es algo instalado socialmente, tanto en el personal de salud que atiende el parto,

como en las mujeres que van a parir. Si bien en un parto se pueden presentar diferentes tipos de complicaciones e imprevistos que hacen que el mismo se aleje de lo que la mujer a priori había imaginado, existen una serie de decisiones sobre las que deberían ser consultadas y esto no sucede, como se ha señalado en este capítulo. Para esto es necesario que se le brinde la información adecuada, en lenguaje claro y accesible, priorizando un abordaje integral de la situación que contemple los aspectos emocionales y tenga a la mujer como protagonista.

La vivencia de pérdida de control resulta angustiante, la percepción de que lo que sucede en el propio cuerpo ya no depende de ellas, y no solo por el hecho de ser primíparas y enfrentar una experiencia no vivida anteriormente, sino por la construcción social que existe sobre la figura médica y el trato despersonalizado en las instituciones sanitarias.

La creencia de que el ingreso en el sistema de salud implica ubicarse en ese lugar pasivo y de pérdida de control del propio cuerpo, impide en muchos casos que las mujeres intenten siquiera expresar lo que sienten o desean, y que el personal de salud sea receptivo a esto vulnerando sus derechos. En otros casos, a pesar de expresar claramente lo que sienten o necesitan no son escuchadas, ni sus decisiones respetadas.

La percepción de Lourdes de su cesárea muestra una vivencia sumamente hostil, el “quirófano helado”, los enfermeros apurados por retirarse, y finalmente el mandato de un saber hacer respecto al recién nacido, amamantar sin ayuda, en un momento de vulnerabilidad extrema (“hecha paté”). El puerperio de Lourdes fue complejo, ante la pregunta sobre cómo fueron los primeros momentos posteriores al parto responde:

Horrible. Horrible. Si, espantoso. Calamitoso. En realidad porque si bien yo estaba con la anestesia y todo, no me podía mover mucho. Sentía que el cuerpo no me respondía, estaba como... temblaba, todo el tiempo temblaba. Entonces no tenía fuerza, no podía comer porque no tenía hambre. Tenía el bebé ahí que cuidar. Yo le decía a mi pareja “¡esto es horrible! ¡Sos responsable de una criatura y no podés ni con tu cuerpo!” Venían todo el tiempo, te prendían la luz, osea, para vos o para la de al lado. Entonces era como ta, un despliegue de gente que gritaba, no podías descansar (...) estaba muy nerviosa, porque dije “¡se me va a caer!”. En la camilla,

sola, porque ahí sí era el cambio de turno. Estaba sola, las luces medio apagadas, un enfermero que daba vueltas. No sabías a quién preguntarle nada. Un viaje. Después me dejaron sola en un pasillo con (el bebé) porque no les respondían de las salas, entonces no sabían a donde llevarme.

Del párrafo anterior, perteneciente a la entrevista de Lourdes, se destaca particularmente la vivencia de soledad, la falta de apoyo y de información para enfrentar esos primeros momentos enmarcados en lo que es considerado el *puerperio inmediato*, como se ha especificado anteriormente. El no cuestionamiento sobre el ejercicio de los protocolos sanitarios impide dar visibilidad a este tipo de situaciones donde claramente las necesidades de las mujeres y bebés no quedan cubiertas, ni desde el punto de vista asistencial, ni mucho menos en lo que refiere al soporte emocional. Si analizamos lo que Lourdes manifiesta es haber atravesado probablemente una experiencia muy estresante y minutos después hallarse sola y encargada de la supervivencia de su bebé, a pesar de encontrarse muy débil y aún bajo los efectos de la anestesia.

El relato de Lourdes transmite la vivencia de pérdida de control, quedar sujeta a las decisiones y acciones de otros, desde el trato hacia el propio cuerpo, hasta la toma de decisiones como por ejemplo ser trasladada a una sala o permanecer en el pasillo, no respetar los tiempos de descanso (prender y apagar la luz que le impide dormir), etc. Se repite, al igual que en otras entrevistas el adjetivo *sola*, la sensación de no contar con apoyo para cuidar al bebé, y el *no poder* (comer, descansar, sostener).

Porque lo que suele ocurrir en el puerperio, así como en el parto hospitalario, refiere justamente a la no escucha de las necesidades maternas mediante la implementación de protocolos y discursos que no se ajustan a las mismas. La separación entre los procesos del cuerpo, como ser el parto y su recuperación, de las huellas subjetivas de los mismos son un elemento a tener presente en lo que sucede en el puerperio. La vivencia de vulnerabilidad, cansancio y dolor del parto y el puerperio, que no es reconocida en el modelo médico imperante, no encuentra un lugar en la atención sanitaria en la mayoría de los casos y no logra tampoco ser significada por las mujeres que la vivencian, resurgiendo en las entrevistas como un discurso confuso que deja entrever el malestar y la desprotección física y emocional sin poder identificarla en el orden de la vulneración. Cambiar la atención al parto hospitalario, el trato humanizado por parte del personal de salud y colocar a las mujeres

como sujetos de derecho, capaces de comprender, decidir y expresar lo que sienten, resulta determinante para el tránsito de la experiencia de nacimiento y puerperio.

En el posparto, la sensibilidad de los profesionales que acompañen la recuperación y secuelas del parto también es un factor fundamental a la hora de que la consulta pueda convertirse en un espacio de apoyo y contención, o ser vivida como una experiencia agresiva. Antonia dice haberse sentido nerviosa al contar al médico que el parto había sido en su casa.

Me ve entrar -el ginecólogo- y me dice “acá me marca que tenés 45 semanas de embarazo, algo está mal” y ahí le dije “bueno, no. Nació en casa” y ta, no me dijo nada, era un ginecólogo que las de X (agrupación que acompañó el parto en domicilio) conocían, pero yo nunca le había manifestado a él que era una opción para nosotros el parto en domicilio, un poco por no saber cómo iba a responder y por no... sí ...como miedo a que me dijera algo y yo quedara como así, tampoco, o sea si bien era como buena onda y respondía bien a mis preguntas. Era un loco que me atendía muy muy rápido, de hecho era como que me olvidaba de hacerle preguntas porque era tan..., me hablaba rápido, era como acelerado.

La figura del médico aparece también en el relato de Antonia como una figura de poder, a la que le da miedo contradecir. Los controles ginecológicos durante el puerperio también deben ser analizados a la luz de lo que representa la figura del médico en un modelo de atención en salud intervencionista e impersonal, con las características que ya se han descrito. Al asociarse el posparto también a la órbita médica, su control y tratamiento se inscribe en el orden de lo que es calificado como normal o patológico, ubicándose a las mujeres-pacientes en un lugar de sumisión e ignorancia respecto a sus procesos corporales, desconociendo también la dimensión psicológica de la etapa.

El trato despersonalizado genera la sensación de no sentirse escuchadas, o el miedo a contradecir al médico. En el caso de Maité, al momento de la expulsión sufrió un desgarro y

relata las consecuencias de su recuperación en el puerperio asociándolas a un trato poco cuidadoso y comprensivo por parte del ginecólogo.

Volví a ir al ginecólogo y me encontró esto, que era como un tejido cicatrizal que se formó sobre la herida donde estaba el hilo, que eso es como que mi cuerpo hizo una reacción a ese hilo que se reabsorbe, pero al absorberse hace como si fuesen granitos de tejido. Lo trataron la semana pasada por última vez, lo quemaron con nitrato de plata, que es como un lápiz que te queman. Ta, piré, porque aparte me hizo el PAP y después me hizo eso. Yo estaba que no podía más, me transpiraban las manos (hace gesto que simula un temblor corporal) El ginecólogo tiene eso además, como que ellos quieren graduar tu umbral de dolor. Pero a mí me dolió horrible. Bueno ta, vení en un mes me dijo, así seguimos el mes que viene porque tenés mucho más de lo que yo pensaba". Y ta, tengo que volver el mes que viene, ya hace 5 meses del parto y yo sigo en vueltas con esto.

En el relato de Maite aparece nuevamente la sensación de pérdida de control en la consulta ginecológica, al mencionar que el médico es quien "gradúa" su "umbral de dolor". Al igual que en el parto la vivencia es de pérdida de control y desautorización ante las señales y necesidades de su cuerpo. La contención inadecuada, la falta de explicaciones o el trato jerárquico pueden modificar la experiencia de las mujeres en puerperio y generar situaciones que les produzcan diversos malestares.

La percepción del cuerpo tras el parto aparece como un punto de inflexión en el relato de las participantes. Aquellas que han tenido un parto vaginal relatan temor de ver cómo han quedado tras el nacimiento. En el caso de Sabina, la cicatrización y curación tras la episiotomía que le realizaron fue compleja, la percepción de su cuerpo y el daño que había quedado en él le generaba temor y angustia.

S: Después de que cerró tenía que ir todas las semanas a cauterizar eso. Era muy doloroso, una episiotomía duele. Y mirarme en el espejo era... la ginecóloga me

decía “¿ya te miraste?”, ¡ yo no quiero verme! Y las veces que miraba me ponía a llorar.

E: ¿Por qué llorabas?

S: Porque era una vagina que no era mía, no era mía. Destrozada. Una vagina de Frankenstein.

Sabina identifica todo lo relativo a la episiotomía y las dificultades de su cicatrización como uno de los aspectos más difíciles a sobrellevar en su puerperio. El puerperio implica enfrentarse a un cuerpo desconocido, no es el cuerpo de la gestación, ni tampoco el anterior a la misma. Es un cuerpo en tránsito entre lo que fue y lo que será luego de la recuperación del parto, y utilizo aquí el término recuperación en un doble sentido, apelando al acontecimiento corporal estresante que representa en sí, y también a las consecuencias de la violencia ejercida sobre el mismo.

Tal como explicita Sabina, la angustia y el miedo que le genera la percepción de su vagina suturada, comparándola con algo monstruoso “vagina de Frankenstein”.

En el caso de Antonia sufrió un desgarro, hecho que implicó ser suturada por la partera que atendió el parto en domicilio. Respecto a su recuperación menciona que no fue fácil, sin embargo no hubo infección ni complicaciones de otro tipo.

A: Me daba miedo ir al baño. Demoré 5 días en volver a hacer caca, las parteras me decían “tenés que ir porque va a ser peor” y yo les decía “me da miedo, me da miedo”. Ahí conseguí de una amiga que tenía esos almohadones que son como una dona. Me prestó uno y eso me aliviaba para sentarme y que los puntos no rozaran con el sillón, y eso fue bastante molesto. Ta, me pasaba unos yuyos, no me acuerdo si era...algo para que cicatrizara con una jarrita, era como... incomodidad, y creo que a los 20 días, por ahí veinte y algo se absorbieron, y quedé con una molestia que cada vez que hacía pis me ardía. Pero no, no, yo me miraba con un espejo, ahí va, siempre me miré, como también para ver cómo estaba.

E: ¿Cómo fue la experiencia de mirarte?

A: Al principio no me animaba, cuando me estaban cosiendo las parteras me decían “mira, ¡pero mírate!” y yo decía “no quiero ver nada”, “pero es importante que te veas para ver cómo queda”, y yo decía “no estoy preparada”, pero a los días sí, sobre todo quería chequear que los puntos siguieran ahí, que no se hayan ido.

Respecto a la experiencia de mirarse en el período de recuperación dice:

¡Fue fuerte! Y ¡¿cómo se arregla esto?! Pero no fue traumático, fue como “¡pah! ¡cómo quedé! qué raro”

A diferencia de Sabina, Antonia tuvo un seguimiento posterior en su recuperación por el mismo grupo que atendió su parto y control ginecológico varias semanas después. Allí le contó a su médico que el parto se había desarrollado en el domicilio, y este tras revisarla, le brindó asesoramiento para finalizar la recuperación de su desgarro. Una intervención apropiada, respetuosa y acorde a una necesidad de Antonia.

Farías (2014) describe la vivencia corporal puerperal de la siguiente manera:

El cuerpo es vivido en el puerperio como un puzzle que hay que rearmar, piezas que quedaron desconectadas no pudiendo ser vividas como una unidad, un todo. El corte, la cicatriz, es solo el recordatorio externo de la experiencia subjetiva de la herida emocional. (p.90).

En el caso de María su vivencia del cuerpo durante las primeras semanas fue muy particular. Habiendo tenido un parto prematuro (cesárea a las 33 semanas de gestación) debido a una dificultad circulatoria, tras el nacimiento fue dada de alta, pero su bebé debió permanecer 3 semanas en cuidados intensivos, para monitorear su desarrollo extrauterino. Las primeras

semanas de puerperio el contacto corporal con su hija estaba acotado al tiempo que podía pasar con ella. Sobre esta experiencia dice María:

Estuvo salado, estuvo re salado. Que tenés tu cicatriz, pero tu bebé no está. Más allá de lo que le puede pasar en el nacimiento de cualquier mujer de un bebé a término, puede ser tipo, vivir la misma situación pero tenés a tu bebé. Se tuvo que quedar ahí más que nada por el peso y por un tema de la edad gestacional, ella estaba bárbara.

Al igual que en el caso de Amanda, la motivación y el deseo de María de estar con su bebé es un factor que incide en el proceso de recuperación desde lo emocional, apelando a la recuperación corporal y a sostener la lactancia como elementos que habilitarán este encuentro y el inicio de este vínculo.

Pregunté -al médico- “¿cuánto falta para que me suban?”, me dijeron que tenía que mover los piecitos, ta bárbaro. Moví los piecitos. No la podía ir a ver porque tenían que sacarme las vías y todo lo demás. Pregunto cuando me sacan las vías, me dicen que después que me pueda parar, y me sacan la sonda, que tomara agua. Es como un tema de... quiero ver el bebé. Voy a ir y voy a hacer todo lo que sea necesario.

Maite señala que desconocía las características del proceso de recuperación a pesar de haber hecho la preparación para el parto con un grupo de profesionales:

Era como más centrada en el momento de parir -la información que se transmitía- como respirar, como pujar, hubo una charla de lactancia y de cuidado del bebé, pero no de la mamá. No hacia mí, de la episiotomía te va a pasar esto, el desgarro te va a pasar esto. La alergia al hilo es muy común, porque después hablando con madres me fui enterando. “Ah! A mí me pasó lo mismo” Ahora en el grupo x - de acompañamiento en el puerperio- te dicen, porque bueno, nadie habla de esto. Viste que el puerperio en sí mismo es como una cosa que nadie la habla.

Maite resalta la falta de información sobre el puerperio y como esto no advierte a las mujeres de las dificultades y malestares que se pueden enfrentar en la recuperación del parto, muchas veces -como en su caso- a causa de las intervenciones realizadas durante el mismo. Los grupos de apoyo al puerperio permiten el encuentro con otras mujeres y situaciones similares, este intercambio amortigua la vivencia de extrañeza y soledad y habilita el relato subjetivo.

La dimensión emocional y la corporal se encuentran en profunda interrelación durante el puerperio. Además de las condiciones físicas y la recuperación fisiológica de cada mujer, es sustancial el encuentro con el recién nacido y el modo en el que el mismo se está transitando. Ambos fenómenos están ligados y requieren de acompañamiento integral y sensible. Asesoramiento, escucha y comprensión son igualmente importantes en lo referente al cuerpo que a los procesos de salud mental y emocional. Ya sea que el parto haya requerido intervenciones o no, se haya desarrollado en el ámbito hospitalario o en domicilio, los/as profesionales y el círculo afectivo cercano a la mujer, y el modo en que acompañen este proceso resulta determinante en la experiencia del posparto.

4. 2. Puerperio y lactancia.

En el siguiente apartado se aborda la experiencia de la lactancia, a partir de la problematización de diferentes elementos que inciden en la vivencia subjetiva de dar el pecho. En el punto 4.2.1 se analizan los mandatos socioculturales que existen sobre la lactancia y cómo afectaron la experiencia de las entrevistadas, en el 4.2.2 se hace mención a los apoyos profesionales a la lactancia, en el punto 4.2.3 se analiza la importancia del apoyo de la pareja en el proceso de lactancia. En el punto 4.2.4 se hace referencia a las redes de apoyo afectivo y cómo pueden colaborar en el sostenimiento de la lactancia. 4.2.5 Trata de la idealización de la lactancia en confrontación con las experiencias reales, y en el punto 4.2.6 se desarrolla sobre la dimensión deseante de las mujeres-madres que hace posible los procesos de lactancia.

4.2.1 De la expectativa sobre un saber-hacer instintivo a la experiencia de las mujeres

Al momento de realizar las entrevistas todas las participantes de la investigación se encontraban amamantando: seis con lactancia exclusiva, de las cuales dos habían

comenzado con lactancia complementaria (leche de fórmula y leche materna), logrando luego una lactancia exclusiva. En un caso por la edad del bebé se habían comenzado a introducir alimentos sólidos y agua a la dieta del lactante. Y en otro caso se sostenía una lactancia complementaria desde el comienzo (leche de fórmula y leche materna).

Dentro de los desafíos identificados en el puerperio, la lactancia fue uno de los aspectos que adquirió mayor relevancia en los relatos de las entrevistadas. Así como la vivencia del parto y la recuperación física y emocional en el posparto son temas de los que socialmente no se habla, la lactancia y lo que significa para las mujeres también lo es. Los discursos sobre lactancia son de orden científica, y colocan directa o indirectamente la responsabilidad de la misma en las mujeres que amamantan. Estos discursos tienden a generar dispositivos de monitoreo y adoctrinación sobre cómo se debe amamantar y por cuánto tiempo, los beneficios para la salud (física) de la madre y fundamentalmente del bebé. Son discursos políticos diseñados en base a saberes profesionales, no a las experiencias o necesidades de las mujeres. Por ejemplo, se destaca la importancia de la lactancia exclusiva y a demanda hasta los 6 meses del recién nacido, pero no se generan licencias laborales acordes a este lapso temporal para que amamantar sea posible. Las políticas de lactancia respecto a espacios y tiempos en los lugares de trabajo no parecen diseñadas a partir de la observación de lactancias reales, sino en base a la necesidad de lo que se considera tiempo productivo desde un discurso capitalista. Lo mismo sucede con la dimensión emocional de la experiencia, se insiste sobre la importancia del vínculo madre-bebé, pero no se generan dispositivos de apoyo psicológico para aquellas mujeres que deseen ser acompañadas y sostenidas o requieran un abordaje más específico en salud mental. La responsabilidad de que se produzca una lactancia *adecuada* a lo médicamente establecido recae exclusivamente en la mujer.

Ya sea una lactancia exclusiva, complementaria al incluir además de la leche materna leche de fórmula, o solo en base a leche de fórmula, debe visualizarse la dimensión que este evento adquiere para las mujeres madres. Es poco frecuente advertir o hablar acerca de las dificultades que pueden presentarse en la lactancia, es un tema no problematizado. Al igual que sucede con otros aspectos vinculados a la maternidad y el puerperio, como ser el parto y el cuidado en general, el supuesto que recae sobre las mujeres respecto a la lactancia es el de un *saber-hacer* instintivo, este hecho representa una gran presión para las mismas a la hora de enfrentar las dificultades que pueden surgir. Debe considerarse además la

asociación de la lactancia al afecto mediante el supuesto de que amamantar es un acto de amor, por lo tanto no amamantar representa una falla materna (Badinter, 1980).

Socialmente la idea de buena madre en el momento actual se asocia a la madre nutricia, que amamanta y disfruta de hacerlo, ajustándose claro a los parámetros culturales que regulan la lactancia (cómo se debe amamantar, en qué lugares se puede hacer, hasta cuando es correcto hacerlo). Más allá de que el deseo de la mujer pueda ser el de amamantar -en el supuesto de que pueda lograrse una lactancia exitosa- este ideal supone un juicio de valor sobre la idea de buena madre o mala madre. Buena madre es la que amamanta, la madre que no lo logra o no lo desea es considerada una madre que ha fracasado (Gimeno, 2018).

Debe aclararse además que en tanto se estimula actualmente por recomendación de la OMS a este tipo de lactancia (exclusiva y a demanda) durante los primeros 6 meses de vida del bebé, las licencias maternales no son contemplativas de esos plazos, ni en el ámbito público, ni en el ámbito privado. En el ámbito público la licencia para dedicación plena al recién nacido es de 13 semanas, contando desde una semana anterior al parto, por lo que se contemplarían 12 en las que se puede producir una lactancia como la antes mencionada, en el ámbito privado es de 14 semanas, contemplando desde 6 semanas previas al parto y 8 posteriores (Ley 19.121), por lo tanto las licencias otorgadas no se adecuan a la recomendación de lactancia exclusiva hasta los 6 meses posteriores al parto, convirtiendo el sostenimiento ampliamente recomendado de la misma en un problema individual con el que deberá lidiar cada mujer madre.

4.2.2: Dar el pecho - dar amor: lactancia, deseo y mandato

Al decir de M^ontes Mu^oñoz (2007), la lactancia es uno de los dos “frentes” que las mujeres deberán enfrentar durante las primeras semanas de puerperio, además de la recuperación física. En este punto resulta difícil identificar el mandato social construido a través de diferentes discursos de corte salubrista que destacan los múltiples beneficios de dar el pecho tanto para la madre como para el bebé, del deseo de las mujeres de hacerlo, o no.

El acto de dar de mamar posee una significación cultural que trasciende las necesidades alimenticias de los bebés, y por lo tanto representa mucho más que la nutrición de sus hijos/as en la experiencia de las mujeres madres. El discurso que se ha construido desde diferentes disciplinas respecto a la lactancia, la sitúa en el inicio del vínculo entre la madre y

el bebé, la significa como un acto de amor, quedando asociada al ideal de la buena madre (Gimeno, 2018). Esta perspectiva opera en el caso de varias de las entrevistadas, apareciendo en sus relatos de diversas formas.

En el caso de Amanda, que se vió forzada a permanecer separada de su hijo las primeras 72 horas, relata cómo su preocupación y el lazo con su bebé que se encontraba en cuidados intensivos fue mediante la idea de que debía estimular la producción de leche para no perder la posibilidad de amamantar.

Después uno hace la retrospectiva de la situación y yo pensaba, en ese momento, yo ya no tuve el vínculo famoso que te lo venden como fundamental del piel con piel, y tomar teta dentro de la primera hora y el calostro y la la la. Pasaban las horas y yo seguía sin contacto, o sea, él sin mí y yo sin él. Entonces yo me empecé a hacer la cabeza de que yo no me podía quedar sin leche. Yo no me podía estresar al punto de quedarme sin leche, ni hacer una mastitis, que casi la hago, ni quedarme sin leche. Yo me tenía que cuidar en ese sentido porque al momento en que a él lo fueran a subir, ese sería nuestro contacto, creo que fue eso lo que me protegió cerebralmente de no volverme loca.

Para Amanda preservar la posibilidad de amamantar asociada a la idea del vínculo que establecería con su hijo fue un estímulo y un desafío para sostener la separación de los primeros días, construye así una estrategia que relata incluso como algo que la protege *mentalmente* para poder sostener el estrés de estar aislada y tener a su hijo en CTI sin poder mantener contacto. Tal es la complejidad del tema, que como ya se ha dicho, resulta difícil diferenciar mandato de deseo, alimentación y vínculo. Amanda encontró en la posibilidad de amamantar una forma de tramitar la distancia durante los primeros días separada de su hijo, incluso mientras el mismo continuaba en cuidados intensivos, ella intentaba enviarle su leche, confiando en que la recibiera.

En un momento yo logré sacarme con el ordeñador, yo no te quiero mentir pero serían 10 ml y yo super orgullosa que me lo había sacado, ¡se lo mandé! Porque yo quería eso también, parte del vínculo era eso también y se lo mandé a él (bebé) y se supone que se lo dieron. Se supone que eso se lo dieron.

Su gratificación, descrita como orgullo, fue poder enviarle su leche, entendiendo este acto como una forma de estar cerca de su hijo, llegar a él mediante esa sustancia es asociado a la idea de establecer el vínculo madre-bebé. Su preocupación no era exclusivamente alimentar a su hijo, sino estarse vinculando con él a pesar de que todas las expectativas generadas sobre la importancia de las primeras horas juntos y el contacto piel con piel se hubieran visto frustradas.

En este caso Amanda deseaba amamantar y con algo de apoyo logró una lactancia exitosa y exclusiva, pero ¿qué sucede en los casos en los que la madre no puede o no desea amamantar?, ¿Cómo es vivida esa idea que asocia la lactancia al vínculo con el bebé, a la capacidad de maternar?

Ana define la lactancia como de las cosas más difíciles dentro del puerperio.

La lactancia fue muy complicada porque a la semana, cuando la llevamos al primer control con neonatólogo, nos dijo que había adelgazado un 18%. Ella pesó 3 kilos y medio y adelgazó a 2800 en 7 días, todo el mundo se estaba dando cuenta que ella estaba muy flaquita, y nosotros no nos dábamos cuenta.

Tras haber implementado una lactancia complementaria (leche materna, leche de fórmula) por recomendación de la pediatra, y haber logrado que la bebé alcanzara el peso esperado para la edad, Ana relata que su deseo era poder sostener una lactancia exclusiva.

Yo a los dos meses que me sentía como más confiada, ella estaba más despierta, tenía más fuerza, quise pasar a la lactancia exclusiva, que era como mi única meta,

lactancia exclusiva, lactancia exclusiva, tenía como un mandato que me lo repetía todo el tiempo, y creo que ahí un poco me psicoticé con eso (...) Hay un mandato de la lactancia exclusiva, de que es lo más importante, darle lo mejor, lo que tiene que ser, por distintas cosas a nivel nutricional, a nivel del apego, porque la OMS lo dice, porque fijate ahora estamos en pandemia y hacemos todo lo que dice la OMS, imaginate si.. en la maternidad digo, es lo mismo y eso hizo estragos en mi, ese mandato.

¿Qué es lo que Ana identifica como un mandato, más allá de sus ganas de amamantar? Ella lo asocia al discurso salubrista que establece la leche materna como el alimento primordial, relacionándolo ya no solamente a la alimentación sino a “*lo mejor, lo más importante, lo que tiene que ser*” de acuerdo a su decir. La psicología ha sido una de las disciplinas que particularmente ha reforzado estas ideas que relacionan la lactancia al afecto, posibilitando así un vínculo saludable. Al decir de Calquín (2013) durante la segunda mitad del siglo XX la psicología se constituyó en la disciplina adocrinadora por excelencia del cuidado afectivo de las madres hacia los/as hijos/as, así como el higienismo y la medicina social lo habían hecho anteriormente con los cuidados del cuerpo y el espacio.

Sin cuestionar los beneficios que pueda tener la leche materna para los recién nacidos, resulta necesario analizar los efectos que puede tener este discurso desde una perspectiva disciplinante que homogenice todas las situaciones sin contemplar las consecuencias negativas que puede tener para las mujeres que desean amamantar y no lo logran, o para aquellas que no desean hacerlo. El discurso salubrista deja de ser una recomendación para convertirse en un postulado dogmático que evalúa mediante la lactancia las capacidades femeninas de maternar y amar a sus hijos/as. Lo que es naturalizado en relación a las capacidades reproductivas femeninas se convierte en norma (Alzard, 2019).

En el caso de Ana la idea de amamantar asociada a una forma de vincularse y dar amor, y la imposibilidad de lograr que la alimentación de su hija fuera exclusivamente en base a leche materna tuvo importantes efectos a nivel emocional. A pesar de su deseo por amamantar, el peso que implica el discurso científico sobre la leche materna para los/as recién nacidos/as vinculado a la salud y el afecto materno parece haber convertido la experiencia emocional en una presión, sin contar además con la contención necesaria en lo que refiere al plano psicoafectivo.

Yo reconozco que hubo algo de eso que a mi no me salía, que no estábamos pudiendo con mi bebé, que necesitábamos un poco de las dos cosas (complemento y leche materna). Yo tenía miedo que ella rechazara el pecho, y a veces lloraba en el pecho, hasta los 3 meses muchas veces yo la ponía y ella lloraba, porque ya quería la mema. Y era una lucha, yo, el complemento y la teta, y el llanto, y entonces yo pensaba “no me quiere a mi, ¿por qué llora cuando yo le doy lo que yo le puedo dar?”

Este fragmento de entrevista permite analizar todas las dimensiones implicadas en esa interacción entre Ana y su hija, experiencias de satisfacción e insatisfacción, el cuestionamiento sobre su capacidad de materner debido al mandato, temor al rechazo de su bebé, frustración respecto a sus expectativas sobre cómo sería la lactancia. La capacidad de amamantar queda asociada a su capacidad para materner y al afecto de su hija hacia ella. El rechazo del pecho es leído por la participante como un rechazo hacia ella, y el hecho de que su leche no termine de llenarla como una insuficiencia personal que pone en cuestión sus capacidades maternas. Aparecen aquí sentimientos de miedo al rechazo, de frustración y de angustia. Al decir de Gimeno (2018) :

No dar de mamar es negarle -al bebé- una parte importante del amor maternal porque el amor es otra cualidad significativa de la leche materna (...) De ahí se sigue que si una madre no amamanta a su hijo, mucho más si es por voluntad propia, lo que le está negando es el amor (p. 143).

El mandato que recae sobre las mujeres respecto a ser madres y poder desempeñar ese rol instintivamente, erige a la lactancia como una pieza fundamental que probará sus cualidades naturales para el maternaje, asociando la capacidad de alimentar al amor (Badinter, 1980). La lactancia queda enmarcada entonces en un juicio moral. Se vuelve además una característica de la identidad materna, dice Gimeno (2018) al respecto, “La lactancia contemporánea, además de una forma de alimentación, es el elemento básico de una nueva identidad maternal (...) algo que nunca tuvo la lactancia histórica” (p.169-170). Por lo tanto es vivida como un reflejo de la capacidad de las mujeres para maternar. Si la maternidad está en la naturaleza de todas las mujeres, también lo está la capacidad -y el deber- de amamantar, no lograrlo o no desearlo es significado como una disfunción de sus capacidades maternas. Imaz (2010) señala que “pocas actividades humanas están tan cargadas de significados y simbolismos como lo está la lactancia en las sociedades occidentales contemporáneas” (p. 314), reconociendo este hecho como una consecuencia de lo que se ha dado en llamar la maternidad intensiva, un modelo de maternidad que debe cubrir todas las necesidades de los/as hijos/as respondiendo a la responsabilidad social que le es adjudicada (Hays, 1998).

Con perspectiva de género podemos analizar cómo la lactancia, al igual que otros aspectos de la reproducción humana (entendida esta como reproducción biológica) responde a mecanismos de control del cuerpo y la sexualidad, que operan a través de discursos socialmente legitimados que construyen el régimen de verdades de una época determinada. La lactancia, entendida no solo como el acto de dar de mamar, sino también como los discursos que la disciplinan, es un modo de ejercer control sobre el cuerpo de las mujeres y el ejercicio de las maternidades (Gimeno, 2018). Las dificultades en la lactancia ponen en cuestión a la misma como mecanismo instintivo, así como el hecho de que no haya sido históricamente una costumbre lineal de amamantar (Badinter, 1980). Al decir de Imaz (2010) si la lactancia es socialmente representada como un retorno a la naturaleza, sin embargo, resulta interesante el distanciamiento que las mujeres parecen sentir respecto a la misma cuando dudan de su capacidad para dar de mamar o de hacerlo adecuadamente. Muchas mujeres enfrentan la lactancia sin conocimiento de otras experiencias previas, propias o de otras mujeres, ya que no son saberes colectivizados. Sin embargo la idea dominante en los discursos científicos es la de la lactancia como un evento instintivo, remitiéndola al campo de lo individual e imposibilitando que la misma sea representada como un proceso, produciendo efectos subjetivos.

En el caso de Ana describe su vivencia cómo algo que le generó mucha presión y angustia.

E: ¿Cómo vivías vos esto de que tenías esa meta o ese objetivo (lactancia exclusiva) y que no resultaba como lo esperabas?.

A: Re angustiada, estuve recontra angustiada yo, nada me salía. O sea, fueron todo el tiempo cachetadas a mi narcisismo, constantemente, el nacimiento de que no fue como imaginaba, la lactancia no fue como me imaginaba.

Se juegan aquí las expectativas personales respecto a su proyecto de maternidad, su deseo y todo lo que Ana imaginó sobre cómo sería en relación a la experiencia tal y como se presenta.

Más adelante en la entrevista agrega:

Es esa cosa de los primeros meses que estás pegada, o sea, que sos vos con ella, vos con ella. Y ta, no sé, estaba en el ostracismo total, con las luces apagadas, febrero, calor, mirando una serie de Netflix que creo que la miraba mientras caminaba con ella, y trataba de calmarle los cólicos y el llanto. Fue agotador el tema de la lactancia, pero no fue agotador en el sentido de la demanda, que ella me demandara, era que yo la ponía en el pecho y ella lloraba, y cada tres horas eso se re editaba, y eso a mi me estaba enloqueciendo, cada tres horas... En un momento dije "voy a tirar la toalla, ya está le voy a dar complemento" pero eso me recontra angustiaba.

En el caso de Ana fue uno de los aspectos más difíciles del puerperio, y su relato deja ver la dimensión de la frustración y el dolor que le generaba no poder lograr la lactancia exclusiva. Señala como el acompañamiento apropiado requiere de una escucha sin juicios y atenta a lo que sucede en cada situación, en su caso buscó ayuda en varias fuentes. Respecto a esto dice:

Encontré una amiga de la facultad con la que hice toda la carrera, que vive en Colonia, entonces medio que nos dejamos de ver y empecé a hablar con ella por audios y a ella también la pasó lo mismo con sus dos hijos y también consultó doula, asesora, trató de ir con su segunda hija con una lactancia exclusiva y ta, no pudo. Me apoyé bastante en ella como para ir conversando algunas cosas, como lo frustrante que puede ser cuando querés una cosa y no te sale.

Sobre la búsqueda de información mediante otras fuentes, por ejemplo internet y la consulta a diferentes profesionales dice:

Fue complicado, la cantidad de información que estaba recibiendo, que yo buscaba y que no buscaba también, porque cada doula, asesora, cosa que venía a casa me decían cosas distintas, y sobretodo que yo me sentí..., me sentí muy exigida, porque más allá de que yo me autoexigía, de que esto tiene que ser de este modo y no había forma que no fuera de ese modo, también hay gente que se acerca y te dice cualquier cosa. Me pasó leyéndolo y no leyéndolo “cualquier madre le puede dar pecho y solamente pecho” ¡y no, no! Que el complemento es algo inventado (...) yo entiendo que nuestro cuerpo produce leche y que debería de alcanzar, pero ta, hay situaciones en las que realmente no se puede y me hacían sentir que yo estaba medio de vagoneta ¿viste?, tirando la toalla, que le estaba dando la mema porque al final era lo más fácil, porque si yo la ponía realmente yo iba a producir la leche suficiente para ella, mientras mi hija se iba desnutriendo, ta entonces como que ta, eso me empezó a rechinar. .Hoy lo cuento así, pero en ese momento decía “ta, se ve que no soy lo suficientemente buena, que estoy tirando todo, tendría que ser más firme y ponerme más firme, te pongo al pecho igual aunque llores, patalees, aunque me cagues a piñas (...) así yo lloro y me angustio y te caen las lágrimas a vos (habla

como si le hablara a su hija), porque esto tiene que ser de este modo”, y la verdad que hoy me doy cuenta que existe el complemento porque realmente por momentos cuando ella estaba muy así, y estábamos en ese modo las dos, me salvaba esa mema y después en tres horas intentaba otra vez eso.

El relato de Ana es muy claro, su experiencia de lactancia la enfrentó no solo a su propia frustración, sino también a las voces expertas repetían el mandato de la lactancia exclusiva, sin notar posiblemente que la mujer es quien termina siendo la única responsable de hacerlo posible. En esta viñeta aparece además la dimensión del vínculo que se jugaba entre ella y su hija, porque la lactancia es un modo de vincularse -aunque no el único- y sin embargo parece ser el legitimado por el discurso científico, sin considerar la tensión y el malestar que puede generar el enfrentar de forma continua la dificultad para amamantar, en el caso de Ana el temor a que su hija se viera perjudicada “mi hija se iba desnutriendo”, la frustración por no lograr la lactancia exclusiva y la culpa por tener que acceder al complemento.

Al igual que sucede con el parto, la construcción social que se genera sobre un saber-hacer instintivo respecto a la lactancia y el no abordaje preventivo de las dificultades que pueden presentarse durante la misma, expone a las mujeres que deciden amamantar (por deseo o por mandato) a la frustración y el estrés que puede suponer la experiencia concreta. Así como expone a las que deciden no amamantar al juicio moral sobre su ejercicio de maternidad. La lactancia no es representada como un aprendizaje, un proceso que puede requerir de apoyo, que lleva tiempo y mucha dedicación de las mujeres madres, que genera cansancio y que puede presentar dificultades, un proceso que requiere derechos, tiempos y espacios apropiados (Montes Muñoz, 2007). También resulta importante reconocer el hecho de que a pesar de que las mujeres decidan amamantar, pongan toda su voluntad y reciban asesoramiento, a veces puede no lograrse.

Como se señaló anteriormente, el respeto de las personas que acompañan a una puérpera que amamanta -sean éstas profesionales o no- por la situación particular de cada mujer madre con su hijo/a, es fundamental. Tanto los discursos que desestiman la complejidad de la lactancia y la relevancia de la misma, como los que la colocan como imprescindible para el desarrollo del bebé y del vínculo con su madre, pueden devenir en la subestimación de la

necesidad de acompañamiento y apoyo apropiados a las mujeres que amamantan. La escucha de cada situación es fundamental para no acabar depositando toda la responsabilidad en la mujer madre, haciendo énfasis en sus condiciones naturales para amamantar, convirtiéndola en una experiencia estresante para las mujeres en puerperio.

Antonia recuerda las dificultades con la lactancia durante las dos primeras semanas tras el parto de la siguiente manera:

A: Ahora miro para atrás y no es nada dos semanas, yo que sé, pero en el momento, con la intensidad, y también esto de que es la teta, bueno, es la teta o la leche de fórmula, pero en realidad él estaba creciendo, nadie le iba a dar leche de fórmula y yo no sabía si quería en ese momento, porque también, toda la lactancia materna y todos los beneficios pesaban.

E: ¿Y todo ese discurso sobre la lactancia cómo te pesaba o como jugaba en ese momento?

A: Yo lo que sabía era que si a él le introducíamos leche de tan chiquitito, y que la producción de mi leche es por, ¿cómo se dice? por estimulación, podía tener problemas con tener poca leche y que después pasáramos completamente a fórmula. Si era completamente necesario sé que nada, como que hubiera accedido. Lo que me pasaba, no sé, no me doy cuenta exactamente.

Aunque Antonia no logra identificar cuál era el motivo de molestia, la participante manifiesta la influencia que tuvo en ella el discurso sobre los múltiples beneficios de la lactancia en el momento de dar el pecho a pesar de sentir dolor, y el temor a tener que recurrir a leche de fórmula, convirtiéndose esto en un posible obstaculizador de la posibilidad de seguir amamantando. Señala que mirando en retrospectiva dos semanas parecen muy poco

tiempo, sin embargo debe tenerse en cuenta que en esas primeras semanas la leche es el único alimento que el recién nacido recibe, por lo tanto determina también su supervivencia.

Solicitar ayuda implica aceptar que no sucedió de forma *instintiva y natural*, implica un movimiento concreto hacia profesionales o personas de confianza que puedan asesorar, pero también un movimiento subjetivo respecto a las propias expectativas y su confrontación con la experiencia personal de lactancia. Por parte de los profesionales que acompañan los procesos de embarazo, parto y puerperio, sería fundamental la propuesta de este acompañamiento, siempre con respeto de cada situación y sus particularidades y sobre todo del deseo de la mujer madre.

4.2.3. Apoyos profesionales a la lactancia.

Como ya se ha dicho, la mistificación de la lactancia obstaculiza su problematización y el reconocimiento de las dificultades o imposibilidades que la misma puede presentar. Al igual que *el parto que no fue* (analizado previamente), la lactancia idealizada que no se logra, o al menos no sin ayuda, representa una importante fuente de frustraciones para las mujeres madres. Pedir asesoramiento o apoyo para amamantar no es algo que generalmente se tenga previsto.

Las figuras especializadas en acompañar la lactancia en nuestro país son las asesoras en lactancia, me referiré a ellas en femenino porque es un área de la que se ocupan mayoritariamente mujeres. La consulta a estas figuras especializadas depende de la iniciativa personal de las mujeres que amamantan y es generalmente de forma particular. El SNIS ha incluido entre sus metas prestacionales que los centros de salud incluyan policlínicas de lactancia. De las entrevistadas Ana fue la única que apeló a ese recurso, en su caso particular no destaca que le haya ayudado a conseguir la lactancia exclusiva, mandato que vivía con mucha presión, como se analizó anteriormente.

Amanda destaca lo importante que hubiera sido para ella contar con mayor soporte por parte de la institución médica para acompañar este proceso. Estando lejos de su bebé y sin estímulo para la lactancia, fue ella quien solicitó un ordeñador y ayuda por su propio interés

en poder amamantar y ante las dificultades que le estaba generando no poder drenar el calostro y la leche que producía.

Yo ahí pido el ordeñador, vienen, yo justo estaba en el baño cuando entran, poco menos que me lo deja y se iba la mujer. Entonces justo salgo del baño y le digo, “bueno pero no te vayas, nunca en mi vida usé un ordeñador, no sé cómo funciona este aparato, ni como funciona el mío. Necesito que me ayudes” y yo me tenía que ordeñar calostro. En ese momento era Moría Casan, ¡era un dolor!, era como imposible. Y bueno ta, ahí la mujer medio que con pocas ganas, me muestra me explica. Pasé todo lo que restaba del viernes y el sábado luchando entre el ordeñador, el dolor, masajes, enfermeras con un poquito más de buena voluntad que les pedí ayuda. Una muchacha enfermera muy bien que me enseñó cómo hacer masajes (...) Me apretaban, me dolía horrible.

Posteriormente Amanda solicitó ayuda de una asesora en lactancia.

Yo no podía más de dolor, le mandé un mensaje -a la asesora en lactancia- y me dice “ta, yo mañana a las 8 tengo que ir a la mutualista, paso por tu habitación” y fue tipo bueno ta, perdido por perdido, que venga. Cuando vino me salvó la vida. O sea, ella nada que ver con lo que me venían explicando, en cuanto obviamente ella sabía del tema, entonces me ayudó, me drenó, me alivió impresionante, a su vez me ayudó a que él -bebé- se prendiera.

Antonia también realizó una consulta de apoyo para amamantar:

me empezó a doler cuando le daba teta, y me acuerdo de estar noches llorando queriendo darle teta pero con dolor y nada (...) Y ta, ahí como que busqué, hablé con una asesora de lactancia, vino acá, me dijo que en realidad estaba todo bastante bien, que había que lograr que el abriera más la boquita. Me encontré con mi poca tolerancia a la frustración también, ahora miro para atrás, y digo, bueno es un proceso, hay bebés que nacen y que enseguida se prenden bien y buenísimo, pero hay otros que no es tan enseguida y que con un poco de paciencia se va logrando.

Solicitar ayuda representa la posibilidad de evacuar dudas y sortear las dificultades, es una forma de encarar el amamantamiento como un proceso de aprendizaje, no como algo que se sabe hacer naturalmente, sino un conocimiento que se adquiere y se desarrolla con mucha dedicación, tiempo y esfuerzo.

En el caso de Lourdes, en el hospital alimentaron a su hijo con leche de fórmula en las primeras horas posteriores a la cesárea. Según su relato ella no fue consultada sobre esta decisión y luego se propuso lograr una lactancia exclusiva y sin apoyo.

L: le estábamos dando complemento, porque viste que en la cesárea te dan complemento al principio, y ta, no se prendía, no se prendía, venía la mujer a ayudarme y ahí lograba, se iba y de nuevo.

E: ¿El complemento te explicaron por qué se lo daban?

L: El complemento se lo dan de una cuando nace, no hay nada. Tipo se lo dan al padre el coso y se lo enchufan. Pero ta, está bien, vos estás con el coso ahí, te están quemando la piel (ríe) Pero después yo le tenía que dar acostada y yo no podía, no sabía cómo. Sentía que se asfixiaba, ahí, horizontal. Y cada 3 horas nos explicaron que tenían disponible leche, complemento. Entonces lo que hicimos es que cada 3

horas íbamos y lo teníamos ahí. Entonces yo trataba de darle y si no podíamos le dábamos el complemento.

Lourdes no tuvo mayores complicaciones posteriores a la cesárea, ni su bebé tampoco, no es claro por qué fue alimentado con leche de fórmula sin consultarle. Sin embargo ella no lo entiende como algo errado, en parte porque asume que es algo que se hace de forma habitual y también porque de algún modo el hecho de que la decisión sea médica la alivia. Sobre las dificultades posteriores tras el alta del hospital y los intentos de lograr una lactancia exclusiva dice:

Fueron 2 días que parecieron eternos y frustrantes. Creo que un día le dije a mi pareja “mirá, ni lo voy a intentar, dale complemento porque no puedo, no puedo” La mente, todo, la presión de que lo tenía que alimentar, porque ta, era como básico, alimento. Y ahí... ahí creo que sentí mucha presión. No podía ni con mi cuerpo, iba a poder... Sentía que no lo podía ni sostener... Y ahí le dije - a su pareja- “dale complemento, ni intento”. Igual me sentí mal, pero había llegado a un punto en que necesitaba descansar.

La lactancia implica un proceso de aprendizaje sobre cómo hacerlo que se transita a la par de la recuperación física del parto, lo que implica muchas veces un agotamiento muy intenso para las mujeres madres, aunque el deseo de amamantar exista (Montes Muñoz, 2007). Debe considerarse además que transcurre en paralelo al agotamiento que conlleva el cuidado de un recién nacido, las rutinas de sueño alteradas y la atención constante que requiere. Los deberes que el modelo de maternidad actual impone a las mujeres con muchos (Hays, 1988).

E: ¿Por qué te sentiste mal?

P: Me sentí mal, pero creo que prioricé. Si yo no estaba bien no iba a poder tampoco. Ahí sentí que no podía más y aparte que no podía dormir. Estaba como sobregirada, y lo que me pasaba era que necesitaba descansar.

Siguiendo a Montes Muñoz (2007) que no se ofrezca apoyo a la lactancia, ni se transmitan las posibles dificultades que pueden presentarse es reflejo del mandato social que recae sobre las madres, a partir del cual la meta de lograr los mejores cuidados para el/la hijo/a implica el abandono del interés médico por su propio bienestar.

En el caso de María en el que su hija debió permanecer en cuidados intensivos durante 3 semanas por haber nacido de forma prematura, la lactancia fue complementaria al comienzo por indicación médica. Sus esfuerzos entonces estuvieron puestos en sostener la estimulación y poder darle su leche hasta que logró la lactancia exclusiva tras el alta médica. Sobre esta experiencia relata las ayudas a las que acudió y las estrategias que construyó:

Yo me alquilé un ordeñador que estaba pro, eléctrico, y ta, me ordeñaba. Te decían - el personal que atendía en CTI- que cada tres horas porque es lo que el bebé toma, si vos tenés un bebé que está a pecho. Después empecé a ordeñarme hasta que se me vaciaba una, me pasaba a la otra (...)Tenía una amiga que es doula, la atomicé. Me metí en los grupos de lactancia y crianza, por whatsapp. Después ya con la gorda en casa que tenía el tema ese del acople, que también era porque ella había tomado mema antes de tomar teta. Tomaba teta, nada, se alimentaba mayormente por biberón, entonces cuando fuimos para casa que estábamos a pura teta todo el santo día que para mí fue la gloria. ¡Logramos una lactancia exclusiva!

Los grupos de apoyo también pueden resultar espacios de sostén para las mujeres, no solamente por la información que allí puedan recibir, sino por el hecho de encontrarse con otras madres que atraviesan situaciones similares y poder ser escuchadas. Al igual que sucede con el parto, el relato de la experiencia de lactancia ayuda a poder resignificar, sostener y transitar la misma. Es por lo tanto fundamental la escucha respetuosa y el acompañamiento, así como el y en los casos en que sea requerido.

Entender la lactancia como un proceso, un ejercicio que logra realizarse mediante determinados aprendizajes, resulta fundamental para apartarla de la concepción dogmática de la misma como un suceso instintivo. Resignificarla socialmente habilita en las mujeres madres la posibilidad de manifestar las dificultades que atraviesan, los malestares que se pueden presentar, el dolor y frustración, sin que en este hecho se vea implicada la concepción que las mujeres empiezan a formar de sí mismas como madres. Este hecho es clave para poder transitar una experiencia más placentera y menos solitaria, siempre y cuando exista la mujer quiera amamantar.

4.2.4. Apoyo de la pareja para el sostenimiento de la lactancia.

En varios de los relatos aparece el apoyo de la pareja como un pilar fundamental en el proceso de lactancia. En el caso de Lea destaca particularmente la participación de su compañero, al punto de vivir la lactancia como un proceso conjunto y no solo suyo.

Con la lactancia me fue bien, tuve mis momentos más de crisis porque al principio yo me lastimé, ya en el hospital me lastimé, entonces me dolió mucho, los primeros 10 días me dolió pila. Cuando me empezó a bajar la leche fue lo más doloroso, pero también mi pareja me ayudó mucho, o sea ta, hizo su parte de compañero, entonces también como que al principio la lactancia fue cosa de dos, no fue solo mío (...) que mi pareja me ayude me hizo la diferencia, porque eso, éramos dos al momento de la lactancia, estábamos los dos.

Antonia también resalta la importancia de su pareja en los momentos más difíciles de su lactancia durante los primeros días de puerperio, *“me acuerdo de estar noches llorando queriendo darle teta pero con dolor y nada, mi pareja intentando sostener”*.

En ambos casos aparece la pareja como alguien que acompaña y sostiene, alguien que evita el transitar los momentos más complejos de amamantar en soledad.

También Lourdes menciona a su pareja en el tránsito por este proceso, cuando siente que es mucho su cansancio, pide que busque una solución alternativa, en este caso el complemento que ya le habían dado a su bebé en el hospital.

Tuve un desquicie la primer noche que estuvimos acá, a las 3 de la mañana que se despertó a comer y no quería, y no quería agarrar (el pecho), y no quería agarrar y ta, en un momento le dije a (pareja) “andá a comprar complemento” porque lloraba y no quería, y me hacía así (gira la cabeza) Probé una teta, probé la otra, probé una teta, probé la otra, y lloraba, lloraba y lloraba. No me había pasado eso nunca. No sé si es porque habíamos tenido la tranquilidad del complemento. Y le dije a mi pareja “ta, andá a comprar complemento”. No sabíamos ni a dónde tenía que ir, a las 3 de la mañana. Y entre que se vistió, y googleamos dónde había una farmacia abierta, y qué comprar y no sé qué, se calmó y se durmió. Ahí conseguimos complemento, le pedí a una amiga a ver dónde compraba y me pasó uno que ella tenía y ahí lo tengo.

Aunque finalmente logra calmar al bebé y luego consigue leche de fórmula por otra vía, en esa madrugada en la que se sintió desbordada por no poder alimentar al bebé fue su pareja el sostén que podía permitirle resolver la situación yendo a comprar complemento y ofreciendo una escucha receptiva y sin juicios a lo que Lourdes enfrentaba, a su cansancio y su necesidad de apoyo.

4.2.5. Ampliando la red: madres, hermanas, amigas, apoyos emocionales.

Otras mujeres madres, hermanas o amigas también aparecen cómo apoyos para sostener este proceso, una vez más la posibilidad de hablar sobre lo que afecta a las mujeres madres resulta un facilitador.

hablar con amigas, eso, creo que fue eso también lo que me ayudó, hablar con amigas. Dejar audios eternos de whatsapp, “me pasa esto esto y esto, a vos te pasó que te pasa, contame qué hago”, sobre todo eso, creo que fue como una gran ayuda,

me costaba porque yo sentía que todas iban con una lactancia exclusiva y yo iba con la mixta y era distinto. (Ana)

Sobre la importancia de hablar con otras mujeres dice Lourdes:

L: Es mucha información. Lo hablo pila, creo que eso me hace muy bien.

E: ¿Con quién lo hablás?

L: Con mis amigas, creo que sobre todo con las que han tenido hijos. Con mi madre, que sé que ella lo hizo diferente en su época, y que eran mucho más desapegados y había otro formato de crianza. Pero creo que me entiende y me escucha y me apoya. El decir lo que a uno le pasa desde lo emocional de uno también hace que el otro no pueda mucho criticarlo, porque si es lo que te pasa, ta.

La importancia de una escucha afectiva y respetuosa, porque como lo dice Lourdes muy claramente, lo que se relata no tiene que ver exclusivamente con el saber hacer, sino con el sentir, esa escucha, la posibilidad de verbalizar lo que se experimenta resulta un importante apoyo para sostener la lactancia y transitar las dificultades que pueden presentarse.

4.2.6. La “des-romantización” de la lactancia

Todas las mujeres de esta investigación lograron amamantar, algunas con mayores dificultades que otras, sin embargo todas reconocen algún nivel de dificultad y la relevancia que la lactancia tiene en el puerperio y su desconocimiento previo sobre este hecho.

la lactancia, que para mi nadie te dice lo que es la lactancia. Capaz que hay gente que no la sufre, pero para mi fue espantoso, el principio de la lactancia para mi fue horrible de doloroso, mucho más que el parto, de doloroso, de frustrante, y yo no

tuve problema de que él no se prendiera, de que él no tomara. Osea tuve un millón de cosas que la gente tiene y no pasaron, y para mi fue espantoso y yo lloraba, él se prendía y yo lloraba, y era no quiero que le toque de vuelta, o sea era tipo ¿otra vez? ¡Otra vez no! (Maite).

Como relata Maite, conseguir una lactancia exclusiva conlleva un proceso y no hablar de su complejidad produce falta de información. Además del parto y de la recuperación, la lactancia es un gran desafío, porque no es un proceso que dependa exclusivamente de las *capacidades naturales femeninas*¹⁴.

Dice Lea:

Yo en el momento más duro del dolor entendí a las madres que dejan de amamantar de manera temprana, porque si les sigue doliendo así 6 meses es terrible, porque realmente duele y cuesta.

Si bien no todas las lactancias tienen porqué presentar dificultades o dolor, la experiencia genera cambios subjetivos en las madres que amamantan respecto a la lactancia y posibilidad de comprender la experiencia de otras mujeres madres, experiencias sobre las que no se tiene conocimiento previo, permaneciendo en la invisibilidad social.

Amanda reconoce que a pesar de su deseo de amamantar no se sentía suficientemente preparada para el desafío que la lactancia implicaría.

En realidad es como que la lactancia queda a un lado. A nivel social y propagandístico, la lactancia es un momento de pleno amor, y eso pasa ahora que tiene 4, 5 meses. Osea, yo la deje de sufrir, de padecer a partir del primer mes, de sufrir a partir del segundo y disfrutar entre comillas a partir del tercer mes, por decirte algo.

¹⁴ El subrayado es mío.

Luego de varios meses puede vivirla como algo disfrutable, pero la coloca como un tema no hablado y de alguna forma socialmente “romantizado” al asociarla a la idea de amor, sin aspectos controversiales e incluso padecimientos. Lourdes dice a este respecto:

...era tan mágico, tan maravilloso, ¡y para mí fue una tortura! Bueno, por lo menos el primer tiempo fue así. Primero que no se prendía, yo pensé que era tan instintivo eso de que se tenían que prender. Y ya no se prendía, traté de tranquilizarme, y ahí descubrí que es muy común que pase.

La experiencia de amamantar puede presentar dificultades invisibilizadas en el discurso científico sobre la lactancia, algunas de las entrevistadas manifiestan un cambio respecto a su concepción previa de la misma. Este discurso, sin cuestionamiento y sin incluir los relatos femeninos excluye la dimensión subjetiva del proceso, produciendo en muchas mujeres una vivencia afectivamente desvalorizante y dolorosa.

4.2.7. Una experiencia con varias aristas: lactancia y deseo

Hasta aquí he abordado la lactancia en su significación social, los aspectos históricos y políticos que atraviesan el acto de amamantar convirtiéndolo en un mandato, un ejercicio de control sobre las experiencias de las mujeres madres y sus cuerpos, más allá de si efectivamente amamantan o no. ¿Pero qué sucede cuando nos cuestionamos el deseo de amamantar? ¿Cómo es representada la experiencia corporal única de alimentar a otro ser, de poner el cuerpo en juego para sostener a ese recién nacido, para el que el pecho materno será mucho más que la fuente de alimento?

Atravesada por mandatos culturales, erigida sobre el supuesto del instinto, en medio de ese abanico de complejidades se produce una experiencia subjetiva antes no vivida por las madres primerizas, no siempre es fácil diferenciar el mandato de la lactancia del deseo de las mujeres de transitar esta experiencia con sus hijos/as.

Queda claro en las entrevistas el disfrute y la alegría con la que algunas de las participantes relatan el haber podido amamantar, tal es el caso de Amanda y María, quienes debieron

enfrentar el proceso de internación de sus hijos/as en CTI y a pesar de esto insistieron en la lactancia exclusiva. También la angustia de Ana frente a las dificultades que enfrentó y el sentimiento de frustración al asumir la necesidad de una lactancia mixta señalando - más allá del peso del mandato cultural sobre la lactancia materna- su deseo por amamantar a su hija, por ser la madre que se imaginó y el choque con la experiencia, en su decir “ *fueron todas cachetadas a mi narcisismo*”. Sin embargo, tras haber integrado el complemento a la rutina de alimentación de su hija, relata el poder alimentarla y la corporalidad cercana que el proceso implica como un espacio de disfrute y encuentro afectivo.

Yo siento que estoy conectando con esa parte más linda también de la maternidad, del encuentro con ella, de las mañanas, o sea, que también estuvo en todo, no fue una sola cosa (...) De abrir los ojos y que esté ahí, nosotros tenemos una cuna colecho y de madrugada cuando ella se despierta yo la pongo en la teta y si no se duerme le doy una mema, llevamos un termo de complemento y le doy complemento y ta, termina durmiendo con nosotros en la cama. Mi pareja se va muy temprano y nosotras podemos dormir un poquito más generalmente. Me encanta despertarme con ella.

Frente al logro de poder amamantar y habiendo aceptado que el complemento para ellas (Ana y su bebé) era un apoyo, aparece el disfrute del vínculo, de la cercanía corporal, y no solo por dar el pecho, también en el compartir otros espacios como el colecho y otros momentos como el dormir y despertar juntas.

También los esfuerzos de Lourdes por sobreponerse al cansancio por desear amamantar, así como el disfrute de Sabina en el encuentro con su hijo “ *quiere estar acá, y quiere estar acá y quiere estar acá (señala su pecho). Y es re lindo*”. La búsqueda de Antonia por superar las dificultades de las primeras semanas teniendo presente que para ella era importante vincularse de ese modo con su bebé.

A partir de los relatos de las entrevistadas podemos identificar como una de las principales dificultades esa suerte de *romantización*¹⁵ de la lactancia, que la ubica además en un lugar de abandono social en el que son escasos los apoyos institucionales a la misma y casi nula su comprensión como un proceso complejo que incluye fuertemente lo emocional. Pensar la lactancia exclusivamente en clave de fenómeno fisiológico no permite un abordaje integral de la misma y expone a las mujeres que desean amamantar a enfrentar de forma individual y solitaria la experiencia y las dificultades que se puedan presentar.

La lactancia es mucho más que la capacidad biológica de amamantar, se encuentra cargada de significados que dialogan con el deseo personal de cada mujer y del ideal de maternidad que ha construido. Si el fenómeno biológico de producir leche tras el parto debe ser pensado como un fenómeno complejo no reducido a lógicas esencialistas (saber-hacer-instintivo) la experiencia de amamantar excede las características de un fenómeno fisiológico, se inscribe más bien en el orden de la cultura, los significados dados a la maternidad en un momento histórico dado, la idealización de la misma, el proceso de construcción de la identidad de cada mujer madre en relación a su historia social y personal, y por supuesto, a su deseo.

4.3. Puerperio y sexualidad.

En el siguiente apartado se analizará la dimensión de la sexualidad en el puerperio. Ha sido dividido en 3 apartados, 4.3.1 aborda la dimensión libidinal durante el puerperio volcada hacia el recién nacido, en el punto 4.3.2 se aborda la dimensión de la pareja y el encuentro sexual con la misma, así como la vivencia del cuerpo propio, en el 4.3.3 se analiza cómo afectan las intervenciones profesionales la vivencia subjetiva de las mujeres en puerperio en relación a su sexualidad.

4.3.1. Mujeres-madres y sexualidad: ¿el cuerpo para quién?

El término sexualidad refiere a una construcción compleja, atravesada por múltiples factores temporo-espacialmente situados, establecidos a partir de relaciones de poder que dan estatuto de legitimidad a ciertas formas de intercambio y erotismo, en tanto se invisibilizan otras, es decir, que que nuestros cuerpos están “generizadamente sexuados” (Rostagnol,

¹⁵ El subrayado es mío.

2018). Esta legitimación discursiva de algunas formas de la sexualidad y del encuentro produce un modelo basado en las relaciones sexuales heterosexuales, coitales y asociadas a la reproducción biológica. Estas lógicas se reproducen en el espacio social mediante diversos mecanismos de ordenamiento y control de los cuerpos. El control de la sexualidad femenina ha sido históricamente una forma de dominación biopolítica en las sociedades occidentales (Foucault. 1977), la sexualidad es concebida como puesta al servicio del placer masculino y de la reproducción biológica. El control de los fenómenos de SS y SR también responde a esta mirada. El abordaje de la sexualidad en el puerperio desde el sistema de salud se ajusta a este enfoque, siendo las recomendaciones pensadas en el modelo de una pareja heterosexual y el encuentro como relaciones sexuales heteronormadas. Recordemos que el puerperio para la medicina se estima como un período de duración promedio de 6 a 8 semanas conocido como “cuarentena”, se determina entonces que tras la “cuarentena” la mujer puede retomar actividad sexual, con la utilización de un método anticonceptivo recomendado por el/la ginecólogo/a en la consulta de control tras el parto, .

Para problematizar lo que sucede a las mujeres en el puerperio con respecto a su sexualidad, se vuelve necesario adoptar una mirada más integral sobre la misma, que no la considere exclusivamente en relación a la pareja y que tenga presente la perspectiva de género como ordenador de las prácticas y sentires en un tiempo y espacio dado. Al decir de Rostagnol (2018) “Sexualidad es un término polisémico, designa tanto prácticas y hábitos que involucran un cuerpo, como relaciones sociales, discursos y fantasías, se relaciona con el ámbito de la moral, con instituciones sociales que definen los alcances del erotismo” (p.74).

La dimensión de la sexualidad en el puerperio refiere a la vivencia del cuerpo tras la experiencia del embarazo y el parto, con las características del vínculo con el recién nacido que involucran el cuerpo, el deseo y su erótica. Me refiero al estado que algunos/as autores/as han denominado como de fusión, al ser dos cuerpos ahora separados, pero aún en dependencia física (Mora, 2009), y también emocional (Esther Ramirez Matos, 2020), haciendo referencia en este caso a la fusión psíquica que puede producirse entre la mujer-madre y el bebé desde lo libidinal¹⁶.

¹⁶ Refiero aquí al concepto de Libido entendida como energía sexual y deseo de obtener placer. (Ramirez Matos, 2020).

4.3.2. El repliegue libidinal de la atención hacia el recién nacido.

En el plano emocional los relatos de las participantes permiten identificar este estado de “fusión”, de vuelco hacia el recién nacido, y como el mismo puede ser experimentado con cierta extrañeza en algunos casos. Las entrevistadas identifican una modificación en su atención, su dificultad para concentrarse en otras actividades, así como para postergar las demandas de los bebés, señalando que les implica una gran “entrega” dar respuesta a esa demanda constante.

Lourdes por ejemplo señala:

*Es esa mirada perdida que no sabés si te registra. Seguramente no te registra (...)
Pero en ese momento es todo bastante agobiante. Sentir que solo vos sos la
persona, es demasiado (...) Mi cerebro cuando lo estoy atendiendo, me pasa que
cuando le doy teta por ejemplo, mi cerebro se colapsa. Siento como una baja de
energía, empiezo a funcionar como a un 30 %. No sé, pero me pasa siempre.*

Recuerdo aquí un texto de Carolina Justo Von Lurzer, de su libro Mamá Mala. Crónicas de una maternidad inesperada (2015), en el mismo refiere a esa primera mirada de los recién nacidos a partir del relato de una experiencia durante el puerperio de su segundo hijo. En el texto para describir esa mirada dice que la misma era como “una inmensidad gris de mar profundo” y agrega “esos enormes ojos grises que la miraban sin ver, o la veían sin mirar, vaya ella a saber. En cualquier caso, no le devolvían más que la profundidad de un mar infinito sin olas siquiera” (s/n).

En esa inmensidad a la que refiere Lourdes también, hablando de la “mirada perdida” de su hijo - más allá de los aspectos vinculados a la imposibilidad de los bebés de fijar la mirada y reconocer a un otro a partir de cierta distancia- se juega la indiferenciación con la cuidadora primordial, en ambos casos la madre, esta fusión implica un fuerte compromiso psíquico y emocional de las mujeres-madres, esa “inmensidad profunda”, donde parece no existir aún un límite y dónde todavía no existe una respuesta demasiado legible del bebé, más que la calma de su demanda.

En el diario de campo en el que registré impresiones, situaciones y reflexiones personales asociadas a la investigación durante la realización de las entrevistas, aparecen los diálogos de las madres con los bebés en todos aquellos casos en los que los mismos estaban presentes durante el encuentro. Las entrevistadas los sostenían, los miraban, los amamantaban y ponían palabras donde aún no las había a necesidades y malestares de sus hijos/as. Esta función ejercida por las cuidadoras - en el caso de esta investigación las madres puérperas- implica una disposición psicoafectiva muy importante de las mismas y ha sido trabajada bajo diferentes conceptos por diversos/as autores/as. Lo que Winnicott (1956) denominó como *preocupación maternal primaria*, haciendo referencia a un “estado de sensibilidad exaltada” (s/n). en las últimas semanas del embarazo y primeras semanas tras el parto, refiere a la disposición psíquica - involuntaria- de la madre para dar prioridad a las necesidades del recién nacido, disminuyendo su interés por otros aspectos de su entorno. Denomina este concepto una suerte de replegamiento libidinal que se produce a fin de que el recién nacido pueda establecer una continuidad existencial a un medio que le resulta aún desconocido y un cuerpo que todavía no puede reconocer como propio, ni identificar necesidades y sensaciones provenientes del mismo. Esta tarea y esta posibilidad de la madre -si es la cuidadora fundamental como en el caso de las entrevistadas- implica poner en juego su propio psiquismo, entregándose a un estado que fuera de esta situación de cuidado del recién nacido, sería considerado patológico, según el autor.

Las entrevistadas hablan de un estado especial de atención hacia sus hijos/as incluso meses después del nacimiento.

Sobre su experiencia en el encuentro con su bebé Lourdes dice:

Creo que te agota más mentalmente y emocionalmente que físicamente. Porque físicamente no es que tenga grandes cosas. Yo a veces necesito dormir, y estoy deseando que él se duerma para dormirme, pero no porque esté cansada físicamente, sino porque estoy cansada de estar pendiente de las necesidades o de sus cosas. Y eso que no le pasó nada es un bebé sano, alegre, pero necesito que mi cerebro se desconecte un rato. Porque es como más fuerte que yo.

Ese estado de atención constante que Lourdes expresa como agotador por momentos, cómo algo que la excede, “es demasiado”, pero al que le es imposible renunciar. Es un estado en el que la atención de la mujer-madre está puesta en ese recién nacido e incluso su rutina se organiza también en torno a las necesidades del mismo, cómo dormir cuando el duerme. Ramirez Matos (2020) señala cómo este estado de fusión es el que permite a la madre acoplarse a las necesidades del bebé.

Sabina también refiere a ese estado de conexión con su bebé vinculando a la atención que le requiere de la siguiente forma:

¡No! Y el cuidado está salado, el nivel de atención (...) Porque yo creo que no son miedos, el miedo te genera como esa cosa de paralización, esto es atención, estás como todo el tiempo muy pendiente. Y bueno, fue como muy intenso, los primeros tres meses agotada.

Ambas participantes, Lourdes y Sabina hacen referencia al cansancio mental que les imprime estar pendientes, atentas, a cubrir las necesidades de sus hijos en esos primeros meses.

Sobre la vivencia de atención Maite relata:

Como que todo es cuando puedo y no cuando quiero. Mucha postergación. Me he llegado a bañar con el cochecito adentro del baño mirándolo así (rejo) con él despierto que ta, viene alguien y me quiero bañar, lo que sea, y a veces tengo que salir de la ducha porque está llorando. Como que también te vas permitiendo que algunas cosas sucedan, porque sino te enloquecés.

Maite ha encontrado como modo de regular la intensidad de la demanda de su hijo el disminuir la exigencia propia o aceptar que lo que ella quiere o que las cosas sean como quiere es algo que muchas veces se ve postergado en el puerperio. Esta posibilidad, y las

estrategias que puedan construirse para organizarse ante la demanda del recién nacido depende de las posibilidades de cada mujer, su historia personal y los recursos con los que cuenta.

Ana respecto a la atención que le demandó el cuidado de su hija y las consecuencias que esto también representó en la pareja relata:

Tuvimos pila de problemas con la pareja, que yo me imagino que es parte de todo esto, del puerperio. Supongo que lo que pasó es que él me demandaba más, no sé si como pareja, como compañera, y yo estaba con toda la energía puesta en la bebé, y en el vínculo con ella, (...) el cuidado, la libido, todo, todo.

Ana logra identificar como toda su atención, su energía, e inclusive hace mención a su libido, se encontraba centrada en su hija . Más adelante hace mención al agotamiento que esto imprime y agrega,

Igual hay días que me iría a comprar cigarros y no volvería más (risas), hay días que realmente siento que voy a hacer un abandono de hogar. Un día que lo sentí que no fue hace tanto (...) ese día fue como una crisis, como además de desrealización, “yo no entiendo nada, no sé qué hago acá”, todo me parecía extraño, “me voy”, igual con la conciencia de no me voy a ir, esto es algo que me está pasando que se va a ir, ¿no?

El estado de atención constante, el cansancio y la experiencia emocional de transitar la cercanía corporal y la intensa demanda de los/as recién nacidos/as obligan a preguntarnos por la disposición corporal y afectiva de las mujeres a otros planos de su vida, entre los que podemos ubicar la pareja y la sexualidad.

4.3.3. Pareja y sexualidad en el puerperio.

Como se ha expresado anteriormente, la recuperación del cuerpo tras la vivencia de embarazo y del parto tiene una importancia fundamental en el puerperio. La vivencia de estos procesos es sumamente subjetiva y las necesidades de cada mujer a este respecto implica pensar el cuerpo no solamente en lo que hace a la dimensión física, sino también a lo psíquico y emocional. Las mujeres puérperas no solo enfrentan el desafío de la recuperación, sino también la demanda de continuar sosteniendo, cuidando y alimentando al recién nacido, acrecentada en aquellos casos en los que se ha optado y logrado la lactancia, más aún si es exclusiva durante los primeros meses.

Lourdes dice haber experimentado una disminución importante de su deseo sexual :

Como que se me cerró algo. Me sentí virgen de vuelta. Y lo intentamos y eso, porque por momentos me esforcé un poco, a ver si era la falta de tantos meses. Y no es un problema ni de atracción, ni de deseo, digo deseo de la persona. No tengo líbido con nadie.

E: ¿Cuándo decís “se me cerró algo” es porque esos intentos fueron con dolor?

Lourdes: sí, con dolor. Y dije, ta. Que nunca me pasó en la vida. Eso fue totalmente nuevo. Y con las veces de menos ganas, nunca me había pasado de no poder. Y pensé que es raro, porque en realidad se supone que está todo supuestamente intacto, entonces debe ser algo mental, algo que está ahí que no estoy pudiendo.

Lourdes manifiesta un sentimiento de desconocimiento respecto a la vivencia de su sexualidad tras el parto, algo que no había experimentado anteriormente y que asocia a “no poder”, y no entender porqué, si su cuerpo está “supuestamente intacto”. ¿A qué responde la idea de que el cuerpo está intacto y debería ser capaz de rotomar las relaciones sexuales con su pareja? La separación cartesiana que rige en nuestra cultura sobre la mente y el cuerpo dificulta la posibilidad de pensar que su cansancio y el intenso proceso de demanda de su hijo recién nacido -sobre el que se habló en el apartado anterior- tengan que ver con la disminución de su deseo sexual en relación a su pareja.

Más adelante en la entrevista agrega:

Tengo como un peso. Siento una culpa. Como que tengo que poder con eso y ta. Hasta los 40 días no tenía presión ninguna porque no se podía, pero pasaron los 40 días y ahí empezó como el terror a acecharme. Más allá de que no pasa nada, y está todo bien, pero yo siento también como la desconexión y eso creo que no está muy bueno (...) me hace sentir en falta, como que le debo a él (pareja).

Opera aquí el discurso salubrista sobre el supuesto de que la misma recuperación del cuerpo, que se espera se produzca en un período de unas 6 semanas promedio, tenga su reflejo en la sexualidad de las mujeres tras el parto. El discurso médico instala la llamada *cuarentena* como la norma que desaconseja que se mantengan relaciones sexuales con penetración, cuando este lapso de tiempo termina las mujeres pueden vivir como una presión el sentir que deberían retomar la actividad sexual.

Es muy claro en el relato de Lourdes el sentimiento de estar en falta con su pareja, como si fuera un deber a cumplir. Esto puede ser leído a la luz de lo antes dicho respecto a la sexualidad de los cuerpos entendida como una construcción a partir de mandatos de género que ordenan nuestras conductas y también nuestros deberes. Discursivamente el cuerpo de las mujeres-madres está a disposición de los/as hijos/as y *debería* estar a disposición de la pareja. El hecho de que las mujeres no hemos conquistado el derecho sobre nuestro cuerpo tiene su repercusión particular en el puerperio.

Maite relata:

Por suerte no tengo la presión de mi compañero en relación a eso. Tengo amigas que sienten la presión de su pareja y han retomado la vida sexual por la presión masculina de tener que volver a eso. Mi compañero en eso re tranqui, es un tema que no hablamos mucho, me gustaría hablarlo más. Yo creo que está como implícito de que yo tengo cero ganas de sufrir.

Aparece aquí nuevamente el sentimiento de presión por no sentir deseo de retomar las relaciones sexuales, Maite habla además de otros casos que conoce en los que las mujeres

retoman las relaciones sexuales “por presión masculina”. Este enunciado invita a problematizar sobre un tema muy delicado, que algunas mujeres accedan a tener relaciones solo para satisfacer a la pareja a pesar del malestar de no sentir deseo, es un punto sobre el que varias autoras han problematizado. Puede ser analizado en referencia al lugar que el sistema patriarcal capitalista adjudica a las mujeres en la estructura familiar, basada en un modelo nuclear y heteronormativo. Desde esta perspectiva el cuidado y la satisfacción de la pareja masculina son consideradas tareas a cumplir por las mujeres, al decir de Federici (2012) es parte del trabajo no remunerado que las mujeres deben realizar en nuestra sociedad en nombre del *amor*. Al igual que Lourdes cuando plantea que se *esforzó* a pesar de sentir dolor porque sentía que se lo *debía* a su pareja. No brindar información ni acompañar la experiencia de sexualidad de las mujeres en puerperio parece en muchos casos exponerlas a situaciones en las que se someten a acceder a tener relaciones coitales, aun sin sentir deseo, con dolor. Se requiere de un análisis aún más amplio sobre lo que implica nuestro ser mujeres en una pareja, una familia, en esta cultura, y la situación de cada mujer ante su deseo y la pareja en el puerperio.

Es como eso. Lo hablamos pila en el grupo también, de que quedás como traumatizada después del parto, no querés volver a sentir dolor nunca más en tu vida. Entonces, si eso va a doler, que es lo más probable que suceda, no lo quiero, la verdad que no lo quiero. Además eso de que está el bebé en tu cuarto, toda esa cuestión de ¿cómo retomo esto? Yo sé que hay que usar la imaginación y todo eso, pero todavía no tengo ganas. Capaz que en otro momento me vienen ganas. Y a veces lo pienso pila, digo “pah, capaz que no estoy encarando”, como que ya tendría que encarar eso.

En el párrafo anterior perteneciente a la entrevista de Maite, aparecen varios elementos interesantes, nuevamente se hace referencia al parto como una situación que puede resultar traumática (sobre todo si la mujer ha sido víctima de VO), pero también, sin que necesariamente esto haya ocurrido, a la recuperación del cuerpo y una vivencia de dolor que aún no ha sido superada. Si bien autoras como Casilda Rodríguez Bustos (2007) señalan que el cuerpo femenino tiene la capacidad de desenvolver partos placenteros en un ambiente apropiado, en el caso de todas las participantes de esta investigación -por diversas

razones- todos los partos y cesáreas les habían resultado en mayor o menor medida dolorosos/as. A partir de allí el temor al dolor puede adquirir un lugar importante a la hora de pensar en tener relaciones sexuales con un varón y con penetración.

La vivencia de dolor durante la penetración tras el parto o cesárea puede tener incidencia de varios factores, pero lo fundamental es algo que Maite dice claramente “no tengo ganas”. Desde una lectura más centrada en elementos de orden hormonal, Ramirez Matos (2020) plantea:

En el mismo momento en que se alumbra la placenta (...) la situación hormonal varía y los estrógenos y progesterona caen drásticamente, y la prolactina puede incrementarse para comenzar la lactancia, lo que producirá, en general, una bajada del deseo sexual en la madre puérpera, además de una escasa lubricación (p.87).

Los cambios hormonales inciden en que se produzca una merma del deseo sexual, así como disminución en la lubricación vaginal, que es uno de los elementos que evita el dolor durante la penetración. Por eso “no tener ganas” ya es una razón más que suficiente para que el cuerpo no esté preparado para las relaciones sexuales coitales. El temor al dolor, o la presión que fue descrita por Lourdes como “el terror” que comenzó a estar presente ante la demanda de su pareja, que contrariamente a favorecer o acrecentar el deseo del encuentro, coloca a las mujeres que atraviesan una experiencia de este tipo en una posición de mucha presión y malestar.

También deben considerarse otros factores de orden ambiental que inciden en la merma del deseo sexual, por ejemplo la dificultad para encontrar tiempo y espacio en medio de los cuidados al/la recién nacido/a. Sobre esto Maite habla del hecho de que el bebé esté en su cuarto por ejemplo, como algo que dificulta las posibilidades de encuentro. La dinámica de las parejas, la organización del tiempo y el espacio también se ven alterados en el puerperio.

Ana asocia la sexualidad en su puerperio con los cambios que el embarazo produjo en su cuerpo:

Engordé un montón, ahora estoy 10 kilos más encima de mi peso que cuando quedé embarazada. Estoy haciendo dieta, estoy yendo a gimnasia porque me está costando

pila bajar, todo es muy lento, considero que estoy comiendo bastante saludable pero igual me cuesta, se ve que hay, las hormonas y el metabolismo está como reconfigurándose, receteándose y en ese sentido si, la verdad que reencontrarme, reencontrarme con ese cuerpo y con la parte del encuentro sexual con mi pareja, cero ganas, no, la verdad pocas ganas.

El reencuentro con el cuerpo propio, al decir de Ana, aparece nuevamente como un factor determinante del puerperio. La sexualidad no ligada exclusivamente a las relaciones con penetración sino a la posibilidad del encuentro interpersonal, del disfrute y el contacto afectivo. En este caso vinculado a la posibilidad de reencontrarse con la pareja y del disfrute de la sexualidad. También aparece aquí la falta de deseo de tener relaciones sexuales.

Pero aparecen además en los relatos otros elementos vinculados a la intimidad y la pareja que ante la nueva configuración de reconocerse como padres y madres -el cansancio, la entrega a los cuidados- parecen verse disminuidos. Ana menciona extrañar la intimidad con su pareja desde otras posibilidades de encuentro e intimidad, “*extraño tener una conversación fluida, tomarse un vino (risas) comer juntos en la mesa, yo que sé, esas cosas que ta, no están*”.

Antonia relata extrañar a su pareja:

Los primeros cuarenta días ni me acordaba que era la sexualidad de la pareja, y él tampoco, o sea él estaba re para el bebé. Creo que volvimos a tener un reencuentro a los 3 meses recién por primera vez y fue raro. Él (bebé) estaba durmiendo, fue raro pero estuvo bueno sentir que por momentos éramos aquellos que antes estábamos juntos y también, ta, fue raro y lo que si me sigue pasando, ahora con menos intensidad, era extrañar estar nosotros dos, y de verlo y decirle “te extraño pila”, y tenerlo todo el tiempo acá, poder encontrarse, darse un abrazo, reirmos un rato solos, eso... ahora estoy más acostumbrada pero me ha costado. La sexualidad como que

todavía no. Yo no tengo demasiado interés y él tampoco, o bueno, por lo menos no expresado.

En estos fragmentos de entrevista aparecen otros elementos que hacen al encuentro. Aparece el deseo de compartir momentos de intimidad y afectivos y el sentimiento de falta de los mismos, no ubicándolos exclusivamente en el plano de las relaciones sexuales, aunque si en la dimensión de lo erótico (los abrazos, la risa, el compartir), dimensiones que en el puerperio parecen extraviadas para las parejas en medio de la adaptación a su nueva rutina de madres y padres y que hacen al encuentro íntimo y a la sexualidad en la pareja. .

4.3.4. Las intervenciones de los profesionales.

El profesional al que las mujeres asisten a consulta en las semanas siguientes al parto es el ginecólogo. En las consultas ginecológicas de rutina, además de los controles sobre la recuperación sobre los que se ha trabajado en capítulos anteriores, se hacen recomendaciones respecto a la anticoncepción a fin de evitar un nuevo embarazo. Respecto a esto Maite recuerda:

Cuando fui al control ginecológico me dio las pastillas (anticonceptivas) para la lactancia. Yo las compré y después dije “¡yo no las voy a tomar nada! Si yo no estaba tomando pastillas hacía un montón. Antes de buscar a (el bebé) ya nos estábamos cuidando con preservativo porque yo no quería tomar más pastillas”, porque tomaba como desde los 17 años y había decidido dejar de tomar esa mierda. Entonces qué me iba a meter eso ahora, que estoy dando de mamar, ¡no!. Que ni siquiera tengo ganas de tener relaciones, era como absurdo. Como que me dejé llevar en ese momento, y después bajé y digo “¡no!”.

El control y las recomendaciones de rutina parecen haber ignorado las necesidades y preferencias de Maite respecto a qué anticonceptivo usar y cómo se sentía respecto a su cuerpo y su deseo de mantener o no relaciones con su pareja.

Maite: Cuando fui (de la consulta) me preguntó (el ginecólogo). No te preguntan si retomaste vida sexual, ya dan por hecho que retomaste vida sexual. Me dijo “¿con qué te estás cuidando?”, “con preservativo” le dije yo, no me puse a explicarle. Si me estás abriendo y estás viendo los granulomas que tengo, no me preguntes eso, no me podés estar preguntando si retomé, con qué me cuido. No sé, es como que preguntan sin razonar. (Llora)

E: ¿Ese tipo de pregunta te hiere?

Maite: : No, no me hiere, me da como gracia. ¡Me parece estúpida! Sabés que tengo la cotorra hecha mierda ¡y me estás preguntando eso! ¿Con qué me cuido?! Andá a ponerla vos con esto así. ¿Entendés? Esa era la respuesta que tendría que haberle dado al ginecólogo! (se ríe y llora) Pero no quise ser tan grosera y le dije que con preservativo. Es el plan en algún momento, volver a lo que era, pero ta. No sé si es pronto, si no es pronto, si capaz me estoy divagando con eso, pero la realidad es que me escucho y siento “Todavía no” y me estoy respetando eso, pero es un tema que me preocupa.

E: ¿Qué es lo que te preocupa?

Maite: Que no sé si esto no va a ser un problema en un momento.

No hablar sobre la sexualidad en el puerperio representa preocupaciones para algunas de las mujeres en el entendido de que todos los cuerpos responden de forma similar, se recuperan igual, y que la dimensión deseante que promueve el encuentro sexual parece separada de los procesos psicológicos y afectivos que viven las mujeres madres. No contar con más información o espacios donde compartir esta experiencia genera el enfrentamiento individual del temor a tener que enfrentar esto con sus parejas, la dificultad de hablarlo.

Sabina relata:

Y ese día en el hospital para darme el alta me pide que le muestre, le muestro y me dice “ta, estás divina. “¿Te miraste?” Yo pensaba “¿Cómo?” Aparte me dice “después venís y hablamos de métodos anticonceptivos”. A mí no se me pasa por la cabeza hablar de métodos anticonceptivos, no se me pasa por la cabeza el sexo, como desubicada. Está bien hablar de métodos anticonceptivos, pero no ahora. No me interesa.

Al igual que otras de las entrevistadas, aún meses después Sabina no sentía deseo de mantener relaciones sexuales. Y al igual que Maite se pone en juego una dimensión del pienso respecto a las preguntas y respuestas que darían a los/as profesionales que las atendieron y que no es verbalizada. Parece que no tuviera lugar la posibilidad de manifestar su sentir y hablar de su falta de ganas, su preocupación por el cuerpo, su dolor.

Cuando se le pregunta a Amanda sobre su experiencia con respecto a la sexualidad y la pareja responde:

Vamos mal (risas), osea, no mal, mal en el sentido de que la ginecóloga mismo cuando la fui a visitar a los 10 días, me dice como “bueno tenés que pensar por ahora estas en la cuarentena, después de la cuarentena vas a usar anticonceptivos probablemente pero tenés que empezar a decir qué método vas a usar a largo plazo, si vas a usar pastillas de estas para la lactancia, si vas a utilizar bueno el DIU o si te vas a colocar el implante, o preservativo, igual no la vas a poner ni en remojo”, bueno, que exagerada, pensé yo. Después de los 40 días no debe ser grave, en realidad mal en que obviamente hay un millón de situaciones que son cansancio, primero que nada que es como en el momento en que él se duerme lo unico que me importa es dormir, qué necesidad de pensar en gastar tiempo, yo quiero dormir entonces por ese lado, por el dolor de la episiotomía al principio me costó mucho esa situación de evitar la situación por decir me duele, realmente me duele y en miedo

usar preservativo, que yo nunca usaba preservativo porque yo tomaba pastillas, entonces usar preservativo que ya de por si me generaba más dolor. Al principio muy mal y ahora no mucho mejor, (risas) porque todavía estamos en esa situación donde el momento que él (bebé) se duerme yo básicamente me desmayo. Obvio que ahora estamos más cercanos a la normalidad en el sentido de que yo no tengo ese dolor pero tampoco tengo unas ganas espantosas.

Aparece nuevamente aquí la dimensión del dolor y la dimensión del cansancio, así como la recomendación protocolar de métodos anticonceptivos sin dar un espacio -en la consulta ginecológica o mediante algún otro dispositivo de acompañamiento a las mujeres en puerperio- que habilite la vivencia subjetiva. El poder decir es la posibilidad de que los tiempos del deseo femenino sean respetados, pero es un recorte en la órbita de lo individual, de las posibilidades de cada mujer y de la pareja, la capacidad de visualizar, transmitir y oír las necesidades del/la otro/a. No hablar de la sexualidad en el puerperio, abarcando su complejidad y pensarla como exclusivamente en función del intercambio sexual con la pareja (masculina), puede generar una vivencia angustiante en aquellos casos en los que las mujeres no sienten deseo de este tipo de encuentro, no sienten que el proceso de recuperación de su cuerpo haya finalizado, y transitan además -y fundamentalmente- una vivencia emocional intensa, que produce cambios en lo subjetivo y afecta claramente la órbita de la sexualidad, como las demás áreas de la vida de las mujeres-madres. Son muchos los factores que pueden incidir en la disminución del deseo sexual tras el parto, entre ellos se encuentra el cansancio por la falta de sueño y la demanda de cuidados al recién nacido, la recuperación del cuerpo del proceso de gestación y nacimiento, la caída hormonal tras el parto y los cambios que suceden a este nivel para sostener la lactancia, y muy importante la libido centrada en el bebé (Ramirez Matos, 2020), además de las modificaciones en la rutina de la pareja, los espacios y tiempos compartidos.

En suma, pensar la sexualidad en el puerperio remite a varios factores complejos como ser el reencuentro con el propio cuerpo, con la pareja, la posibilidad de encontrar espacios de intimidad y cercanía en medio de los desafíos de cuidar a un recién nacido. Este último hecho imprime una dedicación muy importante fundamentalmente a las mujeres-madres que

transitan una experiencia afectiva diferente de atención y preocupación por sus bebés. Deben tenerse en cuenta además los factores de orden hormonal presentes en la etapa que pueden incidir en la falta de deseo sexual, pero fundamentalmente la importancia de considerar que la sexualidad involucra varias dimensiones, que pueden no aparecer como puestas en juego en todos los encuentros, pero que afectan la dimensión del deseo.

4.4 La construcción de la identidad materna en un tiempo sin tiempo.

“Ese puzzle que soy”

(María, participante de la investigación).

En este apartado se desarrollarán algunas concepciones teóricas sobre los significados culturales de la maternidad y cómo los mismos inciden en las experiencias concretas de las mujeres con sus hijos/as, en relación al análisis de los cambios que las entrevistadas manifestaron sentir, respecto a esta nueva identidad social: ser madre.

La noción esencialista de la maternidad y la construcción de la idea de instinto materno, dificultan el problematizar sobre lo que implica para las mujeres-madres el encuentro con esta nueva identidad cargada de múltiples supuestos y mandatos de orden social y cultural. La nueva realidad a la que se enfrentan las mujeres en el puerperio aparece en sus relatos muchas veces como sentimientos de extrañeza en base a su nueva condición, las nuevas responsabilidades que enfrentan, la experiencia emocional y la pregunta por la vida que llevaban anteriormente, quienes eran, qué actividades realizaban, y esta nueva forma a la que lentamente se adecuan.

Estoy haciendo todo un aprendizaje en cuanto a esa nueva persona mía, y toda esa revolución, en simultáneo al duelo de lo que ya no sos (...) Me generó como un poco de angustia y lo veo como un duelo, estoy dejándolo ir. Al principio como que no y después me di cuenta de que me hacía mal, porque no estaba pudiendo liberarme a esta nueva realidad y esta nueva persona.

Lourdes define como revolución el movimiento que implica acomodarse a su nueva realidad de ser madre y sentir añoranza por algunas cosas que ya no son, un duelo por esa identidad perdida. El puerperio del/la primer/a hijo/a es la primera etapa de encuentro con esta nueva identidad. En una cultura dónde la maternidad está directamente vinculada a la idea del ser *mujer* desde el discurso dominante, convertirse en madre puede ser significado por las mujeres como la asunción de una nueva identidad. Otros aspectos de la vida femenina se reposicionan en un lugar secundario, bajo la categorización social dominante en la vida de una mujer que ha tenido un/a hijo/a, ahora es *madre* (Fernández, 1981). Más adelante en la entrevista Lourdes agrega.

Creo que sentís las cosas diferentes y ves las cosas diferentes. Porque estaba aferrada a que algunas cosas no cambiaran de mi misma, y ta, cambiaron, y hasta que no las soltás no podés tampoco disfrutar de lleno lo otro. Y me generó malestar en un tiempo bastante largo, no sé si está estipulado. También estoy siempre mirando eso, sí está estipulado o no está estipulado, si es así o no es así, si a otro le pasa o no le pasó. Esto es lo que me pasa. Me da cierto confort si a otro le pasó y pudo salir. Que me digan que es normal me calma.

Hace referencia a esa vivencia de extrañeza respecto a buscar entender si ese proceso “está estipulado”, es decir, si es algo que sucede a otras mujeres, refiriendo a sentir calma en el encuentro con otras que han tenido una vivencia similar. No socializar estos sentimientos y el supuesto de que el amor hacia los/as hijos/as genera completud y no deberían existir sentimientos de malestar provoca cierto nivel de conflicto.

A veces igual aclaro que lo amo para que no piensen que en realidad... A veces siento que el otro entiende que solo me quiero alejar, que soy una mala madre, que no quiero estar con él, que debería ser lo que yo tengo ganas de hacer, pero ¿quién tiene ganas de estar 24 horas al día con alguien? (...) Cuando hablás con otra gente te pasa eso, tenés que encontrar el grupo perfecto en el momento perfecto. Necesitás tener la información en el momento indicado. Necesitas hablarlo con gente que está en la misma. Que está en esa situación.

Aunque Lourdes parece entender que no hay nada malo en querer alejarse un tiempo de su bebé en algunos momentos, siente la necesidad de aclarar que lo ama para que no piensen que es una “mala madre”. Poder hablarlo requiere de encontrar personas por las que no se sienta juzgada. Dice Ana al respecto,

Cuando sos mamá como que hablás, empezás a hablar con otras mamás, y entonces tengo, mis otras amigas que sí fueron madres, esa parte más cruda del puerperio seguramente se la contaban a otras madres y yo no estaba ahí, no terminas siendo un interlocutor del todo válido. A mi me pasa también un poco, necesitas algo de la compasión de esa otra madre que está atravesando lo mismo, con otras características, con experiencias distintas, pero que hay algo de esa transformación de ser mamá, que te va a poder entender.

Se juega aquí el mandato de amor maternal incondicional y la capacidad de saber y querer cuidar y brindar afecto de forma espontánea, inagotable y natural (Badinter, 1981). Poder manifestar otras emociones, agotamiento u otros sentimientos diferentes al amor por los/as hijos/as genera el temor a ser juzgadas. El modelo de la “buena madre” siempre está presente en la construcción de la identidad materna, es un modelo con el que socialmente se juzgará el actuar y el sentir de cada mujer-madre, pero además las mismas mujeres-madres vivencian con culpa su distancia a este modelo idealizado de maternidad. La experiencia del puerperio es la primera instancia de encuentro con el ejercicio real de la maternidad y dimensiones de las que socialmente no se habla.

Cuando se le pregunta a Maite cómo describiría el puerperio y su encuentro con la maternidad responde,

Caótico es la primera palabra que se me viene a la cabeza y hermoso es la segunda (llora) Perdón si lloro. Lloro por todo. Hermoso sí, pero ta, caos, caos y cambio. Obvio que una sabe que le va a cambiar la vida, pero ta (golpea las manos) ¡zas!, te topás con eso todos los días, con la postergación todos los días y que la maternidad es postergación todos los días. Ayer le dije a mi pareja “pasé la tarde intentando dejar a

(el bebé) en algún lugar. No quiere quedarse en ningún lugar que no sea arriba mío".

Y eran las 8 de la noche y ta, él (pareja) se va a laburar y yo estuve todo el día intentando dejarlo o en el piso, o en la silla, o en el coche. No como para deshacerme de él, pero para poder hacer otra cosa. ¡Fah! zarpado. Hay días que no me baño! (ríe mientras llora), son la una de la mañana y estoy tan cansada y no me baño. Qué aprendizaje, la frustración zarpada. Salado. Ta, caos, creo que es la palabra, porque ta, un caos lindo por momentos, porque yo lo miro y me derrito. No lo cambio por nada, no cambio nada por nada, lo elijo. Lo decido y lo elijo, pero está salado.

(continúa llorando).

La pérdida de tiempos y espacios personales es algo que las entrevistadas manifiestan vivir con angustia por momentos, y coexiste con el afecto y el disfrute de su bebé. Uno de los aspectos más complejos del puerperio es el hacer coexistir sentimientos de tristeza o frustración con la vivencia disfrutable del/la hijo/a, Maite lo describe como "caos". El encuentro con las responsabilidades y la demanda de cuidar a un recién nacido implica una gran renuncia al tiempo personal durante los primeros meses, la dificultad para encontrar con quién compartir esta vivencia puede producir un tránsito en solitario de la etapa puerperal.

La maternidad supone un acomodo importante respecto al tiempo. Las tareas de cuidado en general lo suponen, y las desigualdades de género producen que las cantidades de tiempo destinado a las tareas de cuidado sea significativamente mayor en el caso de las mujeres en relación a los hombres (Battyhány, 2013). El puerperio es una etapa en la que este suceso se produce particularmente y debido a la demanda del recién nacido, la recuperación de las mujeres del parto y la lactancia. Es mucho el tiempo que destinan las mujeres-madres puérperas al cuidado de los/as hijos/as, y aunque este tiempo pueda resultar importante para el reconocimiento mutuo madre bebé, la paulatina re-inserción en el mundo social y del trabajo, la lactancia, muchas veces puede ser difícil para las mujeres el permanecer alejadas de las actividades que solían realizar y no contar con la autonomía que contaban antes de ser madres.

El puerperio puede llegar a ser vivido como un túnel sin tiempo ya que es difícil saber con exactitud en qué momento podrán irse logrando ciertas autonomías que permitan alejarse temporalmente a la madre del bebé, tomando en cuenta además que este hecho está profundamente condicionado por la red de apoyo y los recursos con los que cada mujer cuente, así como la modalidad de empleo en la que se encuentre (si se encuentra trabajando).

Los cuidados a los bebés durante el puerperio y la alteración de sus rutinas imprimen un fuerte desafío a esta etapa. Dice Ana,

Durante un periodo que no me acuerdo bien cual fue, creo que fue como a los 3 o 4 meses de ella, se repetía todo todo el tiempo y yo me sentía en un loop¹⁷. Yo como una de las sensaciones que tengo así más es como una cosa medio claustrofóbica, como de un encierro psíquico y de un encierro también en mi casa, creo que la pandemia favoreció a esa cosa (...) hubieron días que corría todos los muebles así (gesto), los tiraba contra las paredes y necesitaba un amplio espacio, pero yo creo que era una cosa bien de sentirme encerrada psíquicamente.

Debe recordarse aquí que varias de las entrevistadas tuvieron sus partos y puerperios durante la pandemia por COVID-19 que agregó un fuerte componente de aislamiento sumado al que ya genera la recuperación postparto y el cuidado de los/as bebés. Sin embargo, durante este período la escritora e investigadora social Carolina Justo Von Lurzer (2020) escribió algo muy interesante. Tras haber ya transitado los puerperios de su primer y su segundo hijo, la pandemia le recordó algo de estas experiencias. En un breve texto redactado en esa fecha la escritora dice,

Mamá Mala piensa que este aislamiento preventivo y obligatorio tiene bastante de puerperio. Lo sintió en el cuerpo más de una vez en estos días. Lo sintió en la cicatriz. Valora aquella experiencia como una fuente de recursos y recuerda que en el origen estuvo la conectividad. (...) Porque lo que no puede convalecer en este

¹⁷ Loop, palabra en inglés que refiere a un proceso, estado o estructura circular.

aislamiento es la posibilidad de encontrarse con el mundo. Ella lo sabe. Sabe que el aislamiento obligatorio comparte con el puerperio la temperatura de la soledad, el sonido de una tos ronca y seca que cierra la garganta y quita el aire, la fiebre desesperada del tiempo que ya no es propio y del espacio propio que se vuelve ajeno. En el puerperio el cuidado es el centro, todo lo demás orbita perdido a su alrededor (...) no sabe ya bien qué día es, ni cuándo empieza ni cómo termina. Mamá Mala se ve una vez más en aquel loop del ya pasa, ya pasa, ya pasa, ya pasa, ya pasa y silencio, al fin. Porque también recuerda que en un momento hay un fin.

Al igual que Ana utiliza el término loop para definir la sensación de un tiempo sin tiempo, que ya “no es propio”, donde las rutinas se repiten, los horarios se modifican y el aislamiento (mencionado en más de una oportunidad como obligatorio), por necesario que pueda resultar, puede tornarse peligroso si se transforma en soledad. La pandemia tal vez acentuó la sensación de permanecer aisladas de las mujeres en puerperio, sin embargo es una sensación que comparten también algunas de las mujeres entrevistadas que estuvieron puérperas antes de la emergencia sanitaria.

Tener muy pocos espacios para estar sola, la ducha ponele. ¡Yo en la ducha estoy sola! (ríe) Mi amiga me dice que va con la bebé al baño, yo lo dejo llorando ponele, ni en pedo te llevo al baño, punto. Es un límite que no pienso perder. Y eso. Ayer por ejemplo pasó que yo tenía que terminar parte del trabajo, una parte de gestión, entonces me traje la computadora acá. Entonces mi compañero se queda con él, y él (bebé) medio que se pone a llorar, y el padre como que juega pero no juega, ¡y me re enojé! Porque es “¡dejame laburar 10 minutos sin que el botija lllore!”, ponete un sombrero, no me importa, no quiero escucharlo llorar. No tener esa posibilidad porque estoy dependiendo... de... pendiente del otro, me jode.

Sabina manifiesta también la frustración de ver postergados sus tiempos en pos del cuidado, incluso en situaciones íntimas, como el cuidado personal, íntimo. Durante el puerperio, como ya se ha analizado, la vivencia corporal materna es muy intensa, no solamente por lo que implica la recuperación tras el embarazo y parto, sino por la demanda de los bebés. La lactancia es uno de los motivos por los que se genera mayor compromiso de lo corporal hacia las mujeres-madres, sin embargo no es exclusivamente por la alimentación que se produce esta situación de ligazón emocional tan profunda que tiende a sucederse con la figura del/la cuidador/a primario, aquella persona con quien se produce esa primera instancia vincular del bebé, generalmente la madre. Es una figura altamente demandada, con la que se produce este estado de dependencia emocional (Ramírez Matos, 2020), que en el relato de Sabina aparece de forma clara, de *estar pendiente, de depender* y la dificultad de separarse que sin dudas es mucho más clara desde la demanda del bebé, pero que también refiere al estado psíquico y afectivo en el que se encuentran algunas mujeres púerperas. Los relatos recolectados en esta investigación muestran cómo sostener esta demanda implica una fuerte renuncia a los tiempos y espacios personales de las mujeres-madres, además de un proceso de orden subjetivo en el que a veces les es difícil reconocerse, tan alejadas de las rutinas y la identidad que han sostenido hasta el momento de convertirse en madres. Ana lo menciona como *encierro psíquico, claustrofobia*, la sensación de temor al sentir que no se puede abandonar ese ciclo de cuidados y atención que se repite en *loop*. Justo Von Lurzer (2020) habla de ese tiempo y espacio ya no propios (como el cuerpo) en el que todo orbita sobre el cuidado, pero la autora ya ha transitado dos puerperios y sabe que “hay un fin”.

Dice Imaz (2010) “Algunas mujeres refieren al aislamiento en el que las encierra la maternidad: no se sale, la mayor parte del día transcurre en la propia casa o en espacios de paseo cercanos a ella. Muestran inquietud ante la posibilidad de que esa sensación de encierro puede producirles angustia e insatisfacción” (p.330). La pérdida del espacio y tiempo propio, las rutinas y el desconocimiento del propio cuerpo y sus procesos son un desafío en el puerperio, donde parece que lo que ayuda es poder hablar de esto con otras personas que comprendan y favorezcan la posibilidad de hacer ese *corte* en el contacto continuo con el bebé, esa ruptura del círculo, la conexión con algo del orden de lo externo a ese vínculo donde no existe un límite claro, sin juzgar la experiencia materna de amor y necesidad de distanciarse.

Dice Antonia cuando se le pregunta sobre las cosas que le han resultado más desafiantes,

Estar tantas horas con él (bebé) Y que las cosas básicas no las puedo hacer muchas veces, o me ingenio como para hacerlas, como comer, ir al baño, bañarme, y yo siempre digo, viste que cuando estoy con él siempre estoy en contacto, no contacto físico, sino contacto como emocional, afectivo y también físico. Y que la retirada es necesaria para renovar, como cualquier relación en la vida, como para renovar el nuevo encuentro, y con él casi no me puedo retirar porque me necesita al 100, y eso para mí al principio lo estaba vivenciando y sabía que eso estaba bien, que eso era lo que tenía que hacer, que él (bebé) me necesitaba por completo, pero ahora que tiene 7 meses me peleo más con eso, necesito retirarme (...) Eso es algo de lo que me genera más conflicto... estar, que es la entrega completamente. Hay veces que puedo y hay veces que no tanto, y cuando mi pareja volvió al trabajo me enfrenté con eso enseguida, de una en la cara.

Antonia manifiesta de forma muy clara su necesidad de retirarse para poder renovar el encuentro con su bebé. Utiliza de forma muy interesante el término relación y menciona también que su hijo tiene ya 7 meses, lo que le permite permanecer tiempos más largos lejos de él, esta posibilidad de identificar el vínculo como una relación, de dos. La necesidad de que ese estado de fusión comience a transformarse en un *vínculo* entre dos, que requiere del apoyo y la intervención de un tercero, como relataba Sabina en este caso también la pareja, que garantice el cuidado y desanude el conflicto que genera la entrega y la demanda absoluta de los primeros tiempos del puerperio.

Hay un lugar donde al no tener esta vivencia creo que hay algo que el otro no termina de comprender, por ejemplo, (el bebé) se sigue despertando mucho de noche y hay noches que estoy regida de paciencia y hay noches que no y me enojo y me frustró, ¿viste?, y le digo "Ay! ya te despertaste!, hace diez minutos!", o no digo nada pero en vez de dar una teta como más afectiva y de agarrarlo, mirarlo, doy la teta y

en realidad miro el techo porque estoy enojada con estar despertándome por quinta vez en la noche, y ahí mi pareja me mira y me dice “por favor tené paciencia”, “no puedo tener paciencia ya se me fue la paciencia”.

Antonia hace referencia aquí, como otras de las participantes a la importancia de que ese apoyo para recuperar su independencia del bebé sea sin juzgar sus emociones, y destaca nuevamente que esto resulta más fácil con otras mujeres que han experimentando una vivencia similar. Aparece el enojo como otra de las emociones vivenciadas y que es difícil de sortear en el marco de un ideal de maternidad en el que se espera que la respuesta de las mujeres-madres sea siempre afectuosa. Los demás sentimientos parecen no encontrar lugar en un modelo tan exigente hacia la subjetividad materna.

4.5. Redes de apoyo

En este apartado se aborda la importancia de las redes de apoyo social y afectivo que hacen sostenible el tránsito por el puerperio, de acuerdo a lo analizado a partir de las experiencias subjetivas de las entrevistadas.

Las soledades del puerperio, la importancia de la red.

A la restricción de la participación social que aparece aparejada al tránsito por el puerperio debido a múltiples factores (recuperación del parto, cuidado del recién nacido, adecuación de los tiempos y actividades a los ritmos del bebé, cansancio, entre otros) debe sumarse además la falta de espacios y propuestas adecuadas a las necesidades de madres y bebés en esta etapa. Como ya se ha analizado en referencia a varios de los puntos identificados como de mayor problematicidad por las entrevistadas, la posibilidad de contar con redes de contención y escucha resulta fundamental para hacer sostenible el tránsito por el puerperio. En el marco institucional sanitario no hay propuestas en salud mental diseñadas para realizar un acompañamiento de las mujeres durante el posparto, cuando no se han diagnosticado situaciones de características patológicas, como una depresión postparto por ejemplo, a pesar de que el puerperio en sí mismo reviste una importante complejidad y pone en juego los recursos psíquicos de las mujeres-madres que cuidan de sus hijos/as. Queda

entonces a cargo de cada mujer y de su entorno social la posibilidad de construir redes que acompañen.

Como se ha mencionado, a partir de lo relatado por las entrevistadas, estos vínculos además deben adecuarse a las posibilidades de relacionarse que tienen las mujeres en puerperio, y es importante que consigan promover un manejo sensible de la etapa.

En los relatos de las entrevistadas aparece el encuentro o la necesidad de algunas figuras particularmente, aquellas por las que creen pueden sentirse comprendidas y auxiliadas. Dice Ana,

Creo que mi madre me ayudó muchísimo, cosa bastante extraña porque no me llevo muy bien con mi madre, pero la verdad que desde que nació mi hija la tía ha estado ahí al firme, y nada, como re encarando, no sé. Me sostuve pila en ella y hasta el día de hoy.

María describe el puerperio y su proceso de convertirse en madre de la siguiente forma,

Yo lo aprendí. Es algo que lo aprendí y lo sigo aprendiendo, y no son 40 días, ni en pedo. Es algo que como lo sientas. En la medida en que la beba crece yo lo voy sintiendo, voy como volviendo a recomponer ese puzzle que soy. Vamos juntas. Ella va adquiriendo habilidades, independencia y yo voy generando esos lugarcitos que fui encontrando. (...) Lo que tengo claro del puerperio es que es un reencuentro conmigo misma desde un lugar desconocido. Es como un nuevo lugar desconocido, escuchar mi expectativa de cómo yo me proyecto como madre y como familia, y también con mi historia.

En este fragmento de entrevista resulta muy interesante la idea del reencuentro consigo misma pero desde un lugar desconocido. Esta viñeta muestra una forma de vivir el tránsito por el puerperio y la transformación de la mujer al sentirse madre, sin perder completamente su identidad previa al nacimiento del/la hijo/a. Agrega,

Le he hecho un montón de preguntas a mi madre por ejemplo (...) desde cómo empecé a gatear, el destete como había sido. Mi hermana y yo porqué somos tan seguidas (...) Pero preguntar cómo fue el cuidado, eso. De la teta, preguntarle a mi madre, que muchas cosas no se acuerda.

Lea también menciona a su madre y un reencuentro tras el nacimiento de su hijo cuando se le pregunta sobre qué le ha facilitado el tránsito por el puerperio.

...la compañía, la red, la facilitadora, te complica no tener compañía en este momento. Cuando yo estoy con gente de confianza, acompañada, lo vivo de otra manera, sobre todo mi madre, mi madre me hizo la diferencia. Incluso con mi madre yo cambie mucho la relación porque teníamos relación un poco más distante antes del embarazo, y nada a mi me cambió, porque aparte también como madre te cambia tu rol de ver a las mujeres, y de ver a tu madre, de ver a tu familia, ta, dejas de culpar por un momento de cosas, y te pones del lado de que una madre hace lo que puede.

Son varias las entrevistadas que mencionan el retorno a lo familiar, volver sobre la propia historia, aspectos de su crianza y apelar al conocimiento de sus propias madres. Un reencuentro desde otro lugar, como relataba Ana, con una madre con la que no habían sido tan cercanas, pero que la propia experiencia de maternidad aproxima en la necesidad de encontrar otros relatos, contención, afecto y apoyo. Claro está que esta situación es relativa a las posibilidades de cada mujer y la historia del vínculo con su propia madre.

Adrienne Rich (1968) fue una de las figuras más importantes dentro de los feminismos en hacer mención a la importancia de esta relación en la posibilidad de recuperar el disfrute de las maternidades de manos de los mandatos patriarcales.

Sobre la necesidad de apoyos del familiares Antonia dice,

Me acuerdo de mis viejos, me re embolo que se quedaran afuera (en otro departamento). Me hubiera gustado.. nada...si pudiera elegir, bueno algunas veces me fui yo para su casa, en esto de que mi pareja trabajaba, me fui y él (pareja) iba los fines de semana, fueron creo que dos semanas separadas, fui una semana una vez y después otra semana, y ta eso era lo mejor porque no tenía que pensar en cocinar, no tenía que pensar en limpiar, y cuando quería ir al baño había unos brazos para poder sostener. Sostener la cotidianeidad de las cosas que se necesitan, de la casa, vos y eso y cuidarlo.

La necesidad de la red de apoyos es destacada en varios de los relatos, señalando que debe ser un tipo de apoyo muy particular, que comprenda las necesidades de las mujeres en esta etapa. Un apoyo que considere también la necesidad de ayuda para realizar actividades en concreto, sobre todo durante las primeras semanas (limpieza, cocina, compras), permitiéndole a las mujeres en puerperio desentenderse de estos aspectos.

Porque también está esta cosa de la mujer moderna, nuestras madres y eso, recibieron poca ayuda en su puerperio, ya la tribu no existía, esto que hablan precioso los libros de la tribu, la tribu, ¿qué tribu? No hay nadie. Está todo el mundo laburando al palo, ¿qué tribu hay? (...) Es muy difícil la tribu cuando en realidad nuestras vidas están un poco más complejas. Y la ayuda es tipo, vengo, me das al nene y vos te vas a hacer las cosas, y no, yo esa ayuda estoy segura de que no la quiero, porque yo quiero estar sentada con todo mi dolor fisiológico, con mi bebé a upa y que vos me hagas las cosas de la casa. Pero es re difícil que pase eso.

Sabina hace mención a la necesidad de generar apoyos que ayuden a sostener varias actividades de lo cotidiano, menciona la tribu, un grupo humano organizado para ayudar en la crianza, y la ausencia de la misma. La escritora Carolina Del Olmo en su libro “¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista” (2013) escrito a partir de

la experiencia de puerperio tras el nacimiento de su primer hijo, aborda las dificultades de ejercer los cuidados necesarios para la crianza de un/a niño/a en sociedades capitalistas y productivistas, en las estructuras colectivas y redes de apoyo están desdibujadas por diversos factores, desde la idea hegemónica de la familia nuclear en la que los cuidados deben resolverse en solitario -recayendo principalmente sobre las madres las responsabilidades de los/as hijos/as- hasta el hecho de que cada vez es más extensa la cantidad de años dedicados a la actividad laboral remunerada de las personas, dificultando que figuras como la de los/as abuelos/as por ejemplo puedan auxiliar más en el cuidado, tal como lo plantea Sabina.

Sin desconocer lo que ya se ha dicho respecto a las características tan particulares propias del puerperio (el cuerpo, la lactancia, el cansancio), la historia de vida de cada una las mujeres y los recursos con los que cuentan a la hora de convertirse en madres, la singularidad de cada vínculo que comienza a construirse entre madre y bebé, y las secuelas que las experiencias de parto pueden tener en la recuperación, es importante considerar la relevancia de la socialización (y sus dificultades en esta etapa) y cómo la escasa existencia de redes y/o figuras que acompañen a las maternidades -tanto en el puerperio como en etapas posteriores- puede influir en el tránsito por la experiencia. El ejercicio de crianza en una sociedad adultocéntrica, bajo el imperativo de la productividad evaluada en la remuneración y con un ideal de maternidad extremadamente exigente, vuelve muy difícil el tránsito por el puerperio a las mujeres madres. Dice Del Olmo (2013)

El problema no son nuestros hijos, pero tampoco somos nosotros. El problema es una sociedad cuyas exigencias son radicalmente incompatibles con las necesidades de los bebés y también con las de quienes cuidan de ellos. Lo que yo necesitaba y no encontraba en los libros de crianza era un enfoque orientado a los niños, que también tuviera en cuenta la vulnerabilidad de los padres y el peso excesivo que recae sobre sus espaldas. (p. 11).

La importancia de redes de amigos/as que puedan acompañar a las mujeres en este tránsito también es algo que aparece en los relatos. La posibilidad de lentamente ir integrando otras

actividades sociales en la medida en que los bebés adquieren cierta autonomía y de propuestas adecuadas a las necesidades y posibilidades de las mujeres-madres. Dice María,

Yo he salido, porque mi compañero es re pro de que salga y me distraiga, y ta, yo me quedo tranquila porque sé que la cuida recontra bien. Y he salido, la vez pasada fui a un toque de una banda que me gustaba, pero ta, miraba y decía "qué es esto?" (ríe) Lo disfruto como evento artístico, pero ta. Terminó, los amigos con los que estaba seguían de gira para otro lugar y yo no, me fui a casa re feliz. Estaba durmiendo la gorda y aquel estaba viendo una serie y fue divino, esto es lo que yo quiero. Y siempre lo desee y estoy super agradecida porque la vida me dejó ser parte de eso y estoy muy feliz con la familia que formé.

Con una bebé de 11 meses y el apoyo de su compañero ya logra participar de otras actividades y disfrutar también de su familia, conectar con su deseo de ser madre y esta nueva identidad que ha ido construyendo paulatinamente, reconociendo la necesidad de esos otros espacios. Porque el cambio al convertirse en madre no debería significar un evento cargado de renunciadas y restricciones sociales per sé, de pérdida de espacios de disfrute de actividades sin hijos/as, y de necesidad y encuentro con momentos y actividades para adultos/as. La maternidad en sí misma no lo exige, al menos no en todos los momentos, lo que dificulta a las mujeres-madres su reinserción social, cultural, política y las posibilidades de crecimiento laboral y personal, no son los/as hijos/as, sino la falta de redes de apoyo a la crianza y los cuidados, de políticas que sanitarias que promuevan la salud mental materna, que acompañen en el proceso de convertirse en madre y en la búsqueda por trazar caminos que hagan compatible esta experiencia con el resto de los aspectos que forman parte de la vida de las mujeres.

En la medida en que los bebés crecen y si todo ha evolucionado sin complicaciones, las mujeres pueden recuperar espacios independientes de sus hijos/as, a la par que ellos/as conseguirán cada vez mayor autonomía, ingerir otros alimentos, dormir por períodos más largos, caminar, conquistar el lenguaje para poder comprender y expresar lo que necesitan,

confiar en otros cuidadores disponibles a brindarles atención, conquistas de desarrollo personal que les permitirán alejarse temporalmente de sus madres.

Esto podrá suceder siempre y cuando exista una red de apoyo que no deje a las mujeres-madres liberadas a experiencias solitarias, erigidas sobre el mandato hegemónico del saber-poder-deber materner sin ayuda, y en la medida en que desde los espacios sociales y sanitarios se apueste a la construcción de políticas públicas y planes de atención tendientes a promover maternidades posibles y disfrutables.

CAPÍTULO V

5. Consideraciones finales

Este estudio ha tenido como principal objetivo conocer la experiencia de las mujeres que transitan el puerperio a través de sus relatos, validando como principal fuente de información la experiencia subjetiva.

Se realizaron entrevistas en profundidad a 8 mujeres de entre 30 y 40 años, con nivel educativo medio y superior, residentes en la ciudad de Montevideo, cuyos embarazos fueron controlados en el sistema de salud (órbita pública y privada). Todas se encontraban en pareja al momento de la entrevista y sus hijos/as contaban con buen estado de salud. Este recorte de la población entrevistada determina que las conclusiones refieren a un sector de la población específico, no debiendo suponer que es la forma en la que todas las mujeres transitan sus puerperios, sin embargo permite un análisis detallado de la franja entrevistada.

La definición de puerperio proviene del campo de la medicina y ello determina -dado el modelo de atención sanitaria dominante en el sistema de salud uruguayo- que el mismo sea definido y abordado desde una perspectiva biologicista. En las últimas décadas se han realizado investigaciones en materia de salud SS y SR tendientes a incorporar una mirada más integral de estos fenómenos y con perspectiva de género, incluyendo en la problematización la incidencia de los aspectos sociales, culturales y políticos de los mismos, y sus efectos en la vida de las mujeres.

A continuación se expondrán algunas de las conclusiones a las que se ha arribado respecto a las preguntas que guiaron la investigación.

Con respecto a la pregunta, ¿cuáles son las principales características de la experiencia puerperal para las mujeres, tras el nacimiento de su primer hijo/a?, se pueden identificar varias dimensiones a través de los relatos que adquieren relevancia en el tránsito por la etapa.

El puerperio es descrito por varias de las entrevistadas como *caótico*, una etapa en la que sus rutinas previas a convertirse en madres se ven alteradas. La demanda de los/as recién nacidos/as y la necesidad de cuidado continuo, suele producir en las mujeres puérperas un importante agotamiento. Se destaca en esta línea la dificultad para realizar tareas diferentes a las de cuidado del bebé, fundamentalmente en los primeros meses tras el parto. En esta línea aparece la dificultad para encontrar tiempos para cuidar de sí mismas (bañarse, peinarse, comer, descansar), o retomar actividades intelectuales o profesionales.

Transcurridas las semanas correspondientes a las licencias por paternidad de las parejas varones (cuya duración depende del ámbito laboral en que se desempeñen), muchas de las mujeres-madres se ven a cargo en exclusividad del cuidado del/la recién nacido/a durante la mayor parte del día y esto implica un nivel de demanda muy importante hacia las mismas. En este sentido aparece la vivencia de *cansancio* y *agotamiento* ligada al *nivel de atención* y la *disponibilidad* que exige atender las necesidades físicas, así como ser sostén afectivo de los recién nacidos en esta etapa. Las alteraciones en los tiempos de sueño, el sostenimiento de la lactancia, la lectura y comprensión de las necesidades del bebé, producen una exigencia importante en las mujeres puérperas, aún en recuperación de sus procesos de embarazo y parto, y en adaptación al nuevo rol materno.

Entra en juego aquí el supuesto respecto a que deberían ser capaces de realizar estas actividades de forma natural, hecho que implica, no solo, enfrentar sus propias expectativas con la experiencia concreta, sino también las expectativas sociales y las reacciones del entorno respecto al ejercicio de cuidados y de la maternidad. El modelo de maternidad idealizada e intensiva (Hays, 1998), produce el supuesto de que las actividades de atención y cuidado hacia los/as hijos/as pueden ser realizadas por las madres sin mayores dificultades, debido a cualidades esenciales femeninas. A partir de concebir esta idea de maternidad instintiva (Badinter, 1980), no sólo no se problematiza el trabajo que implica cuidar a un recién nacido, sino que además se espera que exista disfrute en la realización de estas tareas, ya que la maternidad, así entendida, representaría la realización de un deseo universal a todas las mujeres, y por lo tanto debería ser fuente de satisfacción (Badinter,

1980). Las exigencias internas y externas de deber-saber cumplir con el rol de madre, generan presiones que producen angustia y/o culpa en las mujeres puérperas (Assanelli, Defey. 1997).

Los mandatos que recaen sobre la maternidad -entendida como institución (Rich, 1976), cargada de mandatos y supuestos ligados imaginariamente a la biología y el deseo femenino- y el supuesto de que cada mujer sabrá cómo cuidar a su bebé siendo *suficientemente buena* (Winnicott, 1956) para garantizarle un desarrollo saludable, se encuentran culturalmente ligados a la percepción de que además estas tareas deben representar para las mujeres experiencias de amor y disfrute, determinando que otras expresiones afectivas distante de las ya nombradas, sean vividas como extrañas o un déficit en relación a sus capacidades maternas.

En relación a las estrategias construidas por las mujeres-madres entrevistadas para sostener la demanda de cuidados, se observa que las mismas dependen fundamentalmente de los recursos personales con los que puedan contar, en tal sentido, el apoyo de la pareja, redes familiares y de amistad resulta fundamental. La edad de sus hijos/as resulta aquí un factor determinante, ya que en la medida en que los/as mismos/as van adquiriendo mayor autonomía se hace posible que las madres puedan dedicar más tiempo a otras actividades.

En este sentido son identificados como fundamentales los vínculos que brindan contención afectiva de sus vivencias. Aparece aquí el temor a ser juzgadas por manifestar aquellos aspectos de la maternidad que encuentran displacenteros, o reconocer las dificultades para realizar las actividades de cuidado de los bebés, en esta línea las entrevistadas manifestaron sentirse más cómodas conversando con otras personas que transitaran experiencias similares, en su mayoría mujeres. La posibilidad de relatar su experiencia y conocer la de otras mujeres-madres fue descrita como de gran utilidad a la hora de generar estrategias de cuidado, e identificada como un soporte emocional durante el puerperio.

En relación a la segunda pregunta, ¿la experiencia subjetiva coincide con la definición médica de puerperio? Cabe destacar que en todas las entrevistas para esta investigación fueron realizadas habiendo transcurrido ya el período temporal en el que se describe médicamente como puerperio fisiológico (42 días después del parto), sin embargo, las participantes coincidieron en que seguían considerándose puérperas.

La duración del puerperio depende de múltiples factores, el supuesto sobre una recuperación en 6 semanas genera desconcierto cuando ya transcurridos varios meses las mujeres continúan experimentando cambios físicos (consecuencia del parto y/o la lactancia) y emocionales en relación a su nueva condición de madres. Mora (2009) señala que particularmente en el puerperio, la vivencia corporal y la subjetiva se encuentran profundamente entrelazadas, y que por lo tanto, el mismo no podrá ser entendido analizando sólo los aspectos fisiológicos médicamente descritos. En tal sentido, la experiencia puerperal no tiene una duración definida, sino que se encuentra profundamente ligada a la vivencia fusional madre-bebé, que lentamente será transitada, mediante el desarrollo evolutivo del hijo/a y la construcción de un vínculo entre dos organismos separados. Ramirez Matos (2020) define como puerperio emocional este estado fusional que se sostendrá por un tiempo prolongado, hasta que ambos (madre y bebé) puedan elaborar paulatinamente su separación como organismos física y psíquicamente independientes. La experiencia subjetiva del puerperio, produce grandes variaciones emocionales y desde lo psicológico representa el tránsito por una etapa muy particular en la vida de las mujeres, que requiere de acompañamiento y sostén afectivo constante.

En tal sentido, debe considerarse a partir de las narrativas analizadas, que el trato de los profesionales de la salud durante la recuperación incide -al igual que en el parto- en cómo se transita el puerperio. La escucha sensible, sin juicios de valor y la disponibilidad a habilitar que las mujeres manifiesten sus preocupaciones y emociones resulta fundamental para que la recuperación física no se convierta en una experiencia violenta y/o displacentera.

Esta pregunta se encuentra en relación a la tercera, sobre las relaciones existentes entre las experiencias de parto o cesárea sobre cómo se transita el puerperio. En nuestra cultura los fenómenos de SS y SR femenina son abordados predominantemente desde un enfoque biologicista y en el marco de un modelo de atención en salud tecnocrático (Davis Floyd, 2001) que produce una importante asimetría entre la posición médica (de saber y autoridad) y la posición de los/as pacientes (de desconocimiento, pasiva). Este modelo parte de la concepción de que la situación médica a abordar representa una situación patológica y produce prácticas altamente intervencionistas.

El parto y el puerperio, considerados como fenómenos médicos, reciben un tratamiento que adhiere a las lógicas antes mencionadas donde las intervenciones son realizadas de forma protocolar sin considerar necesariamente la singularidad de cada situación. Esto coloca a las

mujeres en una posición asimétrica respecto al personal sanitario, permaneciendo en un lugar de subordinación con respecto a las decisiones que se toman sobre sus procesos reproductivos y sus cuerpos. En algunos casos las entrevistadas pudieron manifestar su malestar o necesidades, es importante destacar este punto porque señala la conquista de la posibilidad de apartarse del lugar del lugar pasivo en el que son colocadas por el sistema de salud, aunque no necesariamente esto signifique que sus deseos sean tomados en cuenta. Si bien existe un marco legal a fin de regular las prácticas médicas y las acciones realizadas por el personal sanitario durante el parto, los protocolos de atención continúan rigiéndose por lógicas jerárquicas y un trato despersonalizado, produciendo situaciones de violencia obstétrica. La pandemia por COVID-19 y las diversas medidas que se tomaron para evitar los contagios en los años 2020 y 2021, incrementaron la rigidez protocolar de la atención al parto y producido la vulneración de derechos en materia de SS y SR en diferentes ocasiones (Briozzo, 2020).

En el transcurso de la investigación se ha podido vislumbrar la relación entre la experiencia de parto y cómo es transitado el puerperio. La vivencia del nacimiento de los/as hijos/as se encuentra muy presente en el posparto no existiendo dispositivos institucionales diseñados para poder hablar de la misma, así como de las experiencia de puerperio, fuera de aquellas situaciones en que se presenten características patológicas (diagnóstico de Psicosis Posparto o Depresión Posparto). Las expectativas que se tenían previas al parto confrontada a la experiencia, las emociones sentidas, las intervenciones en el cuerpo, la violencia obstétrica (en aquellas situaciones en las que esto acontece), no encuentran muchas veces dónde ser relatadas y resignificadas, desde un abordaje en salud mental que permita elaborar lo vivido.

Sobre las principales dificultades y facilitadores identificados en el puerperio, la *lactancia* representa un importante nudo de preocupación. Rige sobre la misma, al igual que con otros aspectos vinculados a la maternidad, la idea de saber instintivo, quedando la capacidad de amamantar ligada a la idea de que este ejercicio es representativo de las cualidades de cada mujer para maternar, pero además, la misma es vinculada a la idea de amor maternal, siendo representativa del afecto que sienten las mujeres por sus hijos/as (Badinter, 1980).

Las dificultades en la lactancia y la imposibilidad, o el no deseo de amamantar, son vividos por las mujeres-madres como fracasos personales, del ejercicio de sus maternidades (Gimeno, 2018). Las recomendaciones sanitarias sobre la lactancia operan como imperativo

respecto a las formas y los tiempos durante los que las mujeres deben amamantar y cómo deben hacerlo, sin considerar la pluralidad de situaciones que pueden desarrollarse en el marco de esta práctica. No ajustarse a lo establecido sobre cómo se debe amamantar es fuente de frustración y angustia para aquellas mujeres que enfrentan dificultades en esta área, no desean amamantar, o experimentan sentimientos contradictorios al ideal de plenitud y afecto asociado a la misma. Ante las dificultades, algunas entrevistadas consultaron profesionales asesoras en lactancia. El resultado de estas consultas resultó favorecedor en algunos casos, siendo verdaderos apoyos a la misma y las mujeres que decidieron y/o deseaban amamantar, en tanto en otros casos el discurso de las profesionales les resultó culpabilizante, en tanto retomaba las imposiciones antes mencionadas, generando de forma directa o indirecta la sensación de que la responsabilidad en lograr la lactancia exclusiva se encuentra en las mujeres-madres.

Los efectos que el discurso médico genera respecto al desconocimiento de las mujeres sobre sus propios cuerpos y sus procesos reproductivos, afecta también la esfera de la sexualidad. El supuesto de que tras lo que se considera el puerperio fisiológico, todas las mujeres “podrían” retomar la actividad sexual con sus parejas se vuelve fuente de presión y angustia cuando esto no sucede. Se pone en juego aquí el modelo heteronormativo de pareja, que opera en la construcción de una sexualidad sostenida en la idea del intercambio sexual coital. Debido a múltiples factores de origen tanto anatomofisiológicos (hormonales, de recuperación del parto, etc), así como del orden del deseo (percepción del cuerpo tras el embarazo y parto, falta de tiempo o espacio sin el hijo/a, cansancio por el cuidado del bebé, experiencia libidinal ligada al vínculo con el recién nacido) las mujeres puérperas muchas veces no sienten deseo de retomar actividad sexual con la pareja hasta mucho tiempo después de transcurrido el parto. La legitimación discursiva que determina que luego de los 42 días esto sería posible, las coloca en una posición de desconcierto respecto a su sentir, cuestionándose muchas veces si es normal lo que vivencian, generando esto angustia y culpa.

Otro de los aspectos problematizados en este trabajo refiere a la identidad materna, es decir, la vivencia de las mujeres en la nueva situación de percibirse -y ser percibidas- como madres. El modelo idealizado de maternidad genera la idea de que ser madre es algo esencialmente arraigado a las características femeninas, en tanto las experiencias de maternidades señalan que la *identidad materna* se construye, las mujeres se convierten en

madres (Imaz, 2010) en el marco de la integración de representaciones de orden cultural y social, y en la medida en que establecen un vínculo con sus hijos/as, sin que esto deba implicar la renuncia a los demás aspectos vitales que componen su identidad, pero sí una transformación. El puerperio es la primera etapa de encuentro de las mujeres con esta nueva condición, y el tránsito por el mismo implica la experiencia subjetiva de reconocerse en este nuevo rol y encontrar el modo de transitar la maternidad, de acuerdo a las características particulares de cada mujer, sus deseos y posibilidades.

Sobre los facilitadores, son identificadas como de gran importancia para sostener el tránsito por el puerperio la posibilidad de relatar lo que sucede, así como lo que sucedió en el parto. El reconocimiento y resignificación de la experiencia se encuentra muy arraigado a la posibilidad de narrar, tanto lo sucedido en el parto, como lo que se experimenta en el posparto. genera en las mujeres-madres la vivencia de sentirse menos solas, y la posibilidad de crear estrategias para resolver los aspectos que identifican como desafiantes. En esta línea las entrevistadas manifestaron sentirse cómodas hablando de sus experiencias con personas por las que no se sintieran juzgadas, o que transitaran procesos similares. Contar con espacios de escucha que habiliten poner en juego la vivencia de las mujeres-madres, como los grupos de apoyo al puerperio y/o crianza, sin juzgar su sentir y respetando la singularidad de cada una.

Resultan fundamentales las redes de apoyo que hagan sostenible los cuidados y las actividades cotidianas, en un momento en el que las mujeres se encuentran sumamente cansadas y el cuidado de los recién nacidos demanda gran atención y dedicación. Contar con personas disponibles para auxiliar en el cuidado del hogar, o de los bebés, disminuye significativamente las presiones que enfrentan las mujeres en puerperio. La construcción de esta red resulta difícil en una sociedad altamente individualista y con exigencias laborales cada vez más amplias.

En suma, el puerperio debe ser considerado como una etapa en la historia de las mujeres que deciden ser madres, en la que se entremezclan los supuestos y mandatos que operan sobre la maternidad -entendida esta como una institución cuya finalidad es cumplir una clara tarea necesaria para la supervivencia y constitución de seres humanos adaptados a las normas sociales- con la experiencia y el deseo personal de tener hijos/as (Rich, 1968).

La capacidad reproductiva biológica es convertida en un mandato cultural que opera como un mecanismo de opresión, si no se realiza un análisis profundo de los significados atribuidos a esta función socialmente construida. La posibilidad de generar experiencias de maternidad diferentes a lo que el modelo idealizado de la buena madre establece, resulta fundamental para que las mujeres puedan apropiarse de sus procesos reproductivos y disfrutar del cuidado y crianza de sus hijos/as (Rich, 1968). Para esto se vuelve necesario construir espacios de contención y apoyo a las maternidades, que habiliten la escucha sensible y desculpabilizadora de las vivencias maternas, deconstruyendo el mito de la buena madre, universal e instintivo.

Es fundamental que se generen redes de sostén que no releguen el ejercicio de las maternidades a la soledad del espacio privado y a las posibilidades de cada mujer de encontrar sus propios recursos con los cuales hacer sostenible el cuidado de sus hijos/as. Dado que no existen en nuestro país dispositivos destinados al acompañamiento a mujeres en puerperio, queda en las posibilidades de cada una de las mujeres encontrar espacios en dónde relatar lo sucedido, resultándoles muchas veces difícil encontrar las personas o momentos apropiados para hablar de sus experiencias. Este hecho representa una importante falencia en nuestro modelo de atención en salud mental y SS y SR, ya que no se promueve un abordaje apropiado de la salud mental materna en una etapa tan particular como el posparto. En este sentido, se considera importante que sea tenida en cuenta la necesidad de crear dispositivos de este tipo a fin de promover un abordaje integral en salud mental, adaptados a las necesidades de las mujeres.

Referencias Bibliográficas

- Aguirre, R. et al. (2020) Recomendaciones para la mujer embarazada y el recién nacido frente a la COVID-19. Recuperado en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/recomendaciones-para-mujer-embarazada-recien-nacido-frente-covid-19#:~:text=El%20documento%20realiza%20una%20serie,para%20el%20nacimiento%20en%20formato>
- Ahmed, S (2021) Vivir una vida feminista. Caja Negra Editora. Bs As, Argentina.
- Álvarez, C. et al. (2018) Protocolos clínicos en la atención integral, humanizada e institucional de la Mujer en trabajo de parto y parto y del recién nacido. Recuperado en: file:///C:/Users/Hp/Downloads/PROTOCOLOS_CLINICOS_EN_LA_MATERNIDAD-_TOMO_1.pdf
- Alzar Cerezo, D. (2019) La “buena madre”. Discursos y prácticas neoliberales. ATLÁNTICAS. Revista Internacional de Estudios Feministas. Vol 4, N 1. pp. 265-294.
- Arnao, Galvan, et al. (2018) Parir y nacer. Trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados. Revista de Psicología 17(2) p. 3-13. Madrid, España.
- Assanelli, M. Defey, D et. al. (1997) Psicopatología del puerperio. Revista Temas de medicina obstétrica. N 3 T 1. MOntevideo, Uruguay
- Badinter, E (1981) ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX. Barcelona: Paidós.
- Badinter, E. (2011). La mujer y la madre. Madrid: La esfera de los libros.
- Barrán, J.P. (1989) Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay.
- Barrán, J.P. (1993) Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. Tomo I: El poder de curar. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay.
- Bourdieu, P. (2000) La dominación masculina. Barcelona. Anagrama.
- Batthyány, K. (2020) En nombre del cuidado: trabajo y reproducción de la vida. Recuperado en: <https://udelar.edu.uy/portal/2020/05/en-el-nombre-del-cuidado-trabajo-y-reproduccion-de-la-vida/?fbclid=IwAR0pJA5raow2FM9JPJ6buN0MqGjyzuahLaAvfEso2kspyXQUfMtqTUo2kKU>

- Batthyány, K. (2020) Profundización de las brechas de desigualdad por razones de género: el impacto de la pandemia en los cuidados, el mercado de trabajo y la violencia en América Latina y el Caribe. *Astrolabio. Nueva época*. N 25. Julio-diciembre 2020. Recuperado en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/29284>
- Briozzo, L et al. (2020) "Análisis del impacto de la pandemia covid-19 sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva", en *Revista Médica del Uruguay*, vol. 36, núm. 4, pp. 436-444. doi: <https://doi.org/10.29193/RMU.36.4.12> [2 de febrero de 2021].
- Brockheimer, J. Harré, R. (2003) *Narrativa: Problemas e Promessas de um Paradigma Alternativo*. *Psicologia: Reflexão e crítica*. Vol. 16 N 3. pp 525-535.
- Camacaro Cuevas, M. (2000). *Experiencia del parto. Proceso de la mujer o acto médico*. Universidad de Carabobo.
- Castrillo, B. (2018) *Relatos de parto: Instrumentos de ciberactivismo feminista hacia una ciudadanía reproductiva*. Universidad Nacional de La Plata. Vol 1. N 21. pp 15-23. Recuperado en: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.8615/pr.8615.pdf
- Calisto, E. Gómez, V et. al (2016) *Trashumancias. Búsquedas teóricas feministas sobre cuerpo y sexualidad*. Biblioteca Plural. Montevideo, Uruguay.
- Calquín, C. (2013) *De madres y expertos: La psicología de posguerra y el disciplinamiento de los cuidados maternos*. Recuperado en: https://www.researchgate.net/publication/326900094_De_madres_y_de_expertos_la_psicologia_de_posguerra_y_el_disciplinamiento_de_los_cuidados_maternos
- Chodorow, N. (1984) *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Gedisa. Barcelona, España.
- Corbo, G. Defey, D, et al. (2011) *De-presiones maternas : depresión materna en el primer año postparto; un tema oculto : estudio de prevalencia*. MSP, Uruguay.
- Crenshaw, Kimberlé 2002 "Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero", en *Estudos Feministas*, vol. 10, núm. 1, pp. 171-188.
- Davis-Floyd, R. (2009) *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires. Creavida.
- Davis-Floyd, R. (2017) *Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina*. Recuperado en: https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/05_TRES_PARADIGMAS.pdf

Díaz Roselló, J, Blassina, F. Correas, P. (2018) La violencia invisible: El recién nacido en espera de alguien que lo críe. Recuperado en:
<https://www.sup.org.uy/archivos-de-pediatria/adp89-3/web/pdf/adp.2018.89.3.a09.pdf>

De Beauvoir (2018) El segundo sexo. Ediciones Debolsillo. Bs As. Argentina.

Declaración de Ceará en torno a la humanización. (2003) Boletín semanal del Centro de Recursos de la red IBFAN de América Latina y el Caribe. Año 1, N 18. Recuperado en:
<http://www.ibfan-alc.org/boletines/ibfan-inf/A1N18.htm#declaracion>

Del Olmo, C. (2013) ¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista” Ed. Clave Intelectual. Madrid, España.

Diccionario etimológico en castellano en línea (2021) Recuperado de:
<http://etimologias.dechile.net/>

DSM-V TM Recuperado en:
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Echetto, M. Gallardo, R. (2021) Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de Covid-19 con énfasis en los procesos de embarazo y parto en Uruguay. Revista de Derecho Público. N 59. Año 30. Recuperado en:
<http://www.revistaderechopublico.com.uy/ojs/index.php/Rdp/article/view/161/138>

Farías, C. (2014) Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. Recuperado en:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4473/1/Carolina%20Farias.pdf>

Federici, S. (2012) Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas. Ed. Tinta Limón. Bs. As. Argentina

Federici, S (2004) Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Ed. Tinta Limón. Bs. As. Argentina.

Fernández, A.M. (1993) La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Paidós. Argentina.

Foucault, M (1974) Vigilar y castigar. Barcelona. Paidós.

Foucault, M (1977) Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber. Recuperado en:
<https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/681-4.pdf>

- Gimeno, B (2018) *La lactancia materna. Política e identidad*. Ediciones Cátedra. Madrid, España.
- Haraway, D. (1991) *Manifiesto para Cyborgs. Ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo XX*. Buenos Aires. Ediciones Letra Sudaca.
- Haraway, D. (1995) *Ciencia, "cyborgs" y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid. Cátedra.
- Harding, S. (1988) *¿Existe un método feminista?* Recuperado en:
https://urbanasmad.files.wordpress.com/2016/08/existe-un-mc3a9todo-feminista_s-harding.pdf
- Held, V (1989) *Birth and Death*. *Ethics*. Vol 99, núm 2(Enero 1989), pág 362-388.
- Imaz, E. (2010) *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Madrid, España. Anzos S.L.
- IMPO. (2020) Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Decreto 93/20.
- Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (2020). Resolución N° 845/2020. Montevideo. Recuperado en: <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/institucional/normativa/resolucion-n-845020-ante-de-nuncia-presentada-organizacion-nacer>
- Irigaray, L. (1992) *Yo, tú, nosotras*. Ediciones Cátedra. Madrid, España.
- Justo Von Lurzer, C. (2015) *Mamá mala. Crónicas de una maternidad inesperada*. Ed. Hekht LIBROS. Bs. As. Argentina.
- Kitzinger, S. (2006) *Birth as rape: There must be and end to "just in case" obstetrics*. *British Journal of Midwife*, 14. p. 544-545.
- Ley N 16104 (1990) *Regulación de licencias de los funcionarios públicos*. Recuperado en:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16104-1990>
- Ley N 17386 (2001) *Ley de acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento*. Recuperado en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001>
- Ley N 18426 (2008) *Ley sobre Salud sexual y Reproductiva* Recuperado en:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- Ley N 17215 (1999) *Ley 17215 Trabajadoras en estado de gravidez o en periodo de lactancia. Derecho a obtener un cambio temporario en las actividades*. Recuperado en:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17215-1999>

Ley N 18987 (2012) Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo. Ley de aborto. Recuperado en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>

Ley N 19161 (2013) Modificación del subsidio por maternidad y fijación del subsidio por paternidad y subsidio para el cuidado del recién nacido. Recuperado en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19161-2013>

Ley N 19580 (2017) Ley de Violencia hacia las mujeres basada en género. Recuperado en: file:///C:/Users/Hp/Downloads/Ley%2019580_librillo%20-_0.pdf

Ley N 19121 (2013) Regulación del estatuto del funcionario público de la administración central. Recuperado en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19121-2013/102>

Magnone Alemán, N. (2010) Derechos y poderes en el parto: Una mirada desde la perspectiva de la humanización. Tesis de Maestría, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Magnone Alemán, N. (2013) Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista latinoamericana de estudios sobre Cuerpo, Emociones y Sociedad*. 5 (12) p. 79-92.

Magnone Alemán, N. (2017) Entre lo formal y lo sustantivo: La calidad de la asistencia al parto en el Uruguay. *Revista Latinoamericana: Sexualidad, Salud y Sociedad*. N 27. p. 97-117.

Martínez-Guzmán, Montenegro, M. (2014) La producción de narrativas como herramienta de investigación y acción sobre el dispositivo de sexo/género: Construyendo nuevos relatos. *Quaderns de Psicologia*/ 2014, Vol 16. No 1, pp 111-125.

Medina-Serdán, E. (2013) Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol. Reproducción Humana*. vol.27 no.3 Ciudad de México ene. 2013

Menéndez, E.L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/activas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud (2018) Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional. Recuperado en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-la-asistencia-del-nacimiento-institucional>

Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud (2020) Recomendaciones referidas a la mujer embarazada y el recién nacido en el marco de la pandemia por COVID-19.

Recuperado en:

https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_RECOMENDACIONES_MUJERES_EMBARAZADAS_COVID_19.pdf

Montes Muñoz, Ma Jesús. (2007) Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis doctoral. Tarragona, España.

Mora, S. (mayo 2009) El cuerpo investigador, el cuerpo investigado. Una aproximación fenomenológica a la experiencia del puerperio. Revista Colombiana de Antropología. N1 45 Vol 1. Enero - Junio 2009, pp.11-37 Bogotá, Colombia.

Moore, R. (2016) Parto traumático y trastorno por estrés postraumático posparto: no siempre es depresión posparto. Recuperado en:

<https://saludmentalperinatal.es/2016/09/30/parto-traumatico-trastorno-de-estres-postraumatico-posparto-no-siempre-es-depresion-posparto/>

Muraro, L. (1991) El orden simbólico de la madre. Madrid, España. Recuperado en:

<file:///C:/Users/Hp/Downloads/Luisa%20Muraro%20El%20orden%20simb%C3%B3lico%20de%20la%20madre.pdf>

Murialdo, V. (2020) La construcción cultural del parto respetado en Madrid. Tesis de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. Recuperado en:

<file:///C:/Users/Hp/Desktop/maestr%C3%ADa/libros/Tesis%20Murialdo%20VO.pdf>

Olza, I. (2017) Parir. El poder del parto. Barcelona: Grupo Zeta.

OMS (2021) Un nuevo estudio revela los riesgos a los que expone separar a los recién nacidos de sus madres durante la pandemia por COVID-19. Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news/item/16-03-2021-new-research-highlights-risks-of-separating-newborns-from-mothers-during-covid-19-pandemic>

OPS-OMS (2021) Lactancia materna y alimentación complementaria. Recuperado en:

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9327:breastfeeding-recommendations&Itemid=42404&lang=es

Ramirez Matos, E. (2019) Puerperio emocional. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.

Recuperado en: <https://saludmentalperinatal.es/puerperio-emocional/>

Ramirez Matos, E. (2020) Psicología del posparto. Editorial Síntesis. Madrid, España.

Rich, A. (1976) Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución. Ed. Cátedra. Valencia, España.

Rodrigañez, C (2010) Pariremos con placer. Buenos Aires: Ediciones Madreselva.

Rubín, G. (1986) El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política del sexo. Revista Nueva Antropología. Vol. VIII, nro. 030 Universidad Autónoma de México. México.

Saletti, L. (2008) Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. Clepsydra, enero 2008. pp. 169-183.

Sandoval, J. (2013) Una perspectiva situada de la investigación cualitativa en ciencias sociales. Recuperado en: <https://www.moebio.uchile.cl/46/sandoval.html>

Tubert, S. (1993) La construcción de la feminidad y el deseo de ser madre. EN: González De Chavez (comp.) Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género. Madrid, Siglo XXI.

Viera Cherro, M. (2013) Lejos de París. Tecnologías de reproducción asistida y deseo del hijo en el Río de la Plata. Recuperado en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9286>

Viera, M. Evia, V (2021) Parir y nacer en tiempos de COVID-19 en Uruguay. ALTERIDADES, 2021, 31 (61): Págs. 51-65

Winnicott, D. (1956) Preocupación maternal primaria. Recuperado de: <https://teoriaspsicologicas2.files.wordpress.com/2012/10/winnicott-estudios-de-pediatria-cp-14.pdf>

Imágenes:

Galvalisis, M. [@mpgalvalisis] (3 de mayo del 2020) Autorretrato Instagram: https://www.instagram.com/p/B_vjl-iJar6/

Merino, T. [@tamaramerino_photography] (10 de junio del 2021) Diario de cuarentena. Instagram: <https://www.instagram.com/p/CP4d3rinUjP/>

Sorgini, L. [@lisa.sorgini] (11 de octubre 2022) Angles. Marrickville, 2021 Instagram: https://www.instagram.com/p/Cjkib5oB6P2/?utm_source=ig_web_copy_link

Sorgini, L. [@sorgini.lisa] (8 de octubre del 2022) Lilac and Harper. Instagram: <https://www.instagram.com/p/Cjcuj3Nh9jU/>

Anexo 1.

Pauta de entrevista:

1. ¿Cómo fue tu parto?
2. ¿Cómo te has sentido en este tiempo luego del parto?
3. ¿Te habían hablado del puerperio antes?
4. ¿Tu experiencia coincide con lo que te habían dicho?
5. ¿Qué aspectos te han resultado más difíciles durante el puerperio?
6. ¿Qué sentís que te ha facilitado el tránsito por esta etapa?
7. ¿Qué cosas sentís que cambiaron desde el nacimiento de x? ¿Cómo te sentís respecto a eso?

Consentimiento informado:

Declaración de consentimiento:

Mediante la presente declaro que he leído y escuchado la información que me han brindado sobre la investigación "Relatos del puerperio: Experiencias de mujeres en su encuentro con la maternidad" llevada a cabo por la Lic. Mayra Martiarena, en el marco de la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología (UDELAR). Estoy en conocimiento de los objetivos y la metodología a utilizarse, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la misma. Tengo presente que mi identidad será preservada en los informes correspondientes a los resultados del estudio, y que soy libre de abandonarlo en el momento en que así lo desee sin que esto suponga ningún perjuicio a mi persona. Por tanto, acepto voluntariamente participar de esta investigación.

Firma participante:

Aclaración:

Fecha:

Firma Investigadora:

Anexo 2

Imágenes del puerperio.

En el siguiente anexo se incluyen una serie de imágenes tomadas por fotógrafas que han dedicado parte de su obra a visibilizar sus maternidades y las de otras.



Lisa Sorgini, 2022
“Lilit and Harper”



Lisa Sorgini, 2021



Tamara Merino, 2020

“Diario de cuarentena”



María Pía Galvalisi, 2020

“Autorretrato”