

Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia

Tesis para optar por el título de Magister en Psicología Social

Maestranda *Lic. Psicología Carolina Farías*

Tutora *Prof. Agda. Alejandra López*
Instituto de Psicología de la Salud

Noviembre 2014
Montevideo, Uruguay

AGRADECIMIENTOS

A VICTORIA, por enseñarme el camino.

A JOAQUIN, por enseñarme a luchar, a caer y volver a levantarme.

A GUILLE por ser mi sostén incondicional y acompañarme en mis locas aventuras.
Al foro APOYO CESARES de “El Parto es Nuestro” por dejarme llorar y darme abrazos virtuales tan cálidos cuando los necesité. Sus velitas estarán siempre conmigo.

A mi MADRE, por dar lo mejor de sí para que yo pudiera dar lo mejor de mi.

A NANCY por ayudarme a pensar y creer en mi capacidad académica.

A MARIANA, porque la herida es una herida compartida... también su sanación.

A LUIS por enseñarme el significado de *hacer hacienda*. Nunca tan real!

A MAGALI y SILVIA, por sus ayudas salvadoras, justo a tiempo.

A todos mis AMIGOS y FAMILIARES, por entender las ausencias que implicaron poder dedicarme a éste trabajo.

Un agradecimiento especial a ALEJANDRA por su acompañamiento como tutora, sostén académico de este emprendimiento, pero por sobre todo, por enseñarme que la pluma es un ejercicio y un oficio.

A la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) por creer en el proyecto y brindarme su apoyo a través de la Beca de Posgrado Nacional.

A todas y cada una de las MUJERES que se comunicaron para participar del proyecto, tanto las que fueron entrevistadas como las que no. En cada una de sus palabras está el verdadero sentir de la experiencia. Espero poder hacerle honor a la confianza depositada.

((¡PODEMOS!))

RESUMEN

Desde hace más de un siglo, se ha institucionalizado, protocolarizado, medicalizado e instrumentalizado un evento vital, como es el nacimiento, el cual por lo menos en el 85% de los casos, no reviste ningún tipo de complicación médica. El caso de la cesárea es particularmente preocupante debido a los altos índices que se registran a nivel nacional e internacional. Según la Organización Mundial de la Salud, no hay justificación alguna para superar entre el 10 % y el 15 % de cesárea, independientemente del contexto geográfico. Sin embargo, en nuestro país, la cesárea alcanzaron en el año 2013, 33,4% de los partos que ocurren en el subsector público y 55,3% que tienen lugar en el subsector privado. Si bien la cirugía se ha ido perfeccionando a lo largo de su historia y hoy los indicadores de morbi-mortalidad materna y neonatal son bajos, no se pueden ignorar las repercusiones y consecuencias físicas, psíquicas y emocionales de tal intervención.

La tesis aborda el problema de la cesárea, desde las vivencias singulares y significados en mujeres que han transitado por esta experiencia como forma de nacimiento de su primer hijo/a, así como analiza los aspectos institucionales que rodearon este evento. Tuvo como objetivos específicos explorar la información que cuentan las mujeres durante el embarazo con relación a las posibles vías de culminación del mismo (parto o cesárea), describir la vivencia subjetiva de la cesárea e identificar las posibles repercusiones psicosociales de este evento en las mujeres. Se procedió a realizar un estudio cualitativo de tipo exploratorio y descriptivo, en base a entrevistas semidirigidas en profundidad a mujeres que experimentaron una cesárea al finalizar su primer embarazo, incluyendo a mujeres con cesárea programada y de urgencia. Los resultados obtenidos permiten afirmar que la cesárea no es irrelevante desde el punto de vista emocional, ni físico para las mujeres. Las vivencias relatadas por las mujeres y sus repercusiones, si bien se expresan singularmente en cada una, tienen como denominador común el impacto emocional que implicó la experiencia. Ello permite afirmar la necesidad de reorientar el tipo de atención que se brinda a las mujeres durante la atención del embarazo, el parto y el nacimiento, en especial cuando se trata de la cesárea, en términos de su calidad y calidez, desde un enfoque que no sólo respete los derechos de las mujeres sino los promueva y los proteja.

Palabras claves: salud reproductiva, cesárea, vivencias de las mujeres

INDICE

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN.....	3
PRESENTACIÓN	2
CAPITULO 1: diagramando el cuerpo de estudio	6
1.1 Introducción	6
1.2 La relevancia de investigar sobre cesárea	7
1.3 ¿Qué se sabe hoy sobre la cesárea hoy?	12
1.4 Problema de Investigación.....	15
1.4.1 Preguntas de la investigación.....	16
1.4.2 Objetivos.....	17
CAPITULO 2: CONSIDERACIONES TEORICAS	20
2.1 Reflexiones desde el feminismo sobre la maternidad	20
2.2 Medicalización e Institucionalización del embarazo, parto y puerperio	25
CAPITULO 3: FUNDAMENTO METODOLÓGICO Y DISEÑO DE INVESTIGACION .	32
3.1 Investigar desde el feminismo	32
3.2 Método y técnicas	35
3.3 Definición de la muestra y estrategias de captación.....	36
3.4 Aspectos éticos.....	38
CAPITULO 4: RESULTADOS Y ANALISIS.....	40
4.1 ANTES (o preparando el nacimiento).....	41
4.1.1 Expectativas sobre el nacimiento	41
4.1.2 Opinión sobre la cesárea previamente a su indicación	43
4.1.3 Preparación para el parto	47
En suma.....	50
4.2 DURANTE (o poniendo el cuerpo).....	51
4.2.1 Indicación de Cesárea	51
4.2.2. Consentimiento Informado.....	57
4.2.3 Preparación	59
4.2.4 Traslado.....	62
4.2.5 Acompañamiento.....	63
4.2.6 Quirófano puertas adentro.....	67
4.2.6.1 Clima en quirófano.....	67
4.2.6.2 Primer contacto con el bebé en el quirófano	70
4.2.7 Recuperación/reanimación	74
En suma.....	77

4.3 DESPUES (o reacomodando las piezas)	78
4.3.1 (Re) encuentro con el bebé	78
4.3.2 (Re) encuentro con sus cuerpos y su maternidad	85
4.3.3 (Re) significación de la experiencia	91
En suma.....	94
CAPITULO 5: CONSIDERACIONES FINALES	97
5.1 Recomendaciones	106
BIBLIOGRAFIA.....	110
APENDICES.....	119
A - Caracterización de las entrevistas	119
B - Consentimiento informado	120
C - Pauta de entrevista	121

Sin embargo, casi ninguna de nosotras imaginó nunca que su hijo nacería por cesárea. Las mujeres solemos tener pocas dudas sobre nuestra capacidad de parir. Podemos temer al dolor en el parto, o que algo malo le pase al bebé, pero a muy pocas se les ocurre imaginar que su bebé no podrá salir por la vagina y que, en vez de eso, tendrá que salir por la barriga. No imaginábamos que sería por cesárea. Nunca soñamos con despertar solas en un quirófano, heladas de frío. Con la barriga vacía y cosida, atontadas por el dolor y los sedantes, esperando a que se acercase la enfermera para poder preguntar:

‘¿y mi hijo?’

Ibone Olza & Enrique Lebrero

PRESENTACIÓN

La investigación que se presenta fue realizada en el marco de la tesis para la obtención del título de *Magister en Psicología Social*, de la Facultad de Psicología, Universidad de la República¹.

La elección del tema, vivencias sobre la cesárea desde el punto de vista de las mujeres que transitaron esta experiencia, se basa en la relevancia que tiene para la agenda de los derechos reproductivos de las mujeres. Desde la denuncia social sobre el lugar de la maternidad y sus opresiones, en las décadas del '50-'60, hasta que son tomados por la agenda política internacional a partir de los '90, mucho se ha profundizado sobre distintos aspectos que están involucrados en los procesos y decisiones (no) reproductivas de las mujeres: anticoncepción, elección de la maternidad, aborto, atención al embarazo, parto y puerperio, menopausia, entre otros. Sin embargo, el alto índice de cesárea registrado a nivel nacional, regional e internacional ha generado que distintos actores (organismos internacionales, organizaciones sociales, profesionales, gobiernos) comenzaran a generar preguntas específicas sobre este aspecto concreto de la vida reproductiva de las mujeres: la forma en que nacen sus hijos/as. ¿Qué factores están asociados al aumento del índice de cesárea? ¿Qué repercusiones tiene para la salud reproductiva de las mujeres y para la reproducción poblacional en términos generales?

Desde estos cuestionamientos, cobra sentido que se realicen aportes desde la psicología como disciplina que pueda integrar, al mismo tiempo, los aspectos individuales/subjetivos y los factores sociales que los condicionan. Hacer énfasis en producir conocimiento desde las propias protagonistas es solo el punto de partida. El tema sin duda no se agota con ello, pero por otro lado, los aportes de esta mirada se hacen indispensables.

Desde el punto de vista personal, al comenzar la Maestría (finales del 2011) mi hija mayor ya tenía dos años. Participaba activamente en las organizaciones sociales relacionadas con la Humanización del Parto y el Nacimiento y del *Foro Apoyo Cesáreas* de la *Asociación El Parto es Nuestro*. ¿La razón? El shock producido

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

por la forma del nacimiento de mi hija, mediante una cesárea (a mi entender innecesaria), con mucho maltrato por parte del personal sanitario.

Finalmente comprendí que podía hacer algo con todo eso, que esas circunstancias me pusieron ante la posibilidad de hacer “militancia desde la academia” (parafraseando al Dr. Castro²) por lo que decidí realizar la tesis sobre el tema “cesárea”. En un primer momento, centrada en un único aspecto: la cesárea como expresión de la violencia obstétrica. Sin embargo, el embarazo de mi segundo hijo y su posterior desenlace: cesárea por razones justificadas, con plan de cesárea elaborado por mi y mi pareja y el respeto y acompañamiento del mismo por parte del personal sanitario, me hicieron vivir la experiencia desde otro lugar, el de protagonista. Ambas experiencias fueron iguales en cuanto al corte –la marca indeleble sobre mi cuerpo- pero no pudieron ser más distintas en cuanto a la vivencia, lo que me hizo preguntar ¿cómo lo viven las otras mujeres? ¿qué hace a las diferencias?

El tema que elegí para realizar esta tesis no es para nada ajeno a mi persona, a mi ser mujer y a mi ser madre. Mucho tuve que analizar mi implicación al momento de realizar el proyecto, la búsqueda de bibliografía y sobre todo, al momento de realizar las entrevistas. Haber compartido la misma experiencia que las mujeres entrevistadas tuvo sus implicaciones positivas y negativas. Por un lado, la dificultad por mantener la distancia necesaria como investigadora, evitando actuar desde un rol profesional o militante, sin duda una nueva experiencia de aprendizaje. Por otro, el conocimiento de la experiencia me permitió guiar las entrevistas deteniéndome en detalles que en principio podrían parecer insignificantes pero que responden explícitamente a cómo se vivencia la experiencia, por ejemplo, preguntar acerca de cómo tenía las manos durante la intervención.

El desarrollo de esta tesis tuvo mucho de implicación, mucho de poner el cuerpo y la experiencia personal en juego. Cumplió su objetivo académico de formación, pero también permitió volver a (re)conocerme como mujer y como madre.

Para la presentación del material se ha decidido por una estructura organizada en cinco capítulos. En el primero se realiza la presentación del tema y del problema, así como los antecedentes, preguntas y objetivos de investigación. En el segundo capítulo

² Prof. Dr. Roberto Castro, Investigador del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM – México, quién dictó en marzo de 2014 un curso sobre “Teoría Social y Salud” en la Facultad de Psicología de la UR.

se presentan los marcos teóricos de referencia para el estudio, cuyas principales líneas son los aportes del feminismo sobre las concepciones de maternidad, los estudios de género como perspectiva analítica y los desarrollos de la medicalización e institucionalización de la sociedad en general, y en particular, del embarazo, nacimiento y puerperio. El tercer capítulo presenta los fundamentos metodológicos y el diseño de investigación, así como las consideraciones éticas. En el cuarto se presentan los resultados obtenidos mediante el análisis de las entrevistas. Para un mejor seguimiento del tema, se dispuso la presentación en tres momentos: antes, durante y después de la intervención. Por último, en el capítulo cinco se presentan las conclusiones que arribamos como producto de la investigación así como a las preguntas que quedan planteadas para futuros estudios.

Todos nacemos de mujer, y sin embargo la voz de la mujer no ha sido escuchada, por lo que no sabemos nada del significado de la experiencia de la maternidad.

Lorena Saletti

CAPITULO 1: diagramando el cuerpo de estudio

1.1 Introducción

Los derechos reproductivos han tenido un reconocimiento a nivel internacional, fundamentalmente, a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas celebrada en El Cairo (1994). En nuestro país, los mismos han sido reconocidos como derechos en los marcos normativos a partir de la aprobación -en 2008- de la Ley N° 18.426 “*Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva*”. Esta ley establece como uno de sus objetivos “(...)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(...)” (Uruguay, Poder Legislativo, 2008, Art. 3, inc. c).

Desde hace más de un siglo, los partos y los nacimientos se han medicalizado hasta el punto de olvidarse la fisiología de los mismos (Hutter, 2010). Se pierden de vista los procesos de subjetivación especiales de las mujeres en trabajo de parto, parto y puerperio (Odent, 2006). Desde los servicios de salud, sistemáticamente se limita o incluso se niega el acceso a la información y al consentimiento informado a las mujeres durante este evento. Se ha protocolarizado, medicalizado e instrumentalizado un acontecimiento vital que, por lo menos en el 85% de los casos, no reviste ningún tipo de complicación médica (WHO, 1985).

La sistemática medicalización e instrumentalización incluye prácticas rutinarias tales como episiotomía, inducción farmacológica del trabajo de parto (o para acelerar el mismo), posición decúbito supino durante el trabajo de parto y parto, cesárea, Todas prácticas que no encuentran sustento en evidencias científicas y cuyo uso rutinario son desalentadas tanto por organismos internacionales (WHO, 1985), como nacionales (MSP, 2008).

El caso de la cesárea es particularmente preocupante debido a los altos índices a nivel nacional, regional e internacional (WHO, 1984; Odent, 2006; Patah&Malik, 2011; MSP, 2013). Según la Organización Mundial de la Salud, “*no hay justificación para ninguna zona geográfica para tener más de 10-15% de cesáreas*” (WHO, 1985).

En nuestro país, la cesárea alcanza un promedio nacional del 50%, de ellas 33,4% se producen en el subsector público y 55,3% en el subsector privado, según datos proporcionados por el Sistema de Información Perinatal³. Sin embargo, tal es la naturalización de esta cirugía (cesárea) que no se cree necesario informar sobre los efectos físicos, psíquicos y emocionales. Se la banaliza a nivel de los profesionales de la salud (Hotimsky, 2010), pero también a nivel social.

Tal naturalización parece también involucrar a la academia, quizás como consecuencia de los altos índices, siendo pocas las investigaciones que intentan dar luz sobre el sentir subjetivo de las mujeres que han atravesado una experiencia de tales características.

En este sentido, se decidió realizar el presente estudio de tipo exploratorio y descriptivo, basado en una metodología cualitativa para realizar un acercamiento a este problema desde la propia experiencia de las protagonistas, analizando tanto los aspectos sanitarios generales (características de la atención institucional recibida) como la significación subjetiva de la experiencia.

1.2 La relevancia de investigar sobre cesárea

La cesárea es una intervención quirúrgica, una cirugía mayor abdominal mediante la cual se extrae el feto del interior del cuerpo de la mujer, realizando un corte a través de la pared abdominal y uterina.

Existen motivos que son incuestionables para la realización de una cesárea, como ser: prolapso de cordón, placenta previa (auténtica), desprendimiento prematuro de placenta, presentación del feto de frente u hombros, cardiopatía materna. Otras indicaciones pueden ser relativas y no debieran ser una indicación *per se*, sino que se debería valorar y sopesar riesgo/beneficio: no progresión del parto, desproporción céfalo-pélvica, nalgas, múltiples, cesáreas previas, etc. (Odent, 2006; Olza&Lebrero, 2006).

³ “Frecuencia absoluta de la terminación del parto según prestador público-privado. Uruguay. 2013”. Datos proporcionados por el Sistema de Información Perinatal (SIP), Unidad de Información Nacional en Salud. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública, Julio 2014.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que no hay justificación para que un país supere el 15% de índice de cesárea. Sin embargo, la cesárea es la intervención que se realiza con mayor rutina a nivel mundial, superando ampliamente tales indicadores en muchos más países que lo deseable, aunque en otros, como en los países nórdicos, el índice no supera el 10-14% (Mora, 2014).

La preocupación en relación a la cesárea está vinculada a que ésta técnica, que sin duda ha logrado mejoras significativas en la morbi-mortalidad materna y fetal, tiene aparejados sus propios riesgos. Para la mujer, algunas de las complicaciones médicas asociadas pueden ser: hemorragias, infecciones, histerectomías, laceraciones de órganos internos, complicaciones en futuros embarazos (mayor incidencia de abortos espontáneos, placenta previa), sin dejar de mencionar que tiene una mayor incidencia de mortalidad materna que el parto vaginal (de 4 a 6 veces mayor la probabilidad de muerte materna en una cesárea que en un parto). Para el bebé también tiene sus posibles consecuencias como ser laceraciones, prematurez iatrogénica y mayor probabilidad de sufrir distrés o dificultad respiratoria al nacer (sobre todo en cesáreas programadas o que no tuvieron un trabajo de parto espontáneo) (Olza&Lebrero, 2006; Odent, 2006). Por esta razón es que se procura que los servicios de salud puedan realizar una correcta valoración de riesgos/beneficios a la hora de indicar una cesárea.

En nuestro país, las Normas de Atención a la Mujer en Proceso de Parto y Puerperio (MSP, 2008) incluyen una serie de *“medidas para racionalizar la tasa de cesáreas”* tales como no institucionalizar a la mujer en parto o trabajo de parto temprano, limitar las inducciones, no realizar cesárea por antecedente de cesárea previa o de embarazo múltiple como únicos motivos, que el trabajo de parto sea asistido por parteras, entre otros aspectos. Sin embargo, tales recomendaciones aún no han logrado incidir en el número de cesárea que se realiza en el país.

El elevado índice de cesárea a nivel nacional ha sido ya advertido por diversas organizaciones de la sociedad civil. Desde el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en el Uruguay (MYSU, 2008, 2009) se ha señalado con preocupación el elevado número de cesárea, especialmente en el subsector privado; desde la Red Latinoamericana del Humanización del parto y el nacimiento (RELACAHUPAN) en Uruguay se han realizado varias campañas en los últimos años para sensibilizar sobre este tema (Campañas *“No más cesáreas innecesarias”* y *“El parto, seamos parte”*).

A nivel internacional existen dos asociaciones de mujeres que trabajan a nivel global con el objetivo de informar y concientizar específicamente sobre las cesáreas y sus riesgos: ICAN (International Cesarean Awareness Network) y el Parto es Nuestro (EPEN).

El Parto es Nuestro (EPEN) tiene sus orígenes en la creación del foro virtual *Apoyocesáreas* para nuclear a mujeres que han transitado por una o más cesáreas, como espacio que les permitiera darse contención emocional en el puerperio y brindar información y apoyo para futuros embarazos. Se trata de un grupo bajo la modalidad de “Ayuda Mutua”, donde el sostén está dado de mujer a mujer, madre a madre. Posteriormente se crea EPEN ya que lo que las mujeres traían como preocupaciones a la lista no se quedaba solo en la temática de las cesáreas sino que remitían a la vivencia y a los modos de atención al embarazo parto y puerperio en España. Hoy en día, el foro *Apoyocesáreas* sigue con sus cometidos iniciales, contando con más de 2000 mujeres subscriptas a nivel mundial (España, Alemania, Inglaterra, México, Argentina, Chile, Uruguay, entre otras). La Asociación también ha comenzado a “internacionalizarse”, teniendo filiales ya instituidas en Ecuador, y en proceso de puesta en marcha, en Argentina, Uruguay y Chile. Sus objetivos son el brindar información para una mayor y mejor toma de decisiones ya que *“La experiencia nos demuestra que en los países donde la mujer es consciente de sus derechos y los ejerce, donde circula una información más veraz y actualizada sobre estos temas y donde la mujer es consultada y decide sobre su parto, la atención recibida y prestada es más satisfactoria para todos los involucrados en el proceso.”*(El Parto es Nuestro, s/f).

ICAN por su parte *“es una organización sin fines de lucro cuya misión es mejorar la salud materno-infantil mediante la prevención de las cesáreas innecesarias mediante la educación, la prestación de apoyo para la recuperación de la cesárea, y la promoción de parto vaginal después de cesárea (PVDC)”* (ICAN, s/f). Su presencia es mayor en los países anglosajones o del norte de América (México, EEUU y Canadá), aunque su alcance llega a casi todos los países de América Latina y parte de Europa. Para sus cometidos utiliza dos estrategias fundamentales: la educación/capacitación, manteniendo una actualizada base de información científica sobre la materia y, los grupos a mujeres a través de la formación de líderes locales.

Ambas organizaciones realizan también importantes acciones de *advocacy*, participando activamente para cambiar las políticas sanitarias de atención sobre el embarazo, parto y puerperio.

Más recientemente, en 2012, se crea “inne-CESAREA”, una alianza de organizaciones de la sociedad civil de Puerto Rico con el fin de “*promover el apoderamiento de las mujeres puertorriqueñas para atender el serio problema de salud pública que representan la alta tasa de cesáreas y las intervenciones innecesarias durante el parto para la madre y el bebé, a través de una campaña de prevención validada, actualizada y atractiva sobre la humanización del parto*” (inne-CESAREA.org, 2012). Las campañas públicas desarrolladas por la organización han sobrepasado las fronteras puertorriqueñas y hoy se ha convertido en un recurso ineludible para quienes trabajan en la temática.

Ahora bien, ¿cómo llega a ser la cesárea la intervención quirúrgica generalizada que es hoy día?.

Su nombre devino “*del César*”, ya que en algún momento se creyó que César había nacido de cesárea (aunque no fue el caso). En la Roma Antigua, se impuso como práctica por una *Lex Regia, LexCaesarea*, la cual exigía la extracción del feto del cuerpo de una mujer embarazada muerta antes del entierro. Posteriormente, en la Edad Media, la Iglesia Católica requería de la extracción del feto si la mujer moría durante el trabajo de parto para intentar salvarle la vida al bebé o darle el sacramento del bautismo y así poder “ingresar al reino de los cielos”. Ésta práctica no tuvo mayores resultados neonatales ya que no se tiene registros de una sobrevivencia infantil significativa por tal intervención.

No fue hasta finales del siglo XVI y comienzos del XVII que se comienzan a tener registros de la intervención realizada en mujeres vivas, la mayoría de las cuales, sí lograba sobrevivir a la operación, moría al poco tiempo sobre todo debido a las hemorragias o infecciones en la herida. Recién para el siglo XIX, con el ingreso del cloroformo y de los antibióticos se logró controlar la muerte por infecciones en el posparto/posoperatorio. Sin embargo, la sobrevivencia se logró finalmente cuando se comenzó a realizar la extirpación del útero como forma de evitar las hemorragias. Así se llega a comienzos del siglo XX con mayor posibilidad de supervivencia fetal y materna, aunque con la consecuencia de la esterilidad permanente de la mujer.

Posteriormente, la técnica se fue perfeccionando y mejorando las condiciones de la medicina logrando que las mujeres no sólo no murieran sino que no sea necesaria realizar la histerectomía, lo que permitía continuar con la vida reproductiva (si así se

quisiera). Sin embargo, hasta la década de los 70, se decía “*una vez cesárea, siempre cesárea*”, entre otras cosas, por el tipo de incisión que se realizaba, la cual aumentaba el riesgo de rotura uterina en futuros embarazos. El avance de la técnica de incisión y sutura permitió que hoy día las mujeres puedan pasar por una cesárea, sobrevivir a ella, seguir teniendo hijos y que estos puedan nacer por vía vaginal.

La cesárea pasó de ser una operación realizada a una mujer muerta a una intervención para salvar la vida de mujeres y niños. Por este motivo, es muy apreciada por el sistema médico y la sociedad en general. Sin embargo, hoy día se ha llegado a un punto en que la intervención no logra resultados “milagrosos” por lo que su elevado índice no ha demostrado mejoras en la morbi-mortalidad materna y fetal en aquellos servicios donde se cumplen todas las condiciones de buena atención perinatal.

Por nuestra parte, consideramos relevante continuar ampliando las bases de producción científica sobre esta temática, en particular desde los aportes del corpus feminista al campo de la salud, la reproducción y el cuerpo, en base a su análisis crítico de la medicalización de la sociedad, permitiendo que la voz de las verdaderas protagonistas, las mujeres, sea tenida en cuenta. El propio debate sobre la maternidad tiene un sin fin de vicisitudes a la interna del movimiento feminista y entre tantas teorizaciones, es necesario rescatar las vivencias de las mujeres de carne y hueso: ¿cómo viven ellas sus maternidades?

La organización sanitaria está sustentada desde los mismos fundamentos patriarcales que impone la maternidad como destino y no como elección. No debiéramos olvidar que la discusión teórica no puede quedar en el tener o no tener hijos, sino que incluye cuáles son las condiciones en que son tratados los cuerpos de las mujeres al momento de tenerlos.

La Psicología y en particular la Psicología Social, debe profundizar en estos debates ya que la reproducción biológica no le es ajena, en el sentido de que es el propio punto de partida de la reproducción social. ¿Qué personas, qué identidades se construyen socialmente desde la atención que nuestra sociedad le da al embarazo, parto y puerperio? ¿Cómo y por quiénes son recibidos los/as ciudadanos/as del mañana? ¿Qué roles quedan indeleblemente marcados en los cuerpos de las mujeres que sostienen tal reproducción (biológica y social)?

1.3 ¿Qué se sabe hoy sobre la cesárea hoy?

El proceso de búsqueda de antecedentes y bibliografía se realizó mediante la revisión de investigaciones o publicaciones en la temática a través de motores de búsqueda y bases de datos tales como SCIELO, LADINTEX, MEDLINE, EBSCO, REDALYC, DIALNET, así como la revisión de tesis de maestría y doctorado iberoamericanas que estuvieran directamente relacionadas con la temática de la cesárea, la humanización del parto y el nacimiento o los modelos de atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio.

Es vasta la bibliografía disponible vinculada al tema de la cesárea, fundamentalmente en relación a los aspectos sanitarios (Nomura, Alves & Zugaib, 2004; Calvo Pérez, Cabeza Vengoechea, Campillo Artero & Agüera Ortiz, 2007; Barros, Vaughan & Victora, 1986) incluso sobre el impacto económico para los sistemas de salud (Shearer, 1993; Muínelo, Rossi & Triunfo, 2005), aunque es un poco más escaso el conocimiento acumulado con relación a las dimensiones psicosociales o desde la perspectiva de las mujeres.

El aumento del número de cesárea y las estrategias para su reducción son un ineludible problema de investigación para quienes se abocan al tratamiento de este tema y para los ejecutores de políticas públicas en el campo de la salud (MSP, 2008; Patah & Malik, 2011; Mendoza-Sassi, R., Cesar, J., Silva, P., Denardin, G., & Rodrigues, M., 2010; Brown, H., Paranjothy S., Dowswell, T., Thomas, J. 2008; Calvo Pérez et al, 2007; Osis, M, Cecatti, J., Pádua, K., & Faúndes, A., 2006).

Del mismo modo, el aumento significativo de las cesáreas “innecesarias”, también es de interés para los investigadores. Al hablar de “innecesarias” se hace referencia a aquellas cirugías cesáreas realizadas sin razón médica o producto de la iatrogenia propia del sistema, es decir, como consecuencia de la alta medicalización e institucionalización de los partos. Por ejemplo, la aplicación del “pack completo” que incluye las inducciones farmacológicas, la aplicación de oxitocina sintética como forma de apurar el trabajo de parto (uso rutinario), la rotura de membranas protocolarmente, etc., está asociado al aumento de las cesáreas (Olza & Lebrero, 2006; Hutter, 2010).

Sin embargo, desde el propio sistema médico se esgrimen otras dos razones para su realización: la medicina defensiva y el que las mujeres son las que piden la intervención.

En relación a la medicina defensiva, el Dr. Hugo Rodríguez, Profesor titular del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, expresó:

El objetivo de la medicina defensiva es la pretensión de protegerse ante un eventual futuro reclamo del paciente. Se la considera una forma no ética de ejercicio profesional, desde que el acto médico deja de tener por objetivo central al paciente, trasladándose aquél al propio médico. Tampoco es un ejercicio profesional éticamente admisible si se lo analiza desde la perspectiva de la salud pública, ya que agrega enormes costos al sistema de salud, sin justificación ni beneficios para los pacientes. (2006: pp 2).

Claramente, la medicina defensiva no es una práctica válida del ejercicio profesional, ni desde el punto de vista clínico ni ético, sin embargo, no se puede dejar de reconocer que es una práctica común o rutinaria (Revuelta, 2006; Rodríguez, 2006). En el caso de la atención al proceso de embarazo, parto y puerperio, la medicina defensiva está relacionada con lograr a toda costa un “producto” (bebé) vivo y sano. El descenso en el número de hijos por mujer y el retraso de la edad para gestar el primer hijo, está directamente relacionado con este punto. Se agrega, además, la idea fantasiosa por un lado y mágica por otro, de que cuánto más intervención, mejor resultado. Por lo que los profesionales sanitarios intervendrán al máximo con el fin de evitar una posible acusación de que “no se ha hecho todo lo posible”.

Por otro lado, se realizaron varios estudios que han indagado específicamente sobre las características de las mujeres que solicitan una cesárea electiva sin razones médicas y, en ninguno de ellos, se ha encontrado un número estadísticamente significativo en relación al aumento del índice de cesáreas. De hecho, en el año 2013, *American College of Obstetricians and Gynecologists*, publicó un artículo donde se expone sobre la cesárea por solicitud materna y expresamente señaló que se debe apuntar e indicar los beneficios del parto vaginal y que no se debiera aceptar realizar la cirugía a petición antes de las 39 semanas de gestación. Se debiera asegurar previamente la maduración pulmonar, además, expresamente indica que no debiera realizarse tal cirugía como paliativo del temor al dolor en el parto.

Ésta última indicación llama la atención porque al parecer la “medicina defensiva” es una práctica “justificada” por parte de los profesionales de la salud, aún cuando sea cuestionada desde el punto de vista ético, pero que una mujer exprese su deseo, a través de un consentimiento informado (damos por sentado que tal consentimiento

debe ser dado luego de la información clara y detallada de los riesgos y beneficios de las intervenciones posibles) parece no ser una justificación suficiente y válida para su práctica. Esto solo puede ser explicado a través del género. La violencia de género es perpetuada y ejercida por el propio sistema de salud, ubicando a las mujeres en un lugar de inferioridad a la hora de tomar decisiones, mediante el ejercicio naturalizado de la “tutela” del médico quién autorizará, mediante indicación “técnica” si el motivo por el que solicita una intervención es válida o no, aún cuando en las mismas circunstancias, ellos mismos toman las mismas decisiones.

En este sentido, el malestar que expresan muchas mujeres en relación a la cesárea, no es necesariamente sobre el acto quirúrgico en si mismo sino por la violencia institucional a la que fueron sometidas en la mayoría de los casos, fenómeno que se ha denominado violencia obstétrica (Olza&Lebrero, 2006; Blazquez, 2009; Magnone, 2010).

La Violencia Obstétrica se define como:”

(...) toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”. (Medina, 2008 citado por Magnone, 2010).

Diversos países han tipificado la Violencia Obstétrica como delito, tal es el caso de Venezuela que en el año 2007 aprobó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a un vida libre de violencia (Venezuela, Asamblea Nacional, 2007), detallando en su artículo 51 todos aquellos actos que serán constitutivos de violencia obstétrica. Más recientemente, en este año, México (Senado de la República, 2014) ha tipificado la Violencia Obstétrica modificando su Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia incorporando expresamente en su artículo 6, las características específicas de la Violencia Obstétrica, entre lo que se incluyen: las cesáreas innecesarias y el obstaculizar el contacto inmediato madre-bebé una vez producido el nacimiento.

La reproducción y legitimación de la violencia de género por parte de la institución médica es un asunto que concita la atención de la sociología de la salud, la antropología reproductiva, la medicina social, la psicología social y de la salud entre otras disciplinas.

Por último, no debemos dejar de mencionar en este apartado, las referencias a los impactos afectivos y psicológicos de la intervención. En su libro *¿Nacer por Cesárea?*, Olza&Lebrero (2006) hablan de “*la herida emocional*” para referirse al impacto psicológico de la cesárea en las mujeres.

Algunas de las características referidas por las mujeres en relación a esta “herida emocional” son: dificultad para expresar su dolor (psíquico), angustia por la pérdida del parto soñado/ansiado, sentimiento de extrañeza hacia el bebé cuando se encuentran por primera vez (en general un tiempo que va desde la media hora a las dos horas, dependiendo a los protocolos institucionales sobre anestesia y recuperación), entre otras. Investigaciones recientes han constatado casos de Síndrome de Estrés Postraumático (SEPT) como consecuencia de la cesárea o de un parto altamente instrumentalizado. Algunos de los síntomas de SEPT en esta etapa son: flash-backs (reviviendo el momento de la cesárea o parto traumático) desconexión emocional de la mujer hacia sí misma y hacia el bebé, necesidad de hablar continuamente del tema (monotema), desconfianza hacia el sistema de salud y los profesionales sanitarios, angustia y depresión. (Olza, 2010)

1.4 Problema de Investigación

La medicalización de la sociedad y en particular, la atención al embarazo, nacimiento y puerperio, han sido objeto de diversas teorizaciones e investigaciones.

En nuestro país, los esfuerzos por regular y promover la atención universal a la salud reproductiva han redundado en mejorar los indicadores de morbi-mortalidad materna y fetal, especialmente aquella que puede ser evitada. Sin embargo, creemos que es importante tener en cuenta la vivencia subjetiva del tránsito por éste período como forma de acercarnos a una atención integral de la salud reproductiva y no solo dejado en la órbita de los “buenos resultados perinatales”.

En este sentido, centrar el estudio en la cesárea, nos permite analizar los impactos que puede tener la medicalización en el logro de sus objetivos pero también en las implicaciones que tendrá en sus protagonistas. De esta forma, podremos acercarnos a los aspectos más estructurales de la institucionalización de la salud reproductiva ya sea desde la perspectiva de las usuarias, como sujetas de derechos, hasta las posibles prácticas institucionales que violentan tales derechos.

La cesárea es una intervención quirúrgica mayor que se realiza en el cuerpo de las mujeres, en principio, para resguardar su salud y/o la de su bebé. Rápidamente se ha convertido en una de las cirugías más realizadas a nivel mundial. En Uruguay, según información proporcionada por el MSP/SIP, se acerca peligrosamente a 50% (valores nacionales) del total de nacimientos, alejándose significativamente de las recomendaciones de la OMS.

Sobre ésta base nos preguntamos, ¿cómo transitan esta experiencia las mujeres?, ¿cuál es la afectación sobre sus vidas como mujeres y como madres? Al ser una forma no poco frecuente en el nacimiento de los/as niños/as en nuestro país, surgen interrogantes sobre la calidad, oportunidad, pertinencia y flujo de información que disponen las mujeres, tanto a partir de su intercambio con otras mujeres que han vivido la experiencia como por la brindada en el centro de salud donde se asisten (consultas prenatales).

En este sentido, la investigación se centró en realizar una aproximación a la vivencia de las mujeres, tanto en lo referido a sus conocimientos previos y expectativas, así como al momento mismo de la intervención. Pero también se focalizó en analizar la significación que las mujeres dieron posteriormente a la experiencia, qué impactos tuvo ésta en su salud física y mental, en su vivencia de la femineidad y de la maternidad y, finalmente, cuáles fueron sus posturas ante la cesárea luego de haber pasado por tal experiencia.

1.4.1 Preguntas de la investigación

La pregunta principal que la investigación buscó responder fue ¿cómo experimentaron la cesárea las mujeres que vivieron esta situación, tomando en cuenta que la experiencia es un proceso que incluye un antes, un durante y un después? Para ello, se establecieron una serie de preguntas subsidiarias que ayudaron a nutrir de contenido la pregunta general.

Las preguntas subsidiarias, que detallaremos a continuación, están desarrolladas en función de:

a) el conocimiento que la mujer tenía de la cesárea previamente, lo que posibilita acceder al registro cognitivo así como del imaginario social sobre la temática, antes de

vivirla, a la vez que permite conocer dentro de su repertorio de posibilidades y de previsión se encontraba la alternativa de experimentar una cesárea.

¿Cuál es la información que disponen las mujeres sobre los riesgos y consecuencias de la cesárea al momento de aceptar o solicitar su realización?

b) la información que le brindó el sistema sanitario sobre la misma, su participación -o no- en la toma de decisiones durante todo el proceso, lo cual aporta para el análisis desde el marco teórico de la medicalización e institucionalización del nacimiento. Asimismo, profundizar en los aspectos de la vivencia subjetiva de la intervención propiamente, las circunstancias que funcionaron como protectores de su salud emocional y aquellos que agravaron la situación.

¿Cuál es la vivencia de las mujeres de la intervención propiamente?

c) vivencia del puerperio luego de cesárea, lo que nos permitió acceder a las posibles repercusiones –físicas y emocionales- que la intervención tuvo en ellas.

¿Cuáles son las vivencias durante el puerperio luego de haber tenido a su hijo/a por cesárea?

¿Cuáles son los significados que las mujeres le otorgan a la experiencia de la cesárea?

¿Se puede hablar de repercusiones psicológicas y/o emocionales post cesárea, de tipo duradero en el tiempo?

¿Las mujeres consideran que la experiencia de la cesárea tuvo consecuencias directas en su salud y bienestar? ¿Y en su relación con la maternidad?

¿Cuáles fueron las estrategias de afrontamiento de las mujeres ante la situación?

1.4.2 Objetivos

Objetivo General

- Describir y analizar las vivencias y significados de las mujeres que transitan por la experiencia de una cesárea en sus historias reproductivas.

Objetivos Específicos

- Explorar el tipo y calidad de información que cuenta las mujeres durante el embarazo con relación a las posibles vías de culminación del mismo (parto o cesárea).
- Describir y analizar las vivencias subjetivas de hospitalización y de intervención de cesárea desde la experiencia de las mujeres.
- Identificar posibles repercusiones psicosociales que pudieran devenir en la vida de las mujeres luego de la cesárea.
- Identificar y analizar el significado que las mujeres le han dado a la experiencia de la cesárea.

Una de las cosas que más lamento de nuestra cultura es el mensaje de que las mujeres no pueden tener una buena experiencia dando a luz a sus hijos sin someterse al control y a las intervenciones de la comunidad médica.

Marcie Richardsdon (obstetra del Harvard Medical School)

CAPITULO 2: CONSIDERACIONES TEORICAS

El abordaje teórico general en el que se enmarca la presente tesis se nutre de los aportes de la Psicología Social con base en el Interaccionismo Simbólico. La Psicología Social puede ser entendida como la ciencia que intenta dar luz sobre las interacciones sociales, rescatando e incorporando sus dimensiones históricas y culturales (Gergen, 2008), y desde esta visión, permite una aproximación a la perspectiva de los sujetos sobre las experiencias subjetivas de la salud y la enfermedad, en particular, la significación subjetiva de la vivencia.

Asimismo se han priorizado los aportes del corpus teórico feminista al campo de la salud, el cuerpo y la reproducción. En particular, el concepto de género y sus derivaciones en el campo de la salud y la atención en salud así como los desarrollos sobre medicalización de la sociedad y del cuerpo de las mujeres.

Desde la tesis doctoral de Kate Millet en 1970 (“Sex Politics”) hasta nuestros días los estudios de género han estado presente en la formación universitaria como un tema de relevancia académica (Beltran&Maquieira, 2012). Sin embargo, y aunque han entrado en la órbita de las ciencias sociales, y en particular en la Psicología, hace ya más de medio siglo, aún se está lejos de una producción de conocimiento que nos haga entender (y resolver) el intrincado entramado que el patriarcado ha desarrollado en nuestra estructura social (Amorós, 1991).

A continuación haremos una breve descripción teórica de cada una de dichas líneas, a efectos de encuadrar el marco referencial con el que se trabajó. De todas formas, durante la presentación de resultados y análisis se irán desplegando los aportes fundamentales de cada teorización.

2.1 Reflexiones desde el feminismo sobre la maternidad

El feminismo es un movimiento político y social cuyo objeto de lucha se basa en el reconocimiento y respeto de los derechos de las mujeres. Junto a la acción social transformadora, el feminismo desarrolló un pensamiento potente y heterogéneo para interpretar la inferioridad de las mujeres en las sociedades. El corpus teórico feminista, con desarrollos en las más diversas áreas del conocimiento y las disciplinas, trastocó

los modos de pensar la realidad, de investigar y de interpretar los fenómenos sociales, políticos, económicos y culturales.

En sus inicios, a comienzos del siglo XIX, buscaba la igualdad con los hombres en el campo de los derechos civiles de las mujeres. Ya desde aquella época no todas las 'feministas' estaban de acuerdo en quienes eran o no sujetas de derecho, es decir ¿las casadas?, ¿las mayores de 30 años?, ¿todas?.

Se puede decir que el feminismo fue tomando posturas de las más diversas, en relación al origen a la discriminación de género y a los mecanismos para eliminarla. Tales posturas han sido clasificadas como feminismo radical, feminismo marxista, feminismo liberal, feminismo de la igualdad, feminismo de la diferencia, entre otros. Esto hace imposible que hablemos de feminismo en singular, sino que tengamos que hablar de 'feminismos' para reconocer y dejar en evidencia la multiplicidad de respuestas que se han elaborado frente a la 'cuestión de las mujeres' (Barrera et al, 2010).

Uno de los aportes fundamentales de las teorizaciones feministas ha sido la construcción de la categoría de género. En particular nos interesan sus desarrollos en el campo de la salud, en la medida que es una categoría potente para el análisis de los significados, vivencias y opiniones de las mujeres sobre su cuerpo, salud y vida reproductiva. Incorporar una perspectiva de género nos permite analizar las dinámicas de poder que se establecen entre las mujeres y sus entornos, pero también, analizar cómo se han construido sus identidades generizadas, tanto de mujer como de madre.

Para ello, hemos optado por la definición de género de Joan Scott: *"el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder"* (Scott, 1996:23). Esta definición consta en si misma de dos dimensiones: por un lado el aspecto social y cultural de la construcción de masculinidad y feminidad, y por otro, de la dimensión de las relaciones de poder que necesariamente se pondrán en juego en la interrelación de ambos. Al mismo tiempo, como desarrolla la misma autora, esta definición engloba varios componentes que hacen posible que el género se ponga en juego: los aspectos normativos de la construcción social de género, los símbolos que la cultura propone para representar los ideales creados por el género, la necesidad de un sostén social amplio en que se apoye la construcción del género (familia, educación, política, etc.), y la construcción individual de cada persona desde

el momento en que las identidades se construyen mediante la incorporación de los atributos, roles y mandatos socialmente disponibles. Creemos que esta conceptualización, que pone su énfasis en las relaciones de poder es muy útil y potente para explicar la subordinación de las mujeres en el patriarcado y los modos de organización social que construyen, reproducen y perpetúan el control sobre el cuerpo y la capacidad reproductiva de las mujeres.

La maternidad es uno de los asuntos que han concitado mayor debate dentro del feminismo. El movimiento feminista, cualquier sea su orientación ha reconocido y puesto en evidencia el aspecto social y cultural de la fijación del estereotipo de maternidad en la mujer. Sin embargo, hasta allí llega el acuerdo.

Por un lado, se ubican las feministas que -en la línea de explicitar el carácter construido de la maternidad-, lo llevan a un extremo y lo consideran una más de las formas culturales de dominación de las mujeres, y por tanto, intentan romper el estereotipo mujer-madre. Dos de las expositoras más reconocidas de esta línea son Simone de Beauvoir y Elizabeth Badinter.

Simone de Beauvoir fue una de las primeras teóricas feministas en dejar en evidencia el carácter de “construcción social” de la maternidad (Saletti, 2008), expresando que esta construcción imaginaria -ya que no “natural”- era lo que permitía al patriarcado mantener a las mujeres en el lugar que las quería; controladas dentro del hogar y dominadas por el varón-esposo que definía su destino.

No se podría obligar directamente a la mujer a dar a luz: todo cuanto se puede hacer es encerrarla en situaciones donde la maternidad sea para ella la única salida; la ley o las costumbres le imponen el matrimonio, se prohíben los procedimientos anticonceptivos y el aborto, se prohíbe el divorcio. Es imposible considerar a la mujer exclusivamente como una fuerza productiva: para el hombre es una compañera sexual, una reproductora, un objeto erótico, una Otra a través de la cual se busca a sí mismo. (De Beauvoir, 2011:59)

Para De Beauvoir la posibilidad biológica de la procreación nada tenía que ver con el proyecto de vida de cada mujer. La relación mujer-madre es un binomio meramente cultural que a partir de la modernidad se ha puesto en discusión.

En la misma línea, en su libro “¿Existe el amor maternal?”, Badinter (1980) hace un recorrido por las sociedades de los siglos XVII al XX para analizar cómo ha variado en ese tiempo lo que hoy se da en llamar “instinto maternal”. Este exhaustivo estudio (sociológico, antropológico e histórico) contribuyó a desmentir el mito del instinto maternal como constituyente *sine qua non* de la identidad femenina.

En lugar del instinto, ¿no sería más válido hablar de una presión social extraordinaria dirigida a que la mujer se realice exclusivamente a través de la maternidad? Como dice muy bien B.Marbeau-Cleirens: 'como la mujer puede ser madre, de allí se ha deducido no sólo que debía serlo, sino además que no debía ser otra cosa que madre, y no podía encontrar la felicidad sino en la maternidad. (Badinter, 1980:300)

Según Badinter las mujeres “liberadas” del estigma de “la buena madre” con gusto dejarían la “sumisión” del ámbito doméstico por el del público. La vivencia de la maternidad es considerada una carga social a la que ninguna mujer debiera estar sometida: “*el tiempo y la energía que le entrega [al hijo] son una sustancia de la que ella se priva*” (Badinter, 1980: pp 285). Su reflexión final refiere a que las mujeres modernas están deseosas de compartir la experiencia del “maternaje” con sus parejas y que el cambio que se está produciendo es justamente que sus parejas, están deseosas de intentarlo.

Por otro lado, podemos encontrar los aportes generados desde la perspectiva del feminismo de la diferencia. Las teóricas de la diferencia no desconocen ni niegan las relaciones de subordinación de las mujeres y el hecho de que la maternidad haya sido tomada por el patriarcado como unas de las formas de tal subordinación, sin embargo, se diferencian al expresar que a pesar de ello, la maternidad (la posibilidad del embarazo y el amamantamiento) es “*fuentes de placer, conocimiento y poder específicamente femenino*” (Saletti, 2008:178). Reconocen el potencial reproductivo de las mujeres, aunque también reconocen que dicho potencial no tiene por qué ser vivido como “necesidad” por todas las mujeres. Esto es, no todas las mujeres tienen por qué desear tener hijos. Esa “necesidad” universal de la maternidad por parte de todas las mujeres es lo que histórica y culturalmente impone el patriarcado.

De todas formas, hay un número importante de mujeres que sí quieren vivir la experiencia de la maternidad y ello no les representa un sacrificio inhumano, sino que

encuentran en la relación y el vínculo, un espacio de poder específico de ellas mismas.

Se hace una distinción entonces entre la “institución maternidad” que es la establecida por el patriarcado como forma de dominación, y la “experiencia de maternidad” que es la que experimentan las mujeres que eligieron pasar por esa experiencia y la viven placenteramente (Rich, 1978).

Ésta postura reclama también la recuperación del linaje madre/hija. Este diáda fue opacado por el binomio padre/hijo, indispensable en el patriarcado para mantener la línea de linaje y dominación. Según las pensadoras de la diferencia, recuperando el binomio madre/hija nos estaríamos liberando de las imposiciones patriarcales y asumiendo la línea materna como fuente de conocimiento que solo es transmisible de mujer a mujer.

Alessandra Bocchetti advierte que el origen de la miseria simbólica de las mujeres está en la debilidad de las relaciones de las mujeres entre sí, y en el hecho de que la relación madre-hija se halla sin un auténtico sentido (...) el problema principal es el 'ser pensada por otros', lo que implica estar privada de un sistema simbólica construido entre mujeres. (Saletti, 2008:180)

Por todo lo anteriormente expuesto, es que cobra suma importancia tener en cuenta la experiencia singular y subjetiva de las mujeres y su relación con la maternidad. Escuchar a las mujeres que pasan por la experiencia de la maternidad debiera ser primordial en las investigaciones científicas al respecto.

Para lo cual, es importante no olvidar, que para las mujeres, como sujetas construidas en esta sociedad patriarcal, les (nos) cuesta ponerse en primer lugar, cuesta posicionarse en el lugar del conocimiento válido y reconocido, incluso cuando se pregunta sobre su propia experiencia de maternidad (en aquellas mujeres que son madres, que quisieron serlo), sobre su experiencia íntima y corporal.

El punto importante de las teorizaciones feministas en este tema es evidenciar que no hay esencia en esto. Hay mujeres que quieren ser madres y otras no. Hay mujeres que se sienten realizadas en el mundo del trabajo, para las cuales no existe el “reloj biológico” y otras que la realización pasa por estar en sus hogares, hay quienes incluso lo que las completa es lograr un equilibrio entre ambos mundos, sin renunciar a ninguno. De esta forma se desarticula el discurso de la unicidad, la existencia de “la mujer” como un universal, para ubicar la diversidad de mujeres a través del

reconocimiento de los múltiples modos de experimentar, de dar significado y de desear o no la maternidad.

Sin embargo, cuando la teoría quiere encasillar a las mujeres como si fueran una unidad, no importa si desde un pensamiento androcéntrico, patriarcal o feminista, vuelve a dejar en silencio la voz de las mujeres.

Es en este sentido, los desarrollos sobre la condición de las mujeres han de ser más que un emprendimiento teórico, un compromiso ético que permita llegar a las mujeres singulares y no sólo a la mujer como categoría de análisis.

No es cuestión de restarle importancia a los avances que desde la academia se han realizado para entender las relaciones de poder existentes entre hombres y mujeres, y entre mujeres y entre hombres, y cómo tales relaciones han dado como resultado la subordinación de las mujeres, sino reconocer cuán poco se ha avanzado en la concreción de salidas posibles y reales que se hicieran palpables en la vida misma de las mujeres en su cotidianidad.

Esta tarea no deja de resultar dificultosa o incluso estéril si se pierde de vista que se analizan estereotipos, modelos de ser mujer y varón, en una estructura social, que nos ha moldeado con los propios estereotipos que pretendemos revisar.

El planteo y la necesidad de los científicos sociales de generar un cambio social real y no solo dar una mera explicación de la "realidad" ha sido analizado y conceptualizado por diversos autores (Ibañez, 1993; Gergen, 2008; Lupicinio Iñiguez, 2003) y es que, en palabras de Ibañez *"no hay alternativa: cualquiera que disponga de los medios para contribuir, poco o mucho, a cambiar las cosas y no lo haga se torna cómplice de su mantenimiento"*. (1993:20)

2.2 Medicalización e Institucionalización del embarazo, parto y puerperio

En nuestro país casi la totalidad de los partos son institucionalizados e intervenidos, siendo la cesárea la máxima intervención médica sobre un evento reproductivo, tanto en lo que refiere al cuerpo de la madre como del bebé. Esta intervención se da en el marco de una institución -institución médica, institución científica- que tiene características propias, pero que comparte -como cualquier otra institución- el

sostenimiento del modelo social imperante en cuanto a las relaciones de género: el patriarcado. (Magnone, 2010; Blazquez, 2009)

Recordemos las palabras de Baremlitt (2005) cuando decía que *“es posible enumerar una serie de instituciones que parecen ordenar todas, o casi todas las sociedades conocidas. Ellas son las instituciones de las relaciones de parentesco, las del lenguaje, las del trabajo, las de género o de la sexualidad(...)”* (pp.33). (subrayado mío)

Es decir, si el ‘género’ es considerado una de las instituciones que ordena a toda sociedad y estamos en una sociedad claramente (aún) marcada por el patriarcado, es razonable entonces asumir que la institución médica (el saber/poder médico) está también atravesada por los valores de género y por tanto ejerce, como lo hace el resto de la sociedad, su poder para legitimar las relaciones de poder/subordinación sobre las mujeres y sus cuerpos.

“que el espacio hospitalario, su organización y estructura, pueda generar violencia y, en particular, violencia de género, se torna problemático y en contrasentido de la misión médica; sin embargo, no hay que olvidar que la violencia es resultado de un proceso relacional, histórico, construido socialmente como producto de las interacciones sociales entre las personas.” (Fernández Moreno, 2007:53)

La relación institucionalización/medicalización del proceso de embarazo, parto y puerperio es relativamente reciente, si bien el comienzo de tal práctica remite a los siglos XVII y XVIII. Es en ese momento en que la medicina comienza a tener un papel preponderante en los Estados⁴ y en el discurso legitimador social que comienza a prestarle atención y actuar sobre los cuerpos en general (Hutter, 2010; Fernández Moreno, 2007, Portillo, 1993).

Básicamente el objetivo médico de la época moderna es lograr 'ganarle' a la muerte (Rodríguez, 1993). Su “cruzada” es lograr dominar las barreras de la naturaleza humana y nada es más humano que la certeza de la muerte. En este sentido, el médico es el principal exponente de la lucha de los Estados, de los gobiernos, por alcanzar una fuerza productiva que trabaje mejor (por estar sanos) y por más tiempo (por evitar la muerte). Claro que sin duda esta es una meta inalcanzable pero que por

⁴ *“El médico ha sido a lo largo de la historia un fiel y leal servidor cultural de los intereses (económicos y políticos) de las clases o grupos dominantes”* (Portillo, 1993: pp34)

el solo hecho de proponérselo, por lo menos a nivel discursivo, ya cuenta con un valor agregado en cuanto a legitimidad.

Para ganarle a la muerte, la medicina va a tener que actuar sobre la enfermedad pero también sobre los cuerpos sanos, como el de las mujeres embarazadas o parturientas. No solo en el sentido actual de la “promoción de la salud y prevención de la enfermedad”, sino más bien en un sistema de control y regulación que ejerce su “vigilancia” al obligar que todo pase por su órbita. Va mucho más allá que la simple aplicación de conceptos higienistas o sanitaristas, sino que, al mismo tiempo incluye la apropiación por parte del sistema de los procesos fisiológicos y transformándolos en problemas de salud (García &Díaz, 2010): “[se] transformaba la visión de la pubertad, el parto y de todo lo relacionado con la reproducción; todo ello pasaba de ser considerado un estado natural a pensarse como una situación que requería de supervisión médica constante”. (Hutter, 2010:102)

“Tras una primera toma de poder sobre el cuerpo que se efectuó siguiendo el modelo de la individualización, tenemos una segunda toma de poder que procede en el sentido de la masificación. (...) Tras la anatomía política del cuerpo humano instaurada en el siglo XVIII, a finales de ese mismo siglo se ve aparecer (...) una bio-política de la especie humana. (...) Los primeros objetos de saber y los primeros objetivos de control de la bio-política, fueron esos procesos como la proporción de los nacimientos y las defunciones, la tasa de reproducción, la fecundidad de la población.” (Foucault, 1992:251)

Para el caso del embarazo, parto y puerperio es evidente como esto se materializó. En poco más de un siglo los partos pasaron de ser en el domicilio, atendidos por parteras, a ser institucionalizados en servicios de salud del tercer nivel (Hutter, 2010). La caricaturización que hoy por hoy tenemos de “el parto” es la de un acto que pareciera no ser posible sin intervención médica, en una institución sanitaria y con una serie de protocolos y rituales en los que las mujeres no tienen “ningún saber” que aportar. (Wolff&Waldow, 2008; Fernández Moreno, 2007; Hutter, 2010). Basta revisar los tratados de obstetricia (Videla, 1990) para darnos cuenta que la historia de los partos y los nacimientos es en realidad una historia de la intervención del hombre sobre la capacidad reproductiva de la mujer. No hay historia “oficial” de las mujeres que parían con mujeres. Esa es la “prehistoria” de la obstetricia. (Hutter, 2010)

Las mujeres fueron disciplinadas por el poder/saber médico para creer que su cuerpo es una máquina imperfecta y que solo éste podrá liberarlas de la imperfección

(Foucault, 1991). El costo: el saber de las mujeres no será tenido en cuenta y no podrán opinar y su cuerpo no les pertenecerá (Hotimsky, 2010).

El sistema patriarcal tiene en la medicina un aliado indiscutible en relación a reproducir y legitimar la subordinación de las mujeres. Si ya no tiene nada que decir con respecto a su propio cuerpo y a los aspectos fisiológicos del mismo (Portillo, 1993), poco puede exigir en cuanto “al derecho a decidir”.

Una vez más el sistema hegemónico patriarcal, en la figura del saber médico (Barrán, 1993) posiciona a la mujer en un lugar de subordinación: de niña al padre, de mujer al marido y de “madre” al médico.

Recordemos también que el propio momento de parto no es un momento para exigir respeto, la vulnerabilidad que permea a una “paciente” no permite los movimientos de autodeterminación propios del ejercicio de derechos. *“Dispuestos en una situación de dolor el saber sobre el mismo otorga un lugar de asimetría. Por lo tanto, el paciente queda ubicado en relación al propio desconocimiento de su cuerpo, queda en suma, entregado al médico”* (Rodríguez, 1993:42).

“El discurso médico se autolegitima, invocado su condición científica, cosa muy relativa. (...) tiene una fuente científica y otra ideológica y moral (o moralizadora)”.
(Portillo, 1993:25)

El modelo materno infantil que ha hegemonizado la práctica de los servicios de salud (Lopez, Benia, Contera & Guida, 2003), en lo que a la atención de la salud de las mujeres refiere, ha considerado el cuerpo de las mismas como instrumento para el embarazo, el parto y el nacimiento. Cuerpo - recipiente de una nueva vida, concepción que genera que la atención sanitaria se concentra en cumplir con el cometido del nacimiento desde el punto de vista biomédico. Esta visión no permite reconocer el sujeto mujer en tanto actor central del proceso de embarazo, parto y nacimiento, sus necesidades, demandas y derechos implicados (Erviti, 2010; Hotimsky, 2010). Es este aspecto “moralizador” parecería serlo más difícil de cambiar. Al estar sustentado en un sistema social generizado y legitimado es difícil que el médico (médico como exponente de la institución médica, no necesariamente es un varón, sino que expresa y expone un poder que es masculino) pueda abstraerse y ver a la mujer como algo distinto a lo conceptualizado en el vida social en general.

“Una muy importante raíz de esta carencia [ciudadanía reproductiva] es la apropiación que ha hecho el campo médico de este problema. Bien se trate de

formas menores de maltrato, o bien se trate de claras violaciones de los derechos de las mujeres en el espacio de la salud, estamos frente a lo que el discurso médico hegemónico refiere como un mero problema de “calidad de atención”, en una de sus variantes” (Castro, 2011:132-133)

Algunas de las características propias del Modelo Médico Hegemónico (MMH), planteadas por Eduardo Menéndez entre los años '70 y '80, son, entre otras: *“biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, asimetría en el vínculo médico paciente, [visión de] la salud como mercancía, participación subordinada y pasiva de los “consumidores”, producción de acciones que tiendan a excluir al consumidor del saber médico” (Menéndez, 1983).*

Este modelo es un claro ejemplo del desarrollo del modelo patriarcal imperante tanto en la sociedad como en la ciencia y la producción de conocimiento, en donde sólo se reconoce una voz y una verdad como correctas, desconociendo y anulando otros saberes, en este caso, el saber propio de la mujer gestante.

Ahora bien, los médicos no nacen médicos, para serlo, desde que entran en las instituciones de formación, deben pasar por un fuerte disciplinamiento que no sólo los ubica en el lugar de la legitimación de la disciplina, sino en el respeto jerárquico a la interna de la disciplina (profesor, tratante, residente, interno), pero también en relación al resto de los profesionales de la salud (relación de poder y superioridad en relación a la enfermería, el trabajo social o la psicología, por ejemplo) (Portillo, 1993; Foucault, 1992; Castro, 2011).

Del mismo modo, el médico está adiestrado para dejar de ver a la persona que tiene enfrente y comenzar a ver una enfermedad, aquella parte del cuerpo sobre la que va a intervenir. A partir de allí todos son protocolos, rutinas y procedimientos. El conocimiento le pertenece, por lo que la comunicación con la persona usuaria/paciente no es necesaria más que para aportar los datos indispensables de antecedentes y características del 'mal'. (Fernández Moreno, 2007; Hutter, 2010). En esta misma dirección, según Portillo, “en general, el discurso médico es cognitivo (transmite información) pero no es comunicativo (no permite la interacción subjetiva)”. (1993:30).

Otro elemento fundamental de la medicalización del embarazo, parto y puerperio (aunque es claramente una característica general de la medicalización de la sociedad) tiene relación con la mercantilización de la medicina. Hoy por hoy no es posible pensar a la medicina como ciencia sin pensar al mismo tiempo en la industria farmacéutica, la

industria de tecnología médica y la propia corporación médica. (Portillo, 1993; Hutter, 2010). El llamado “pack completo” que se lleva una mujer que llega a un hospital en trabajo de parto es altamente medicamentoso, instrumental y corporativista: tactos continuos, oxitocina para “ayudar” a dilatar, rotura temprana de membranas (rotura de bolsa) para “acelerar” el proceso, puesta de sonda, control fetal continuo (con la correspondiente limitación a moverse), en algunos casos la aplicación de la epidural, episiotomía (que implica un acto médico quirúrgico), cuando no forceps o ventosa, de nuevo oxitocina para “ayudar” a contraer el útero luego el parto... y todo esto si logra tener un parto “normal”, sino deberá pasar por una cirugía abdominal mayor (cesárea), que incluye anestesia, acto médico quirúrgico, otra vez oxitocina, etc. (Hotimsky, 2010; Wolff &Waldow, 2008).

Todos estos elementos llevan consigo un problema adicional: la iatrogenia (Portillo, 1993). Según la *RAE*: *iatrogénico*, *ca.*(Del gr. *ιατρός*, *médico*, *-geno* e *-íco*). **1.adj.** *Med.* *Se dice de toda alteración del estado del paciente producida por el médico.* Es decir, cuando se interviene tanto sobre un proceso fisiológico, lo lógico es que haya complicaciones, en especial aquellas que derivan de la propia “ayuda” médica. Por poner sólo dos ejemplos: el excesivo uso de episiotomía de rutina se hace necesaria, en muchos casos, por la posición de cúbito supino a la que se la obliga a estar a la mujer (acostada boca arriba con las piernas en alto), esta posición no facilita la apertura de la pelvis ni del propio canal de parto por lo que la “ayuda” parece indispensable. Por otro lado, varios estudios han demostrado que la aplicación del “pack completo” es uno de los responsables del alto índice de cesárea (Hutter, 2010), especialmente las intraparto ya que al no respetarse los tiempos de cada mujer y bebé se los “tensiona” hasta límites que muchas veces terminan siendo dañinos por lo que la intervención médica (cesárea) se haría “indispensable” para salvar la vida.

El feminismo como crítica de la cultura patriarcal se concreta, no sólo como crítica epistemológica, sino como crítica ética.

Celia Amorós

CAPITULO 3: FUNDAMENTO METODOLÓGICO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

3.1 Investigar desde el feminismo

Según la Real Academia Española (DRAE, 2012), la Epistemología es la “Doctrina de los fundamentos y métodos del conocimiento científico”. Por ‘Doctrina’, a su vez, se entiende “ciencia o sabiduría” pero también “conjunto de ideas u opiniones religiosas, filosóficas, políticas, etc., sustentadas por una persona o grupo”.

Y es justamente ésta última acepción la que da cabida a una epistemología crítica con el conocimiento científico creado hasta el momento, como es la epistemología feminista. La ciencia, ese ‘conjunto de ideas’ está sustentada sin duda en el grupo hegemónico, la historia la escribieron los vencedores y por esta razón solo tendremos ese sesgo a la hora de pensar en la ciencia. El “objeto” sobre el que actúa la ciencia - en este caso en particular (las mujeres)-, se encuentra excluido de la posibilidad de construcción de ese conocimiento que se aplica sobre su cuerpo. (Blázquez, 2009)

(...) el feminismo como movimiento transformador no podría dejar de tener repercusión como crítica del conocimiento y del discurso científico, ya que los estereotipos presentes en la vida social tienen su correlato en los modelos teóricos de la ciencia social occidental(...) (Beltrán&Maqueira, 2005: 146)

La ciencia fue iniciada, constituida y sostenida por un sistema patriarcal que no solo ha creado el lenguaje que lo hace posible (sin el cual no es posible comunicar y compartir el conocimiento científico) sino que ha logrado legitimar su propio lugar de sistema hegemónico. La ciencia le habla (y es hablada por) a un sujeto varón (incluso en nuestra actualidad podríamos decir: varón blanco, occidental, burgués y heterosexual) (Harding, 1987) ya que no puede escapar del sistema de organización social dominante (patriarcado) y se estructura exclusivamente en función del “sujeto universal” (Amorós, 1991).

Uno de los planos en donde se visualiza con mayor claridad las consecuencias de que el sujeto epistemológico sea masculino es en lo referente a la salud reproductiva de las mujeres.

“El movimiento feminista ha argumentado que las epistemologías tradicionales, sea intencionalmente o no, excluyen sistemáticamente la posibilidad de que las mujeres puedan ser ‘conocedores’ o agentes del conocimiento; afirman que la voz de la ciencia es una voz masculina; que la historia sólo está escrito desde el punto de vista de los hombres (de la clase y raza dominante); que el sujeto de la oración sociológica tradicional siempre se asume varón”. (Harding, 1987:pp3)

En este sentido, el feminismo toma la palabra a partir de la Segunda Ola (década del ‘60) y hace explícita esta relación entre patriarcado, subordinación de las mujeres y conocimiento científico. A partir de allí ha tenido mucho para aportar a las investigaciones relacionadas con la salud de las mujeres, en especial porque lo hace desde una postura crítica de la ciencia médica de cuño patriarcal.

El problema expuesto no es la exclusión de las mujeres como sujetas del conocimiento, entre otras cosas porque no es por una relación mujer-varón, sino que es la apropiación de lo masculino como el universal de la especie; reconocimiento de solo un ámbito (el público) como centro de la producción científica y de un solo ámbito como propio de lo femenino (el privado, el hogar) (Irigaray, 1974; De Beauvoir, 1981).

Si seguimos el desarrollo de Harding (1987) en “¿Existe el método feminista?” vemos que tres son los rasgos distintivos del acercamiento a la investigación social desde el feminismo. En primer lugar, reconocer, valorizar, poner en palabras, hacer pública la experiencia de las mujeres. Como vive cada una de ellas la cotidianidad (Barrera, Lourdes et al, 2010) y no ser solamente objetos pasivos de teorizaciones externas. Este punto sin duda entra en colisión con la supuesta objetividad que la ciencia intenta sostener. Sin embargo, queda claro que las investigaciones, en especial en ciencias sociales, que dejan de lado las subjetividades individuales o grupales están condenadas a dar respuestas parciales o distorsionadas de la realidad.

Por otro lado, aclarar que se habla de experiencia de las mujeres, en plural, (Barrera, Lourdes et al, 2010; Harding, 1987) recuperando así la noción de heterogeneidad que caracteriza a cualquier grupo humano. Reconocer que no somos iguales aunque tenemos cosas en común es más “objetivo” y realista” que intentar ocultar la diferencia (Hernández&Reybet, 2008).

"(...)las preguntas que un grupo oprimido desea que se respondan rara vez constituyen demandas de lo que se conoce como la verdad pura" (Harding, 1987:8)

La segunda característica se desprende necesariamente de la primera, y es que las investigaciones feministas deben dar respuestas a las preguntas de las mujeres, es decir, deben tomar sus demandas de conocimiento y aportar en investigaciones que supongan un entendimiento cabal, y no solo objetivo, de los hechos. Por poner sólo un ejemplo, en relación a la atención durante el parto y en especial a los métodos de analgesia, lo que importa finalmente no son los efectos de cuál analgésico actúa sobre cuál receptor (investigaciones clínicas tradicionales desde la medicina reproductiva) sino qué efectos va tener sobre la percepción subjetiva de la mujer del proceso de parto, si tendrá o no consecuencias sobre lo que puede/quiere hacer en ese momento o sobre el vínculo posterior. La mirada externa parece centrada sólo en evitar el dolor, la mirada propia de las mujeres, incluye esto también pero lo relativiza en relación a otras "variables" en juego.

En tercer lugar, y a nuestro entender el que le da una marca distintiva de la epistemología feminista, es "posicionar al investigador en el mismo plano crítico que el objeto de estudio" (Harding, 1987:8). Implica que a la hora de realizar una investigación debemos poder explicitar nuestro contexto personal (edad, raza, género) y nuestro contexto histórico social.

La ilusión de "neutralidad" en la ciencia es una de falacias mejor sostenida a lo largo de la historia. No es posible ser neutral, el ser humano no puede ser neutral, porque por el simple hecho de serlo –humano- está inserto en un sistema social, con características culturales y lingüísticas específicas, que le ha proporcionado experiencias individuales y diferenciales. Si no somos capaces de explicitar con qué "condicionamientos previos" construiremos nuestro problema de investigación y analizaremos los datos que se produzcan, -ocultándonos en un halo de neutralidad- estaremos fallando en los principios éticos más elementales.

Debemos evitar la posición "objetivista" que pretende ocultar las creencias y prácticas culturales del investigador, mientras manipula las creencias y prácticas del objeto de investigación para poder exponerlo. (Harding, 1987:9)

3.2 Método y técnicas

Se trata de estudio exploratorio, descriptivo y analítico basado en una metodología cualitativa:

“entendidas como aquellas capaces de incorporar la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones, y a las estructuras sociales, siendo éstas últimas consideradas, tanto en su advenimiento como en su transformación, como construcciones humanas significativas” (De Souza, 2009:20)

Creemos que esta metodología es la que mejor se ajusta a los objetivos propuestos de modo de aportar a la comprensión de las formas de vivenciar y significar las experiencias de cesárea por parte de las mujeres. A la vez que permite visualizar las distintas dimensiones del fenómeno en dos sentidos. Por un lado, poner de relieve la voz de las mujeres, hacer público sus discursos y opiniones de aquello que ha ocurrido sobre sus cuerpos y por otro, dejar en evidencia que “las mujeres” no son un conglomerado homogéneo, sino que por el contrario, como cualquier grupo social, logran atravesar por esta experiencia de diversas formas, recurriendo a mecanismos psíquicos individuales o de sostén social de lo más diversos.

Se utilizó como técnica la entrevista en profundidad semi estructurada. Ésta técnica permite poner en el centro el discurso de sus protagonistas. Esta “conversación guiada” permitirá acceder a las experiencias significativas a la vez que posibilita no quedarse en el discurso “políticamente correcto” sino que busca un acercamiento “denso” al sentir y pensar de la entrevistada. (Callejo, 2002)

Para realizar las entrevistas, se elaboró una pauta guía para orientar las áreas de exploración de acuerdo a los objetivos definidos. La misma se organizó en torno a los siguientes momentos: embarazo, información sobre la cesárea como forma de finalización de un embarazo previa a su ocurrencia, indicación y consentimiento de la cesárea, vivencia del puerperio, idea posterior sobre la cesárea, sentimientos y sensaciones en relación a la experiencia⁵.

⁵ Ver apéndice C

3.3 Definición de la muestra y estrategias de captación

Se definió una muestra intencional teórica, no probabilística, en base a criterios de inclusión que se detallan a continuación:

- mujeres entre 20 y 40 años que aceptaran voluntariamente participar del estudio;
- primerizas (o sea, que la cesárea haya ocurrido al finalizar su primera gestación) y cuyo/a hijo/a naciera sano/a y continuara así para el tiempo en que se realiza la entrevista;
- mujeres que hayan transitado por embarazos normales y a término; y
- mujeres cuyos embarazos hayan sido deseados/buscados/aceptados.

Como criterios de exclusión se incluyó:

- mujeres cuya cesárea haya sido de emergencia,
- mujeres con discapacidad psíquica y/o intelectual.

Mediante estos criterios se intentó, a la vez que delimitar el marco muestral, descartar posibles sufrimientos psíquicos asociados a otras causas como ser embarazos no deseados o mortalidad infantil o morbilidad materna/infantil. De esa forma se buscó heterogeneidad en la muestra bajo una categoría común relacionada con la finalización del embarazo, la cesárea.

La muestra se dividió en dos grupos: mujeres con cesáreas programadas y mujeres con cesáreas de urgencia o intraparto (con trabajo de parto).

Si bien inicialmente, en el proyecto de tesis, se pretendía subdividir dichos grupos en dos franjas etarias (de 20 a 30 y de 31 a 40), posteriormente, en el transcurso de las propias entrevistas y el comienzo del análisis, se priorizó más el lapso de tiempo transcurrido desde la cesárea que la edad de la mujer. Esto se fundamentó, en el entendido que el proceso de puerperio no es el mismo en los primeros meses, que luego del primer año y esto tiene una significación mayor que la edad a la hora de relatar la vivencia de la experiencia.

En la estrategia de captación de las mujeres elegibles se planificaron inicialmente una serie de actividades. Sin embargo, la primera de ellas tuvo una respuesta tan abrumadora que nos dejó asombradas y sin duda dio elementos para el análisis. Esta

consistió en el envío de un único mail a un grupo de 15 direcciones de correos electrónicos, entre los que figuraban algunas parteras conocidas, alguno/as colegas, amigos/as y familiares que podrían ayudar en la captación. El objetivo del correo electrónico fue presentar el estudio y sus objetivos y la necesidad de contactar a mujeres para ser entrevistadas en base a los criterios definidos. A los dos días ya había recibido más de 45 comunicaciones (telefónicas y vía e-mail) de mujeres con cesárea que querían participar del estudio. En menos de 15 días, el número ascendió a 73 mujeres. No se realizó ningún otro tipo de estrategias, ni siquiera fue necesario aplicar la técnica de bola de nieve con las entrevistadas como estaba previsto inicialmente, aunque, de todas formas, algunas mujeres recomendaron a otras la participación en el estudio. Al día de hoy se siguen recibiendo comunicaciones de mujeres que han vivido una cesárea y quieren contar su experiencia.

Las entrevistas realizadas (ver Apéndice A) incluyeron a mujeres entre el primer mes de puerperio y hasta los 24 meses posteriores al nacimiento. Se realizó un total de 31 entrevistas entre agosto y noviembre de 2014, en los departamentos de Montevideo, Canelones y Maldonado, de las cuales finalmente se usaron 19 para la presente tesis. La reducción de entrevistas seleccionadas estuvo en relación a la saturación teórica de la información (Vasilachis, 2006; Callejo, 2002), así como el descarte de aquellas que no cumplían la totalidad de los criterios o, si bien los cumplían, agregaban otras variables que no se pensaban analizar en la presente investigación. Entre ellas, por ejemplo, estar cursando un segundo embarazo, haber tenido otro hijo antes de los dos años de la primera cesárea, haber sufrido complicaciones durante el embarazo, entre otras. Por otro lado, si bien durante el propio trabajo de campo ya se vislumbraba la saturación de los datos, se decidió explícitamente realizar la totalidad de las entrevistas coordinadas ante el compromiso ético con las mujeres que se pusieron a disposición y, en el entendido de que la propia entrevista podía aportarles una instancia de reflexión en relación a su vivencia.

Las entrevistas fueron grabadas previa obtención del consentimiento de las mujeres entrevistadas. Posteriormente se desgrabaron y se procedió a su codificación mediante método inductivo.

3.4 Aspectos éticos

La protección de la identidad de las mujeres entrevistadas se realizó mediante el cuidado de datos identificatorios para la elaboración de esta tesis y se mantiene esta protección en cualquier reporte o comunicación de los resultados obtenidos. Del mismo modo, el manejo digital de la información fue cifrado con el objetivo de que la información no pueda ser decodificada por nadie ajeno a la investigación.

Se procedió a la elaboración del consentimiento informado el cuál fue presentado y aceptado por las mujeres que formaron parte del estudio previo al comienzo de la entrevista. En el mismo se dejó constancia de las características y objetivos de la investigación, el carácter confidencial de los datos brindados, así como la no obligatoriedad de participar o continuar con la entrevista. Se le entregó copia del mismo a la mujer luego de ser firmado por ambas partes (investigadora y participante).

Durante el transcurso de las entrevistas se prestó especial atención a las reacciones o repercusiones que la misma pudiera ocasionar a las participantes, en el entendido de que no se generara ningún tipo de malestar psíquico al tener que recordar sucesos que pudieran ser estresantes. Si bien las reacciones fueron diversas, incluyendo algunas situaciones de desborde y angustia, no fue necesaria la derivación o contención profesional.

Al finalizar el proceso de investigación se las convocará nuevamente a un encuentro grupal donde se presentarán los resultados obtenidos. Si bien los intercambios producidos en dicha instancia no serán utilizados como elementos para la investigación propiamente, la consideramos necesaria tanto para reconocer como para devolver los aportes de éstas mujeres al conocimiento producido lo que podrá redundar en nuevos enfoques o incluso nuevas investigaciones.

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.

*Las mujeres tenemos que contarnos muchas cosas.
De mujer a mujer, de mujer a niña, de madre a hija,
de vientre a vientre...
Casilda Rodríguez*

CAPITULO 4: RESULTADOS Y ANALISIS

El continuo incremento del índice de cesárea en el país es un indicio para pensar el peso de esta intervención para las mujeres así como los efectos que deja en sus cuerpos y en sus mentes. La cantidad de mujeres que se comunicaron, más de 90, (y aún se comunican) es un analizador de la temática.

Se entrevistó un total de 31 mujeres. Como ya hemos mencionado, del total de entrevistas, se han seleccionado 19 para su análisis e inclusión en esta tesis. Todas las mujeres entrevistadas (ver apéndice A) tenían por lo menos enseñanza secundaria completa; la cobertura de salud de la mayoría era mutual (salvo dos) y sus edades oscilaban entre 28 y 40 años.

El nivel educativo no fue inicialmente considerado como un criterio de inclusión ya que los criterios definidos estuvieron más relacionados con la propia intervención (tiempo transcurrido desde la misma, carácter de programada o intraparto). Sin embargo, el perfil de las mujeres entrevistadas coincide con la tendencia de los índices de fecundidad para mujeres con nivel educativo medio o alto en el país: *“Las mujeres que retrasan la maternidad (...) son aquellas que alcanzan mayor acumulación de años de estudio y, por lo general, cuentan con un proyecto de vida más diverso”* (Varela et al, 2014:pp 10)

Para poder realizar el análisis, las entrevistas fueron previamente codificadas. Se elaboraron 22 códigos primarios en base a la pauta de entrevista, divididos en cuatro grandes temas: embarazo; cesárea (conocimiento previo, información, consentimiento); procedimiento propiamente y puerperio. A su vez, durante la codificación surgieron cuatro códigos emergentes, relacionados específicamente con la medicalización, hospitalización, discurso médico y violencia institucional.

Posteriormente se procedió a la sistematización de cada una de las dimensiones del problema, considerando los contenidos relacionados a cada código para luego proceder al análisis transversal, tanto de las preguntas de la investigación como de las dimensiones emergentes. Se realizó una lectura longitudinal en cada entrevista y lecturas transversales.

Los resultados se organizan en tres momentos: *antes*, *durante* y *después* de la cirugía. Esto nos permite una aproximación analítica a cómo la mujer ha vivido el proceso de la cesárea y cómo ésta ha impactado en su vida. De todas formas, está claro que esta división analítica es sólo un ejercicio teórico ya que la dimensión global del asunto es vivido por la mujer como un continuo, en donde, incluso el *antes*, es dimensionando y resignificado desde el *después*.

4.1 ANTES (o preparando el nacimiento)

Todas las mujeres entrevistadas cursaron embarazos normales, de bajo riesgo. Para la mayoría de ellas, el embarazo fue buscado, deseado y planificado. Para aquellas que no, igualmente fue aceptado y vivido con alegría. Todos fueron embarazos controlados en el sistema de salud de acuerdo a los estándares del Ministerio de Salud Pública (2007).

En este apartado se conjugaron las líneas de análisis referidas a cómo llega la mujer al momento de la cesárea, cuáles eran las expectativas para el nacimiento de su primer/a hijo/a, si recibió preparación específica para el nacimiento, así como la información o pre-juicio que tenía sobre la cesárea.

Estas preguntas permitieron armar el encuadre sobre el que se desarrollaría luego la intervención propiamente.

4.1.1 Expectativas sobre el nacimiento

Los deseos o las expectativas que las mujeres entrevistadas tenían en relación al momento del nacimiento refieren a un parto, sobre todo a un “parto natural”, con el mínimo de intervenciones posibles. Incluso más: en su horizonte, la cesárea no tenía lugar, no se la quería, no se la esperaba.

“(…) era una operación, era la forma que yo no quería que naciera.”

(E13, 23 meses, intraparto)

El motivo más referido para querer tener un parto fue su deseo de pasar por esta experiencia, asociado frecuentemente a la idea de dejar al cuerpo actuar, sentir y vivenciar cómo se da ese proceso fisiológico: las contracciones, los pujos, sacarlos ellas mismas de su cuerpo como punto culmine de todo el proceso de embarazo.

Este deseo: querer un parto y no querer una cesárea, nos llevan a pensar o cuestionarnos sobre tres puntos: 1) el estereotipo social de género mujer/madre (que desarrollaremos en este apartado), 2) las nociones previas sobre la cesárea que tienen las mujeres (apartado 4.1.2) y 3) la preparación (o falta de ella) para la experiencia de “parir” en una institución (apartado 4.1.3).

Como ya hemos señalado, la relación de la mujer con la maternidad es uno de los pilares que funda la subjetividad generizada de las mujeres. La maternidad es la función que atraviesa a todas las mujeres, tanto si elige pasar por la experiencia como si no. Es decir, incluso aquellas mujeres que deciden no tomar ese camino, deberán justificar(se) esa decisión que se “aparta” de los mandatos y roles de género esperados en su desempeño. (Rich, 1978). Y es que si bien el mito del “instinto maternal” ha sido desdeñado desde las prácticas disruptivas de muchas mujeres, mantiene su vigencia social y es un poderoso marcador de la subjetividad de las mujeres.

Este mandato, creado y consolidado en el siglo XVIII y sostenido entre otros factores por la medicalización de la sociedad (Hutter, 2010), se va a asociar a otro mito fundacional de nuestra cultura occidental-judeo-cristina, el castigo divino por comer del árbol prohibido: *“Multiplicaré en gran manera los dolores en tus preñeces; con dolor parirás a tus hijos”*⁶.

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.

¿Qué pasa entonces cuando no paren a los hijos? ¿Qué pasa cuando son otros los que los hacen nacer?

Una referencia directa en relación al nacer por cesárea y la “maternidad”, la podemos encontrar en *Macbeth*⁷. Una de las famosas profecías que las brujas le realizan a Macbeth en el IV Acto, dice *“nadie nacido de mujer a Macbeth podrá dañar”*. (Shakespeare, 2012: pp.56). En el siguiente Acto, Macbeth muere en manos de Macduff, quién nació por cesárea luego de fallecida su madre. Se entiende entonces

⁶ La Biblia. Libro del Génesis. Capítulo 3. Versículo 16.

⁷ Tragedia escrita por William Shakespeare alrededor de 1606.

que solo es nacido de mujer si ésta lo ha parido. El castigo, una vez más, único destino posible: solo naces de mujer si ella pasa por el “dolor y sufrimiento” de parirte⁸.

En este sentido, y si bien la cesárea se ha naturalizado como práctica (socialmente siguen habiendo mitos como “los bebés que nacen por cesárea sufren menos” o “salen más lindos”), aún se espera que las mujeres paran: es lo esperado, deseado y “natural”. Se piensa a la cesárea desde lo negativo, “lo malo”, aquello que no debiera ocurrir salvo que implique una situación de vida o muerte, aunque no se tenga claro, desde un plano más consciente/racional, el porqué.

“yo venía tan bien en el embarazo, no había ninguna complicación, nada que dijera que no podía tener un parto, no le tenía miedo al parto... pensé que podía tener un parto, quería lo más natural posible (...) cuando me di cuenta que había tenido una cesárea me quería morir!!”

(E11, 19 meses, intraparto)

4.1.2 Opinión sobre la cesárea previamente a su indicación

Se exploraron las ideas que las mujeres tenían sobre la cesárea previo a vivirla. Nos preguntamos ¿Qué sabían? ¿Cómo llegaron a construir su idea de cesárea? ¿Quién les brindó la información? ¿Conocían experiencias cercanas?. Con ello se buscó conocer los recursos cognitivos e ideoaffectivos que disponían las mujeres para enfrentar la situación al finalizar el embarazo.

Como dicen Olza&Lebrero (2010), toda mujer tiene una idea sobre el parto, ya sea porque desean pasar por él como si no. El parto, al ser parte “ejecutora” de la maternidad, está en el imaginario de las mujeres desde pequeñas. Sin embargo, no ocurre lo mismo con la cesárea. La mayoría de las mujeres no piensan en una cirugía mayor abdominal como una posibilidad para sí mismas, salvo que algo ocurra y las enfrente directamente a la situación.

La diversidad de visiones, nociones e ideas con las que las mujeres llegan a tal instancia, es sin duda llamativa. Algunas, llegaron con información concreta sobre la intervención, desde una aproximación racional al tema, descatectizada de una

⁸ Véase también sobre este aspecto, lo relacionado con la Gran Inquisición, que castigaba con pena de muerte en la hoguera a las brujas, entre las que se destacaban las pateras/comadronas, que ayudaban a paliar el dolor del parto.

impronta afectiva o de una elaboración propia de la información “técnica”. La cesárea es un mero dato que no necesariamente tiene impreso un componente afectivo.

“La cesárea como algo de último recurso, como un medio sin duda para salvar la vida de la madre y el hijo y con una recuperación bastante más compleja. Esa era mi idea a priori”

(E1, 15 meses, intraparto)

“sabía más o menos lo que era, una alternativa al parto cuando hay algo que se complica... y una intervención que se hace más de lo que se debería... eso era una cosa que sabía... y bueno, nada, que era una intervención quirúrgica, en qué consistía más o menos tenía una idea ¿no?: te cortan, te sacan el bebé y tá... que se puede hacer con anestesia raquídea, epidural, con la general, que puede ser programada, que puede ser de urgencia...”

(E9, 9 meses, intraparto)

Otras, tienen bastante más información, ya sea porque están laboralmente insertas en sistema de salud, específicamente ejerciendo su profesión en el área de Maternidad, ya sea porque se le ha informado correctamente durante el embarazo. Sin embargo, éstas son una minoría.

Por otro lado, podemos encontrar quienes disponían de una perspectiva crítica, incluso con un posicionamiento ideológico sobre su carácter “innecesario”, su relación con la violencia obstétrica, con la medicalización y/o iatrogenia médica.

“Lo que a mi me habían dicho, de comentarios, es “a no!, te tratan así... no sabés!!”, como que todo era malo, entonces yo decía: si la cesárea toca, va a ser un desastre!!.”

(E18, 10 meses, programada)

“sabía que muchas mujeres tenían a sus hijos por cesárea, más de las que a mi me gustaría (...) tenía la sensación de que muchas veces había nacimientos que terminaban en cesárea, pero que no necesariamente tendría que ser así... tenía un poco como el miedito ese de... la cesárea... nada, la falta de respeto de los tiempos y como ésta que tenía que ser obligada... tenía como ese fantasma y nada!... sabía que era una operación”

(E19, 16 meses, programada)

“mirá, yo en realidad información... la que anda en la vuelta. Tenía sí el preconcepto (y ahora tengo la seguridad) de que en realidad es una práctica

médica impuesta totalmente, muchas veces innecesaria, yo diría: la mayoría de las veces innecesaria!! y nada, en realidad es un recurso médico que estaba bueno en algunos casos, pero en aquellos casos que efectivamente se compruebe que es necesario, pero que se transformó en algo demasiado cotidiano.”

(E5, 10 meses, intraparto)

“tenía más ese pre-concepto, que a veces la medicina por acelerar procesos o controlar los procesos, programan cesárea”

(E12, 13 meses, intraparto)

Así también, se encuentran quienes, aún sabiendo que pueden existir cesáreas que no necesariamente son justificadas, confían en la técnica como preventiva de un riesgo mayor. Posteriormente analizaremos (ver apartado 4.2.2) la relación ante el temor de que le pase algo al bebé y la idea que la cesárea no conlleva ningún tipo de riesgos.

“y... la idea que tenía sobre la cesárea era que si en algunas situaciones era algo necesario..., ya me habían informado que a veces en nuestro país el porcentaje de cesáreas que había era altísimo y no siempre eran realmente necesarias. (...) pero si hay una cuestión de riesgo y la cesárea evita ese riesgo... tá!!.”

(E16, 18 meses, programada)

Están también quienes llegan con preconceptos fragmentados, que se fueron hilvanando con información poco clara, recibida de profesionales o de libros o de la experiencia de otras mujeres. Para muchas, estas ideas se fueron formando a partir de sus propias incertidumbres, miedos, experiencias.

“lo que tenía como idea, por ejemplo, en el caso de la eclampsia, presión alta, en esos casos... o yo que sé... o tá, en el momento del parto, si había algún signo de sufrimiento fetal...mmm. que bueno, que te hacen la cesárea... o tá, a veces cuando la hacen programada, pero no sé bien porqué la programan...”

(E15, 10 meses, intraparto)

“nada, una cirugía, que tá... que te dormían o que te dormían... siempre pensando en la anestesia general, y tá, solo eso.”

(E2, 22 meses, intraparto)

Para las mujeres entrevistadas, la cesárea es percibida como una práctica estéril, rápida y practicada por un equipo médico (entrenado para ello, confiable) que podrá

controlarlo todo y actuar rápidamente en consecuencia. Estas ideas están asociadas a considerar la cesárea como una práctica de “salvataje” frente al riesgo de vida del bebé durante el parto.

“pero yo tenía como esa cosa de que te la sacan como un paquetito, no sufren... yo le decía que era una fantasía mía, lo comprobaba con la realidad y sabía que era una fantasía, que sé que es mucho mejor el parto natural que la cesárea, para la madre, para el bebé... es lo mejor... pero adentro yo tenía un no se qué, que la cesárea le iba a doler menos al bebé.”

(E7, 1 mes, programada)

“eso, que era una intervención bastante salvaje, porque claro, tiene que ser antes de 15 minutos, porque... sabía que era una intervención que era rápida porque la anestesia que te dan a vos y en 15 minutos llega al bebé, por lo tanto, si llega al bebé se muere (...) bueno, no sé si se muere, el tema es que no es bueno que llegue al bebé, está todo mal que llegue, me lo dijo una médica amiga... está todo mal que le llegue al bebé y yo interpreté que se moría”.

(E14, 24 meses, programada)

Para otras, la cesárea fue un no pensado. Ésta se les impuso bruscamente, dejando a estas mujeres con pocas posibilidades de prepararse subjetivamente para la experiencia.

“no mucha, no sé, ni me imaginé... era como una palabra nomás, nunca me imaginé todo lo que... no la tenía registrada...”

(E8, 2 meses, intraparto)

Si tenemos en cuenta que la gran mayoría de las entrevistadas concurren a clases de preparación para el parto, se atendieron durante todo el embarazo en el sistema de salud, es decir, cumplieron con lo que se espera en términos de atención sanitaria, entonces, podemos llegar a la conclusión que su desconocimiento o falta de herramientas 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.

4.1.3 Preparación para el parto

Los cursos de preparación para el parto tienen como objetivo brindar herramientas a la futura mamá y a su acompañante, para transitar el proceso de embarazo, parto, lactancia y los primeros días del bebé. En nuestro país, se pueden realizar en los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), tanto a nivel mutual como público, o recurrir a organizaciones privadas que brindan opciones más amplias como la incorporación del trabajo corporal durante el embarazo (yoga o pilates para embarazada, etc). Por lo general, lo llevan adelante parteras, ya que son quienes cuentan con la formación profesional idónea para la preparación de un parto, aunque también es frecuente que participen ginecólogos/as, nutricionistas, doulas, psicólogos/as, etc.

En el presente estudio, se indagó especialmente si durante el embarazo concurrieron a clases de preparación para el parto/nacimiento, ya que queríamos saber si esto había influido posteriormente en cómo fue vivida la cesárea.

La gran mayoría había concurrido a estas instancias ya sea con organizaciones o parteras privadas/particulares y en menor medida, realizando la preparación en sus mutualistas. Sin importar dónde realizaron la preparación, la evaluación posterior es unánime: es preparación para el parto y no para el nacimiento.

“(...) luego que ella nació me di cuenta que las clases son más bien de parto, son clases de parto, no son clases de nacer. Para la cesárea no estás nunca preparada porque nunca te hablan, lo evitan, lo pasan por arriba”.

(E10, 4 meses, intraparto)

El desconocimiento de las prácticas institucionales de rutina fue lo que más impactó a las mujeres, ya sea que sus cesáreas hayan sido programadas o intraparto. Y es que, si bien la cesárea pudo haber sido abordada en las clases de parto, se lo hizo muy someramente.

Aquellas que habían concurrido a clases privadas y no en sus mutualistas, refieren que lo trabajado se centraba en cómo evitar las “inne-cesárea”, más que en el hecho mismo de lo que implica pasar por esa experiencia.

“I: Deberían o podrían haberte preparado de alguna forma para esta [cesárea]?”

E: sí, porque si estamos hablando de que casi el 50% de los niños nacen de esta manera a nivel privado... se debería hablar! (...) en las clases de preparación para el parto, sobre todo estas que fui, se llenan sobre todo de empoderarte, saber qué es lo que te van a hacer [en el parto], entonces es como que... eso es como que

está ahí, de esto no se habla pero es una realidad, la mitad de los niños nacen así y hay que hablarlo!!! Alguien te tiene que decir que es una posibilidad... claro, es un trabajo muy fino, no sé si queda a nivel de las parteras o es un trabajo más de salud mental, que tiene que haber ahí en algún equipo, cómo trabajar eso... sin menoscabar el empoderamiento, dándole paso a esta posibilidad y no porque tu cuerpo no pueda, sino porque el sistema de salud es así, tu te vas a atender en un sistema de salud y te van a tocar estas circunstancias... tenés una posibilidad alta de que pase”

(E13, 23 meses, intraparto)

“(...) porque lo pensé en ese momento! porque... yo me niego!! porque en realidad el proceso del embarazo estuvo bárbaro y nada... a ver! toda la vida las mujeres parieron a niños de 4 kilos!! (...) no tenía opción, te deja sin opción!. Ahí se me pasaban todas las clases de parto, o sea, nadie te prepara, porque lo hablamos en su momento, eso del poder médico y lo que uno puede hacer y todo eso, pero en ese momento no te sirve de nada, ninguna charla, ningún empoderamiento, porque en realidad no tenés opción, porque la opción que yo tenía era “me voy”, pero en realidad iba a volver, capaz en dos horas e iba a estar el mismo tipo de guardia”

(E5, 10 meses, intraparto)

Ahora bien, si gran parte de las cesáreas que se realizan son con una indicación médica justificada y otra buena parte no (siendo poco probable que la mujer pueda evitarla, ya sea por el desconocimiento o por la coerción ejercida a través del miedo), ¿qué información debieran haber recibido en las preparaciones previas? ¿Qué les hubiera gustado saber a las mujeres para prepararse mejor para la experiencia? Al respecto, una de las mujeres entrevistadas lo expresó así:

“E: hay cosas que te pueden ir diciendo: mirá que vas a ir por la emergencia, te va a ver un ginecólogo que seguramente no es el que vos conocés, te van a examinar [tacto vaginal], vas a tener que esperar, te van a poner una sonda porque te van a poner anestesia, te van a afeitar los genitales delante de dos personas que no te conocen, vas a ir a block, van a haber luces, te van a desnudar, te va a atar!!... no vas a ver nada...esas cosas... tu compañero no va a estar contigo todo el tiempo porque se tiene que cambiar y después a su vez la anestesia vos optas, va a ser así o asá y después vas a estar un ratito en recuperación hasta que recuperes la movilidad y puedas ir a ver a tu hijo... en eso pueden pasar una o diez horas... o sea, prepararte para esperar.

I: ¿quién debería haberte dicho todo esto?

E: o el ginecólogo que se supone que te ve en cada control del embarazo y tiene mucho tiempo para hacerlo, muchas instancias y más porque ésta era programada, tenía tiempo para explicármelo... o si estabas yendo a preparación [de parto], la persona que te la daba”

(E3, 22 meses, programada)

Aparece aquí otro elemento que tiene que ver con los controles prenatales que son “obligatorios” por nuestro sistema de salud.

La ausencia de preparación no recae solo en la información que la mujer debiera haber tenido o en lo trabajado (o no) durante las clases de preparación para el parto, sino también en los encuentros que durante el embarazo, se tiene con un profesional obstétrico⁹ (MSP, 2007). Es muy poco frecuente, así lo relatan las entrevistadas, que durante las consultas se aborden aspectos relacionados con lo que ocurrirá en el sanatorio/hospital durante el nacimiento (ya sea parto o cesárea) o sobre los protocolos institucionales al respecto. En los casos en que esto sí ocurrió, coincidió que el médico tratante durante el embarazo era quién les atendería durante el nacimiento (contratación particular) y se asoció con una vivencia positiva de la intervención y la institucionalización.

Otras experiencias fueron las que relataron quienes no concurren a preparación para el parto ya que no lo consideraban necesario. Sin embargo, eso no evitó que algunas circunstancias institucionales las “tomara por sorpresa”.

“no lo había visualizado, no lo había visualizado... las cesáreas que había visto en [institución sanitaria] veía que lo hacían pero ahí te enfocas en otra área, te enfocas solo en la panza no mirás como está ella, si mira o no mira o donde están los brazos...”

(E3, 22 meses, programada)

Sin duda es distinto estar en el lugar de la institución, investidas de su poder, siguiendo sus protocolos e interviniendo durante la jornada laboral, a que la institución y sus protocolos actúen sobre el propio cuerpo o sobre el de los hijos. Se cambia de órbita y de sujeto de poder. En el primero, órbita pública, de ejercicio profesional, el poder está en la Institución y es ejercido en la práctica por quién allí trabaja. Cuando

⁹ Según las *Normas de Atención a la mujer Embarazada* del Ministerio de Salud Pública, los controles durante el embarazo deberán ser mensuales hasta el séptimo mes, quincenales a partir del octavo y semanales a partir de la semana 37.

es la misma profesional la que está pariendo (ámbito privado, de la intimidad y las relaciones personales, privadas y corporales), pasa de ser sujeta que ejerce poder a objeto sobre el que se ejerce control.

En suma

Los resultados obtenidos respecto a cómo las mujeres se enfrentan a la situación de cesárea permiten afirmar que hay denominadores comunes. Por un lado, todos los embarazos fueron aceptados y disfrutados y todas tenían la expectativa y el deseo de tener un parto “natural”¹⁰. Por otro lado, las mujeres llegan al momento de la cesárea desconociendo el procedimiento en sí mismo, las intervenciones que se le realizarán y los protocolos institucionales que se le iban a aplicar.

Las mujeres tienen la idea que se realizan más cesáreas que las “necesarias” o que muchas veces son indicadas como una forma más (o como consecuencia) de la medicalización del parto y el nacimiento. Al mismo tiempo, no anticipan que a ellas les puede suceder.

El desconocimiento sobre la intervención da cuenta del déficit de preparación de las mujeres para esta posibilidad. Estaban subjetivamente preparadas para un parto natural y no para una cesárea. Este deseo anulaba cualquier otra opción. Ello se ve reforzado por el sistema y el personal de salud que no brinda información oportuna, de calidad, asequible, tanto en las consultas obstétricas como en quienes brindan las preparaciones para el parto.

Todas las entrevistadas se habían atendido durante el embarazo, realizando los controles y rutinas que se establecen en los protocolos y la gran mayoría había concurrido a instancias de preparación para el parto. Sin embargo, el tema de la cesárea como una posible forma de culminación del embarazo no fue abordado con la misma consideración que el parto, aún cuando en nuestro país, como ya hemos ilustrado, se tiene la misma posibilidad de terminar en cesárea que en parto.

¹⁰ Se debe tomar en cuenta que por lo general, en el discurso social, la referencia a “natural” se ha tomado como sinónimo de “vaginal” y no necesariamente de “fisiológico”. Éste último, más relacionado con el dejar actuar al cuerpo y realizar el mínimo de intervenciones que sean necesarias por parte del profesional obstetra.

4.2 DURANTE (o poniendo el cuerpo)

“pero por otro lado tenía como ganas de estar ahí y de que estuviera pasando... más allá de la forma, estaba recibiendo a [su hija]. No quería que estuviera pasando eso sobre mí pero sí que llegara el momento de que ella naciera”

(E5, 10 meses, intraparto)

En las entrevistas con las mujeres se buscó indagar en profundidad como fue vivida la indicación de la cesárea y los momentos previos al procedimiento ¿Cómo recibió la noticia? ¿Qué información tuvo? ¿Quién se la brindó? ¿Cómo vivió la intervención propiamente? ¿Qué elementos oficiaron como protectores y cuáles como obstaculizadores? ¿Pudo vivir la experiencia del nacimiento como lo esperaba o quería?

Al colocar en el centro a la mujer en tanto persona y no en su función materna, fue posible acceder a los relatos sobre las vivencias personales e íntimas, que muchas veces habían sido negadas y olvidadas ante la imposición primordial del rol de madre.

4.2.1 Indicación de Cesárea

Como hemos señalado se indagó en torno a cómo reaccionaron las mujeres ante la indicación de la cesárea. No se realiza, por nuestra parte, una interpretación sobre la corrección de la indicación desde el punto de vista médico, ya que no compete a nuestro campo disciplinar, pero sí, el análisis de cómo lo interpretaron y afrontaron las mujeres y qué implicó para ellas tal indicación.

En este punto, se observaron diferencias entre las experiencias de las mujeres con cesárea programada y aquellas que les fue indicada durante el trabajo de parto (intraparto). Para el caso de las cesáreas programadas, media un tiempo material y subjetivo entre la indicación y la intervención, que no está presente en las mujeres cuyas cesáreas fueron intraparto.

Para el caso de las cesáreas programadas, encontramos que las indicaciones se realizaron durante los controles obstétricos y, al no implicar situaciones de emergencia (condición excluyente para participar del estudio), las mujeres pudieron tener un tiempo para procesar la noticia. Este tiempo fue desde un día a varias semanas, dependiendo la situación de cada una. En la mayoría de ellas, la cesárea implicó un cambio de planes y la renuncia a la expectativa y al ideal del parto natural.

“Cuando ella me habló en uno de los controles de la cesárea, me puse mal, me angustió mucho, sentí mucha angustia porque no quería una cesárea, quería tener un parto natural y sentí mucha angustia cuando planteó que había que hacer cesárea y que ese era el protocolo a seguir cuando había diabetes gestacional (...) después con los días se fue yendo la angustia y entendí que había que hacer una cesárea, era lo mejor para él ¿verdad? y tá, al final, cuando llegó el día ya estaba digerido todo.”

(E17, 6 meses, programada)

Por otro lado, la cesárea programada permite a la mujer tener cierto control sobre algunos aspectos del nacimiento, aunque no necesariamente fue lo que ellas hubieran deseado a priori. Sin embargo, esta instancia de toma de decisión fue vivida como algo positivo en tanto se sintieron, en alguna medida, protagonistas en este momento del proceso.

[indicación por posición podálica] “lo que pasa es que no tenía otra opción, yo por lo menos sentí que fue esa la única decisión posible. Sentí que lo único que podía decidir era cuándo...” [programada para la sem. 38, logró retrasarla hasta la 42]

(E19, 16 meses, programada)

[cesárea indicada por diabetes gestacional con uso de insulina]: “se hacía a las 40, pero ella salía de licencia y entonces yo no quería que ella viniera en su licencia.”

[la cesárea se realizó finalmente a las 39 semanas por decisión de la mujer]

(E17, 6 meses, programada)

[cesárea indicada por posición podálica] “sí, coincidió con la fecha probable de parto. Lo programamos en esa fecha porque tenía cierto simbolismo para nosotros”.

(E16, 18 meses, programada)

“[cesárea indicada por posibilidad de meconio detectado por ecografía y placenta que no “alimentaba correctamente”¹¹] si yo voy al hospital [se planificaba un parto en casa] prefiero que sea una cesárea, no quiero hacer un trabajo de parto en el hospital” [respuesta en relación a si se consideró realizar una inducción previamente]

(E18, 10 meses, programada)

¹¹ Las referencias a la indicación de la cesárea fueron tal cual lo transmitieron las mujeres.

Un aspecto que llama la atención fue la diferencia en las indicaciones dependiendo del servicio de salud en el cual fueron atendidas. No realizaremos una valoración, como ya lo hemos dicho, sobre lo acertado o no de la indicación médica, sin embargo, encontramos que varias de las entrevistadas tuvieron su cesárea por presentación podálica¹², pero la semana para la culminación del embarazo varió dependiendo de cada centro asistencial o técnico tratante. Como media se procedía a indicarle la cesárea para la semana 38, pero también para la 39 o 40. Otra situación similar fue para quienes tuvieron diabetes gestacional, con o sin uso de insulina: a algunas se la programaron a la semana 38 y a otras a la semana 40. No se hizo referencia en las entrevistas a que tales indicaciones refirieran a situaciones particulares de cada mujer o cada embarazo, sino que se les indicaba por “protocolo”.

Una de las mujeres entrevistadas solicitó la cesárea por lo cual su vivencia de indicación tiene particularidades respecto al resto de las mujeres. Si bien en principio ella quería parto vaginal, ante una ecografía que le indicaba que había vuelta de cordón y un bebé “grande”,

“(…) me decidí que iba a querer una cesárea, porque estando como paciente sé que iba a estar pendiente de los latidos y no iba a aguantar una caída de los latidos, entonces dije, bueno, para ser una cesárea de salir corriendo quién sabe a qué hora de la madrugada... “

E6, 9 meses, programada)

Se trata de una profesional de la obstetricia, y por tanto, su experiencia vital estuvo mediada por su saber técnico-profesional (“todo lo que podía pasar”) y desde ese lugar tomó la decisión. En este caso en particular, su médico tratante le dijo que no había razones médicas para realizar la cesárea pero igualmente pudo respetar su decisión de realizarla.

En el caso de las cesáreas que se realizan por el temor de la madre a que “algo malo le ocurra al bebé”, cabe preguntarnos si a la hora de tomar la decisión, la mujer tiene la información necesaria y el asesoramiento técnico sobre los riesgos que están implícitos en un nacimiento por cesárea también para el bebé, y cómo llegó a decidir cuáles riesgos eran más factibles de ser asumidos. Al mismo tiempo que le

¹² La presentación podálica en nuestro país es una indicación “absoluta” de cesárea ya que hace años no se realiza la formación clínica para atender tales partos.

correspondería al profesional de la salud analizar, contener y sostener para que puedan ser explicitados y técnicamente abordados estos temores que determinan la solicitud. Luego de recibida la información, el asesoramiento y apoyo, si la mujer sigue considerando que prefiere este tipo de intervención, su decisión debiera ser respetada por el equipo de salud.

En cuanto a las mujeres cuya cesárea fue indicada durante el transcurso del trabajo de parto, se pueden encontrar diferencias a la interna del subgrupo, ya que algunas mujeres tuvieron inducciones farmacológicas que no avanzaron de los primeros centímetros de dilatación y otras cuya indicación vino en fase de expulsivo. Salvando éstas diferencias, la indicación de cesárea intraparto trae aparejado una prontitud y una inmediatez que no permite, en la mayoría de los casos, valorar por parte de la mujer, todo lo que acontece en ese momento.

Es en estas situaciones donde se observaron en las mujeres, las mayores dudas con relación a la indicación médica. En base a los relatos detallados de las entrevistadas se puede identificar algunos elementos en los que basan sus dudas o cuestionamientos posteriores:

a) al ser partos institucionalizados y en la mayoría de los casos intervenidos (inducciones farmacológicas o “ayuda” de oxitocina para acelerar las contracciones, ruptura artificial de membranas, tactos rutinarios, etc.), les generó la incertidumbre de si no podrían haber parido de manera “natural” de haber mediado otra forma de atención.

“yo me cuestiono yo, mi actitud. No volvería a hacerlo de esa manera. (...) si volviese atrás capaz que exijo una ecografía al llegar o algo del estudio de la placenta para ver porqué si la placenta no estaba madura y si el bebé estaba bien, entonces que no me hagan una inducción, esperemos a que nazca”

(E12, 13, intraparto)

“[en relación a qué piensa hoy sobre la indicación] yo le decía a [su pareja], si hubiéramos esperado un poco más nacía por parto natural”

(E10, 4 meses, intraparto)

b) la premura y la inmediatez que media entre la indicación y la intervención no permitió que procesaran la información que se les brindó. Pasado el tiempo de la “urgencia”, surgieron las dudas relacionadas a no saber claramente el porqué de la indicación o incluso no tener certeza respecto a si no había otras opciones para ella.

“es una cuestión que también tenía que ver con esto de que no había sufrimiento fetal ni nada, que a mi no me quedan claro las condiciones hayan sido que obligatoriamente tenía que ser cesárea ¿no? creo que en otras condiciones no se hubiera dado la cesárea”

(E1, 15 meses, intraparto)

c) Las acciones que pueden analizarse desde la línea de la violencia de género ejercida por el sistema sanitario –violencia obstétrica-, fue descrita mayoritariamente por las mujeres cuya cesárea fue indicada durante el trabajo de parto (intraparto). Violencia que en el momento impactó a las mujeres no pudiendo reaccionar o responder, pero que pasado el “efecto”, generó claros cuestionamientos a la indicación.

Éste último punto, la violencia obstétrica ejercida a través de mecanismos de coerción y manipulación, fue relatada por varias de las entrevistadas cuya cesárea fue programada.

La coerción y la manipulación son mecanismos claves como ejercicio de un tipo de violencia que no necesariamente deja marcas en el cuerpo y que muchas veces se oculta bajo el velo del “yo decidí” que expresan las mujeres. Cuestionar cómo se llegó a esa decisión nos da luces sobre la propia concepción de mujer que detentan los profesionales de la salud.

“[en la consulta ginecológica, semana 39+5]

Médico: ¿qué querés, para hoy o mañana?

Ella: ¿para qué?

Médico: para la cesárea

Ella: ¿qué cesárea?

Médico: mija!! está sentado! ¿qué querés?

Ella: quiero esperar al domingo que es la fecha [fecha probable de parto, sem. 40]

Médico: ¿para qué vas a esperar al domingo si estás a punto de caramelo para una cesárea!!!? [ante la insistencia de ella de esperar hasta que se cumplieran las 40 semanas, le contesta:] si vos me decís, me firmás un papel que dice que tu organismo está impecable como está ahora, el domingo... si vos me aseguras que tu organismo va a estar impecable, yo te espero hasta el domingo”

(E14, 24 meses, programada)

[lo que le dijo su ginecóloga] “tenemos dos opciones, no es que yo te diga “te voy a hacer...”, lo podemos inducir, que va a ser, por tu situación, va a ser complicado

porque no tenés nada de dilatación, capaz pasan dos días y terminas en cesárea igual y bueno tá, me parece que la mejor opción es una cesárea”.

(E4, 21 meses, programada)

[al momento de llegar al hospital en trabajo de parto, el ginecólogo de guardia le dice:] “mirá, acá vos tenés cuatro ecografías que dicen que esta niña puede pesar más de cuatro kilos y yo no me arriesgo a un parto (...) probablemente se tranque, mirá si se tranca?!!!, mirá si se ahoga?”!!!”

(E5, 10 meses, intraparto)

En los testimonios de las mujeres que hemos transcripido, se puede apreciar cómo de una forma más explícita o más sutil, el profesional parecería orientar su discurso técnico hacia la indicación de cesárea y no lo hace con información clara y concisa, valorando todos los elementos en conjunto con la mujer para que ésta pueda tomar la decisión, sino que parecería hacerlo desde un lugar de poder y dominio sobre la situación, utilizando la manipulación y la coerción como herramienta.

Por otro lado, se trasluce la idea de “tutelaje” y “paternalismo” por parte del técnico. Deja la “decisión” en la mujer, pero sembrando la duda y transmitiendo falta de confianza sobre su capacidad de sostener un parto, al mismo tiempo que introduce el temor y el miedo por la salud y la vida del bebé. Estas medidas coercitivas, que presionan a la mujer a tomar la decisión “propuesta” por el médico, aunque encubiertas, reflejan cuáles son los mecanismos por los cuales la violencia obstétrica se ejerce.

Un ejemplo más para ilustrar la desinformación y la vulneración de derechos que viven las mujeres en tales circunstancias:

“[cuando le dijeron que podría ir a cesárea] y ahí rompí en llanto mal, me descompensé (...) y yo le dije que no, que por favor!, que otra vez pidiéndole más tiempo, que me dejara más tiempo. “esto igual no va avanzar mucho (...) bueno, te doy un tiempo, hago dos legrados y vuelvo”

(E13, 23 meses, intraparto)

¿Qué significa en este caso “hago dos legrados y vuelvo”? ¿Qué la indicación de la cesárea no revestía tal urgencia? ¿Qué depende de cuánto “suplica” la madre? ¿Es un favor dar más tiempo? ¿Quién se encargó de atender el estado emocional de la mujer que en pleno trabajo de parto suplicaba por poder seguir?

4.2.2. Consentimiento Informado

Uno de los aspectos indagados en el estudio fue el análisis del consentimiento informado de las mujeres frente a una cirugía mayor como es la cesárea. La información –en cantidad, oportunidad y calidad- que recibió la mujer previo a someterse a la misma es un asunto crítico que se enmarca en los derechos de las personas frente a las intervenciones en salud.

La Ley N° 18.335 (Uruguay, Poder Legislativo, 2008), por la que se rigen los derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios de salud nacionales, establece en su artículo 11:

“Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.”

Recordemos que la cesárea, tiene asociados riesgos que le son comunes a todas las cirugías y otros que le son específicas de la intervención obstétrica. En este sentido, y siendo la cesárea una cirugía mayor abdominal, se debiera esperar que las mujeres hayan recibido la información detallada de las consecuencias y su valoración en cuanto a los posibles riesgos de continuar el embarazo (en el caso de las cesáreas programadas) o continuar el trabajo de parto (para el caso de las intraparto).

Se esperaría que se le brindara la información y que se pudieran despejar las dudas sobre la intervención y sus posibles repercusiones.

I: ¿les explicaron algo de la cesárea? ¿se les dio consentimiento informado?

E: sí, sí

I: ¿firmaste?

E: sí, sí, me hicieron firmar, me explicaron todo, yo incluso les hice un montón de preguntas que tenía con relación a la anestesia, los riesgos y de demás”
(E4, 21 meses, programada)

Sin embargo, y en términos generales, las mujeres entrevistadas manifestaron que no se les presentaron estos detalles a la hora de indicársele la cesárea o la información recibida no fue lo suficientemente clara para ellas.

En el discurso de las mujeres se puede observar cómo la falta de consentimiento no solo está relacionada con la cirugía en general, sino también con la aplicación de medicamentos y sus efectos, ambos aspectos protegidos en la ley de derechos de usuarios de servicios de salud.

“yo le dije: tengo una taquicardia!!!... se me salía el corazón , que nunca en la vida y ahí me explicaron que era la medicación que me acababan de poner, eso yo no lo sabía, que eran para parar las contracciones...”
(E11, 19 meses, intraparto)

“En realidad no se de que depende de que te den una o la otra.. pero él en un momento dijo: “bueno, vamos a darle raquídea”. Fue algo que él decidió, yo no sé en qué va”.
(E7, 1 mes, programada)

En varias oportunidades, cuando se las consulta sobre si recibieron información, lo que relatan está relacionado con detalles sobre la operativa, más que con las características de una cirugía y sus posibles repercusiones en su salud física y mental.

“te van a poner una sonda, te van a poner una vía. cuando te hagamos la cesárea vas a sentir cinchones, vas a sentir que te estamos cinchando, pero vos quédate tranquila porque es una sensación rara, porque estás dormida de la cintura para abajo, pero vos tranquila porque es para sacar a la bebé”
(E18, 10 meses, programada)

Muchas veces la información no llega porque los profesionales no parecieran estar acostumbrados a “ser cuestionados” y también porque “los legos”, en este caso las mujeres, no están acostumbradas a preguntar y cuestionar. Es significativo, por ejemplo, cómo esto se materializa en aquellas que trabajan en el propio sistema de salud. Se da por obvio que deben “saber” como si el saber técnico-profesional fuera suficiente para enfrentar la experiencia en el propio cuerpo.

“Igualmente, ya te digo, para ser enfermera, yo siento que tendrían que haberme dicho igual las cosas”.

(E17, 6 meses, programada)

“I: ¿hubo consentimiento informado previo?”

E: no, porque se dio por sentado que ya se sabía, ahí jugó como en contra lo que hacemos, mi pareja también es médico y supongo que el ginecólogo dio como por recontra claro todo”.

(E3, 22 meses, programada)

Otro elemento significativo está relacionado con las cesáreas programadas. La justificación de “no hay tiempo” para explicar, que podría estar presente en las indicaciones intraparto, no debería estar presente en este tipo de indicaciones. Sin embargo, la mayoría de las entrevistadas con cesáreas programadas, relataron no haber recibido información clara y concisa más allá de la indicación médica. Solo en un caso se firmó el documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica y para la aplicación de anestesia.

La información insuficiente, poco clara o falta de veracidad puede ser considerado como una de las formas de ejercicio de la violencia obstétrica, ya que al colocar a la mujer como objeto de la intervención y no como sujeto de derechos, se desconoce su capacidad para la toma de decisiones, proceso para el cual se requiere –entre otros aspectos- de disponer de información de calidad, suficiente, precisa y oportuna.

“Yo no estoy enojada por haber terminado en cesárea, estoy enojada por no haber entendido el motivo, por no haber podido ser parte de la toma de la decisión”

(E9, 9 meses, intraparto)

4.2.3 Preparación

“ahí me bajé de la camilla y el tipo me dice: “ahora te van a preparar y 7.30 nos volvemos a ver en la sala de operaciones”. Yo hasta ese momento no tenía ni idea, NI IDEA!! de lo que se venía”

(E5, 10 meses, intraparto)

Una vez indicada la cesárea, se procede a realizar los preparativos para la intervención. Estos preparativos incluyen, entre otros, la colocación de la sonda y una vía (en el caso de que no haya sido antes colocada, por una inducción, por ejemplo).

También incluye el ayuno previo necesario para la aplicación de anestesia raquídea o general, según el caso.

Para la mayoría de las mujeres, la cesárea fue su primer intervención quirúrgica, incluso su primera internación hospitalaria, por tanto, estos requerimientos generales les eran ajenos.

“yo nunca estuve internada en mi vida!! yo no sabía lo que era una cama de hospital!!”

(E5, 10 meses, intrapartos)

En la intervención quirúrgica, el equipo de salud trabaja según sus protocolos y sus rutinas sin, necesariamente, tomar en cuenta las necesidades y requerimientos no médicos del “paciente”.

“ahí se va el médico y ahí te preparan. Yo que sé... depilación, higiene... una enfermera y la nurse, pero ahí no me explicaron nada, nada”.

(E12, 13 meses, intraparto)

“vinieron las enfermeras a prepararme y me dijeron “acá con grititos no”, y todo ese tipo de clichés violentos”

(E1, 15 meses, intraparto)

Se pierde de vista que, lo que para ellos son actos “protocolares”, para la mujer es un momento vital muy significativo. No solo no se le da tiempo de prepararse emocionalmente y con información clara sobre lo que estará por ocurrir, sino que se interviene que al objetualizarse el sujeto, éste, se transforma en un instrumental más para su trabajo.

“ahí viene la enfermera con la sonda y me dice “bueno, ya vas a block” y le digo, no, no, mi cesárea es a las 5 y ella me dice: “no, es a las 2, te la adelantaron”... y ahí estuvo bueno, pero no tanto, porque nadie me había dicho a mí que la habían adelantado... y el médico la había adelantado el día antes!. Nadie me llamo de la institución para decirme “mirá que se cambió la hora”.

(E7, 1 mes, programada)

Estas vivencias relacionadas con el desconocimiento y la cosificación, se pudieron observar en las entrevistas tanto de mujeres con cesárea de intraparto como de cesáreas programadas. Es decir, la posibilidad de prever la intervención

(programación) no fue un factor que las minimizara los efectos ya que estos elementos no fueron abordados en las consultas prenatales o en las clases de preparación para el parto.

Experiencias diferentes fueron vividas por aquellas mujeres que en sus vidas profesionales se desarrollaban en el mismo lugar en que fueron intervenidas (enfermeras de maternidades o parteras por ejemplo):

“estoy super conforme con haber elegido [uno de los hospitales donde trabaja] para pasar por todo esto, porque al ser un servicio relativamente chico dentro de terrible hospital, somos como una gran familia, entonces como que estaban todos pendientes de a qué hora venía, a qué hora llegaba, y le transmitieron la misma tranquilidad a mi esposo”

(E6, 9 meses, programada)

Específicamente, en lo que refiere a la preparación, un elemento que se reiteró en varias entrevistadas, sobre todo de quienes tenían cesárea programada fue el uso de la sonda. La cirugía, desde el imaginario de las mujeres, se relacionaba únicamente con un nacimiento abdominal, en el cual la genitalidad queda totalmente anulada, a tal punto, que la colocación de la sonda vesical impactó, ya que hizo presente una parte del cuerpo que había sido excluida del imaginario de la mujer que iba a cesárea.

“yo sé que lo peor fue... bueno, vino esta partera conocida, me depilaron, yo medio me había depilado pero me cagaron a cuetes porque como que no me había depilado apropiadamente y yo pensaba “tá, qué importa?!”. Yo pensaba que no sabía... que nadie nos había dicho que teníamos que hacerlo y cómo... yo me depilé porque tá, pero no sabía... Cosas que me impactaron!. Luego me sondaron y eso sí que no me lo esperaba!!! No sé porqué, no lo calculé. Se da por sentado que una sabe, pero no lo viviste. Eso fue incómodo, me sentí violada poco más.. de mi intimidad”

(E2, 22 meses, programada)

“y ahí medio que vino una enfermera y me dijo: “bueno, sacate la ropa...” y yo ahí fue como... bueno, pero ¿qué me van a hacer? ¿qué me va a pasar?, y como que me nublé y no tenía ni idea de lo que iba a pasar... y ahí empezó como una cosa muy jodida... como que yo estaba en trabajo de parto, preocupada por eso, con las contracciones y venía gente, las enfermeras, que me sacaron la ropa, que me pusieron otra cosa, que me empezaron a enchufar cables, que me pusieron una sonda (yo decía: ¿para qué la sonda?)... claro, nadie vino a informar sobre el proceso, era como si yo lo tuviera que tener re asumido... vino una mujer y me dijo: “bueno, a ver, abrí ahí, te vamos a poner una sonda” y yo dije: ¿una sonda

dónde?... y se empieza a reír, se comenzó a matar de la risa: “pero te van a operar, jejejeje” [imita el tono de la risa sobradora]”

4.2.4 Traslado

La medicalización, en especial la fuerza de la institucionalización, se impone, para “recordar” a los sujetos que sus cuerpos están a partir de ese momento a expensas del personal de salud. En este sentido, el simple traslado hasta el quirófano se transforma en un dispositivo disciplinante. El pasaje de camilla en camilla, de la cama de la habitación a la camilla de traslado y de ésta a la mesa de quirófano, en posición acostada, incluso en los casos en que la cesárea era programada y no existe riesgo ni imposibilidad por parte de la mujer para su desplazamiento, va imponiendo al cuerpo la subordinación física, que se traslada rápidamente a una subordinación emocional.

“(...) porque a partir de ahí yo sentí que estaba en el infierno, que te pasan de camilla a camilla... ¿porqué te pasan de camilla en camilla?-pensaba yo, pásame a una y listo!. Y era todo así: ponete así, ponete asá, dale gorda ¿entendés?”.

(E8, 2 meses, intraparto)

El momento del traslado, fue vivido por las mujeres que estaban en trabajo de parto (cesáreas de intraparto) de manera desconcertante ya que se les indicó imprevistamente una cesárea y hacia ella se dirigen, pero por otro lado continúan en trabajo de parto, muchas veces en la fase de expulsivo. Varias de las mujeres que vivieron esta experiencia hicieron referencia que ese momento fue el de mayor dolor físico, porque en ese punto sabían que las contracciones y el dolor ya no tenían ningún propósito.

“(...) yo seguía con las contracciones, con contracciones que yo sabía que no servían de nada, ‘no me podés dar la anestesia ahora? porque yo sigo con contracciones que no van a ningún lado’... era como doblemente frustrante.”

(E13, 23 meses, intraparto)

BeatrijsSmulders y MariëlCroon, en su libro “Parto Seguro. Una Guía Completa” (2001) hablan de la diferencia entre dolor y sufrimiento durante el trabajo de parto y parto. El dolor tiene un propósito y cuando es vivenciado así es asumido y sostenible, como el dolor en las piernas de un maratonista, no deja de ser menos intenso pero al tener un objetivo, una finalidad, permite que sea soportado. En el caso de la embarazada, tener contracciones la acerca a la meta del nacimiento de su hijo, cada contracción es una menos para llegar a parirlo, conocerlo, tocarlo, abrazarlo. Cuando

la llegada ya no se visualiza con tanta claridad, las contracciones ya no cumplen su propósito, ni físico (no llegará a parirlo) ni emocional, por lo que se transforma en sufrimiento. El concepto de sufrimiento está relacionado con la dimensión psicológica o emocional de lo que se está vivenciando y por tanto, si a nivel afectivo no se le puede dar sentido al dolor, rápidamente puede transformarse en un estado avasallante que genera aún más dolor físico. Allí se puede observar cómo se expresa la relación entre el cuerpo físico y el cuerpo subjetivo.

El traslado a su vez es un momento en el que se instala la angustia y el temor por el procedimiento. Recorrer los pasillos, acostada, mirando las luces del techo pasar, solas, parece ejercer un efecto de desconexión entre el proceso de nacimiento/maternidad y el del cuerpo a intervenir.

“me llevaron en una camilla acostada, con la panza... ese momento fue feo, estaba mi familia ahí en el pasillo y yo como que iba al matadero, esa sensación fue fea, no me gustó mientras me llevaban hasta ahí (...) capaz que era la posición ¿no? como acostada, mirando para arriba y tá, era todo el nerviosismo ¿no? que tenía que ver con lo que se venía ¿no?, pienso que era por eso (...) ese traslado, ese momento, fue feo... aparte, yo ahí ya estaba sola y tá”.

(E4, 21 meses, programada)

4.2.5 Acompañamiento

Nuestro país cuenta con una ley, que al día de hoy sigue siendo pionera a nivel mundial, la cual brinda a la mujer la potestad de elegir estar acompañada en el momento del trabajo de parto y nacimiento. Esta ley, N°17.386 (Uruguay, Poder Legislativo, 2001), se fundamenta en que una mujer a la que se le brinda apoyo y sostén emocional, requiere menos intervenciones y se mejora la percepción del trabajo de parto y parto. La ley expresamente dice “acompañamiento en el nacimiento” y no en el parto, habilitando expresamente entonces, el acompañamiento en caso de cesárea¹³.

¹³ Este punto fue debatido ampliamente en el tratamiento parlamentario del proyecto de ley. Dos de las posturas que aparecieron fueron, por un lado, el inconveniente que para los técnicos ocasionaría que un “no técnico” estuviera presente en una intervención quirúrgica, sobre todo si sobrevinieran situaciones de emergencia. Por el otro, aparece la línea relacionada con el “derecho del padre” a presenciar en nacimiento de su hijo/a. En cuánto a la primera de tales argumentaciones, la votación fue contundente, aprobándose el “acompañamiento en el nacimiento” y no solo en el parto, abriendo la puerta para el acompañamiento durante las cesáreas ya que lo que primó fue el derecho de la mujer por sobre los supuestos

De la presente investigación se desprende que, la experiencia de estar acompañadas, fue un factor de protección para las mujeres que pasaron por la cesárea. Relatan que de no haber estado acompañadas la experiencia hubiera sido más angustiante, dada la inseguridad y el miedo que la cirugía, les producía.

“(...)eso a mi me rescató bastante en esta cuestión de que yo no quería que naciera por cesárea bajo ningún concepto y entonces, esta cuestión de estar con él era sumamente necesaria para que todo esto que yo estaba pasando, lo pasara bien”

(E1, 15 meses, intraparto)

“En realidad no estaba muy convencido, pero cuando vio que también un poco de que te asustas... de que tenes miedo por la cesárea, es como que la única forma de contenerte es, me parece, que es acompañándote”

(E2, 22 meses, intraparto)

Sin embargo, si analizamos en profundidad las experiencias relatadas, vemos que el acompañamiento, no fue respetado completamente, es más, estaba mediado por continuas separaciones. Las mismas se producían fundamentalmente en tres momentos: al llegar a la institución (dependiendo del prestador de salud), en el momento de la preparación/traslado y anestesia, y luego del nacimiento.

“cuando me entraron en la urgencia él no entró conmigo, no lo dejaron entrar. Nunca, de las veces que fui a la urgencia, nunca lo dejaron entrar, eso me molestó, nunca me gustó”

(E15, 10 meses, intraparto)

“no lo dejaron ir conmigo al block. Después en el momento del nacimiento lo dejaron entrar pero mientras iba no, no lo dejaron. Entonces pedí “yo no quiero estar sola”, por favor, si no viene mi pareja no quiero estar sola!!!. No sé, me tocó una guardia de perros, porque yo no digo que sea LA institución, digo, hay cosas de la institución, pero ahí hay gente, hay personas, las parteras divinas y todo lo

requerimientos técnicos. Sin embargo, pasaron años antes que todos los prestadores cumplieran con este punto (acompañamiento en cesárea). En relación al segundo, se puede observar que, por la vía de los hechos, sigue primando la lógica del “derecho del padre” a estar con su hijo, por sobre el “derecho de la mujer” a estar acompañada.

demás pero esa guardia... todo frío, todo impersonal, te vamos a sacar al bebé y tá y vos sos una cosa...

(E8, 2 meses, intraparto)

La propia separación las hacía más vulnerables, ya que las mujeres se vieron confrontadas con la institucionalidad sin la contención o apoyo de alguien de su confianza.

“(...) él no estaba, iban pasando todos los procedimientos, de ponerme la anestesia, de vestirme, pasarme la medicación, todo eso y yo estaba pendiente que él no estaba, él no estaba. Incluso yo ya estaba acostada, se iba a comenzar el procedimiento y él todavía no estaba. Mi miedo era que sacaran a la bebé y él no esté... ahí me dijeron que él era el último, que luego entraba, ya empezada la cesárea lo dejaban entrar”

(E7, 1 mes, programada)

Como se observa en las anteriores ilustraciones, parecería que el acompañamiento previsto en la ley se concreta, en el caso de la cesárea, una vez que se da comienzo al procedimiento quirúrgico. Todas las entrevistadas narraron que desde que salieron de la habitación hasta el comienzo mismo de la cirugía se encontraban solas, sin sus acompañantes. La aplicación de la anestesia se realizó en todos los casos sin que la mujer estuviera acompañada. La justificación que se les dio fue que, en ese lapso, los acompañantes se estaban preparando y que entrarían una vez aplicada la anestesia. Sin embargo, nada en el texto de la ley admite razones que justifiquen la separación en ningún momento durante el trabajo de parto o nacimiento, lo que debiera incluir la preparación para quirófano y la aplicación de la anestesia.

Otro elemento que surge de la investigación, relacionado con el no cumplimiento de la ley, tiene que ver con el lugar físico dentro de quirófano para el acompañante. La referencia está dada en relación a los beneficios para la mujer, sin embargo, en la práctica, muchas veces el acompañamiento está “aceptado” como algo que le otorga derechos al padre: el derecho de ver nacer a su hijo.

[se le pregunta por su acompañante] “no, yo no lo veía, estaba como en los pies, viendo el nacimiento”

(E12, 13 meses, intraparto)

“¿dónde está mi esposo?... porque pensé que iba a estar dándome la mano, que iba a estar conmigo, pero no, en [su mutualista] lo dejan... es como si estás

afuera, por ejemplo, ahí está la puerta y él está parado del otro lado de la puerta. Mira en realidad... mira el acto quirúrgico. No me parece, no me parece, me parece que sería mejor que esté con la madre (...) yo que sé, en ese momento como que me sentí sola"

(E4, 21 meses, programada)

[en relación a su acompañante] "en realidad no, lo ví, pero estaba lejos, no estaba al lado mío".

(E10, 4 meses, intraparto)

Otras veces, la separación o distancia en relación al acompañante está justificado en protocolos quirúrgicos que no fueron adaptados a los requerimientos de la ley en sus ya 13 años de vigencia, como por ejemplo, el lugar para el acompañante entre los técnicos.

"Estaban a punto de cortar y [su pareja] no venía y entró y le dije que quiero que esté el padre [al lado de ella] y me dijo que no, que la cabeza es del anestesista. Pero déjalo que esté a mi lado!-le dije, y me dijo: "ya te dije que la cabeza es del anestesista"

(E13, 23 meses, urgencia)

Parecería que la ubicación del acompañante refiere más a preferencias de los profesionales que a prácticas institucionales, ya que incluso los relatos de las entrevistadas que eran usuarias de la misma institución, dieron cuenta de una alta variabilidad de prácticas en quirófano.

El derecho a estar acompañada es nuevamente vulnerado una vez que se produce el nacimiento, ya que no se le permite a la mujer permanecer con el bebé en quirófano, por tanto debe elegir entre estar ella acompañada o que lo esté su hijo/a. En el caso de todas nuestras entrevistadas, los acompañantes se fueron con los bebés. Pudimos evidenciar que el acompañamiento como factor de protección, estuvo relacionado con la tranquilidad y la seguridad que le produjo a la mujer que alguien de su confianza estuviera con el bebé, más que con ella misma.

"estaba tranquila de que la bebé estaba en buenas manos. Yo le decía a [su pareja] "vos ocupate de ella, yo confío en que vos te estás ocupando de ella"

(E7, 1 mes, programada)

“Y tá, aparte yo se lo pedí porque yo iba a estar dormida y bueno, quería que la viera él y por todos los miedos que tenemos las mujeres que nos cambien a los bebés o ... no sé [risa nerviosa] o por lo menos para que cuando naciera estuviera con el padre”

(E2, 22 meses, intraparto)

4.2.6 Quirófano puertas adentro

El principal objetivo que nos trazamos fue conocer la experiencia subjetiva de las mujeres que han pasado por una cesárea en sus trayectorias reproductivas. En este sentido, el quirófano se presenta como un espacio privilegiado a la hora de analizar las experiencias a nivel concreto de su cuerpo. Pero también en la medida que las mujeres entrevistadas eran primerizas, sus relatos aportaron a la comprensión del significado de la experiencia del quirófano como punto de partida, de “inaugurarse” como madres.

Una vez iniciado el procedimiento, el corte y extracción ocurre en cuestión de minutos. No así lo que tiene que ver con el cierre de herida y su correspondiente sutura, la cual implica un grado importante de minuciosidad y detalle. De todas formas es un procedimiento relativamente rápido, que ronda entre los treinta y cuarenta y cinco minutos si no hay complicaciones.

Se observó que las experiencias vividas por las mujeres en el quirófano fueron diversas, dependiendo de las expectativas en relación al nacimiento, el conocimiento sobre lo que allí ocurriría, pero también, en relación con el equipo técnico tratante y cómo se desarrollaron las interacciones entre ellos.

4.2.6.1 Clima en quirófano

“tá, entré al quirófano... el frío ¿no?”

(E18, 10 meses, programada)

El frío fue una de las primeras características que las mujeres mencionaron para describir su experiencia de quirófano. En principio, relacionado al frío como temperatura ambiental, pero luego, también, en su dimensión simbólica.

“I: ¿hay algo que cambiaría el cómo fue la experiencia en el quirófano?”

E: sí, que fuera menos frío, era un block común y silvestre, no estaba ambientado a la situación: “bueno, viene un niño!”... era como un estacionamiento... pasé de

la estación "alineación y balanceo" a la estación "parking" hasta que me vinieron a buscar... era muy frío y mecánico"

(E3, 22 meses, programada)

La práctica de la cesárea es el mayor ejemplo de la mecanización e despersonalización de la atención sanitaria del embarazo y nacimiento. Comienza, al momento de entrar a quirófano, una danza de personas, promedialmente nueve: en general, el equipo técnico está integrado por primer y segundo ginecólogo/a, enfermeros/as, circulantes, instrumentistas, anestesistas, neonatólogos/as y enfermeros/as neonatales.

"Había en realidad como gente circulando, había dos o tres enfermeras, estaba el anestesista, estaba el médico, estaba otra persona que trabajó, que operó con el médico que yo no lo identifiqué, estaba también la neonatóloga, que tampoco nunca la vi"

(E5, 10 meses, intraparto)

"ahí tuve la sensación más fea de todas, que había muchas personas, yo no las conocía a ninguna, eran médicos y enfermeras así y ahí pregunté dónde estaba mi marido (...) yo no quería estar sola ahí, con tanta gente..."

(E9, 9 meses, intraparto)

"había un montón de gente, no sé... no se presentaron, sólo reconocí al ginecólogo... En realidad el anestesista fue el único que se presentó..."

(E10, 4 meses, intraparto)

Hasta este momento, en que la cirugía propiamente no ha comenzado, las mujeres están solas, sin sus acompañantes, frente a un "montón de técnicos" que, por lo general, no se presentan ante esta mujer que se encuentra desnuda y vulnerable. En la vivencia de las mujeres que entrevistamos, la desprotección se ve agravada por la imposibilidad de estar acompañada por una persona de su confianza, debido a las restricciones institucionales que inhabilitan esta posibilidad previo a que se inicie el procedimiento quirúrgico.

La mayoría de las mujeres mencionaron que el anestesista es el profesional que sí interacciona con ellas y les habla durante la intervención; recordemos que es quién está junto a la cabeza de la mujer y, en la mayoría de los casos, por cómo está diagramada la distribución del espacio físico, es al único a quién efectivamente puede ver. Por el lado contrario, la gran mayoría de las entrevistadas, relataron no haber

tenido contacto con el/la neonatólogo/a durante toda la intervención, no se presentaron ante ellas ni ante sus acompañantes.

El frío como sensación térmica pero también como rasgo de las características de las interacciones que tienen lugar entre el equipo técnico y las mujeres. El clima relacional en quirófano fue pocas veces contenedor para las mujeres. Ambas dimensiones de la vivencia de quirófano, real y simbólica, expresan la distancia entre el actuar rutinario e impersonal del equipo de salud y las expectativas de las mujeres en relación al nacimiento de sus hijos.

Los diálogos que sostenían los integrantes del equipo técnico durante la intervención correspondían, generalmente, a cuestiones relativas a sus vidas personales y cotidianas:

“el resto del personal hablaba de una fiesta a la que iban a ir en la noche y la bebida que iban a comprar, cagados de risa, en otra... yo ahí, nadie que me mirara, que me dijera lo que estaban haciendo.”

(E8, 2 meses, intraparto)

“hablaban de un viaje a México, a Isla Mujeres en realidad porque en México no se puede estar, por la seguridad... yo que sé, un montón de barrabasadas!! (...) cosas ridículas que conversaban entre ellos y yo pensaba “¿les digo que acá hay alguien?”

(E1, 15 meses, intraparto)

El último ejemplo es muy claro: *“¿les digo que acá hay alguien?”*, porque justamente lo que ilustra es que las mujeres “desaparecen” durante la intervención en tanto sujetos para quedar ubicadas en el lugar de objeto parcial, instrumento por el cual acceder a un bebé. En algunos casos el silencio o la no inclusión de la mujer en la dinámica del block podría estar “justificada” por la urgencia o emergencia de la situación, pero claramente no son los casos que aquí se han presentado.

El equipo parecería no poder sostener emocionalmente a la mujer, pero al mismo tiempo, le niega el acompañamiento, por parte de una persona de su confianza, durante la totalidad del proceso. Está sola antes de comenzar la cirugía y lo vuelve a estar una vez que nace el bebé (lo retiran del quirófano conjuntamente con el acompañante).

Esta realidad, de soledad concreta y simbólica, confronta con sus expectativas por conocer a ese otro -su hijo/a- transformándose en miedo y angustia.

Durante este tiempo en quirófano, y a partir del relato de las entrevistadas, se pudieron detectar indicadores de despersonalización y desrealización. Tales síntomas aparecen frecuentemente (entre otras razones) como respuesta a situaciones estresantes o como mecanismo defensivo ante situaciones donde la angustia desborda la capacidad de respuesta de la persona.

*“Como que estaba viviendo la historia de otra persona, como que veía a otra persona, como que no era yo”
(E6, 9 meses, programada)*

*“me anestesiaron y fue como que... no sé cómo explicarlo... como que me desconectaron, ahí como que me morí [llora angustiada](...) fue como que en ese momento me desconectaron la sensibilidad, pero no sólo lo físico sino como por dentro.”
(E13, 23 meses, intraparto)*

*“tenía la sensación como de la intervención de Roswell, una luz enorme arriba y mucha gente alrededor! (...) muy intervenida, me sentí un extraterrestre que lo estaban abriendo”
(E5, 10 meses, intraparto)*

Hubieron algunas pocas excepciones, entre las experiencias relatadas por las entrevistadas, en las cuales el equipo de salud pudo sostener, desde el punto de vista del clima relacional, en el momento de la intervención, a través de palabras de aliento o integrando a la mujer y a su pareja a las conversaciones que se estaban teniendo durante el procedimiento, lo cual nos demuestra que una atención más cálida y humana, es posible. Por lo general, tales excepciones, fueron en cesáreas programadas y donde el propio profesional que siguió el embarazo fue quién realizó el procedimiento quirúrgico.

4.2.6.2 Primer contacto con el bebé en el quirófano

Las mujeres, no pueden ver el nacimiento de sus hijos debido a uno de los campos estériles que se le coloca a la altura de pecho, lo cual hace imposible que vea a su hijo

una vez nacido, salvo que el médico se lo muestre por sobre la tela. Por tanto, no saben del nacimiento hasta que alguien explícitamente se los comunica. En los relatos de las entrevistadas, fue el propio equipo de ginecología quién da la noticia, en otras, el acompañante. Sin embargo, observamos testimonios en que nadie les dice nada, incluso ante sus preguntas insistentes por saber si está todo bien.

En una cesárea, como en cualquier cirugía, pero sobre todo por la relación de que para realizarla “debió haber un problema”, el temor ante la muerte está muy presente. Esos segundos, minutos sin saber si nació, si está bien, ponen a la mujer ante un estrés innecesario, generando mucha angustia.

“Me ponen el campo, entonces yo no lo veía. Tuve sí la sensación cuando él salió, sentí el vacío, sentí que salió el bebé, pero no lo sentía llorar, entonces me asusté mucho!!”

(E17, 6 meses, programada)

Finalmente, por lo general, alguien del equipo de neonatología le acerca al bebé, ya vestido, antes de llevárselo del quirófano.

Sobre este punto, se pueden realizar por lo menos, dos consideraciones: por un lado, la imposibilidad para la mujer de tener contacto con el bebé ya que sus manos se encuentran atadas y por el otro, la negación del contacto piel con piel y posterior separación madre-bebé.

En cuanto a la primera, si no lo había percibido antes, al intentar tocar al bebé la mujer se da cuenta que le han atado ambos brazos en cruz¹⁴ y que no podrá por tanto hacerlo. Varias de las entrevistadas se referían a esto como “la crucifixión”.

“En la cesárea... yo pensé que yo lo podía agarrar... no, no, no, no fue... yo estaba como crucificada!, así literalmente [solloza] con las dos manos atadas (...)

(E14, 24 meses, programada)

“yo le digo: dejámela... ponémela acá, déjamela acá (...) y ahí me di cuenta que las manos las tenía atadas, que no la podía tocar pero yo pensaba: está él [su pareja], él la puede sujetar, me la puede poner acá (...)”

(E14, 24 meses, programada)

¹⁴Solo tres casos no tuvieron los brazos atados en cruz, de los cuales solo uno no tenía las manos atadas. Los otros dos, tenían un brazo atado en horizontal, donde estaban las vías y el otro atado, perpendicular al cuerpo.

Por lo general, en una cirugía, los abrazos son atados para evitar que involuntariamente o por descompensación, la persona los mueva y toque la cavidad intervenida. Por otro lado, también se justifica en la colocación de las vías para suministro de suero y medicación, los aparatos para medir la presión, etc. Sin embargo, ninguna de estas razones fue explicada antes de la cesárea y por tanto las mujeres no pudieron optar o negociar otras formas, como ser que todas las vías fueran colocadas en un solo brazo, y por tanto tener el otro libre para tocar al bebé o incluso, que se las liberara una vez nacido el niño/a.

Las mujeres entrevistadas relatan que darse cuenta que estaban impedidas de tocar a sus bebés les generó mucha angustia y frustración ya que no pudieron tener ese primer contacto que tanto anhelaban.

*“Hay muchas de esas cosas que quedan a la discrecionalidad médica, depende del [equipo] que te toque, lo que tenga ganas de hacer... deciden si podés tocar a tu hijo!!! es muy fuerte!!! ellos determinan si tu hijo te va a tocar inmediatamente después de que sale o no! [llora angustiada, su tono de voz es de rabia y bronca]”
(E13, 23 meses, intraparto)*

Como hemos visto a lo largo de todo el capítulo, la “discrecionalidad¹⁵ médica” marca cada momento relacionado con la atención al embarazo y nacimiento. Los profesionales no solo toman sus decisiones basados en la evidencia científica o disciplinar, sino también como agentes sociales que perpetúan, entre otras cosas, las imposiciones de género (Castro, 2011; Erviti, 2010). El disciplinamiento del cuerpo de las mujeres no refiere solo al momento del embarazo y puerperio, sino que está presente a lo largo de toda su trayectoria sexual y reproductiva, pero sí es en estos momentos en que se materializan sus imposiciones y la anulación de su rol protagónico.

La segunda dimensión, está íntimamente ligada con la anterior y refiere a las prácticas institucionales y de “discrecionalidad”, mediante las cuales se niega el contacto piel con piel de la madre y el bebé. Por “contacto piel con piel” nos referimos a la práctica mediante la cual el recién nacido es colocado en contacto directo con la piel de su madre. Desde el punto de vista psíquico, Adolfo Perinat nos dice: “La psicología ha

¹⁵ Según el diccionario de la Lengua Española de la Real Academia (DRAE), se entiende por discrecional “la potestad gubernativa en las funciones de su competencia que no están regladas”.

demostrado (las célebres experiencias de Harlow) que el contacto piel a piel tiene otros efectos sedantes y de equilibrio psicológico. Éste es otro caso de “expansión” de una función primitivamente biológica hacia el campo psíquico” (2010:pp94).

El contacto piel con piel es recomendada por organismos internacionales (UNICEF, OMS) por razones sanitarias, en cuanto a los claros beneficios sobre la termoregulación y la respiración, pero también desde la promoción de atención de la salud emocional del bebé y la madre. El contacto piel con piel es uno de los mayores facilitadores de un comienzo de lactancia exitosa (Olza&Lebrero, 2006).

En nuestro país, el Ministerio de Salud Pública, en la Norma Nacional de Lactancia Materna, recomienda que se generalice la práctica del piel con piel, incluyendo los nacimientos vía cesárea: *“En caso de cesárea, el contacto piel a piel deberá realizarse inmediatamente después del nacimiento o por lo menos durante la primer hora después de que la madre haya recuperado el conocimiento, en caso de anestesia general” (2009:16).*

Ninguna de las mujeres entrevistadas pudo estar con su bebé más de unos breves segundos mientras se lo mostraban, mucho menos le fue permitido el contacto piel con piel. Tal práctica fue “justificada” (en aquellos caso que hubo algún tipo de justificación) en lo frío del quirófano o en los riesgos de infecciones. Sin embargo tal indicación no tienen ningún sustento en la evidencia científica ni en la propia normativa producida por el Ministerio de Salud Pública, que indica que el bebé podría quedarse sin problema y sin riesgos ni para él ni para su madre.

“Ese primer contacto inicial... por más que no haya sido un parto, en realidad no te lo tenés que perder, como que son esas cosas grandes, me parece, que nadie se las tendría por qué perder”

(E19, 16 meses, programada)

“Enseguida me lo mostraron, así que tá, no me olvido más la carita de él, nos miramos, me lo pusieron acá un poquito, me lo sacaron enseguida, en realidad se lo llevaron en seguida, me lo pusieron así como que piel con piel con la cara y tá, se lo llevaron enseguida.

(E4, 21 meses, programada)

En éste último extracto podemos ver cómo el contacto con su hijo era tan necesario para esta mujer que ese breve roce con su cara fue significado como “piel con piel”, aunque claramente no es a lo que la norma hace referencia y sin duda no es lo que ella hubiera deseado.

Las entrevistadas en general tenían nociones sobre la importancia del contacto piel con piel con el bebé y era su deseo poder hacerlo, sin embargo, fueron muy pocas las que pudieron tener esa oportunidad en un primer momento. Como hemos referenciado anteriormente, el disciplinamiento de los cuerpos y el sometimiento a la institución sanitaria y el poder médico es producto de las experiencias de toda la vida de las personas y no son solamente una práctica concreta de ese momento, lo que dificulta las posibilidades de cuestionar o exigir algo distinto. El caso de los actuales protocolos de intervención y actuación en cesáreas no son la excepción.

4.2.7 Recuperación/reanimación

Este apartado refiere a las vivencias y las emociones experimentadas por las mujeres en el tiempo que transcurrió entre que termina la cirugía y que vuelve a reencontrarse con su bebé y su(s) acompañante(s).

La Norma Nacional de Lactancia Materna, a la que hicimos referencia en el apartado anterior, recomienda que:

“Se colocará a la niña o el niño al lado de su madre en la sala de puerperio inmediato o en la sala de recuperación post anestésica en el caso de cesárea, manteniendo una observación estricta y ofreciendo apoyo constante para facilitar el amamantamiento.

En el caso de cesárea el equipo de salud buscará alguna persona que acompañe a la mujer, en especial el padre, con el fin que la niña/niño realice el apego necesario para el buen desarrollo del/de la recién nacido/a.

Se trasladará a la madre e hija/o juntos o simultáneamente a la sala de Alojamiento Conjunto” (MSP, 2009:16)

Sin embargo, es frecuente que la mujer y el bebé sean separados durante la reanimación, obstaculizando, al decir de Perinat *“la relación psicológica que ha de establecerse entre madre-hijo, la cual es el primer eslabón de la relación social amplia en que el niño va a desarrollar su potencial humano.”* (2010:pp92)

Según la información dada por las entrevistadas, el tiempo de separación varió entre 20-30 minutos y hasta 3 horas, dependiendo generalmente de los protocolos institucionales en relación a la recuperación de la anestesia, la planta física o del propio personal (camilleros, enfermería).

“enseguida pasé... mirá, él nació a las tres menos cinco y yo tres y media estaba en la habitación”

(E17, 6 meses, programada)

“Eso de tener que estar una hora y media después... yo no tenía ni idea! No tenía ni idea que eso pasaba y eso sí que fue feo, fue re feo y yo no sé si es necesario que eso sea así”

(E7, 1 mes, programada)

Durante ese período la mujer se encuentra en “reanimación”, mientras que el bebé junto con su padre o quién haya acompañado a la mujer, deben esperar en la nursery.

“A ella se la llevaron a nursery y a mi me dejaron sola, en el pasillo. Supuestamente esa era la sala de “recuperación” pero era un pasillo, donde entraba gente, salía gente, pasaban las enfermeras y me decían: “es divina, tu bebé es divina”, y yo les decía “traémela, yo quiero estar con ella!!”

(E8, 2 meses, urgencia)

Este tiempo de separación fue una de las cosas “no dichas”, no informadas en relación a la cesárea. Por lo general no se les informó previamente que esto ocurriría, con lo cual el grado de ansiedad e incertidumbre, en la mayoría de las entrevistadas, fue importante. De todos modos, la angustia por la separación y la soledad con que fueron vividos estos momentos, también fue experimentado por aquellas que sí tenían conocimiento de que, en caso de cesárea, estarían separadas de sus hijos/as (por lo general, quienes sabían este detalle, fue porque amigas o familiares que vivieron esta experiencia, se lo contaron).

El grado de estrés generado, la ansiedad, la soledad y la angustia, es uno de los factores asociados al nacimiento por cesárea que pueden dificultar el vínculo materno-filial y el (buen) comienzo de la lactancia (Odent, 2006, Olza&Lebrero, 2006), pero también la vivencia posterior del puerperio (Olza, 2010)

No hubo justificación que haya satisfecho las necesidades de las mujeres por conocer a su hijo/a, tenerlo/a junto a ella y comenzar la lactancia. Sobre todo porque el contacto en el quirófano fue mínimo, algunas de ellas no lo llegaron a ver, otras no pudieron tocarlos y aquellas que sí, solo lo hicieron por unos segundos.

Las respuestas institucionales, no evitaron que en estos casos, las mujeres pidieran de una u otra forma que sus acompañantes o sus bebés estuvieran con ella.

“cuando [la ginecóloga] me dijo “no se puede quedar acá porque no puede venir con el papá para acá porque sino hay otra gente y van a querer venir también” y tá, esa cosa de que no es para todos... pero es un bolazo!”

(E19, 16 meses, programada)

Las mujeres desconocían dónde, con quién y el estado en que están sus bebés y eso les generaba mucha ansiedad y angustia, sobre todo a aquellas mujeres cuya cesárea fue intraparto ya que la intervención ocurrió, en la mayoría de los casos, por algún riesgo (por ejemplo, sufrimiento fetal). Sin embargo, en estas salas de recuperación no tenían información sobre el estado de los bebés, ni si efectivamente sus acompañantes estarían con ellos.

“yo pensé que parte de la recuperación ella iba a estar conmigo. ¿Porqué no me la dejaban ahí? ¿Por qué no la tenía yo ahí mientras...? no sé, si no había nada especial, ¿por qué no la podía tener yo acá arriba si la herida era allá abajo y la recuperación podía ser igual? Los brazos los sentís igual, lo que no sentís es de la cintura para abajo, una podía tenerla prendida al pecho en ese momento que yo me estaba recuperando [se le quiebra la voz, solloza]”

(E14, 24 meses, programada)

“cuanto te pasan a recuperación, como que no hay motivos para que no estés vinculada con el bebé. Si tienen que armar un lugar especial para las madres y que ahí puedan estar con su bebé... es como básico! (...) Yo estoy segura que todo esto, cada uno [refiriéndose a cada institución] hace las cosas como les sirve, no es que haya un organismo que regule, organice, vas hablando con las mujeres y cada una tuvo una experiencia totalmente distinta”

(E12, 13 meses, intraparto)

En el siguiente ejemplo, podremos ver el impacto generado por la separación, pero también por la conducta de los profesionales en la sala de reanimación:

“ahí fue fuerte, fuerte... fuerte!, como que no podía creer que estuve dos horas y media!. Primero que yo pedí por todas las posibilidades: si yo podía ir a ver a mi bebé o si el bebé podía venir... no sé, que lo resolvieran!! (...) y ahí pasó algo que emocionalmente... empiezo a escuchar que había un niño grave, “hay que horrible, pobrecito, que está grave”, y ahí yo me largo a llorar y decía ¿qué niño?! ¿es el bebé que acaba de nacer?. “no, no, quédate tranquila, es otro”... pero tá, la situación era horrible: yo ahí acostada, sin poder pararme, sin sentir mis partes, sin poder darle vida al cuerpo y escuchaba a la gente que estaba ahí hablar de un bebé grave!... ahí me largué a llorar, no podía más... la impotencia en realidad!!”

(E12, 13 meses, intraparto)

De las experiencias relatadas, hubo una que llamó la atención por su excepcionalidad.

“se dio algo que en realidad por lo que hablan no es muy común, a mi me dejan en la sala de recuperación y una enfermera me lo trae (...) y me dice “porque yo prefiero que esté contigo, yo soy de la idea de que esté con la mamá y no que ande de brazo en brazo” y tá, me pareció bárbaro!”

(E4, 21 meses, programada)

Aparece nuevamente la “discrecionalidad” de los técnicos, aunque ésta vez fue en “beneficio” del bebé y la mujer. ¿Hubiera esta mujer podido estar con su hijo si la enfermera fuera otra? ¿Le habrían dicho que no era posible?

En suma

En este capítulo se han analizado cómo las mujeres han significado la experiencia de intervención propiamente, desde momento mismo en que fue indicada hasta el momento previo a ser trasladadas a sala.

Se pudieron detectar diferencias en cuanto a cómo fue realizada la indicación, los motivos y las justificaciones médicas para practicar la cesárea. Todo lo cual también generó diferencias en las formas en que las mujeres se pudieron preparar subjetivamente para la cirugía.

Se pudo observar que en la mayoría de los casos, el manejo de la información brindada a las mujeres no fue adecuada, por insuficiente o inoportuna. La mayoría relatan no haber podido ser partícipes de la toma de decisiones, más allá de la aceptación de la indicación realizada por el técnico. En la casi totalidad de los casos, no se solicitó consentimiento informado para la realización de la cirugía (ni en las cesáreas intraparto ni en las programadas).

El desconocimiento, de lo que implicaba la intervención, ya sea desde la preparación, hasta la experiencia misma en el quirófano, fue un factor de ansiedad y angustia agregado a lo ya estresante de una intervención quirúrgica y a las expectativas por el nacimiento del hijo/a.

Estar acompañadas durante el proceso fue vivido por las mujeres como un factor de protección. Sin embargo, el cumplimiento de la llamada “Ley de Acompañamiento”, no es respetado íntegramente por los centros de atención: la estancia hospitalaria estuvo marcada por continuas separaciones de la mujer y su acompañante.

Por otro lado, las prácticas específicas en quirófano, entre ellas la separación madre-bebé, no contacto piel con piel y salida del bebé y su acompañante del quirófano, así como el tiempo que las mujeres permanecen en sala de recuperación y/o reanimación, han sido elementos negativos referidos por las mujeres de sus experiencias de cesárea.

4.3 DESPUES (o reacomodando las piezas)

En este apartado se presentan los resultados relacionados con “el después” de la intervención, tanto en lo inmediato como a mediano plazo, tomando en cuenta que las mujeres fueron entrevistadas en un período entre un mes y 24 meses desde el nacimiento de su hijo/a. En este sentido, interesó saber cómo vivieron las mujeres la recuperación de la cirugía, tanto desde el punto de vista físico como emocional, y qué factores facilitaron u obstaculizaron el proceso. A su vez, se analiza la resignificación de la cesárea y de las ideas previas a ella asociadas a partir de la propia experiencia. En este sentido, se indagó acerca de cómo las mujeres visualizan el futuro de su vida reproductiva a la luz de esta primera vivencia.

4.3.1 (Re) encuentro con el bebé

Luego de la cirugía y el tiempo de espera en reanimación, la mujer es trasladada a la sala donde pasará el resto de su estancia hospitalaria. En este momento la mujer vuelve a encontrarse con su hijo/a y con sus acompañantes. El sentimiento que predomina es la alegría y la emoción y, el recuerdo en la mayoría de ellas fue que el inicio de la lactancia no tuvo dificultades. Sin embargo, cuando a través de la entrevista se indagó con mayor profundidad en estos aspectos, se pudo observar que en ese momento estuvo atravesado por sentimientos ambivalentes y que requirió por parte de las mujeres, fortaleza propia para poder sobrellevarlo. En particular, se destacan las dificultades que implicó sostener, al mismo tiempo, el manejo del dolor físico y la disposición afectiva para establecer el primer momento del vínculo madre-hijo/a.

“Incómodo, incómodo, porque yo tenía que estar horizontal las primeras seis horas, entonces... estaba dolorida, con un bebé...”

(E7, 1 mes, programada)

Tras la cirugía, las mujeres deben permanecer acostadas durante algunas horas (dependiendo de la anestesia y la indicación, unas ocho horas), por tanto, el contacto

con el bebé y la lactancia está mediada por otro/a que haga de sostén y apoyo. Luego de ese lapso, igualmente deberán continuar con ayuda hasta que la mujer pueda adaptarse al dolor, a la herida y sus limitaciones.

“yo no sabía que no podía enderezarme... viste la imagen de la madre con el bebé, olvídате!!!, por 24 horas no podías enderezarte y a mi eso no me entraba en la cabeza. No me entraba en la cabeza que ella tenía que tomar la teta y yo acostada! con el dolor que tenía! (...) ahí como que me frustré, como que en un momento me bloquee y tomé distancia de todo, de [la bebé], de todo... estaba en una especie d... observadora, estaba en una cápsula que observaba todo. [La bebé] lloraba y yo la miraba así y no había absolutamente nada, y mirá que yo soy súper controladora, estoy súper pendiente de todo y eso de decirle al otro lo que tiene que hacer, pero ahí no podía hacer nada.”

(E18, 10 meses, programada)

La lactancia se inició en todos los casos al volver a encontrarse con su hijo/a. Para varias de las mujeres entrevistadas, dar de mamar, tuvo lugar sin mayores complicaciones, salvo las lógicas adaptaciones a una nueva experiencia. Sin embargo, sorprende la cantidad de mujeres que tuvieron dificultades con la lactancia durante el tiempo que duró la internación y la incidencia del uso de sucedáneos de la leche materna.

En tal sentido, la institución funcionó en algunos casos como facilitador y en otros como obstaculizador del buen establecimiento de la lactancia, ya que dependía de cada turno de técnicos los “consejos” que le brindaban a las madres.

“[en relación a la lactancia en la institución] ese fue un tema!!! los distintos turnos de las enfermeras, con opiniones radicalmente diferentes”

(E5, 10 meses, intraparto)

Las mujeres relatan que, si bien el personal técnico estaba para el primer momento de “prenderse a pecho” del bebé, luego no les brindaron un acompañamiento y asesoramiento, en la mayoría de los casos, que permitiera una correcta instauración de la lactancia en cuanto a proceso. Todo lo cual se visualiza en los numerosos relatos de mujeres con pezones dañados por el mal “enganche” o acople del bebé.

“no, mirá, ellos tienen [equipo de apoyo a la lactancia], pero yo no sentí que me dieran pelota (...) la enfermera de APS, venía y se paraba a los pies de la cama y me leía unas fotocopias con las técnicas de lactancia, no se preocupó, no se sentó conmigo ayudarme (...), de parte de la institución

no me sentí apoyada en ningún momento, no me sentí contenida para la lactancia de mi bebé (...) las chicas de APS son muy jóvenes y está bárbaro, la teoría se ve que está porque ellas te leen precioso las fotocopias pero nadie se sentó al lado mío y me dijo, “bueno vamos a ver madre, el bebé se agarra así...”, eso me lo explicaba mi mamá, pero es el trabajo de ella hacerlo, no me explicaron en ningún momento.”

(E17, 6 meses, programada)

Por un lado estaba la presión institucional por “instaurar” la lactancia pero por otro, ante cualquier dificultad se indicaba “complemento”. En ninguno de los casos relatados, en que se tuvo que dar mamadera, ya sea por pechos agrietados, hipoglucemia del bebé o pequeñas pérdidas de peso, recibieron apoyo para mejorar tales circunstancias a través de la propia lactancia, como ser, complementar con la propia leche de la madre, o revisar el acople y postura, etc. De igual forma, el “complemento” fue indicado sin información, en ningún caso les fue solicitado el consentimiento para administrárselo.

“sé que me la pusieron, que yo le intenté dar teta, que ella mucho no se prendió, que después en realidad en un momento se prendió y yo pensaba capaz que no me sale la leche porque todo el mundo dice que con la cesárea demora en bajar... No sé cuanto tiempo pasó, no sé si fueron 5 minutos, 2 horas, de ese intento, que vino una enfermera grande, muy grande ella, toda de blanco, con una mema, vino, enfrente a la cama (yo no me acuerdo si estaba [su pareja], supongo que sí) y dijo “esta niña tiene hambre!” [tono sentencioso], me la sacó, se sentó en el sillón que estaba al lado y le empezó a dar una mema y yo, que lo único que podía mover eran los brazos, que solo podía mirar para arriba... no sabía que hacer! No supe qué hacer en ese momento! [se le quiebra la voz]. [se la consulta sobre si hubo indicación de pediatría o neonatología] no, nada, “esta niña tiene hambre” dijo, onda... ¡no le estás pudiendo dar teta!... y así fue su trato. Y me la sacó de los brazos. Yo en realidad en ese momento... no sé, no sé, no sé... yo le dije: “dejamela” (...) después me pongo a pensar en esa situación y quiero prender fuego todo!!! De hecho [la bebé] es alérgica a las proteínas de la leche y es que muy probablemente la alergia se le despertó con ese complemento, porque fue lo primero que probó antes de tomar la teta.”

(E5, 10 meses, intraparto)

Otro de los elementos relatados por las mujeres entrevistadas, fue no haber tenido la posibilidad de vivir la experiencia de conocer a sus bebés tal cual nacieron, sentir su olor, el contacto corporal piel a piel. Las mujeres refirieron la necesidad de ese

contacto sensorial primario que no necesariamente pudieron recuperar con el reencuentro.

“cuando me estaban llevando a la sala, en la camilla, una de las enfermeras o el camillero me limpia acá, me limpió la sangre de mi hija!, ‘no vas a ir sucia a conocerla’... a mi ya no me daba para... dejáme ensuciarme!!!!, me está limpiando lo único natural que hubo acá!!!”

(E13, 23 meses, intraparto)

En algunos casos incluso, ya se les había dado sucedáneos de la leche materna, en el tiempo que en que la madre estuvo en reanimación/recuperación. En estos casos quedan en evidencia las contradicciones que se viven a la interna de la propia institución. Por un lado, la intención de apoyar la lactancia materna y por el otro, las lógicas que lo hacen imposible (por ejemplo, separar a la madre del bebé luego del nacimiento).

“Ahí me la traen vestidita y me dicen: “ya comió”... no, no, no, yo no acreditaba! [tono de saturación]. Estaba vestidita ella!!!, yo decía, tá... me faltó eso”

(E8, 2 meses, intraparto)

Por otro lado, las mujeres relataron como factor que favoreció el encuentro y la adaptación mutua, el hecho que ellas fueran las siguientes en tenerlo y verlo, luego de su acompañante. Es decir, que no haya habido visitas previas a su llegada a sala, ni que otra persona haya conocido al bebé antes que ella. Las mujeres que pudieron experimentar de esta forma el encuentro, relatan que ese tiempo y esa soledad (de a tres) les permitió adaptarse paulatinamente a los efectos físicos de la cirugía, pero también, al nacimiento y a la maternidad.

“Estuvo re lindo, la trajeron, me la pusieron enseguida en el pecho, ella se prendió y tá... re emocionante estar los tres juntos (...) todo el mundo aún creía que mi cesárea iba a ser a las cinco, pero se adelantó, entonces no había nadie, cosa que estuvo excelente!. Nos quedamos los tres como muy conectados, muy juntos, sin que haya nadie más, ningún extraño. Fue re lindo, fue re lindo”

(E7, 1 mes, programada)

Por el contrario, quienes no pudieron vivirlo de esta forma tuvieron que lidiar con lo que implicaba a nivel emocional establecer el vínculo con su hijo/a y hacerlo rodeadas de gente que también quería establecer sus propios lazos con el recién nacido/a, quienes sin intención oficiaban de barrera para el encuentro madre-hijo/a.

“[antes de que ella llegara a la habitación] la tuvo todo el mundo, no solo mi marido... mi madre, mi abuela, mi padre... todos estaban, menos mi suegra (...) no quiso agarrarla porque yo no la había agarrado primero!!! y fue como... yo se lo re agradecí, porque tá... [llora al contarlo], más allá de que yo sintiera de que ella recibía el cariño de todos y que era recibida por todos, yo quería que se conectara primero conmigo...”

(E14, 24 meses, programada)

Para la mayoría de las mujeres, la cesárea implicó una primera pérdida: la del nacimiento soñado y esperado. El encuentro con sus hijos/as pasa ahora a ser una nueva pérdida del ideal imaginado y fantaseado: poder tenerlo en brazos, mirarlo y reconocerlo, hacer la transición desde las sensaciones internas de ese bebé que gestaron por nueve meses, al niño/a que tiene ahora consigo. En ese momento, la familia y los/as amigos son visualizados por las mujeres como barreras que dificultan, cuando no impiden, tal transición, en la medida que su “visita” está en función de conocer al nieto, sobrino o ahijado, más que en sostener a los nuevos padres/madres.

“a mi me generó muchos celos de que todo el mundo ya la tenía a upa, que la conocieron primero. Eso sí me generó celos y me generó como bronca también”

(E2, 22 meses, intraparto)

Al mismo tiempo, la institución influyó con sus lógicas sobre los cuidados que consideran se deben brindar al bebé. Es decir, desde un discurso “técnico” se realizaban indicaciones relacionadas con modelos de crianza, tales como dónde debe dormir el bebé o cuánto tiempo se lo debe tener en brazos o si se lo “malcriaría” por tenerlo todo el tiempo consigo.

“Pasaba toda la noche con ella a upa y venía la enfermera, me veía y me puteaba y me la sacaba y yo de nuevo me la ponía a upa. Yo decía: ya está, ya me la sacaron y estuve un rato sin ella, ahora necesito estar con ella”

(E10, 4 meses, intraparto)

Tanto la institución (al separar a la mujer de su hijo/a en quirófano) como la familia (por las tempranas visitas) son vividas por las mujeres como fuente de malestar. Muchas de ellas expresan sentimientos de bronca, frustración y celos por haberse perdido esos primeros momentos y porque otros “disfrutaran” a sus hijos/as incluso antes que ellas mismas los conocieran.

“es medio duro poder hablar de que una se siente mal, porque parece que tu hijo te tiene que alcanzar y no te podés quejar, porque sino sos mala madre”
(E10, 4 meses, intraparto)

Por otro lado, la propia experiencia de la cirugía, que implicó una adaptación emocional de sus deseos y expectativas, trajo aparejado, en algunas mujeres, sentimiento de extrañeza ante el bebé o dificultad para establecer el vínculo.

“[al reencontrarse con la bebé] raro, fue raro, no sé.. como un sentimiento de alegría pero como que en ciertos momentos, no sé... (...) muchas veces pensé que era porque no la vi nacer, pensé eso... como no vi cuando me la sacaron, no era que no la quisiera ni nada, pero sí de rareza, de decir... no sé... como que me llevó unos días, me llevó unos días tener ese contacto”
(E2, 22 meses, intraparto)

“la teta me costó pila pero era algo que también, como que recompuso el vínculo con [la bebé], que a mi como el principio me costó la conexión (...) a mi me podían haber traído esta niña como me podían haber traído cualquier otra niña y decime ‘tomá, es tu hija’... yo que sé si es mi hija! [llora muy angustiada] después de todo el proceso de nueve meses, no podía dar fé de que era mi hija! Yo le doy cariño porque es un ser humano, porque depende de mi y le doy la teta y tá, no me pidas más porque realmente no puedo más... no podía más! (...) [¿siguen estos sentimientos?] no, ahora no, y creo que sí, que fue la lactancia la que me ayudó a conectarme con ella, verla crecer, dormir con ella, estar con ella”
(E13, 23 meses, intraparto)

Para las mujeres que han experimentado esta distancia, la recuperación emocional les llevó incluso más tiempo. Algunas de las entrevistadas relatan que la vinculación afectiva profunda recién la pudieron establecer cuando volvieron a sus hogares, o incluso más allá, cuando las secuelas físicas de la cesárea fueron desapareciendo.

“me costó encontrar el vínculo con ella... mucho. Estaba con ella a upa pero era como que no... (...) Me ayudó a que estuviese todo el tiempo [su pareja], que estuviera mi madre, empezar a sentirme bien, mejor físicamente, que no quiere decir que esté impecable ¿no? pero cuando pasan los síntomas de la cesárea, el tema de los puntos, todo eso, cuando eso desaparece, ahí empecé a sentir mayor acercamiento a [la bebé]... y que en realidad fue como un mes!”
(E18, 10 meses, programada)

Para ello, la ayuda externa fue imprescindible. Habiéndolo deseado o no, la mujer se ve en la necesidad de que un/a otro/a la ayude en la cotidianidad, tanto para sus propios cuidados (en los primeros días, ayudarla a levantarse, por ejemplo), los cuidados del bebé, de la casa y la comida.

Sin duda, la recuperación física influyó en la recuperación emocional. La limitación física para el contacto, no sólo se vio reflejada en los aspectos vinculares, sino también en lo que refiere a los cuidados primarios del bebé. Se agrega entonces a la frustración por el “no parto”, la frustración por no poder hacerse cargo del hijo/a.

“Esa frustración como de no poder, de hacer cosas con [la bebé], como levantarme y agarrarla o yo sola manejarla con ella... no pude!”
(E5, 10 meses, intraparto)

“yo me había hecho la cabeza de que iba a ser parto, con parto te recuperas mucho más rápido, con cesárea es una cagada! te corta pila de cosas, mismo para atenderla a ella, que te la tienen que alcanzar, que te sentís un poco inútil para hacer un montón de cosas”
(E2, 22 meses, intraparto)

Este mismo hecho, sin embargo, trajo aparejado un elemento que sorprendió positivamente a varias de las mujeres entrevistadas y que funcionó como factor protector: el lugar protagónico y de acompañamiento que ocuparon sus parejas.

“Tengo dos sensaciones, la primera de frustración por no... yo no poder estar, de no haberla cambiado por primera vez (...) pero por otro lado me sentía super feliz por ver como [su pareja] estaba haciéndose cargo de la situación, que si yo hubiera estado en condiciones óptimas yo no lo hubiera dejado porque lo estaría haciendo todo yo”
(E7, 1 mes, programada)

“El primer pecho que sintió fue el [de su pareja], suerte que haya sido con él y no con el médico o la enfermera ¿no?, (...) dentro de la bienvenida de mierda que le dimos, él tuvo la actitud como para darle una bienvenida decente!”
(E13, 23 meses, intraparto)

La instancia del nacer por cesárea de sus hijos/as y las limitaciones corporales de sus compañeras, favoreció al varón ocupar su lugar de padre desde el hacer. Desde el

momento mismo de la salida de quirófano, fueron ellos los que sostuvieron y se encargaron de los cuidados del bebé (cambios de pañal, alimentación, porteo, sueño). Se podría hipotetizar que tales experiencias no hubieran sido vividas de la misma manera si el nacimiento se hubiera dado por parto vaginal, ya que la mujer podría haber ocupado rápidamente el lugar de “cuidadora primaria” del niño, tal y como mandata su “rol” de mujer-madre. La participación de la pareja, cuando éste participa activamente en el proceso es un elemento interesante de observar en tanto favorecedor del tránsito por una experiencia vital tan relevante como el nacimiento del hijo/a, en particular en circunstancias especialmente estresantes como la experiencia de cesárea.

4.3.2 (Re) encuentro con sus cuerpos y su maternidad

Al mismo tiempo que se reencuentra con su hijo/a, la mujer debe encontrarse nuevamente con su cuerpo: cuerpo intervenido, cortado, adormecido, cuerpo vacío en el vientre y lleno en los pechos. Para este nuevo cuerpo, la experiencia del dolor físico fue una impactante consecuencia de la intervención.

“esos tres días estuvieron un poco complicados, porque yo estaba super dolorida, apenas caminaba para ir al baño, me dolía todo!!”

(E5, 10 meses, intraparto)

“me impactó el dolor, era un dolor que yo nunca había experimentado en mi cuerpo, yo nunca había tenido una intervención de nada, de nada, de nada, nunca me pasó nada, entonces nunca había tenido un dolor tan...!”

(E16, 18 meses, programada)

“la cesárea duele, duele!. y se van a levantar la primera vez y van a decir, nunca más me quiero levantar!!. Me parece increíble que haya gente que dice “yo pasé divino, no me dolió”... tá, divino, tendrás un umbral de dolor fantástico!!!

(E6, 9 meses, programada)

“Me recuperé. Obviamente la sensación esa no me olvido más, viste que te hacen levantarte... esa sensación que te parece que estás abierta al medio ¿viste?, que me quería sentar y era como que mi cuerpo estaba separado, con todo el tema de la musculatura (...) pero tá, después me recuperé bien”

(E4, 21 meses, programada)

Aquellas mujeres que no relatan las sensaciones de dolor como algo que les impactara, lo relacionan con las altas dosis de analgesia recibida durante la intervención o el posparto.

[en relación a la recuperación física] “la verdad que fue muy buena, fue muy buena (...)no requerí calmantes hasta el otro día a la noche porque me hicieron una analgesia [morfina] ya en la anestesia raquídea (...) la verdad que no me dolió”
(E17, 6 meses, programada)

“no me dolía, con el calmante que me ponían... cuando me senté, me ayudaron a sentarme y a partir de ahí me empezó el dolor... no me morí del dolor, pero luego con el calmante re bien”
(E10, 4 meses, intraparto)

Además de la experiencia del dolor a nivel corporal, las mujeres relatan con angustia o frustración el que la vivencia que estaban atravesando sus cuerpos les impidiera encargarse de sus hijos/as, tanto en lo vincular como las actividades concretas de cuidado cotidiano.

“Todos te dicen que de lo bravo de la recuperación pero no, no me había imaginado que eran taaaan doloroso!, me dolía todo, el levantarme, el ir al baño, higienizarme, incorporarme, caminar... igual nunca dejé de hacer nada, siempre caminé, me levanté (...) [en lo relacionado a encargarse del bebé] estuve alejada, estuve más paralizada, no estuve todo lo que hubiera querido”
(E7, 1 mes, programada)

“me doy cuenta que es una operación mayor y que cuesta recuperarse.. mucho más que un parto! Hay gente que te dice que es lo mismo, que es mejor, pero no, no es lo mismo (...) te cuesta recuperarte, sos madre, querés atender a tu bebé y no podés”
(E11, 19 meses, intraparto)

De todas formas, las entrevistadas relatan que la fortaleza para la recuperación la encontraron en sus parejas y en que sus hijos/as estaban bien.

“no es lo mismo tener una peritonitis que tener un bebé sano [risas] eso ayuda a la recuperación, indudablemente”
(E1, 15 meses, intraparto)

El dolor aparece entonces como reflejo de que lo que ocurrió no es lo “normal”, lo que “esperaban”. Varias de las mujeres entrevistadas, comparan la experiencia de recuperación de una cesárea con la del parto vaginal, aún cuando no lo han vivido. Sugieren que el parto no solo es lo que ellas hubieran querido para el nacimiento, sino que desde el punto de vista del ejercicio de la maternidad, concebida como el deseo y como mandato social de encargarse del bebé, les hubiera permitido hacerlo “mejor”.

Así también, la experiencia del dolor, a nivel físico, influyó directamente en la posibilidad de expresar las sensaciones y sentimientos que se estaban vivenciando a nivel emocional, sobre todo, las mujeres entrevistadas, recuerdan vívidamente cómo el hecho de reír o llorar las hacía “doblar del dolor”.

“Es que yo quería llorar y hubiera llorado muchísimo, pero no podía, me tenía que contener porque no soportaba el dolor acá, de la operación, era horrible... entonces fue como bastante traumático”

(E15, 10 meses, intraparto)

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.

“cuando yo llegué [a su casa] estaba destruida, (...) me fui a bañar y te juro que primero sentí que me tenía que sacar un monstruo de arriba, de miedo, así! Me estaba bañando y “agua llevate este miedo!”- que dije tá, yo no puedo seguir (...) cuando me estaba secando sentía que me estaba armando corporalmente, como si hubiera estado desmembrada, la sensación fue como muy fuerte, como si tuviera que juntar mi cuerpo!. No era solo ya con la panza, era con todo, fue como muy fuerte eso. Y después como que eso de sentir que emocionalmente me faltó ese proceso de parto...”

(E8, 2 meses, intraparto)

“yo sigo como super movilizaba, si empiezo como a hablar del tema con detalles, como ahora, empiezo a llorar, tá... es como eso que yo digo, la cicatriz que te queda ¿no? la cicatriz que te queda en lo físico y la cicatriz que te queda en lo emocional (...) yo me acuerdo que lloraba y decía “me sacaron la posibilidad de tener un parto, siento que me robaron”

(E9, 9 meses, intraparto)

Cabe preguntarnos si este sentimiento o sensación tan fuerte como, es “sentirse desmembrada”, refiere únicamente a la experiencia de la cesárea o trae consigo las referencias a las lógicas institucionales de la medicalización del nacimiento, que generó, en la mayoría de las mujeres entrevistadas, claras implicancias en relación a la pérdida de autonomía y de ejercicio de sus derechos.

“sentía la vivencia del hospital como una cárcel, como que tenía que entrar el jugo a escondidas, como si fuera una ladrona, no sé... eso de que no me dieran de comer o que me hicieran cosas que yo no quería (...) viste la cárcel cuando vienen con la tortura?, entonces yo... la vivencia fue de una cárcel, estar como presa”
(E9, 9 meses, intraparto)

“es como que pasaron cosas que yo siento como que perdía el control, lento pero seguro, perdía el control de mis tiempos, de mi cuerpo... en el poco rato que podía dormir de repente entraba una enfermera... ¡tá, por favor! ¡déjenme en paz!”
(E3, 22 meses, programada)

La adaptación a su nuevo cuerpo les llevó un tiempo que trascendió a los días de la internación. Por ejemplo, las recomendaciones, luego de cesárea, para retomar la actividad física “normal”, es esperar un par de meses, por lo menos para aquellas mujeres que tuvieron una buena recuperación.

“me costó bastante (...) de un momento al otro no me podía ni levantar, no me podía sentar, parecía una vieja [risas]. Era horrible, aparte me dolía, no podía hacer nada (...) me costó, estuve como hasta los tres meses, me dolía todavía, hasta los tres meses me dolía, y bueno tá, me explicaron, me dijo que es una cirugía, que están los músculos, que por más que esté cicatrizado por fuera adentro te queda...”
(E2, 22 meses, intraparto)

Sin embargo, también fue frecuente encontrar en los relatos de las mujeres entrevistadas, complicaciones asociadas a la intervención, siendo las más frecuentes las relacionadas con la anestesia y con la infección de la herida. Tales complicaciones son algunos de los efectos secundarios de una cirugía mayor.

“me pasé vomitando, hice una reacción a la anestesia... no me dolía la cabeza ni nada pero fui a probar tolerancia, un sorbo de agua y lo vomité. Nunca había vomitado tanto en mi vida!!”
(E3, 22 meses, programada)

“espantoso puerperio tuve yo! A lo último se me infectó, lo que me pasó primero [a las tres semanas del nacimiento] fue que me siento mojada, me miro el short que tenía y estaba empapado en sangre. (...) [en la mutualista, con el médico de guardia] me sacaron todos los puntos, ‘tenés un coágulo’, me limpio, me sacó todos los puntos, otra vez a revolver las tripas... porque la sensación es así. ‘te vamos a dejar abierto, vení mañana a curarte’ (...) [al otro día, cuando va a realizar las curaciones, la ve su médico tratante] ‘pero quién te dejó abierto?!, no, no, te voy a coser’. [la cosen nuevamente y le indican curaciones diarias]. Tá va bárbaro, hasta que finalmente un día se me soltaron los puntos y ahí me dicen ‘no, pará, acá está supurando, voy a abrir porque acá tenés infección’, entonces me dieron antibióticos, tomé una semana pero resulta que no me iba, me hicieron un urocultivo y vieron que el antibiótico que me habían dado no era para el bicho que yo tenía, era un estafilococo dorado que me agarré ahí... porqué ¿dónde me lo voy a agarrar?!. Me drenaron con una mecha, otro tiempo de curación... estuve tres meses supurando de la herida esa...”

(E14, 24 meses, programada)

“me tocó un dolor de cabeza impresionante!!! Que era efecto secundario de la raquídea!, [el anestesista le dijo]: ‘mirá, no te puedo dejar que te vayas porque si esto es efecto secundario de la raquídea, es grave’ [su internación duró cinco días]”

(E9, 9 meses, intraparto)

“empiezo a hacer fiebre, empiezo a hacer fiebre y me dan no se que y me la bajan, pero hice otro pico, bajé, otro pico, bajé. (...) a todo esto el ginecólogo viene igual y me da el alta. Me vengo para mi casa, yo sentía que tenía un poco de fiebre pero tá, yo quería estar acá... Llego y levanto a 40 y pico y tá, volvemos (...) en conclusión me agarré una infección posoperatoria, un bicho ahí que había en el quirófano, lo que me llevó a estar 10 días internada con antibióticos super fuertes porque el bicho que te agarrás en quirófano no es tan fácil de matar (...) de hecho, después terminó siendo un desastre, una infección horrible (...) en un momento [la cicatriz] se estaba poniendo roja (...) y empieza a supurar, por un punto, supurar, supurar! (...) en ese estado de inseguridad yo no podía conectarme realmente con el bebé sin sentirme angustiada, obvio que de a poco lo intentaba (...) pero como que en el momento era muy limitado”

(E12, 13 meses, intraparto)

Se hace necesario recordar las características singulares de una intervención que tiene un doble resultado: la cirugía sobre el cuerpo de la mujer y el nacimiento del niño/a. Es por ello que, aquellas que sufrieron alguna complicación, no pudieron

dedicarse completa y únicamente a su recuperación física ya que, al mismo tiempo, debían encargarse de instaurar la lactancia, cuidar al bebé, sostener el vínculo, y viceversa.

Hablar de la experiencia vivida se hizo muy necesario para las mujeres, compartir sus vivencias con otras personas, fue una forma de procesar lo vivido e ir sanando las heridas emocionales.

“me parece sí fundamental buscar como el apoyo en otras mujeres, eso sí, en lo que estés pasando o lo que estés viviendo, sea la lactancia, sea la cesárea... me parece que sí, me ha ayudado pila, el apoyarme en algo, buscar apoyo!”

(E8, 2 meses, intraparto)

Sin embargo, no todas encontraron en sus entornos la habilitación para hacerlo o la empatía ante su situación. Varias veces fueron interpeladas en su dolor, cuando los otros lo minimizaban o desvalorizaban, alegando *“pero el bebé está bien”*.

“el resto del mundo es como indiferente (...) no sentí mucho apoyo, como que bueno! te la tenés que bancar! es parte de lo que tenés que bancar como madre!... es raro, porque no sé si te lo tenés que bancar”

(E5, 10 meses, intraparto)

“con mi familia no lo puedo plantear porque “déjate de joder, ya pasó, déjate de romper!, ahí tenés a tu hija divina”...”

(E14, 24 meses programada)

Fue importante constatar que, en ese sentido, la investigación ofreció la posibilidad, a muchas de ellas, de contar con un espacio donde hablar de la experiencia. Tal vez esta necesidad no siempre contemplada en sus entornos inmediatos fue uno de los móviles que llevó a tantas mujeres a contactarse con este proyecto de investigación ofreciendo sus testimonios.

“en realidad un poco el motivo de hacer la entrevista y eso es como empezar a organizar, a hablarlo, a poder sacarlos... como parte del proceso, trato de hablarlo y empezar a sacarlo en realidad...”

(E12, 13 meses, intraparto)

“cuando apareció esta posibilidad me pareció como muy importante que se genere conocimiento sobre esto, sobre lo que está pasando (...) si se quiere, desde la cuestión médica, pero también sobre lo que nos pasa a las mujeres, a los gurises”

(E5, 10 meses, intraparto)

4.3.3 (Re) significación de la experiencia

Además de la propia vivencia subjetiva de cada mujer en relación a la intervención, nos interesó indagar sobre la significación posterior que realizaron del evento, si cambiaron sus percepciones iniciales sobre la cesárea y cuáles fueron las repercusiones que tuvo en sus vidas, como mujeres y como madres.

En relación a la percepción actual, se pudieron observar básicamente dos líneas: por un lado, quienes significan la cesárea como un evento traumático y por el otro, quienes han “desmitificado” esta idea.

“la cesárea como ese corte abrupto, como que sentís que te arrancan algo, como un pedazo y como que no tenés el proceso, ni ella ni yo!

(E10, 4 meses, intraparto)

“me doy cuenta que es una operación mayor y que cuesta recuperarse mucho más que un parto... hay gente que te dice que es lo mismo, que es mejor, pero no, no es lo mismo! Un parto es lo natural! [con la cesárea] te cuesta recuperarte, sos madre, querés atender a tu bebé y no podés”

(E11, 19 meses intraparto)

“desmistificar a las cesáreas, como que es eso lo que quiero transmitir, que es jodida la recuperación, pero solo los días que estuve internada... lo jodido fueron las primeras 48 horas, después... como todo, te olvidas. Eso y la parte del contacto con la bebé, las primeras horas, eso es jodido. Mi experiencia fue buena (...) así que tá, no es tan malo”

(E7, 1 mes, programada)

Sin embargo, incluso aquellas que relatan no haberla vivido de manera traumática reflexionan sobre la importancia de tener otra preparación para afrontar mejor la experiencia, así como resaltan el alcance del acompañamiento para sobrellevar aquellos aspectos que pudieron ser más negativos, como la separación del bebé y el manejo del dolor, entre otros.

A todas las mujeres entrevistadas se les preguntó explícitamente si elegirían pasar por una cesárea en un próximo embarazo. Exceptuando una, todas respondieron que no, que preferían un parto.

“Yo lo tomé como que tá, pasé por esto, fue necesario pero elegiría otra cosa, porque creo que tiene que haber algo más... positivo, creo yo. Esto fue neutro digamos, no lo considero una experiencia negativa, pero tampoco fue una experiencia positiva.... Yo la próxima, quiero un parto!”

(E3, 22 meses, programada)

“Antes de tener la cesárea yo ya quería un parto, ahora cien veces más!. Me parece que parir es una de las cosas más naturales y que nos contactan más con esa cosa animal que tenemos! Porque además, yo creo que hay una cosa que nos pasa a las mujeres y es que una se olvida de esa parte animal y esta intervención médica más te aleja de eso y no te permite disfrutar (...) tiene que ser de otra manera! Para ellos también [refiriéndose a los bebés] para ellos vivir el proceso del parto, salir por el canal de parto, sufrir ese momento, es importante para su vida, para la reacción de ‘yo nací, estoy en otro lado’. Yo sigo defendiendo la idea de... la sensación corporal, hormonal, el disfrute de algo que es único!. Me parece que si fuera posible yo buscaría sí, un parto!”

(E5, 10 meses, intraparto)

La única entrevistada que no respondió directamente la pregunta, relató:

“no, no quiero tener más hijos (...) porque no quiero volver... no quiero tener otra cesárea. Sé que un condicionante de haber sido cesareada anterior te condiciona a una segunda cesárea... no es siempre así pero es muy probable que lo sea... No puedo pasar por todo eso otra vez!! (...) para mí fue traumático, para mí fue traumático, yo no pensé que fuera a ser tan traumático (...) yo pasé horrible, pasé horrible... pasé horrible. Me quería ligar, quería que me ligaran y no me quisieron ligar. (...) porque no quiero volver a pasar por una cesárea!”

(E17, 6 meses, programada)

Tal impacto le generó toda la experiencia que se replantea su vida reproductiva en función de la posibilidad de vivir nuevamente una intervención de este tipo.

La experiencia de cesárea, unida al trato deshumanizado que relataron a lo largo de las entrevistas, hizo que varias de las mujeres no solo insistieran en querer un parto para sus futuros embarazos, sino que buscarían tenerlos fuera de la institución o se trasladarían al hospital cuando el trabajo de parto esté muy avanzado. La creencia o el

temor subyacente es que la institución no le ofrecerá los mejores cuidados o que sus tiempos y deseos no serán respetados.

“a mi me gustaría tener un parto, pero estoy segura que yo no podría tener un parto en una institución, tengo como esa certeza (...) si viene uno [técnico] con buena onda, maravilloso, pero si viene uno que me trata mal... ya está, me parece que soy una persona como muy sensible al entorno (...) me afectaría mucho todo lo que esté pasando ahí alrededor”

(E19, 16 meses, programada)

“lo que me cuestiono para el futuro es si volver a la institución a tener un parto, porque en realidad yo me sentí super segura acá en casa [realizó su trabajo de parto en la casa y al estar de 7-8 cm de dilatación se trasladó al hospital]. Yo tenía la idea de que la institución me daba más seguridad pero eso ahora cambio (...) La pregunta que me hago y es como la gran interrogante es que voy a tener que ir procesando y ver qué es lo que voy a querer para otro hijo, espero tener otro hijo pero no sé si voy a querer ir a la cárcel!”

(E9, 9 meses, intraparto)

“me encantaría tener un parto y si pudiera lo tendría en casa. [¿Por qué?] por evitar el hospital, para mi es fundamental evitar el hospital, me sentí muy invadida”

(E10, 4 meses, intraparto)

En esta misma línea, las mujeres indican sentirse culpables y/o frustradas por haber terminado con una cesárea. Se cuestionan tanto lo que hicieron como lo que no hicieron, se replantean las condiciones con las que llegaron a la intervención, cómo tomaron la decisión (o aceptación), cuestionan la indicación médica y/o no haber podido “luchar” por lo que querían.

“me sentía como muy culpable de que “no dilaté”, que fui yo que “no solté”, que no solté la cabeza... látigos ¿no? eso sí, la culpa fue algo que... “mala madre!, ¿porqué no dilataste?”

(E8, 2 meses, intraparto)

“yo en ese momento... estás tan vulnerable!!! y tan frágil... Yo no tuve la fortaleza para plantarme y decirles NO!”

(E14, 24 meses programada)

“yo sentía como que había fallado como madre al no llegar al parto, es un cuestión que también tenía que ver con esto de que no había sufrimiento fetal ni nada, que

a mi no me quedaban claro que las condiciones hayan sido que obligatoriamente tenía que ser cesárea ¿no? (...) hasta el día de hoy creo que si no me hubiera apurado en salir de casa capaz que hubiera tenido un parto, si no hubiera ido al hospital esa noche y hubiéramos ido en la mañana (...)

(E1, 15 meses, intraparto)

Finalmente, relatan que mirar hacia atrás, hacia el momento mismo del nacimiento, les permite reflexionar sobre aquellas cosas que harían distinto si por alguna circunstancia debieran pasar por otra cesárea.

“yo insistiría en un parto, yo quiero tener un parto. (...) pero si fuese otra cesárea, iría con otra cabeza, con una cabeza más fría, menos volada, más controladora”

(E14, 24 meses, programada)

“trataría más de focalizarme en el hecho, en el nacimiento en sí porque yo lo viví mucho del lado de la operación, esto de que me estaban preparando para operar ¿viste? y lo del nacimiento pasó a estar en un segundo plano”

(E18, 10 meses, programada)

En suma

Hasta aquí se han presentado los resultados del “después” de la cirugía, a nivel físico y emocional. Para ello, se analizaron las vivencias y significaciones que las mujeres otorgaron a la experiencia, en lo inmediato y a mediano plazo.

En lo inmediato, se analizó su estancia hospitalaria, desde que regresó a sala tras la intervención. Se pudieron observar diversas lógicas institucionales que favorecieron u obstaculizaron este período, ya sea en el manejo del dolor o la instauración de la lactancia.

Por otro lado, se analizaron las vivencias subjetivas de las mujeres en relación al vínculo con su hijo, su maternidad y la (nueva) relación con su cuerpo. La diversidad de relatos no permite realizar generalizaciones, sino explicitar todas las formas posibles en que las mujeres sobrellevan esos primeros días, donde lo que para unas fue vivido como “el fin del mundo”, para otras fue una forma de “rescate”. El recuento con el bebé y el comienzo de la lactancia son recordadas como momentos claves. Sin embargo, en casi todas las mujeres se observa el desasosiego por querer dedicarse a sus hijos/as por completo y no poder hacerlo por el dolor y la incomodidad propia de la cirugía.

Si bien la mayoría de las entrevistadas no tuvieron complicaciones asociadas, para otras la recuperación se vio dificultada por los efectos secundarios de la anestesia o por la infección de la herida.

En el mediano plazo, se indagó sobre la visión que tienen hoy día las mujeres sobre la cesárea, como experiencia personal y como fenómeno social. Aquí también aparecen distintas formas de ver y resignificar el tema, desde la que pudo “desmistificarla” hasta aquellas que la identifican como un acto deshumanizado y violentado por lógicas institucionales que atentan contra el vínculo y la salud emocional de madre-bebé.

Todas las mujeres entrevistadas compartían en sus relatos que no pasarían “a su pedido” nuevamente por una cesárea. Entienden que si fuera necesaria volver a vivir esta situación, haber pasado por la experiencia les ayudaría a prepararse mejor, a exigir determinadas condiciones para sobrellevar la cirugía (que no se les retire al bebé por ejemplo).

*Lo importante no es lo que nos hace el destino,
sino lo que nosotros hacemos de él.*
Florence Nightingale

CAPITULO 5: CONSIDERACIONES FINALES

El estudio que realicé tuvo como objetivo describir y analizar las vivencias y significados de las mujeres que transitan por la experiencia de una cesárea en sus historias reproductivas.

La cesárea es un tema ampliamente estudiado desde distintas disciplinas, en particular aquellas referidas al campo bio-médico. Sin embargo, más recientemente se ha comenzado a explorar otras dimensiones del problema (sociales, subjetivas, económicas), a la luz de que se ha convertido en una forma común de finalización del embarazo. En tal sentido podemos encontrar numerosas investigaciones relacionadas con el análisis de los factores que pueden estar relacionados al aumento del índice de cesárea (Osis, Cecatti, De Pádua&Pádua, 2006;Perez, Cabeza, Campillo &Aguera, 2007), con las estrategias para su disminución (Aceituno et al, 2003; Latorre et al, 2006), el impacto de esta intervención en la morbi-mortalidad materna y fetal (Nomura, Alves &Zugaib, 2004), así como los efectos a nivel psicosocial a corto y mediano plazo (Olza, 2010; Olza, s/f; Garell,, Lelong, Marchando & Kaminskif, 1990).

A pesar de estos avances en la investigación, creemos que el acercamiento al problema desde la perspectiva específica de las mujeres, priorizando sus vivencias y las significaciones que le asignan, es una dimensión aún poco explorada.

Como sociedad hemos naturalizado la medicalización de la vida cotidiana, y otorgamos un rol preponderante a la medicina y a los profesionales de la salud como sus ejecutores. No es de extrañar que lo mismo ocurra durante el proceso del embarazo y nacimiento. Sin embargo, el momento del nacimiento es de vital trascendencia para las mujeres. Por lo general las mujeres pueden relatar el nacimiento de sus hijos con detalles minuciosos (horas, sensaciones, palabras textuales) aún cuando hayan transcurrido muchos años de la experiencia. Y así como se recuerda el nacimiento, también se recuerda todo el malestar o las inseguridades que se pudieron haber vivido, muchas de ellas provocadas por el propio sistema institucional de atención de la salud.

Para el análisis de sus resultados y su interpretación, nos basamos en los desarrollos teóricos del feminismo en tanto permite pensar las improntas que se inscriben en las

mujeres en relación a la maternidad pero también sobre la apropiación y sometimiento social que se le imponen a los cuerpos de las mujeres-madres.

Los estudios que desarrolla la Psicología Social sobre la medicalización de la sociedad y del embarazo, parto y puerperio en particular, han sido también fundamentales para pensar esta problemática.

La naturalización de la cesárea lleva a la invisibilización de sus repercusiones y las mujeres afectadas se encuentran desvalidas a la hora de expresar/procesar sus experiencias ya que no hay recursos en el sistema de salud que las habiliten a hablar de ello. Tampoco hay apertura en los entornos sociales cercanos o inmediatos, ya que el foco de atención, luego del nacimiento, se traslada completamente al bebé. Este corrimiento, se produce desde el primer momento de institucionalización. Es muy interesante observar que al entrar al hospital para parir, la dimensión de “mujer” como sujeta de derechos se ve anulada por la dimensión “madre”, que la coloca en el escenario solo en función de otro, el futuro bebé. Este cambio en el centro de la atención, deja a la mujer y su experiencia subjetiva, invisibilizada e inexistente.

Hemos de suponer que instancias como esta investigación, que habilita la palabra de las *mujeres* y no solo de las *madres*, le permitió a muchas de ellas, quizás por primera vez, replantearse y analizar la experiencia desde su propia voz, su propia experiencia vital.

Como hemos dicho anteriormente, en nuestro país son escasas las investigaciones sobre la vivencia subjetiva de las protagonistas, por lo que consideramos necesario realizar una primera aproximación que nos permitiera describir el fenómeno en nuestro contexto nacional. Por ello el estudio empírico tuvo un alcance de tipo exploratorio y descriptivo, desde una metodología cualitativa y a partir de los relatos de mujeres que transitaban por la experiencia de cesárea.

Encontramos que la cesárea genera efectos en las mujeres, lo que se vio reflejado en el número de comunicaciones recibidas para participar del estudio, la cual sobrepasó nuestra capacidad de respuesta.

Como hemos presentado en el capítulo precedente, la realidad de las mujeres en cuanto a información, preparación y creencias previas con las que llegan a la cesárea fue diversa. Las mujeres entrevistadas querían parir, se imaginaron un parto, se

prepararon para un parto. La cesárea aparece mayoritariamente como aquello impensado e incluso negado (*nunca me va a pasar*). Esto puede comprenderse si se analiza el ideal de mujer-madre, que refuerza la idea de que para serlo es necesario parir, concepción que se remonta al castigo/destino divino *–parirás con dolor–* de la cultura occidental judeocristiana. De allí incluso, que varias de las entrevistadas se cuestionaran su valor, en cuanto a “buena o mala” madre, por no haber podido parir a su hijo/a.

La cesárea es significada por las mujeres como una experiencia deshumanizadora del parto y el nacimiento de su hijo/as. Si bien ha sido estudiada la relación entre la iatrogenia médica y la violencia obstétrica con el aumento del índice de cesárea (Odent, 2005, Maluf&Malik, 2011), el hecho de que las mujeres embarazadas lleguen con este a priori puede ocasionar, desde el comienzo, una falta de confianza en el propio sistema de salud en el que ha decidido dar a luz. Si la idea previa es que el sistema de salud no hará lo mejor en todas las circunstancias, entonces, ¿por qué igualmente recurren a él para tener a sus hijos/as?

Una posible hipótesis es considerar que la medicalización de la sociedad en general y de la atención del parto en particular son vividas como normas inquebrantables o cuya transgresión tiene costos emocionales y sociales para las mujeres. Las mismas han sido educadas -en lo relacionado con el embarazo y nacimiento-, para que el control sobre sus cuerpos sea ejercido por el equipo de salud. Tal control se sostiene sobre dos bases fundamentales: el “poder/saber” médico y el temor por la vida del hijo/a. La remota posibilidad de que algo le ocurra al bebé, es decir la hiperresponsabilización por el buen nacer, tiene mayor influencia sobre las decisiones de la mujer, que lo que le pueda ocurrir a ella misma.

En esta misma línea, saber que el sistema hace más cesáreas que las que son justificadas, y sin embargo seguir concurriendo voluntariamente a él, tiene antecedentes. Cuando los partos comenzaron a ser atendidos masivamente en los hospitales (finales del siglo XIX y comienzos del XX), se vio aumentada significativamente la tasa de muerte por fiebres puerperales. En esos momentos aún se desconocía la relación entre las infecciones, los gérmenes y la higiene, por lo que los médicos podían atender a pacientes con gripe, luego realizar una autopsia y luego atender un parto sin que se dieran procesos de asepsia e higiene adecuados, por lo que la transmisión de gérmenes era altamente probable. Sin embargo, tal fue el trabajo realizado por la academia médica para desprestigiar a las comadronas y la atención domiciliaria de los partos, que las mujeres, aún con la sombra y el temor a las “fiebres puerperales”, seguían recurriendo a los hospitales para dar a luz (Hutter, 2010).

“Los médicos practicaban lo que consideraban el mejor remedio. Creían que estaban salvando vidas alejando a las mujeres de las comadronas y llevándolas a los hospitales, donde ellos se harían cargo del negocio de traer niños al mundo. Irónicamente, lo que consideraban la mejor atención médica posible, a menudo resultó ser la más mortífera” (Hutter, 2010:pp 70)

Por otro lado, se evidencia el desconocimiento, en las mayoría de las mujeres entrevistadas, de lo que implicaba una cesárea, ya sea conocer los motivos de indicación médica hasta los prácticas institucionales habituales entorno a ella. Incluso habiendo pasado por controles prenatales y preparaciones de parto, se pudo observar que los mismos no cubrieron de igual manera esta forma de nacimiento, a pesar de que en nuestro país una de cada dos mujeres es intervenida quirúrgicamente para dar a luz a su hijo/a.

Los estudios científicos sobre el tema han demostrado que la preparación durante el embarazo ayuda a reducir la morbimortalidad materna y fetal, entre otras cosas porque están relacionados con mayores controles neonatales por parte de profesionales de la salud (Linares & Morales, 2012; Sapien&Córdoba, 2007). Así también, mejoraría los niveles de satisfacción de las usuarias en relación al nacimiento (Linares& Morales, 2012, Vidal, et al, 2012).

La preparación para el parto se ha producido de la mano de la institucionalización del parto, o mejor dicho, como consecuencia de ello. A partir de que los partos son atendidos en los hospitales, en la órbita del “saber médico” como única autoridad reconocida y legítima, se retiraron de la vida cotidiana de las familias y en particular, del “saber de las mujeres”¹⁶.

De esta forma, las preparaciones de parto funcionan muchas veces brindando solo la información necesaria para que la mujer sea “funcional” a la institución. Es decir, conocer las prácticas que realizarán el técnico o la institución al momento del parto, más que promover la autonomía de la mujer para fortalecer sus capacidades como protagonista. Desde el sistema de salud se sostiene y reproduce la creencia de que los partos son un acto médico, donde el protagonista es el obstetra que atiende y logra traer al mundo a niños “sanos y salvos”, por lo que la información que se obtiene en las consultas es de utilidad para que el médico cumpla con su función (medición del peso, presión, paraclínicas) pero no para la que la mujer tenga mejores condiciones

¹⁶ Retirar los nacimientos de la órbita de las mujeres, no solo hace referencia a las parturientas o a las mujeres que eran madres, sino también a las parteras/matronas/comadronas. (Hutter, 2010).

para transitar por la experiencia (explicación sobre las razones de cada prueba, qué ocurrirá en el momento del parto, etc.).

Contrario a ello, también podemos encontrar las preparaciones de parto que, desde una mirada “humanizadora”, informan a las mujeres sobre cómo debería ocurrir un parto “fisiológico”, y alertan sobre las intervenciones “innecesarias” que se realizan en el sistema sanitario. Sin embargo el resultado sigue siendo el mismo, deja a la mujer desprotegida de información y de herramientas concretas, a la hora de ser atendida en una institución sanitaria, sobre todo cuando el nacimiento se dará vía cesárea.

Desde el movimiento de la (re)humanización del parto, la cesárea es vista como una práctica a vencer, un claro ejemplo de cómo el sistema médico ha intervenido el proceso del parto y ha quitado el protagonismo del nacimiento a las mujeres y a los bebés, para ubicarlo en la figura del médico. El movimiento en si mismo implica una lucha y militancia por los derechos de las mujeres, por una atención de calidad y calidez en el momento del embarazo, nacimiento y puerperio, con el sustento de la medicina basada en la evidencia y que tenga en cuenta tanto los aspectos físicos como los psíquicos y emocionales. Sin embargo, por momentos pareciera que dejan de lado a las mujeres de carne y hueso, que van a pasar por la experiencia sin que necesariamente tengan que tener conocimiento sobre todo lo que acontece en el sistema de salud y sin darle, en todo caso, herramientas concretas para poder afrontar al sistema.

De ahí que varias de las entrevistadas acordaran en que las clases de preparación de parto son justamente eso, preparación para el parto, no para el nacimiento, la cesárea está excluida.

La cesárea en sí misma es un corte (real y simbólico) a lo que las mujeres habían imaginado y deseaban para el nacimiento. Por tanto, la indicación médica trastocó ese ideal. Las diferencias en cómo se vivió la experiencia estuvo relacionada al tiempo que tuvieron para procesar emocionalmente la situación y prepararse para un evento que sería distinto al soñado.

Para la mayoría de ellas, la cesárea no había existido como posibilidad cierta hasta que se hace presente en la indicación médica. Ello las desconcierta y las llena de incertidumbre y ansiedad. Aquellas mujeres cuyas cesáreas fueron programadas, pudieron, mayoritariamente, sobreponerse a estas sensaciones. Caso contrario ocurrió a quienes la cesárea les fue indicada en el transcurso del trabajo de parto (intraparto). En estos casos, no tuvieron tiempo de prepararse emocionalmente para el cambio de planes.

La cesárea en tanto intervención quirúrgica conlleva sus riesgos, los cuales debieran ser expresados por el equipo de salud, conjuntamente con los fundamentos de su indicación en la que es importante valorar y comunicar los riesgos/beneficios. Sin embargo, la decisión final siempre debe ser de la mujer, quien deberá poder elegir de forma libre y sin coerción. Sin embargo, en cuanto a la información recibida, la mayoría de las mujeres entrevistadas, indican no conocer los riesgos que conlleva una cirugía mayor, no fueron informadas para tomar una decisión que implicara un real consentimiento y no una mera aceptación de la indicación. Uno de los datos que más llamó la atención fue la ausencia de firma de un consentimiento informado, tanto de la cirugía como de la anestesia, y no solo en las cesáreas intraparto, en cuyo caso podría justificarse en la “urgencia”, sino también en las cesáreas programadas. Este hecho implica una clara violación a la Ley N° 18335 donde se establecen los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los Servicios de Salud.

Por otro lado, tampoco se les explicó en qué consistía propiamente la intervención y cuáles eran las prácticas institucionales que se activan a partir de la internación. La preparación en sala, el traslado hacia block y la preparación en quirófano fueron vividas por las mujeres con mucha ansiedad, angustia y soledad.

Para el personal sanitario, que están habituados a las intervenciones, hasta el punto que éstas son percibidas como una acción técnica de rutina y no como una acción que se ejerce sobre el cuerpo de otra persona, las intervenciones forman parte de la lógica técnica institucional y, desde esa lógica, se desplaza la atención del sujeto padeciente, el cual es percibido como objeto de la práctica. La invisibilización y naturalización de las intervenciones, que pareciera no ser percibidas como tales por el personal de salud, dejan en evidencia la violencia institucional que el sistema de salud ejerce, en este caso, sobre sus “usuarias”.

En este mismo sentido, podemos hacer referencia a la aplicabilidad de la Ley N° 17386 -“ley de acompañamiento”-. Si bien nuestro país es pionero en dictar una norma que habilita a la mujer a estar acompañada durante el tiempo que dura el trabajo de parto y nacimiento, hemos podido detectar a través de los testimonios de las mujeres entrevistadas, que no se cumple integralmente, por lo menos en caso de cesárea. Como ya hemos expresado, la experiencia de acompañamiento está atravesado por continuas separaciones: la mujer es separada de sus acompañantes desde las revisiones al ingreso, separada nuevamente en el momento de traslado y hasta la aplicación de la anestesia y separada finalmente luego del nacimiento.

Ante el tema de la separación de la mujer de su acompañante entre el traslado y la aplicación misma de la anestesia, nos preguntamos, ¿no sería posible que el acompañante sea preparado/a al mismo tiempo que la mujer o que el equipo técnico? ¿No se podría esperar, antes de realizar cualquier procedimiento, hasta que la mujer esté acompañada nuevamente?

Al momento de nacer el niño/a, la mujer debe decidir si el acompañante se retira de quirófano con el bebé o si se queda con ella, lo que deja en evidencia la imposibilidad real de ejercer el derecho de estar acompañada.

Todas éstas separaciones responden a lógicas institucionales pero también a condiciones materiales, que ante su ausencia no habilitan o dificultan, por ejemplo, el alojamiento conjunto madre-bebé luego del nacimiento. La institución en general y el personal sanitario en particular, no logra visualizar esta situación como problema y factor de riesgo para la salud mental de la mujer y por tanto, no han logrado modificar sus condiciones edilicias o sus prácticas de “contención”.

En relación a las propias prácticas dentro de quirófano, se pudo observar que la experiencia dependió en cada caso, el quipo técnico que estuviera interviniendo. Algunos fueron muy contenedores de las mujeres, explicándoles sobre lo que ocurriría e integrándola a la dinámica del equipo. En otros, la realidad fue diametralmente opuesta, no recibiendo ni un trato digno ni respetuoso (Ley N° 18335, art. 17).

Otro elemento no menor, de la experiencia de quirófano y que creemos que es fundamental a la hora de entender las características institucionales de atención a las usuarias, es que la mayoría declara no conocer al equipo técnico que intervino sobre ella o sobre sus hijos/as (anestesiastas, neonatólogos, personal de enfermería), los cuales, no se presentaron ni ante ella, ni ante sus acompañantes (Ley N° 18335, art. 18).

Una posible hipótesis, en base a los aportes del feminismo, nos permite pensar que, el lugar central de la mujer durante el embarazo (en tanto es quién gestó y parirá al bebé), se ve desplazado en el momento de la cesárea hacia el equipo de salud, responsables ahora del “buen resultado perinatal”. Ser sujeta de derechos, actora y protagonista queda relegada a prestar su cuerpo para que se intervenga sobre él, desconociendo el impacto afectivo que tal intervención pueda ocasionarle. En este sentido, los/las neonatólogos/as están esperando la llegada de su “producto” sin que necesariamente les importe su “contenedor”.

Del mismo modo, el cuerpo pareciera ser vivido por los profesionales en general, pero en el quirófano particularmente, como partes separadas: cabeza para anestesiología, útero para ginecología y “producto” para neonatología. Este tipo de prácticas y disgregaciones profesionales anulan a la mujer –mente y cuerpo- en sí misma. Sus derechos, en tanto sujeta íntegra, son vulnerados por éstas mismas prácticas.

Estas experiencias subjetivas de la distancia [entre ellas y el equipo] que relataron las mujeres pueden ser interpretadas a la luz de un modelo de atención de cuño biomédico que parcializa sus objetos de intervención, que no ve a la persona en su integralidad física y mental, que no incorpora las dimensiones sociales, psicológicas y emocionales que se ponen en juego en esos momentos.

Para las mujeres, la vivencia post cesárea, en lo inmediato estuvo mediada por el dolor. Dolor que no habían previsto o dimensionado y que por otro lado, fue inhabilitante para el ejercicio de los cuidados primarios y de alimentación del bebé.

Todo lo relacionado con la lactancia, merece una consideración aparte, no solo en relación a las repercusiones que la cesárea tuvo, directa o indirectamente sobre su comienzo, sino por el número elevado de indicaciones de sucedáneos de leche materna a los recién nacidos, contrario a lo que son las políticas macro del Ministerio de Salud Pública en relación a éste tema.

Todas las entrevistadas estaban dispuestas a dar de mamar y querían hacerlo, sin embargo, en varias oportunidades no recibieron el apoyo y consideración especial dada su situación, para establecer correctamente la lactancia. Ejemplo de ello son las reiteradas menciones a pezones agrietados y doloridos por malas posturas o acoples del bebé, las que se evitan con una observación y seguimiento de la diada durante las tomas. Por otro lado, una mujer con una cirugía mayor abdominal, necesitará ayudas especiales, como ser un almohadón suave, para evitar que el peso del bebé se apoye justamente en el abdomen, zona por demás dolorida en los primeros días. De lo contrario, adoptará posturas que eviten el dolor abdominal, aunque ello signifique otras situaciones dolorosas, como ser daño en los pezones por mala posición de acople.

El paso del tiempo y la distancia de la experiencia, les permitió a las mujeres entrevistadas analizar las condiciones y circunstancias que generaron que sus hijos/as nacieran por cesárea, y en tal sentido, pusieron en duda o en cuestionamiento si ésta hubiera sido la única forma posible para que nacieran.

La experiencia negativa o incluso traumática, además del cuestionamiento que realizan de la indicación, las lleva a alejarse de la institución médica como ideal de

salud. Tal alejamiento de la institución muestra cómo el modelo de atención afecta directamente la confianza de las usuarias y genera el efecto contrario de lo que se busca promover desde las actuales políticas públicas nacionales en salud sexual y reproductiva. La Ley N° 18426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva ubica a las mujeres como “protagonistas” del parto. Sin embargo, no es la vivencia que tienen las mujeres sobre el trato recibido en las instituciones, caracterizado por la despersonalización y el no respeto de sus derechos. Estas prácticas son ejemplos de violencia institucional, de violencia obstétrica, que han sido naturalizadas por el sistema, pero también por las propias mujeres, las cuales, en su mayoría, no lo dimensionan como una forma de violencia ejercida sobre ellas. (Wolff&Waldow, 2008; Aguiar, d’Oliveira & Schraiber, 2013).

Las mujeres desearían no volver a pasar por una cesárea en sus futuros embarazos. Ello responde a que la experiencia tuvo una connotación negativa desde el punto de vista emocional y físico, incluso más allá de los buenos resultados obstétricos.

A modo de cierre, queremos dejarles la reflexión de una de las entrevistadas, que nos parece, sintetiza la experiencia vivida por ella y las otras mujeres entrevistadas:

“Creo que en general además, las mujeres no hablan de las cesáreas, de lo que viven y sienten (de la lactancia tampoco), se habla mucho de los partos pero de la cesárea no se habla y yo creo que es un shock y que mucho no se habla... aparte socialmente no te entienden mucho (...) me parece que hay que hablar más, hay que informar más, que está buenísimo que hayan grupos donde se pueda ir a hablar sobre lo que uno vive, porque está ella [refiriéndose a la bebé] y está divina, pero algo pasó que no estuvo en lo planeado, que fue artificial, fue UNA forma de nacer, yo no reniego tampoco, pero sí de las formas que hay en la institución... son horribles! Creo que podrían hacerse mejor, creo que si hay necesidad de hacerlas, porque no viene bien la cosa, hay que hacerla, bueno, hay que hacerla, pero con más cuidado, más cuidado... te diré incluso que más cuidado que al parir porque es tan artificial!!!”

(E8, 2 meses, intraparto)

5.1 Recomendaciones

Para pensar políticas de atención a la salud reproductiva

A partir del presente estudio se visibilizaron caminos posibles que permitan pensar las políticas y prácticas de atención integral para las mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio.

En primer lugar, aplicación de las políticas para la reducción de la cesárea, incluidas en las normas de atención del MSP (2008), ya que además de ser un problema sanitario, es sin duda un problema para las mujeres cuando no es vivido como una necesidad.

Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de unificar protocolos de actuación profesional, criterios claros que guíen las prácticas clínicas tanto para la indicación de cesárea como para su realización, en base a un enfoque que proteja y reconozca los derechos de las mujeres.

En esa misma dirección, es importante considerar la dimensión subjetiva implicada en los procesos de salud-enfermedad-atención y en tal sentido, las políticas de salud sexual y reproductiva no serán integrales en la medida que no prevenga efectos psicológicos y/o vivencias traumáticas generadas por sus propias prácticas institucionales. Para ello, trabajar en la línea de una atención de calidad y calidez es fundamental, así como la constitución de equipos interdisciplinarios, que trabajen desde la prevención y promoción de salud.

Resulta fundamental incluir el tema de la cesárea en las clases de preparación de parto y en los controles obstétricos. Las mujeres deben conocer cuáles son las posibles situaciones que generan una indicación de cesárea, los riesgos asociados a la intervención, cómo es su procedimiento singular.

Creemos firmemente que la lucha por un parto digno es una causa necesaria en nuestros días, pero ello no puede implicar dejar de preparar a las mujeres para que sepan a qué se pueden enfrentar. Tratar de cambiar las formas de atención, volviéndolas más integrales debe de ir a la par de evitar las actuales consecuencias que la experiencia tiene sobre las mujeres.

Una situación que sin duda debe tender a modificarse, es que la ley de acompañamiento (Ley N° 17386) se cumpliera cabalmente y la mujer pudiera estar acompañada en todo momento, en especial en aquellas circunstancias que generan

mayor estrés y angustia, como el ingreso al quirófano, la aplicación de la anestesia, la reanimación, etc. Por otro lado, el respeto a la norma en términos de proteger los derechos de las mujeres y su opción de estar acompañada como factor de protección y apoyo emocional debe ser efectivamente ejecutado. Se debieran generar las condiciones para que los acompañantes estén junto a las mujeres, pudiendo tener contacto físico directo con ellos.

Por último, se debiera favorecer y fortalecer el contacto mamá-bebé, por lo que se hace indispensable generar las condiciones necesarias para que los mismos no sean separados luego del nacimiento y se habilite, generalizadamente, el alojamiento conjunto en todo momento (incluyendo en sala de reanimación/recuperación) y su acompañamiento permanente.

Para futuras investigaciones

Este estudio es un primer paso en el desarrollo de investigación sistemática sobre los aspectos psicosociales implicados en la cesárea desde la experiencia de sus protagonistas, las propias mujeres. Si bien los resultados obtenidos permitieron generar una descripción detallada de cómo es vivida esta experiencia por las mujeres, se requiere de más conocimiento que permita analizar otras complejidades que el problema presenta. Por esta razón, nos parece necesario incluir en futuras investigaciones otros cortes muestrales en términos de población objetivo:

- Mujeres con cesáreas de repetición, lo que permitiría conocer, entre otros aspectos, si tener el conocimiento de lo que implica, tanto la hospitalización como la intervención propiamente, les permitió afrontar el evento con menor ansiedad.
- Mujeres que tuvieron partos luego de cesárea (PVDC). Las investigaciones sobre cesárea se han desarrollado también sobre este fenómeno, intentado responder a las preguntas ¿porqué las mujeres buscan parir luego de cesárea? ¿son mejores sus beneficios en términos bio-médicos, emocionales y psicosociales? En este sentido, sería interesante conocer cuál es la realidad nacional a este respecto.
- Mujeres que tuvieron cesárea luego de un parto. Al igual que la anterior, esta población nos permitiría conocer, comparativamente, ambas experiencias de la mano de una misma mujer que ha experimentado ambas formas de nacimiento.

- Mujeres que solicitan la culminación del embarazo vía cesárea. Si bien no fueron excluidas de la captación para esta investigación, por la vía de los hechos no hemos podido acceder o llegar a éstas mujeres y creemos que sería importante conocer sus particularidades y así abarcar una mayor dimensión del fenómeno.

Otras líneas que no se tuvieron en cuenta en relación a los criterios de inclusión y creemos necesario se incorporen en futuros desarrollos de la temática, son:

- Distribución según edad. En el estudio se pretendió excluir características singulares que podrían tener la población menor de 20 años, tal como la particularidad del “embarazo adolescente”, o las mayores de 40, donde se podrían agregar otras características como la reproducción asistida. De todas formas, nos parece que deben ser incluidas para conocer si existen constantes a pesar de la edad.
- Según niveles socioeducativos. Una limitación del presente estudio fue no llegar a las mujeres de nivel socioeducativo bajo o medio. Es probable que debamos mejorar o adecuar las formas de captación, por ejemplo, realizarla en coordinación con las policlínicas del primer nivel de atención, o los centros educativos de primera infancia (CAIF, por ejemplo).
- Según departamento de residencia. Ya finalizado el trabajo de campo, se pudo acceder a los datos oficiales 2013 del Área de Epidemiología del Sistema de Información Perinatal (SIP) del Ministerio de Salud Pública (MSP), de donde se desprende diferencias en el índice de cesárea según departamentos. El presente estudio incluyó a mujeres de tres departamentos: Montevideo, Canelones y Maldonado, los cuales tienen alto índice de cesárea. Sería interesante incluir mujeres de zonas geográficas con alto y con bajo índice.
- Según tipo de servicio de salud donde se realiza la intervención (público y privado). Al igual que el departamento de residencia, los datos proporcionados por el SIP-MSP, aportó datos sobre la distribución del porcentaje de cesárea según subsistema de atención público o privado (mutual). Aquí las distancias entre uno y otro son más significativa aún.

Queda también abierta la puerta para investigar sobre la vivencia de la cesárea de los varones-padres. Como hemos visto, a raíz de la cesárea, de la separación de la madre y de las primeras horas de inmovilidad de ésta, ellos han debido ocupar el lugar de cuidar y sostén de sus recién nacidos, ¿cómo afectó el ejercicio de sus paternidades?

¿cómo impactó en el vínculo con su hijo/a y con su pareja?. Asimismo, sería importante incluir otras perspectivas, como por ejemplo, los equipos técnico-profesionales que asisten a las mujeres durante el parto y cesárea así como aquellos que conducen las instancias de preparación para el parto. Por último, creemos fundamental comenzar a investigar sistemáticamente el fenómeno de la violencia obstétrica en nuestro país y realizar un diagnóstico de situación.

En definitiva, al tratarse de un tema emergente de investigación a nivel nacional y regional, existen enormes posibilidades para avanzar en el conocimiento de este problema desde las perspectivas de los distintos actores y abordando diferentes dimensiones. Esta tesis tuvo como propósito contribuir en esta dirección.

BIBLIOGRAFIA

- Aceituno, L., Segura, M., Quesada, J., Rodríguez-Zarauz, R., Ruiz-Martínez, E., Barqueros, A., & Sánchez, M. (2003). Resultados de la aplicación de un protocolo para disminuir la tasa de cesáreas. *TITLEREVISTA*, 46(10), 430–440.
- Aguiar, J. M. de, d' Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L. B. (2013). Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 2287–2296.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). Cesarean Delivery on maternal request. Committee opinion, Number 559. Recuperado de: <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Cesarean-Delivery-on-Maternal-Request>
- Amorós, C. (1991). Hacia una crítica de la razón patriarcal. Barcelona: Editorial Anthropos.
- Amorós, C. (2006). *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias...para las luchas de las mujeres*. España: Ediciones Cátedra, Universitat de València, Instituto de la Mujer.
- Badinter, E. (1980). ¿Existe el amor [instinto] maternal?. Barcelona: Editorial Paidós.
- Baremlitt, G. (2005). *Compendio de Análisis Institucional*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Barrera, L., Garibi, C., Guerrero, M., & Montoya, M. (2010). De "El feminismo" a "Los feminismos": propuesta incluyente para grandes luchas. (Spanish). *Debate Feminista*, 41(21), 64-74. Disponible en: http://www.debatefeminista.com/indice_volumen.php?id_volumen=100.
Accedido en 5/6/12

- Barros, F. C., Vaughan, J. P., & Victora, C. G. (1986). Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. *Health Policy and Planning*, 1(1), 19-29. doi:10.1093/heapol/1.1.19
- Beltrán, E.;Maqueira, V. (Eds) (2005). *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Blazquez, M. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. Tesis Doctoral no publicada. Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España.
- Brown, H.; Paranjothy, S.; Dowswell, T.; Thomas, J.. (2008). Paquete de atención con tratamiento activo del trabajo de parto para la reducción de las tasas de cesárea en mujeres de bajo riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).
- Callejo Gallego , J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*,76(5). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17076504>
- Calvo Pérez, A., Cabeza Vengoechea, P. J., Campillo Artero, C., & Agüera Ortiz, J. (2007). Idoneidad de las indicaciones de cesárea. Una aplicación en la gestión de la práctica clínica. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 50(10), 584-592. doi:16/S0304-5013(07)73232-6
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. Mexico: Editorial Lugar.
- De Beauvoir, S. (1981). *El segundo sexo*. España: Ediciones Aguilar.
- Diccionario de la Lengua Española, de la Real Academia*: Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/>. Accedido en 10/7/12
- El parto es nuestro (EPEN) (s/f). ¿Qué somos? Nuestra razón de ser. Recuperado el 3 de marzo de 2014, de <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/nuestra-razon-de-ser>

- Erviti, J. (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarios de servicios ginecológicos (pp 101-122). En López, A; Castro, R. *Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Fernández Moreno, S. (2007). *La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud*. (Spanish). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 6 (12), 52-76.
- Foucault, M. (1992). *Genealogía del Racismo. De las guerras de las razas al racismo de Estado*. (s.l.): Ediciones la Piqueta.
- García Jordá, D., & Díaz Bernal, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 330-336.
- Garel, M., Lelong, N., Marchand, A., Kaminski, M. (1990). Psychosocial consequences of cesarean childbirth: a four year follow up study. *Early Human Development*, 21 (1990), 105-114. Elsevier scientific Publishers Ireland Ltd.
- Harding, S. (1987). Is there a feminist method? In S. Harding (Ed.), *Feminism and Methodology*. Bloomington: Indiana University Press. Traducción Mía.
- Hernández, A., & Reybet, C. (2008). *En primera persona: nosotras, investigadoras feministas*. (Spanish). La Aljaba, Segunda Epoca. *Revista De Estudios De La Mujer*, 12135-145. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-57042008000100009&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 20/06/12.
- Hotimsky, S. (2010). Formación en obstetricia: los conflictos entre la enseñanza y la capacitación médica y la estructuración de los derechos humanos en la atención del parto en San Pablo, Brasil. En López, A; Castro, R. *Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos*

reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional (137-155). Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República; Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.

Hutter Esptein, R. (2010). *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*. Madrid: Editorial Turner Noema.

ICAN (International Cesarean Awareness Network) (s/f). About ICAN. Recuperado el 3 de marzo de 2014, de <http://www.ican-online.org/>

inne-CESAREA.org (2012). *¿Qué es inne-CESAREA.org?*. Recuperado el 18 de abril de 2014, de <http://www.inne-cesarea.org/que-es-inne-cesarea-org/>

Irigaray, L. (1974). *Speculum. El espejo de la otra mujer*. Madrid: Editorial Saltés.

Latorre, R.; Carrillo, J.; Yamamoto, M.; Novoa, J.; Valdés, A.; Insunza, A.; Paiva, E. (2006). Gobierno del parto en el hospital Padre Hurtado: un modelo para contener la tasa de cesárea y prevenir la encefalopatía hipóxico-isquémica. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 71, 196–200.

Linares, H.; Morales, S. (2012). Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Revista Horizonte Médico Volumen 12 (2): 47-50, abril-junio2012*. Perú.

López, A.; Benia, W.; Contera, M.; Guida, C. (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Uruguay: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Loureau, R. (1978). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Magnone, N. (2010). *Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización*. Tesis de Maestría no publicada. Maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Uruguay

Menéndez, E. (1983). Modelo Médico Hegemónico. Modelo Alternativo Subordinado. Modelos de autoatención. Caracteres estructurales. Tomado de: *Hacia una*

práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata N°86, México. Recuperado de: <http://www.terceridad.net/Sistemasdesalud/Men%E9ndez,%20E.%20Modelo%20m%E9dico%20hegem%F3nico,%20modelo%20alternativo%20subordinado,%20modelo%20de%20autoatenci%F3n.pdf>

Mendoza-Sassi, R. A., Cesar, J. A., Silva, P. R. da, Denardin, G., & Rodrigues, M. M. (2010). Risk factors for cesarean section by category of health service. *Revista de Saúde Pública*, 44, 80–89.

México, Senado de la República (2014). Comunicado 748: Senado aprueba sancionar violencia obstétrica. Coordinación de Comunicación Social. Recuperado de: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/12513-senado-aprueba-sancionar-violencia-obstetrica.html>

Ministerio de Salud Pública (MSP) (2007). *Guía en salud sexual y reproductiva. Capítulo: normas de atención a la mujer embarazada*. Recuperado el 10 de noviembre de 2011, a partir de http://www2.msp.gub.uy/uc_1667_1.html

Ministerio de Salud Pública (MSP) (2008). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública. Capítulo: Normas de atención a la mujer en proceso de parto y puerperio*. Recuperado en noviembre 10 de 2011, a partir de www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5684,21588

Ministerio de Salud Pública (MSP) (2009). Norma Nacional de Lactancia Materna. Recuperado el 10 de marzo de 2014, a partir de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/lactanciamaterna.pdf-1.pdf

Mora, L. (2014, abril 24). Abril mes de la concienciación sobre la cesárea. [Entrada en Blog]. Recuperado de http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/04/24/abril-mes-de-concienciacion-sobre-la-cesarea?utm_source=dlvr.it&utm_medium=Facebook

Muinelo, L; Rossi, M; Triunfo, P. (2005). *Comportamiento Médico: una aplicación a las cesáreas en el Uruguay*. Documento de Trabajo. Departamento de Economía,

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Recuperado en marzo 22 del 2012, a partir de <http://www.fcs.edu.uy/archivos/Doc0605.pdf>

MYSU (2008). Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2008, Montevideo, MYSU.

MYSU (2009). Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2009, Montevideo, MYSU.

Nomura, R., Alves, E., & Zugaib, M. (2004). Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública*, 38(1), 9-15. doi:10.1590/S0034-89102004000100002

Odent, M. (2005). Nacimiento Renacido. Argentina: Editorial Creavida. (2da edición en español. Edición Original 1984).

Odent, M. (2006). *La Cesárea*. Barcelona: Editorial La Liebre de marzo.

Olza Fernández, I. (2010). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. <http://purl.org/dc/dcmitype/Text>. Recuperado 22 de junio de 2011, a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3397601>

Olza, I.; Lebrero, E.(2006). *¿Nacer por cesárea?*. Colombia: Edición para América Latina, Grupo Editorial Norma.

Olza, I. (s/f). Lactancia después de cesárea. Recuperado a partir de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/lactanciaDepresionPsicosis.pdf>

Osis, M. J., Cecatti, J. G., Pádua, K. S. de, & Faúndes, A. (2006). Brazilian doctors' perspective on the second opinion strategy before a C-section. *Revista de Saúde Pública*, 40, 233–239.

Maluf, L, Malik, A. (2011). Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 185-194. doi:10.1590/S0034-89102011000100021

Perinat, A. (2010). Psicología del desarrollo. Un enfoque sistémico. Barcelona: Editorial UOC.

- Portillo, J. (1993). La medicina: el imperio de lo efímero. En Barrán, J.P. *La medicalización de la sociedad* (pp 15-36). Uruguay: Editorial Nordan.
- Rich, A. (1978). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Ediciones Cátedra. Universitat de Valencia. Instituto de la Mujer. España.
- Revuelta, A. (2006). El riesgo de judicialización de la medicina. *Educación Médica*, V.9, supl. 1, Barcelona, diciembre 2001. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-18132006000600015>
- Rodríguez, H. (2006). De la medicina defensiva a la medicina asertiva. *Revista Médica Uruguaya*, Montevideo, v. 22, n. 3, sept. 2006. Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000300001&lng=es&nrm=iso>. accedido en 06 jul. 2014
- Rodríguez, J. (1993). El hombre medicinal. En Barrán, J.P. (1993). *La medicalización de la sociedad* (pp 37-46). Uruguay: Editorial Nordan.
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*, (Revista de Estudios de Género y Teoría Feminista) N° 7: 169-183. Disponible en <http://hdl.handle.net/10481/14802>. Recuperado en 15/3/12.
- Sapién López, JS., Córdoba Basalto, D. (2007). Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. *Psicología y Salud*. 2007 17(2):219-28
- Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En Lamas Marta (Comp). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG.
- Shakespeare, W. (2012). *Macbeth*. Buenos Aires: Libros del Zorro Rojo
- Shearer, E. L. (1993). Cesarean section: Medical benefits and costs. *Social Science & Medicine*, 37(10), 1223-1231. doi:10.1016/0277-9536(93)90334-Z
- Smulders, B.; Croon, M. (2001). *Parto Seguro. Una guía completa*. Barcelona. Editorial Medici.

Uruguay, Poder Legislativo (2001). Ley N° 17386, Dispónese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento 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. Publicado en el Diario Oficial el 30 de agosto de 2001. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17386&Ancho=r=>

Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley N° 18335. Pacientes y usuarios de los servicios de salud. Se establecen sus derechos y obligaciones. Publicado en el Diario Oficial el 26 de agosto de 2008. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor=>

Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley N° 18426. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Publicado en el Diario Oficial el 10 de diciembre de 2008. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

Varela, C., Pardo, I., Lara, C., Nathan, M., Tenenbaum, M. (2014): Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 3. La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): la desigualdad social y deferencias en el comportamiento reproductivo. Editorial Trilce: Montevideo, Uruguay

Vasilachis, I. (2006): Estrategias de Investigación Cualitativa. Editorial Gedisa, Barcelona.

Venezuela, Asamblea Nacional (2007). Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Publicada en la Oficial el 19 de marzo de 2007. Recuperado de: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf

Vidal, A., Reyes, M., Fernández, Y., González, G., Acosta, T., & Yero, L. (2012). Preparación psicofísica para el parto: seguridad y satisfacción a las gestantes. *Medisur*, 10 (1), 17-21. Recuperado de <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1601>

Wolff, L. R., & Waldow, V. R. (2008). Consented violence: women in labor and delivery. *Saúde e Sociedade*, 17(3), 138-151. doi:10.1590/S0104-12902008000300014

World Health Organization (1985). *Appropriate technology for birth*. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/embarazo_y_salud/tecnologia_parto.pdf

APENDICES

A - Caracterización de las entrevistas

Código	Edad	Tipo de Cs.	tiempo desde la cesárea	Cobertura de Salud	Nivel Educativo máximo alcanzado
E 04	31	Programada	09 m	Público	Universitario completo
E 06	32	Programada	21 m	Mutual	Universitario completo
E 17	30	Programada	06 m	Mutual	Universitario completo
E 07	30	Programada	01 m	Mutual	Universitario incompleto
E 16	40	Programada	18 m	Mutual	Universitario completo
E 03	32	Programada	21 m	Mutual	Universitario completo
E 14	39	Programada	24 m	Mutual	Terciario completo
E 19	36	Programada	16 m	Mutual	Terciario completo
E 18	33	Programada	10 m	Mutual	Terciario completo
E 01	33	Intraparto	15 m	Mutual	Universitario completo
E 10	32	Intraparto	04 m	Mutual	Universitario incompleto
E 12	28	Intraparto	12 m	Mutual	Terciario completo
E 15	34	Intraparto	10 m	Mutual	Universitario completo
E 08	34	Intraparto	02 m	Público	Universitario completo
E 13	30	Intraparto	23 m	Mutual	Terciario completo
E 09	32	Intraparto	09 m	Mutual	Universitario completo
E 11	29	Intraparto	19 m	Mutual	Universitario completo
E 02	34	Intraparto	22 m	Mutual	Secundario completo
E 05	29	Intraparto	10 m	Mutual	Terciario completo

B - Consentimiento informado

En el marco de la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, se está instrumentando el estudio “Vivencia y significado de la cesárea en mujeres que han vivido esta experiencia”, a cargo de la Lic. Carolina Farías.

Para ello se realizarán entrevistas a mujeres entre 20 y 40 años, cuya cesárea haya ocurrido al final de su primer gestación y que cuyo embarazo haya sido normal. Usted cuenta con los criterios requeridos para participar de este estudio. En caso de aceptar, se le realizará una entrevista con una duración de no más de dos horas. Los beneficios de la participación en este estudio incluyen poder contribuir al conocimiento sobre un tema relevante para la salud reproductiva de las mujeres, a partir de su propia experiencia vital.

Si usted acuerda, la entrevista será grabada para un mejor tratamiento de la información. La misma será luego desgrabada para su transcripción y análisis por parte de la investigadora responsable. La información que usted brinde durante la entrevista será confidencial y se garantiza la protección de su identidad, no siendo identificada en ningún reporte ni publicación que se realice.

Tomar en cuenta que:

- Participar en la entrevista no tendrá ningún costo ni compensación económica.
- Su participación es totalmente voluntario en todo el proceso de duración de la entrevista, pudiendo detener o suspender la misma cuando así lo estime conveniente.
- Tiene derecho a negarse a participar en el estudio y esta negativa a participar no tendrá efectos negativos para usted de ningún tipo.
- En caso de cualquier pregunta que desee formular, le agradecemos se dirija a las Lic. Carolina Farías, 099023365 y a Alejandra López Gómez (directora de tesis), 24008555 int 320.

Declaración de consentimiento: He leído o escuchado la información que me han dado sobre la investigación, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Acepto voluntariamente participar en el estudio.

Firma participante / Aclaración / Fecha / Firma Investigadora

En el caso de no consentimiento, explicar brevemente los motivos del mismo

C - Pauta de entrevista

- Cómo vivió el proceso del embarazo? Asistió a talleres de preparación para el parto? Tuvo dificultades durante el embarazo? De que tipo?
- Cuando se definió que el parto sería por cesárea? Fue por Indicación médica? Por decisión suya? Por qué?
- Qué sabía usted sobre la cesárea?
- ¿Qué información le dieron acerca de los riesgos y los beneficios de realizar la cesárea en ese momento?
- ¿Cómo fue brindada esa información, por quienes y en qué momento?
- ¿Le pidieron su consentimiento informado?
- ¿Cómo fue la vivencia de la cesárea? (explorar sobre todo el período de hospitalización)
- ¿Estuvo acompañada? (indagar sobre acompañamiento pre, durante y post cesárea)
- ¿Cómo se sintió a posteriori de la cesárea? (explorar síntomas físicos, vivencias)
- Qué recuerda de esos primeros momentos?
- ¿Cómo vivió usted la experiencia? Ahondar sobre la relación consigo misma, con su cuerpo, su maternidad, relación con su hijo/a.
- El parto fue como usted se lo imaginaba a priori? Por qué?
- Qué le diría a una mujer que va a tener a su hijo por cesárea? Le daría "consejos" de algún tipo?
- Siente que tuvo consecuencias sobre su bienestar o en su relación con la maternidad?
- En caso de embarazarse nuevamente, volvería a tener un nacimiento por cesárea? Por qué?