

“Fue un terremoto”: violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile

“It Was an Earthquake”: Obstetric Violence and Women’s Stories in Chile

“Foi um terremoto”: violência obstétrica e relatos de mulheres no Chile

Stella Maris Salinero Rates

Doctorado en Estudios Interdisciplinarios sobre Pensamiento, Cultura y Sociedad, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

Recibido el 29 de abril de 2020; aceptado el 12 de octubre de 2020

Disponible en Internet el 15 de junio de 2021

Resumen: El objetivo de este artículo es explorar las transformaciones que la vivencia de violencia obstétrica ha producido en la percepción que las mujeres tienen de sí mismas, esto es, su autoimagen, su cuerpo y sexualidad. A través de los relatos de vida cuatro narradoras-colaboradoras de las regiones metropolitana y de Valparaíso (Chile), he podido conocer cómo en sus transformaciones conviven aspectos negativos con otros positivos, desde una primera etapa de fuerte cuestionamiento y culpabilización, pasando por estados depresivos y suspensión de la sexualidad por largos periodos. La elaboración de la experiencia conllevó una ardua tarea de reapropiación del cuerpo por medio del autoconocimiento, junto a la emergencia de una conciencia ético-crítica que las movilizó a compartir su experiencia con otras mujeres.

Palabras clave: Violencia obstétrica; Transformaciones en sí misma; Cuerpo; Sexualidad; Autoimagen; Feminismo

Abstract The purpose of this article is to explore the transformations caused by the experience of obstetric violence in the perception women have of themselves, in other words, their self-image, their bodies and their sexuality. Through the life stories of

Correo electrónico: stellasalinero@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-6021-4591>

Debate Feminista 62 (2021) pp. 142-168
ISSN: 0188-9478, Año 31, vol. 62 / julio-diciembre de 2021/

<http://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2021.62.2277>

© 2021 Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones y Estudios de Género. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

four narrator-collaborators from the metropolitan region and Valparaíso (Chile), I have been able to learn how negative aspects coexist with other positive ones in their transformations, from an initial stage of intense questioning and blaming, through depressive states and the suspension of sexuality for long periods. Elaborating the experience involved the painstaking reappropriation of the body through self-knowledge, together with the emergence of an ethical-critical awareness that encouraged them to share their experience with other women.

Key words: Obstetric Violence; Transformations of The Self; Body; Sexuality; Self-Image; Feminism

Resumo: O objetivo deste artigo é explorar as transformações que a vivência da violência obstétrica produz na percepção que as mulheres têm de si mesmas, ou seja, sua autoimagem, seu corpo e sexualidade. Através das histórias de vida de quatro narradoras-colaboradoras das regiões metropolitanas e de Valparaíso (Chile), foi possível conhecer como aspectos negativos convivem com outros positivos nessas transformações, desde uma primeira fase de forte questionamento e culpabilização, para estados de depressão e suspensão da sexualidade por longos períodos. A elaboração da experiência implicou uma árdua tarefa de re-apropriação do corpo pelo autoconhecimento, aliada ao surgimento de uma consciência ético-crítica que as mobilizou a compartilhar sua experiência com outras mulheres.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Transformações em se mesma; Corpo; Sexualidade; Autoimagem; Feminismo

Introducción

*No estamos construidas ni desde "adentro" ni desde "afuera"
nuestra piel está viva con señales; nuestras vidas y nuestras muertes
son inseparables de la liberación u opresión
de nuestros cuerpos pensantes (traducción propia).*

ADRIENNE RICH, 1995

Desde que en el año 1976 la poeta y teórica feminista estadounidense Adrienne Rich publicara su clásico libro *Nacemos de mujer: maternidad como experiencia e institución*, en el cual reflexiona en torno a la violencia con que actúa la institución médica sobre los cuerpos de las mujeres, vinculándola directamente con el orden patriarcal y la posición subordinada de las mujeres en la sociedad, se abrió un campo de estudio e investigación de enorme potencia en torno a la problematización sobre los modos en que el sistema

de salud ejerce violencia contra las mujeres a través de la práctica de la ginecología y la obstetricia.

Si bien la primera vez que se utilizó la frase “violencia obstétrica” de la que se tiene registro fue en 1827, en Inglaterra, para señalar los estragos de una escena de parto en el cual la sangre, las laceraciones y la violencia eran el ingrediente principal (Ruiz-Berdún y Olza, 2016), solo recientemente este fenómeno se ha comenzado a estudiar de modo más sistemático y se ha identificado bajo dicho concepto, el cual nace como una crítica al sistema de asistencia al parto predominante en la cultura occidental fruto de la burocratización y estandarización del nacimiento (Bellón, 2015). Ya en la década de 1960 en Estados Unidos y Europa, se estaba cuestionando el excesivo control médico sobre los cuerpos de las mujeres y la necesidad de recuperar el saber en torno a ellos (Rich, 1995). En América Latina se realizaron dos eventos para cuestionar, reflexionar y tomar medidas en torno a la violencia producida en los nacimientos en su tránsito hacia la medicalización; el primero fue en 1985 en Fortaleza, Brasil, organizado por la OMS, donde se generó una serie de recomendaciones para el uso apropiado de tecnología en los partos (que son parte de las que se siguen en la actualidad y que detallaré más adelante), y el otro fue en el año 2000, también en Brasil, convocado por parteras y profesionales de salud, con el fin de humanizar el parto y devolverle el protagonismo a las mujeres y sus hijas/os reconociendo sus costumbres culturales, necesidades y saberes (Gómez, 2007). En esta reunión nació la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y del Nacimiento, organización de mujeres y feministas de nuestra región.

La violencia obstétrica ha sido definida como la apropiación del cuerpo de las mujeres por parte del personal de salud mediante prácticas que devienen en la medicalización y patologización de sus procesos reproductivos, así como en la pérdida de autonomía que trae serias consecuencias en la calidad de vida de las mujeres (Arguedas, 2014; Belli, 2013; Bellón, 2015; Cohen, 2016; Gonçalves Da Silva, Carreira, Pinheiro, Carcaman y Kakuda, 2014; Sadler, Santos, Ruiz-Berdún, Leiva-Rojas, Skoko, Gillen, y Clausen, 2016; Infante y Leiva, 2016).

La medicalización se refiere a la excesiva intervención médica durante la gestación, el parto y el puerperio (Almonte, 2016; Contreras y Fernández, 2015; Sena, 2016) y la patologización se ha entendido como un efecto que convierte al cuerpo materno y al parto-nacimiento en una enfermedad y, por tanto, en un potencial riesgo. Nuestros cuerpos han sido tratados a través de

la metáfora de la máquina cuyo fin sería la reproducción y el ginecobstetra se entendería como el técnico legitimado que puede repararnos (Martin, 2001) despojándonos de nuestra autonomía. La violencia obstétrica se traduce en prácticas concretas, como la episiotomía de rutina (corte en el periné), la maniobra de Kristeller, la cesárea sin justificación, la rotura de la membrana, el monitoreo constante, el uso de oxitocina sintética para producir y acelerar las contracciones uterinas, los tactos reiterados, etcétera. Del mismo modo, puede traducirse en prácticas con efectos en el nivel psicológico, como la infantilización, las amenazas, las burlas y groserías, como también la negativa a dar atención (Contreras y Fernández, 2015; INDH, 2016; OMS, 2014).

Si bien no existe una definición única del concepto de violencia obstétrica, existe acuerdo en diferenciarla de otras prácticas de violencia médica, en el entendido de que estaría dirigida hacia las mujeres, en particular hacia las gestantes, parturientas y puérperas. Hace referencia a una forma específica de violencia de género, arraigada en concepciones socioculturales sobre las mujeres y los cuerpos femeninos, y que sería una expresión más del continuo de violencia hacia las mujeres (Belli, 2013; Cohen, 2015; Contreras y Fernández, 2015; Nacer en Libertad, 2015). Se trataría de una expansión de la violencia que experimentan las mujeres en los distintos ámbitos de sus vidas en el campo de su salud sexual y reproductiva.

Es necesario pensar la violencia obstétrica como un fenómeno complejo en el que se cruzan diversas formas de violencia contra las mujeres (institucional, simbólica, médica, de género, violencia sexual, concreta o material). Específicamente, existen estudios desde la fenomenología feminista que conciben la violencia obstétrica como un modo de controlar y volver pasiva la potencia del cuerpo de las mujeres gestantes (Cohen, 2015). La violencia obstétrica también ha sido analizada desde la biopolítica y la crítica al modelo biomédico (Arguedas, 2014; Binfa, Pantoja, Ortiz, Gurovich, Cavada y Foster, 2013; Contreras y Fernández, 2015, Gonçalves Da Silva et al., 2014). Gabriela Arguedas (2014) propone el concepto de *poder obstétrico* para comprender cómo este opera a través de la autoridad del discurso y práctica médica, cuyo fin sería la producción de cuerpos femeninos dóciles en pos de maximizar la efectividad de las gestaciones y parto-nacimientos. Esta cuestión ha significado un proceso histórico de exclusión de las mujeres de los saberes propios sobre sus cuerpos y sus procesos reproductivos, que se expresa en el desplazamiento de las parteras de la atención al parto y sitúa la ginecología-obstetricia como el único conocimiento autorizado (Ehrenreich y English,

2006). Una consecuencia de esta crítica ha sido un movimiento de retorno a los partos en las casas, la creación de casas de partos o, en su defecto, la “humanización” o el respeto dentro del hospital (Nacer en Libertad, 2015).

El concepto de violencia obstétrica ha sido fuertemente rechazado desde el ámbito médico y de la salud, que ha preferido abordar este tema desde una perspectiva centrada en la calidad de la atención (Pozzio, 2016; Villanueva, Ahuja, Valdez y Lezana, 2016). Esta negativa de situar dichas prácticas como violencia es sintomática de una cultura y sociedad machista que invisibiliza la constante desigualdad y violencia hacia las mujeres como parte del orden establecido. Sin embargo, la promulgación en Venezuela durante el año 2007 de una ley donde se hace reconocimiento de la violencia obstétrica ha sido paradigmática para definir y tipificar este tipo de violencia y delito (Villanueva *et al.*, 2016) cuestión que ha llevado a otros países de la región a legislar (México, Argentina) y que hoy tiene en el congreso chileno un proyecto de ley en espera de ser aprobado, el cual ha sido impulsado por organizaciones feministas y de mujeres.¹

En 2016, el Instituto Nacional de Derechos Humanos de Chile incluyó por primera vez en su informe anual un apartado sobre VO, a raíz del caso de una comunera mapuche encarcelada y obligada a parir engrillada. La Primera Encuesta Nacional sobre violencia ginecológica y obstétrica en Chile (Colectiva contra la violencia ginecológica y Obstétrica, 2020), demuestra los altos niveles de maltrato existentes en las consultas ginecobstétricas y en las salas de parto: 79.32% de las más de cuatro mil participantes de la encuesta respondió haber vivido VO; 48.2% se sintió infantilizada o anulada por equipo médico (antes, durante y/o después del parto); 45% afirma que la hicieron objeto de procedimientos sin pedir su consentimiento; a 28.6% se le impidió estar acompañada y a 24.9% se le impidió el contacto inmediato con su hija/o. Significativamente, 46.6% afirma que la experiencia de parto la hizo sentir vulnerable, culpable e insegura en algún sentido. En relación con las intervenciones durante el parto: a 51.2% se le administró medicamentos para apurar el parto; a 48.7% le realizaron tactos reiterados; a 37.7% se le practicó

¹ Recientemente, el Senado de Chile aprobó la definición de violencia ginecobstétrica para incluirla en el proyecto de ley “Sobre el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia”. Es un avance, pero sin duda se necesita un esfuerzo en conjunto que modifique la enseñanza al interior de las escuelas de medicina y ginecobstetricia, que incluya un enfoque en derechos sexuales y reproductivos y derechos humanos.

la maniobra de Kristeller; a 43.2% se le hizo episiotomía; a 48% cesárea y a 5.6% se le practicó raspaje de útero sin anestesia en situación de aborto.

Violencia obstétrica, trauma relacional y política de localización

Los datos anteriores dejan ver que la presencia de la violencia obstétrica en la vida de las mujeres parece estar mucho más extendida de lo que podemos suponer y sus consecuencias, a nivel emocional y corporal, son mucho más profundas de lo que hoy conocemos; permanecen ocultas en la normalización y naturalización de las prácticas médicas, legitimadas como el único conocimiento autorizado sobre nuestros cuerpos y sexualidad. Esta situación dificulta su cuestionamiento y problematización, así como la elaboración de la experiencia por parte de las personas que la han vivido.

¿Cuáles son las transformaciones que produce la vivencia de violencia obstétrica en la percepción que las mujeres tienen de sí mismas, sus cuerpos y su sexualidad? Esta pregunta se presenta como una manera de aproximación a los efectos que sobre la vida de las mujeres tiene la medicalización del parto, así como una apertura para recoger sus testimonios y relatos.

Las transformaciones que experimentan las mujeres producto de la violencia obstétrica las indagué, específicamente, en torno al concepto de sí misma/o, entendido como autoimagen, como un proceso en constante actualización, que determinaría nuestra individualidad y que configuraría nuestra manera de vivir (Rogers, 1959). He decidido incluir en la categoría desarrollada por Rogers las dimensiones correspondientes a la corporalidad y sexualidad en el sentido que les confiere Mari Luz Esteban, ya que la vivencia y la percepción de nosotras/os mismas/os es encarnada y dinámica (2004). Tal como lo propongo, la experiencia de la violencia obstétrica alteraría el autoconcepto que las mujeres tienen de sí, así como las relaciones con el entorno y forma de vida. El autoconcepto se refiere tanto a la autoimagen (imagen de sí misma) como a la autoestima (valoración de sí misma). Al mismo tiempo, considero la corporalidad en tanto funciones, potencialidades y/o capacidades corporales, que se verían transformadas por esta vivencia. La sexualidad se entenderá referida a las prácticas concretas (deseo, frecuencia, etcétera), las cuales experimentarían cambios respecto a su estado anterior a la vivencia de violencia obstétrica.

La experiencia de violencia obstétrica impacta negativamente en la vida de las mujeres de modos muy diversos, pero que convergen en la figura del

trauma, entendida como una grave herida anímica o física provocada de forma violenta por un agente externo (Länge, 2009). En este sentido, muchas de las prácticas que se consideran violencia obstétrica redundan en incisiones y cortes en el cuerpo (episiotomía u operación cesárea) que de un modo u otro cambian su fisonomía y la percepción que tenemos de este, al provocar resultados tales como cicatrices, relaciones sexuales dolorosas, problemas de incontinencia, entre otros. Este concepto de trauma es coincidente con la idea de *trauma relacional* desarrollada por Jessica Benjamin (2012) quien, desde una perspectiva intersubjetiva, propone que para que el sí misma/o pueda experimentar plenamente su subjetividad debe ser reconocido por otro/a. Planteo que el reconocimiento es lo que se ha perdido en la violencia obstétrica, produciendo en su lugar la objetualización de las mujeres. Así, ese otro/a niega e imposibilita la emergencia intersubjetiva del sí misma/o. De este modo, postulo que la violencia obstétrica produce el trauma provocado por un tercero/a en su doble dimensión de profesional de la salud y representante de una institución. Sin embargo, la violencia obstétrica opera de una forma menos explícita o menos evidente, en la medida en que se supone que actúa por el bienestar de esa persona sobre la cual se ejerce, camuflándose a través de retóricas del cuidado (Salinero, 2017).

Entiendo por política de localización la posición social y cultural de la persona que habla. Me interesa este concepto postulado por Adrienne Rich (1984) porque sitúa la experiencia y el cuerpo como lugares legítimos de enunciación, espacios desde donde se producen conocimientos. Para la autora, el pensamiento está situado en la contingencia de la propia experiencia y por ello constituye un ejercicio parcial, no universal. La política de localización, en la perspectiva feminista, se articula primariamente desde el cuerpo, considerado como sitio de intersección entre lo biológico, lo social y lo lingüístico, y porque ha sido justamente desde este, que se ha erigido la subordinación y el dominio sobre las mujeres (Rich, 1995). También, porque el cuerpo es precisamente desde donde se pretende subvertir los códigos culturales y abrir la posibilidad a nuevos imaginarios. Es en este sentido que planteo una política de localización feminista para analizar los relatos de vida de mujeres que han experimentado violencia obstétrica, como una forma crítica de los estereotipos y convenciones normativas sobre los cuerpos de las mujeres, específicamente el cuerpo gestante y materno.

La herida física y psíquica que provoca la vivencia de la violencia obstétrica está vinculada a la experiencia del ser mujer en nuestra sociedad. El

cuerpo gestante, como cuerpo sano, fuerte, saludable y vital, no corresponde con las expectativas que sobre el cuerpo femenino existen en la sociedad. Todo lo contrario, se espera —según Cohen— que sea pasivo, débil, sufriente, dependiente y, por lo tanto, en esta situación de no coincidencia, será necesario ponerlo en su “lugar” dentro de las relaciones de poder y con ello reobjetivarlo (Cohen, 2016; Sadler *et al.*, 2016). Así, según Sadler *et al.* (2016), la violencia sería funcional para reproducir la narrativa de género en la salud sexual y reproductiva, y sería estructurante de los cuidados maternos. Al mismo tiempo, como expone Rich (1995), al ser la maternidad un lugar específico de control sobre las mujeres, requiere de la producción de una subjetividad que responda a esos patrones culturales, en los que la culpa, el sacrificio y el poner la vida por y para otros/as, sean considerados valores que definen nuestro género, y que llevan implícita la idea de que debemos soportar la violencia.

Un acercamiento a la violencia obstétrica desde relatos de vida

Esta investigación se inscribe en el enfoque biográfico narrativo, es decir, toma como centro una dimensión particular de lo social a la que se accede por medio de la biografía o la historia de vida de diversas personas (Chase, 2015; Silva, 2008). El relato de vida puede situarse en un punto de inflexión de nuestra vida (Chase, 2015), como por ejemplo, el relato de la gestación y parto-nacimiento. En esta técnica, para iniciar la conversación se utiliza una consigna amplia, en este caso específico fue “cuéntame tu experiencia en relación a tu gestación, parto y puerperio”. Lo que pretende el relato de vida es que la persona se exprese libremente sobre el tema planteado, posibilitando la escucha atenta de la investigadora, que solo interviene para pedir precisiones o ahondar en ciertos aspectos. Por ello se puede realizar más de un encuentro con cada participante (en este estudio se efectuaron dos, ambos en 2017). Durante el segundo encuentro, ahondamos en aspectos específicos que ellas relataron previamente en relación con las transformaciones en sí mismas producto de la vivencia de VO, profundizando en la percepción de cambios en su cuerpo su sexualidad y autoimagen.

Me interesa el relato de vida como técnica, porque releva la experiencia y permite acceder a la subjetividad de la persona. Se trata de conocimiento encarnado que, sin confundirse con una instancia terapéutica, podría significar un momento de encuentro y reconocimiento que posibilite la resignificación

simbólica de la vivencia de VO. El relato de vida podría abrir ese espacio para volver a vincularse y reconocerse con otro/a, en el sentido en que lo plantea Jessica Benjamin (2012). Realicé un muestreo intencional, para entrar en contacto con cuatro mujeres que viviesen en las regiones Metropolitana y de Valparaíso (las dos más pobladas del país), se hubiesen atendido bien en el sistema público, bien en el privado de salud, tuviesen conciencia de que vivieron VO y estuviesen dispuestas a compartir sus experiencias. Esto último lo consideré como un criterio ético y de cuidado hacia ellas.

Para encontrar colaboradoras, decidí ir a una actividad sobre VO en Valparaíso. Me contacté allí con dos mujeres (una de Valparaíso y otra de Santiago) quienes, a su vez, me contactaron con dos más que estaban interesadas en compartir sus experiencias. A cada una le expliqué los objetivos del estudio y firmaron un consentimiento informado que sigue los lineamientos éticos establecidos por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile, para este tipo de estudios.

Las cuatro mujeres son de nacionalidad chilena, con edades entre los 27 y los 37 años, residentes de la región de Valparaíso (dos) y de la región Metropolitana (dos). Sus partos tuvieron lugar entre 2002 y 2014, dos en establecimientos públicos y dos en hospitales privados. Sus hijas/os tienen entre 3 y 15 años. Todas las mujeres pertenecen a estratos socioeconómicos medio o medio bajo.

He analizado los relatos partir de un análisis de sus principales contenidos siguiendo una lógica singular y luego una lógica transversal, es decir, primero examiné en profundidad cada relato y observé sus particularidades, para luego considerar las continuidades y discontinuidades entre ellos. Para el análisis de los relatos puse especial atención a las categorías analíticas propuestas: transformaciones en autoimagen, cuerpo y sexualidad.

Sobre las experiencias de violencia obstétrica de las narradoras

Lila tiene 32 años, dos hijos, es educadora diferencial, vive en una comunidad no urbanizada hacia las afueras de Valparaíso con su pareja e hijos.* En su primera gestación, a los 19 años, mientras estudiaba educación diferencial en Valparaíso, estaba muy emocionada de ser madre, pese a que su embarazo

* Utilizo pseudónimos para proteger la privacidad de mis colaboradoras.

no fue planificado. Detectaron una anomalía en su gestación y su hija fue pronosticada como "incompatible con la vida". Esto no significó un problema para ella, ya que se sentía muy conectada y plena con su gestación, y pensaba que las cosas podrían mejorar. Cuando comenzaron las contracciones, su obstetra la derivó a un centro de salud privado donde no había cuidados de urgencia en neonatología, los que supuestamente iba a necesitar su hija dada su condición. Allí recibió malos tratos por parte del matrn de turno. Cuando nació su hija, la neonatóloga le impidió verla, no la dejó tomarla en brazos ni amamantarla. Se la mostraron desde una especie de incubadora para llevársela de inmediato a un centro de salud que sí cuenta con esos cuidados neonatales, sin que pudiera acompañarla. Allí comenzó un periplo por consultas de médicos que querían diagnosticar su caso, sin darle acompañamiento psicológico ni ayudarla a brindarle los cuidados amorosos que ella y su hija necesitaban. La niña murió a los cinco meses. A partir de esta experiencia, decidió no depender más del sistema médico y vivir sus nuevos partos en casa. Escribió un libro sobre violencia obstétrica, sanación con hierbas y partos en casa. Actualmente se dedica a la escritura, la educación, la partería y la prevención de la violencia obstétrica.

Alicia tiene 35 años, es soltera, vive en la comuna de Santiago. A los 30 años decidió, junto con su pareja, ser madre. Sabía que quería un parto amoroso, sin anestesia y respetado. Acudió a diversas consultas médicas y recibió burlas, ironías e incluso le recetaron pastillas para adelgazar. Encontró una clínica privada donde se sentía bien, podía realizar un plan de parto, y decidió tenerlo allí. El día del parto las cosas no fueron como esperaba; le pusieron anestesia sin preguntarle, la anestesia la aturdió y la dejó sin capacidad de reacción. La sala estaba llena de gente que la retaba [regañaba] y observaba. El pediatra y la matrona peleaban y su hijo nació en un ambiente lleno de gritos. Meses después, revisando unos videos de su parto, al ver su rostro inexpresivo al tomar a su hijo, se da cuenta de todo: ella había vivido violencia obstétrica. Desde allí logra comprender su estado emocional depresivo y se vincula con otras mujeres en la liga de la lactancia y en otras instancias de maternaje. En este proceso comienza su formación como doula. Más adelante crea una agrupación para denunciar la VO como violencia de género y promover el parto respetado.

Helena es matrona, está casada, tiene 34 años y tres hijas. Vive en Paine, comuna rural de la región Metropolitana. A los 19 años, mientras estudiaba obstetricia, quedó embarazada sin planificarlo; pensaba realizarse un aborto, pero su pareja del momento no la apoyó. Por ser estudiante de obstetricia, la

asistencia de su parto en el hospital clínico de la Universidad fue gratuito. Así, este parto, pese a ser intervenido (anestesia, oxitocina, episiotomía) lo recuerda como amoroso y con mucho apoyo de su ginecólogo; pudo ver cómo su hija nacía, estaba acompañada de su pareja e incluso pudo permanecer con su hija todo el tiempo, mientras la controlaban. Luego, a los 27 años, y ya con independencia económica y una nueva pareja, planificó ser madre nuevamente. Desde las primeras semanas de esta nueva gestación, apareció una enfermedad que la tuvo vomitando todo el tiempo (hiperémesis gravídica). Desfiló por distintas consultas médicas donde le repetían que ella no está aceptando su embarazo y que esa era la razón de su enfermedad e incluso le propusieron ir al psiquiatra. Fue hospitalizada varias veces a causa de esa condición. Como no lo soportaba más, planificó una inducción en el hospital, la cual terminó en una cesárea muy agresiva, en la cual no pudo tomar a su hija hasta el tercer día por los dolores producto de la intervención quirúrgica. Compartió con sus compañeras de trabajo lo que vivió, pero ellas lo normalizaron diciéndole: “así son todos los partos”. Sintió que había sido la peor experiencia de su vida y no lograba comprender por qué sus colegas no empatizaban con su sufrimiento. Comenzó a estudiar qué es la VO. Luego de siete años, decidió volver a ser madre y se preparó para ello. Aunque volvió a tener hiperémesis gravídica, logró controlar su condición gracias a que se formó como instructora de yoga prenatal. Llevó a cabo el parto en casa, donde participaron su pareja y sus dos hijas. Ahora se dedica a atender partos en casa, promover los derechos del nacimiento y es parte de una agrupación para prevenir la VO.

Silvana tiene 30 años, está casada, tiene dos hijxs, vive en el sector de Playa Ancha de Valparaíso. Es contadora general, ingeniera y técnica en administración de recursos humanos. Cuando tenía cuatro años, su madre murió, por lo que la gestación y la maternidad los imaginaba como un cierre en su historia de vida en que imaginaba que nunca más iba a estar sola. En el momento de su primera gestación, a sus 23 años, fue atendida tanto por un ginecólogo particular como un consultorio del sistema público de salud, porque no estaba segura de si tener a su hija en una clínica o en el hospital. Había escuchado historias en su entorno sobre malos tratos en el hospital a mujeres que parían muy jóvenes y sentía miedo de que le fuese a ocurrir, pero finalmente tomó la decisión de atenderse allí y así utilizar el dinero del costo por la atención en comprar cosas para recibir al bebé. Cuando comenzaron las contracciones, acudió al hospital. No la dejaron estar acompañada, la retaron,

le hicieron tactos reiterados y dolorosos, la obligaron a desvestirse en público, la amenazaron que si no se aguantaba las contracciones, no le pondrían anestesia. En su segunda gestación, fue atendida nuevamente en el hospital, porque ya conocía la situación y de qué manera comportarse para eludir el mal trato. Además, en esa ocasión, podría estar acompañada por su marido, ya que se había implementado un programa de apoyo al parto. Asistió a charlas donde le explicaron el nuevo trato humanizado del parto en el hospital y se sintió entusiasmada. Paralelamente, en una ecografía, el médico la regañó por estar "gorda" y le practicó un examen muy doloroso cuyo efecto fue sentirse culpable por su peso. Durante el parto no se cumplieron las expectativas del nuevo trato y solo la dejaron estar algunos breves momentos con su pareja. Decidieron que no tendrían más hijas/os y, como ella quería dejar las pastillas anticonceptivas, su pareja se realizó una vasectomía. Tiempo después, al ver un programa de televisión sobre VO, supo que ella también la había vivido y pudo ponerle nombre a su malestar. Desde ese momento, conversa sus experiencias con mujeres cercanas que están gestando para prevenir los malos tratos y la violencia.

Prácticas de violencia obstétrica que emergieron de los relatos de vida

Los análisis de los relatos de vida evidenciaron una serie de prácticas de violencia obstétrica. Sin ser el centro de nuestro análisis, consideramos que es necesario describirlas, pues constituyen el escenario de la vivencia de violencia de cada una de las cuatro narradoras. Entre las prácticas específicas de violencia que nombraron, encontramos aquellas referidas a la obligatoriedad de mantenerse acostadas durante el trabajo de parto, la falta de privacidad a la que son sometidas (la que se expresa en la petición de desnudarse delante de otras personas), burlas, retos y amenazas del personal de salud, la negativa a dejar que la parturienta viera o tomara en brazos a la criatura recién nacida, así como intervenciones innecesarias y/o agresivas.

Y tuvimos una cesárea súper agresiva, súper agresiva. No estuve nada con mi hija, no la vi, yo diría creo que como a las 48 horas. Debo haber estado dos días sin verla. Salí muy adolorida de la cesárea cuando desperté, porque me quedé dormida en la cesárea y desperté en la sala de recuperación, sola, oscura, sin guagua y sin nadie al lado (Helena).

Ellos privilegiaron, o sea priorizaron el taparse bajo la pantalla de que tenían una incubadora, a que yo fuera quien la tuviera en brazos. Yo no la pude tomar en brazos. Y así desconectada y todo me dicen: "Te la vinimos a mostrar" (Lila).

Cuando llegamos a la sala, había un montón de gente, de funcionarios, y además de niñas que estaban ya hospitalizadas, y lo primero que te dicen es que te tienes que sacar la ropa y poner el pijama con todas las personas que estaban ahí; niñas, mujeres, y que te saques la ropa y que te tienes que poner pijama y acostarte (Silvana).

Él quería sacarme a la guagua y ella [la matrona], así como afirmándome la guagua, y como no dejando que el pediatra pasara. Y a gritos, ¿cachay?, así nació mi hijo, en un ambiente lleno de gritos, y yo, así, no cachando [entendiendo] nada (Alicia).

Un segundo tipo de prácticas violentas que se mencionaron corresponde a las que hemos denominado institucional, simbólica y de género; estas denominaciones aluden a ejercicios de violencia poco evidentes, más bien indirectos e invisibles, entre los cuales encontramos la despersonalización (entendida como un modo de anular la identidad de la mujer al obligarla a quitarse aquellos signos que son parte de su personalidad), el privarlas de compañía de la pareja, la separación obligatoria madre e hija, la infantilización, la patologización y la apropiación del cuerpo por parte del personal de salud (este fue un tema que se mencionó en reiteradas ocasiones y tiene que ver con el modo en que es tratado el cuerpo de las mujeres al considerarlo un objeto que se puede manejar, controlar e intervenir, mientras ellas son dejadas al margen de las decisiones y procedimientos que se les realizan; asimismo, actúa negando el conocimiento que las mujeres poseen sobre sus propios cuerpos). Por último, mencionaron la normalización de la violencia obstétrica por parte del personal de salud.

Evidentemente ese día donde yo parí a la Elisa, ¡me robaron mi cuerpo! [...] porque además terminó en una situación súper trágica también [...] me privaron de lactar, me privaron de tomarla al upa y sentirla cerca, entonces como que siento que no fue esto que dicen: “ya bueno, es difícil el parto; pero después tení la satisfacción de tener a tu guagua”. Eso no me lo dieron a mí tampoco [...] entonces [...] como sacarme de mí, y creo que no, no voy a volver a ser esa otra persona que era (Lila).

Entonces empecé a cachar que con todas las personas que estaba trabajando, mis colegas que tenía alrededor pensaban que eso era normal, que estaba bien, que estaba bien ¿cachai? Y entonces fue así ¡me sentía peor! Iba a hablar con ellos y de verdad lo único que pasaba es que ellos querían normalizar esa situación que para mí había sido lo peor que me había pasado en la vida. Y me empecé a meter en el tema de las intervenciones innecesarias, de la violencia obstétrica, qué es lo que significaba la violencia obstétrica en realidad y como cuántos años llevamos haciéndola y ejerciéndola, como matrona, como matrona (Helena).

También emergió una serie de prácticas referidas a las intersecciones entre género, clase social y edad. En el sistema público, las mujeres están sujetas a

la arbitrariedad y poder de quienes trabajan allí; es la percepción que tienen de esa mujer la que hace que decidan, por ejemplo, si merece anestesia o no, y condicionan la atención a una expectativa de comportamiento asociada a la idea de que “le están haciendo un favor”. No solo es un sistema de salud sin derechos, sino también punitivo, donde la anestesia se convierte en un mecanismo asociado al dolor que discrimina o no a las mujeres pobres a través de su administración en el parto. De este modo, una mujer que reclama sus derechos, que pregunta más de lo “conveniente” o cuestiona ciertas prácticas, es considerada “problemática” y es castigada.

El anestesista me dice que me tengo que poner en una posición súper incómoda, que es como abrir las piernas y *flectarme* hacia delante, para que me pudieran poner la epidural. Y fue súper incómodo porque justo me vino una contracción en el momento en que él me iba a poner la anestesia, entonces él me dice: “quédate quieta o si no, no te la pongo”, y yo le digo: “pero espérese un poco, porque tengo una contracción”; y me dice: “no, es ahora o nunca”. Y me tuve que aguantar la contracción para que él me pudiera poner la anestesia (Silvana).

Respecto a la edad, se exhibe con mayor rigor cómo el sistema de salud reduce a las jóvenes, infantilizándolas, en gestos que podrían pasar inadvertidos, que se podrían confundir incluso con gentileza, pero que disminuyen a una mujer hasta el punto de convertirla en otra bebé.

Ella se acerca y me dice: “no trajo sus cosas, pero por suerte, aquí a una mamá se le quedó una colonia de guagua [loción infantil], así que de esa le voy a echar”. Y me empezó a echar colonia de guagua, mientras me ayudaba a cambiarme, a sacarme las cosas con sangre [...] ¡qué transgresor! O sea, se metieron por la raja toda mi sensación de victoria, todo, igual me minimizaron a que yo era una guagua (Lila).

Transformaciones en sí mismas como respuesta a la violencia obstétrica

*Sin nombre, raza ni credo, desnuda / de todo y de sí misma, da su entrega,
hermosa y pura, de pies voladores. Sacudida como árbol y en el centro /
de la tornada, vuelta testimonio (La Bailarina, GABRIELA MISTRAL).*

Resulta importante señalar que, en sí mismos, la gestación, el parto y el puerperio comprenden etapas complejas para las mujeres (hermosas y difíciles), las cuales conllevan transformaciones en los ámbitos interconectados

que proponemos en esta investigación, a las que se suman las demandas y expectativas sociales de la maternidad (Rich, 1995). Como en el extracto del poema de Gabriela Mistral, estas mujeres que experimentaron VO entregan su testimonio describiendo procesos de reconstrucción de sí mismas después de haber sido *sacudidas* como árboles. Otra metáfora que surgió de los relatos y que también connota ser sacudidas, describe la vivencia de la VO y su elaboración como un *terremoto*. Terremoto que remeció los cimientos sobre los que ellas habían establecido sus vidas hasta ese momento y las llevó a un profundo proceso de autoconocimiento. Todas las narradoras han tenido que lidiar con la ambivalencia de emociones negativas y positivas, de recuerdos dolorosos mezclados con el orgullo de haber logrado sobreponerse. En estos procesos de elaboración de sus vivencias, además se han enfrentado a los mandatos de género que suponen a las mujeres (y particularmente a las gestantes y puérperas) pasivas y sin movimiento.

Transformaciones en autoimagen

La mayoría de las narradoras concuerdan en que luego de la vivencia de violencia obstétrica pasaron por un largo periodo de depresión (que va de uno a tres años, aproximadamente). En tres de los relatos se narra la posibilidad de terapia psicológica y psiquiátrica (paradójicamente, se les invita a recurrir a tratar los efectos del modelo médico mediante una nueva medicalización). Dos de ellas dejaron los medicamentos recetados por considerar que las adormecían, en un símil del proceso vivido por la anestesia durante el parto. En dichos momentos, los cuestionamientos y los sentimientos de culpa fueron constantes y las llevaron a comunicarse con otras mujeres que habían vivido partos similares en un intento de entender su propio malestar y dolor, y desde allí comenzaron un proceso de sanación. Al hablar de la vivencia, se vuelven a sentir las emociones negativas asociadas a ella. Asimismo, relatan que sienten que se convirtieron en otras personas, y que pudieron superar esta vivencia traumática con esfuerzo y profundo trabajo personal; incluso, dos narradoras expresan que esto les brindó un nuevo sentido a sus vidas y a la práctica de sus profesiones.

En relación con las transformaciones de autoimagen, encontré relatos que hablan de una mayor confianza en sí mismas y de mejoras en la autoestima, así como la emergencia de una conciencia ético-crítica frente al modelo médico hegemónico. Del mismo modo, expresan su sensación de haber adquirido una mayor fortaleza personal y de poseer nuevas he-

ramientas para afrontar sus vidas. Resulta muy interesante observar que perciben sus emociones de dolor y rabia como movilizadoras en su tarea para contribuir a evitar que otras mujeres vivan violencia obstétrica. Del mismo modo, se perciben capaces de poner más límites en sus relaciones interpersonales, e incluso algunas de las narradoras se enfrentaron a las personas que las violentaron en sus partos. Respecto a la experiencia de violencia obstétrica misma, algunas de las narradoras señalan que esta le confirió un sentido diferente a sus vidas, las hizo detenerse y mirarse, haciéndoles cambiar el orden de sus prioridades. Por ejemplo, "Y el hecho de trabajar en la partería hoy en día creo que... que es una forma de reivindicarme en mi vida" (Lila).

Siento que la forma en que el Daniel llegó fue generando una serie de procesos de toma de conciencia primero, y de sanación después, y de resignificación, que hoy día me tienen donde estoy, ¿cachay? Y agradezco caleta eso; entonces, es como de [risas]... desde un trauma a como que ¡paaa!, había que sacar algo bueno (Alicia)

Asimismo, todas ellas, en el proceso de lidiar con la violencia y elaborar su experiencia, transformaron esta vivencia negativa, cuya resignificación les permitió ayudar a otras mujeres y, al mismo tiempo, sanar sus propias experiencias. En cualquier caso, su conciencia crítica convive también con sentimientos de culpa, autoexigencia y minimización de las responsabilidades de las y los otros. En la siguiente frase se expresa este rasgo ambivalente que se produjo luego de la vivencia de violencia obstétrica: "Siento que a partir de ese evento tengo un rasgo depresivo y pesimista súper poderoso igual. Así como también veo esta posibilidad maravillosa de acompañar a las mujeres y sentirme súper fuerte acompañándolas" (Lila).

Por otra parte, aparecieron ejemplos de transformaciones que expresan aumento en la confianza en sí mismas y mejoras en la autoestima, que les brindan seguridad para realizar acciones por su bienestar y el de otras mujeres:

Mis otros dos partos fueron en casa debido a esto. Yo no quería que ningún desgraciado tocara a mis cabros chicos. Podría haberme dado más miedo, pero fue al revés. Me dio una fortaleza como hacerlo y un miedo más profundo a que otro lo hiciera (Lila).

Cuando hicimos el cierre con las Casildas, yo les decía, pa' mí esto es como el cierre [...] Sí, la herida está, y hoy día es ese dolor y esa rabia y, y todo lo que genera, que me moviliza pa' ojalá evitarle esto a otras mujeres (Alicia).

En todos los relatos pude apreciar que, aun en el presente, existen ciertos eventos o momentos en que resulta inevitable para ellas volver inconscientemente a revivir sus experiencias, pues persiste la herida provocada por la violencia obstétrica como trauma relacional.

Me dio pena porque así uno revive un poco esas sensaciones en donde te sentiste más vulnerable. Lo primero que recuerdo cuando conversamos estos temas, recuerdo las sensaciones y de lo que en definitiva marcó la experiencia, porque yo no voy a volver a tener más hijos, entonces las únicas experiencias que me quedan son esas (Silvana).

Un fenómeno muy interesante que he podido constatar es lo que he denominado emergencia de una “conciencia ético-crítica”. Se trata de un proceso de carácter dialógico en el que, junto con otras mujeres, se va adquiriendo conciencia de la violencia vivida y de sus causas y consecuencias. Estamos frente al nacimiento de una conciencia que permite juzgar un modelo o sistema a partir de sus prácticas violentas. Dicha conciencia ético-crítica se rebela frente a las relaciones jerárquicas y autoritarias que establece la ginecología, donde las mujeres no tienen voz y sus cuerpos son silenciados, medicalizados y patologizados. Esta crítica se dirige además hacia la salud de mercado de Chile donde —expresan— la calidad estaría mediada por cuánto puedes pagar y por el miedo de correr algún riesgo. Así, juntarse con otras les permitió ver que sus experiencias de violencias eran compartidas, y que respondían tanto al sistema sexo/género como a las desigualdades propiciadas por la condición socioeconómica y su expresión en el sistema de salud. Se trata de un proceso de darse cuenta y poner nombre (violencia) a lo que les ocurrió, así como de atribuir responsabilidades y comprometerse con la acción. Se trata de un momento en que se superpone una serie de categorías (el sexo y la clase social para el caso que presentamos).

El proceso de darme cuenta de que había vivido violencia obstétrica siendo parte del sistema, siendo ignorante igual, significaba que la gente que no cachaba nada del sistema estaba más vulnerable aún. Entonces, era como ahí mí despertar finalmente a la educación y al socializar este concepto nuevo de la violencia obstétrica (Helena).

La adquisición de conciencia las comprometía con la acción, esto es, contribuyó a que ellas pusieran su experiencia al servicio de otras mujeres, ya fuese a través del acompañamiento, la enseñanza en talleres o simplemente

al relatar su experiencia en su círculo de amigas. Al estar la VO tan naturalizada e invisibilizada, vivida a menudo en la soledad del puerperio, solo el hecho de compartir la experiencia con otrxs puede significar el comienzo del deseo común de un mundo en donde la VO no se siga reproduciendo.

Bueno, a nivel personal, me hace sentir como las ganas de que esto se, se transparente, digamos. Se visibilice, como decía la vez anterior. No es posible que no todos sepamos lo que pasa efectivamente. Entonces, desde allí eso me pasa. Siento que es necesario que esto se muestre (Silvana).

Y en todo ese proceso el parto mismo y los procesos que sucedieron ahí, también desencadenan esto, que yo no quiero que otras mujeres se vean expuestas a la violencia obstétrica, donde tengo que hacer algo y estar y haciendo talleres (Alicia).

Transformaciones en la percepción del cuerpo propio

Las transformaciones que las narradoras perciben en sus cuerpos tienen relación con un proceso de autoconocimiento, en un modo de reconocer el cuerpo de forma distinta al propiciado por el sistema de salud (cuerpo sumiso/cuerpo objeto), deteniéndose en sus ciclos, ya no patologizados (muchas de ellas fueron diagnosticadas de ovarios poliquísticos, por ejemplo), sino en su funcionamiento particular. Las narradoras dicen que antes de la vivencia de violencia obstétrica no poseían una conciencia acabada de sus cuerpos, de sus ritmos, de su potencia y poder. Este reconocimiento se dio a partir de prácticas que las ayudaron a reconectarse con el mismo (concentrarse en los ciclos y en la menstruación, hacer trapecio, tener la experiencia de un nuevo parto no medicalizado, o convertirse en instructora de yoga prenatal). Se trata de prácticas que les permiten reapropiarse de su cuerpo, despertando y desarrollando su potencia y sensibilidad.

Y de ahí para adelante, viene un proceso de reconocer mi cuerpo de forma distinta, de amar mi luna. Hoy día es como bakán saber días antes que siento el útero, antes nunca lo sentí. Siento cuando se empieza a inflamar, ahí, como más de un lado que del otro, algo está pasando. Generalmente sé... en la noche ya va a bajar hoy día (Alicia).

Dos de las narradoras relacionaron estos deseos de reapropiación y conexión con el momento del parto asistido en el hospital, particularmente con su experiencia de ausencia de control corporal sobre el mismo, cuando se les pide que pujen en medio de la anestesia. Este momento es relatado

como ausencia de control y de adormecimiento: “cuando me pusieron esa anestesia y no sentí desde mis pechugas pa’ abajo, fue como la primera vez en que como que me di cuenta que había un cuerpo y que yo lo desconocía por completo” (Lila).

Otra de las cuestiones que surgieron fue la reapropiación del cuerpo a partir de la investigación, la educación, y también a través de una nueva experiencia de parto. Esta última situación la relatan dos de las cuatro narradoras, que se desafiaron a sí mismas en un parto en casa y lo describen como un reto para el cual se prepararon intensamente, que les permitió afirmarse a sí mismas y retomar el control de sus cuerpos y su sexualidad. Esta experiencia de desacato fue crucial para sentirse empoderadas, poderosas, y demostrarse a sí mismas que no necesitaban del sistema médico hegemónico para hacerlo.

Mi percepción corporal es súper distinta y él [su pareja] logró también conectarse con esa percepción. Entonces nuestra vida sexual, nuestra relación de pareja, es mucho más abierta, con mucha más comunicación, con más tolerancia y también hay, hubo un refuerzo entre nosotros, como de esta sensación de satisfacción después del parto, era el tremendo desafío y lo logramos. Lo logramos los dos solos y lo hicimos juntos (Helena).

O sea, yo igual había parido a mi hijo de poto, yo mido 1.53 m. Y el Ariel pesó 4 kilos, midió 51 cm, o sea un bebé gigante que más encima nació de poto, o sea todos los pronósticos contrarios, entonces yo me sentía súper fuerte, súper fuerte, y... y empecé a acompañar así (Lila).

Del mismo modo, se evidencia una estrecha relación entre la sensación corporal asociada a la lactancia, una suerte de electricidad en los pechos o axilas, con emociones tristes y una suerte de memoria corporal: “Yo lo igualo a cuando uno da teta, sientes como una electricidad [...] pero, por ejemplo, cuando mi hijo lloraba, yo sentía eso, pero también, por ejemplo, si yo veía en la calle algo que me daba pena, se me activaba esa sensación en las tetas” (Lila).

Las prácticas de reapropiación del cuerpo resultaron sumamente relevantes para recuperar el control sobre sus vidas. Estas prácticas abarcan un amplio espectro que puede ir desde pintarse el pelo, efectuar modificaciones corporales o realizar prácticas de reconocimiento del mismo.

Me volví a poner un *piercing* en la lengua, que me lo puse hace unos meses atrás, me pinté el pelo como yo quería tenerlo, de colores. Ahora este año me quiero hacer un tatuaje que tiene que ver como con todos estos procesos, y como la idea es mezclar un útero con una flor de loto (Alicia).

Transformaciones en la sexualidad

En relación con las transformaciones en la sexualidad, las narradoras relatan que en un primer momento, se expresaron como suspensión de la vida sexual, incluso dos de ellas terminaron con sus parejas. La sexualidad se fue reactivando a medida que se reapropiaron o redescubrieron sus cuerpos.

La sexualidad como que mejoró siento yo, mucho más después del parto. Cuando hice este proceso de hacer conciencia, de extrañar mi ciclicidad, de empezar a buscar a conectar un poco más con mi ciclo... fui mucho más consciente como de mi ser sexual y empecé a disfrutarlo más, la verdad (Alicia).

Dos de las narradoras también consideraron la experiencia satisfactoria de un nuevo parto, esta vez en casa, como un momento crucial en la recuperación de su sexualidad, e incluso una de ellas relata haber vivido un parto orgásmico. Sin embargo, fue un proceso paulatino relacionado con la sanación de su vivencia de violencia obstétrica, ya que en un primer momento las narradoras se enfrentaron a un bloqueo en su sexualidad:

Así que puede ser que lo visualizo así, o lo siento así; que mi cuerpo reaccionó de una forma y como de reseteo, pero obviamente sin un reseteo total. Sí. Creo que... en lo sexual puntualmente, porque recuerdo que me costó mucho volver a tener como una vida sexualmente activa que no fuese a partir de... de otros detonadores (Lila).

Otra de las transformaciones de la sexualidad reportadas revela que las narradoras incorporan su propio deseo como forma de rebelarse al control y sumisión de sus cuerpos en general, pero también a lo que en algunos casos denuncian como una violación de la intimidad, como la apropiación de sus cuerpos por parte del personal médico, y que es descrito —por su grado de violencia— en términos que se asemejan a la violación. Volver a contactarse con su cuerpo y su sexualidad fue para ellas una tarea explícita para reapropiarse de sí mismas.

Pero siento que después del primer parto yo me di cuenta que tenía un papel importante que desarrollar, como guiando esa sexualidad, como: esto es lo que a mí me gusta, o lo que no me gusta, o esto quiero, o así me siento mejor... no sé, como desde el cuerpo... Porque siento que desde el hospital cargo con mucha imposición, como que uno entra a ese espacio y siente como esa pata encima que exige que tú seas sumisa y que recibas todo lo que ellos te van a entregar, y que abre las patas, y que esto y esto otro... y es como de verdad, yo siento

que es una violación a tu cuerpo, a tu intimidad, a tus emociones, a lo que tú entiendes como identidad o propio, y es difícil volver a retomar eso y volver a sentir que tu cuerpo te pertenece y no volver a agachar la cabeza cada vez que te digan: ¡ya, súbase a la camilla! (Lila).

Si bien las narradoras no cambiaron la dirección de su deseo —que siguió siendo heterosexual— al reencontrarse con sus cuerpos, el quererlos y aceptarlos como son, sus experiencias sexuales se tornaron más satisfactorias. Ellas se dieron a sí mismas el poder de decidir cómo quieren vivir su sexualidad, de permitirse guiar su deseo y con ello no aceptar más imposiciones ni del sistema médico, ni de las normas que la sociedad dicta sobre la sexualidad femenina como sumisa y al servicio de otro.

Entre medio tuve un hijo y después otro, un segundo hijo, y siento que en lo que más ha modificado [la vivencia de violencia obstétrica] creo que es en lo sexual a través de, de aferrarme más a la sensación del placer, más que a otra cosa, como más que a sentir amor, sentir placer para después sentir amor ¿cachay?, como ir corporalizando en la sexualidad un disfrute, un celebrar la vida y no vivirla porque hay que vivir (Lila).

A diferencia de las otras, una de las narradoras mencionó la importancia de que su pareja se haya practicado una vasectomía para el desarrollo de una sexualidad más plena. Decidieron no tener más hijos/as y que esto no pasara por su cuerpo, pues ya llevaba dos partos y el uso de diversos anticonceptivos hormonales que la hacían sentir mal y de los cuales quería prescindir también porque no podía costearlos. La responsabilidad por la reproducción, en una sociedad machista como la chilena, sigue siendo de las mujeres y, como relata Silvana, los métodos son invasivos y caros. Sobre la decisión de la vasectomía cuenta:

Nos habíamos informado de que era un proceso mucho menos invasivo para ellos, ambulatorio, etcétera. En cambio, yo me tenía que... y también fuera de lo que significaba lo físico de una operación, lo pensamos: “bueno, nosotros somos iguales, ¿por qué soy yo la que siempre me he llevado la responsabilidad de cuidarme con anticonceptivos?, qué se yo” [...] porque esto, por ejemplo, mi suegra lo tomó como casi que era una prueba de amor. Pero no lo veo como heroísmo. El círculo cercano lo vio así como: “ah, él es tan bueno” (Silvana).

La operación convirtió su sexualidad en una práctica más igualitaria y placentera: “fue importante, nos ayudó a descubrir esta cosa como de pares”. Esta frase me parece relevante, puesto que rompió con el mandato de género de que son las mujeres las que deben hacerse cargo, y en este sentido la libertad

que ello le confirió afirmó su autonomía sexual y le permitió centrarse en el goce sin preocuparse de posibles gestaciones, como asimismo demostrar que es posible tener una relación heterosexual donde la responsabilidad es compartida y o consensuada.

Discusión: "Podría haberlo vivido desde otro lugar..."

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia hacia las mujeres, institucionalizada, naturalizada y validada por medio de las retóricas del cuidado médico. Uso este concepto para referirme a todas aquellas acciones u omisiones que, amparadas en un discurso del cuidado, son impuestas sin el consentimiento de las mujeres o fuerzan su voluntad a través del temor, la amenaza o la coerción (Salinero, 2017). Son acciones en ocasiones muy sutiles, pero que tienen como resultado la imposición de una serie de prácticas iatrogénicas. Buena parte de estas conductas violentas parecieran cursar sin conciencia por parte del personal de salud, el cual —por el contrario— puede sentir que está brindando los cuidados necesarios. Estos profesionales suponen poseer un saber especializado que termina por invisibilizar a las mujeres, desconocer sus propios saberes y negarles la autonomía necesaria para hacerse cargo de y participar en sus propios procesos reproductivos. Es por ello que, ante las demandas de las mujeres de un parto respetado o humanizado, gran parte del personal de salud no comprende a qué se refieren, ya que consideran que los procedimientos al uso siempre han sido los que se conocen, practican y son buenos. Se trata de una violencia casi imperceptible para quienes rodean a las mujeres, pero que tiene consecuencias aun más nocivas en tanto es practicada por aquellos/as que justamente debían cuidar de ellas.

A diferencia de otros trabajos que han explorado la dimensión traumática de la vivencia de violencia obstétrica (Sena, 2016), este estudio me ha permitido conocer un aspecto menos explorado y que remite a las transformaciones que las mujeres perciben en sí mismas después de sus experiencias de violencia. Todas ellas concuerdan en que la vivencia desencadenó múltiples transformaciones y su magnitud e intensidad se podrían comparar a las de un terremoto. Primero están los cambios percibidos en su autoimagen. Muchas han debido por mucho tiempo lidiar con la culpa y los autorreproches, ya sea por no haber impuesto límites, no haberse informado lo suficiente o haber cedido ante las presiones del personal médico. Lo que muestra esta

dimensión es que, cuando las mujeres son puestas dentro de un sistema que funciona con tanto poder y que opera de modo tan despersonalizado, son arrasadas por el mismo (Sampaio, Tavares y Herculano, 2019). Si ellas tenían una idea clara de cómo querían que fuese su parto, estas expectativas naufragaron en la cruda realidad del sistema hospitalario. Las mujeres fueron despojadas de sus señas de identidad, de su autonomía, fueron infantilizadas; y el proceso normal del parto fue patologizado. De este modo, las ideas que tenían sobre sí mismas fueron devastadas y en su lugar se instaló la culpa y el reproche de sí.

En nuestra sociedad, las mujeres son constantemente responsabilizadas por las violencias que experimentan. La interiorización de la culpa actúa como un mandato de género, mismo que escuchamos en relación al abuso sexual (la ropa, el lugar, el alcohol, la hora, todo es nuestra responsabilidad). Así surge ese autorreproche de “no estar informada” o “preparada lo suficiente” en los relatos, que se vuelve una nueva exigencia. Como expone un estudio sobre las experiencias de violencia de parturientas y doulas en una maternidad de Brasil, estar preparada o conocer nuestros derechos no garantiza que estos se respeten al interior del recinto de salud, ya que el ejercicio de la autonomía muchas veces es leído como desacato, desacato a las normas del hospital y a la autoridad de sus profesionales (Sampaio *et al.*, 2019).

Mujeres que experimentaron en sus propios cuerpos los extremos de la violencia, hasta el límite que algunas la describen como una violación. Esta descripción es común en relatos de mujeres que han vivenciado VO en distintos países del mundo y la vinculan directamente con la violencia sexual y el estrés postraumático; así, el parto se vive muchas veces como una violación en donde se ha suprimido cualquier capacidad de agencia y las mujeres quedan convertidas en objetos para la intervención (Kitzinger, 2015). Al negar su capacidad de decisión y voluntad, se produce la violación del cuerpo y de la propia integridad, violencia que ha forzado su autonomía y trastocado la imagen que tenían de sí mismas. Sus cuerpos fueron apropiados por el personal médico y sus relatos nos cuentan de la difícil tarea no solo de sanar las heridas, sino de recuperar para sí mismas el sentido de pertenencia de su cuerpo y sexualidad. Recuperarlo para su propio goce y disfrute, como en dos de los relatos, por medio de prácticas directamente vinculadas al ejercicio físico y a la autonomía, en donde pudiesen tener ellas el control.

También hemos visto que su propia sexualidad se vio alterada no solo por las secuelas dolorosas de episiotomías rutinarias, de cortes o desgarros

en sus tejidos, sino sobre todo por un ejercicio masivo de poder. De un poder invasivo, directa e indirectamente violento; de la exposición a la fragilidad, de verse privadas de cualquier soporte afectivo. Mujeres que terminan por ser enjuiciadas si se quejan a pesar de haber recibido a sus hijos "sanos y salvos". Violencia del sistema médico, incomprensión por parte de la gente cercana, invisibilización de su dolor, normalización de la violencia contra las mujeres.

Desde una perspectiva localizada en la teoría feminista, la violencia que experimentamos las mujeres por parte del sistema médico nos revela nuevamente la existencia de una ideología de género que encubre una relación sistemáticamente desigual entre las categorías sexuales que ha creado (Butler, 1999). Se trata de un modelo que reproduce las diferencias socialmente construidas entre hombres y mujeres, que nos infantiliza y somete a la voluntad del sistema médico, poniendo nuestros cuerpos a su disposición. Se refiere a una forma de violencia que es parte de un continuo en la vida de las mujeres y que nos muestra a cada paso cuál es el lugar que desean que ocupemos en nuestra sociedad. Un lugar de inferioridad y sometimiento, sin derechos ni voz, y donde las mujeres son vistas solo como un cuerpo reproductivo.

Por otro lado, las narradoras del estudio ponen en escena la incómoda metáfora del parto como un sufrimiento que tiene su recompensa con la llegada anhelada del hijo o hija. Este es precisamente uno de los mitos de la feminidad que legitima el dominio sobre el cuerpo femenino, el sufrimiento, el dolor como algo inherente a la condición de mujer, y que pone en movimiento la subjetividad maternal, la cual Adrienne Rich (1995) identifica como un constante ser para otros. Manifiesta el modo en que las mujeres participan de la maquinaria de reproducción de una ideología de género. Afortunadamente, las narradoras que colaboraron con el estudio también nos muestran que el encuentro con otras mujeres les ha permitido adquirir una progresiva conciencia ético-crítica, una conciencia que les permite juzgar éticamente unos actos y un sistema que las violenta, al comprender sus causas; y que les permite reorientar sus acciones hacia la ayuda a otras, cuestiones que han sido constatadas también en otros estudios con relatos de mujeres de la región, como el de Daniele Manfrini en Florianópolis (2017). Por esto último, destaco que la emergencia del activismo en las narradoras —es decir, la reivindicación política del derecho de las mujeres a un parto asistido con paciencia, cuidado y respeto de su autonomía— se presentó como un ámbito que las dotó de un nuevo sentido de vida, les permitió resignificar la vivencia.

Justamente, al colectivizar sus experiencias se restableció el vínculo intersubjetivo que fue roto por la VO. Pude observar el rescate y apropiación de saberes ancestrales (parteras), de gente preparada en el acompañamiento y los cuidados requeridos por las parturientas (doulas) e incluso una reorientación profesional de las actividades de quienes han ejercido acríticamente el oficio de matronas (ahora vinculadas al parto en casa). Todas estas prácticas están contribuyendo a crear una imagen nueva de la gestación y del parto, una más alegre y gozosa, en la cual la autonomía y el protagonismo de las mujeres son clave, porque —como dijo una de las narradoras— “podría haberlo vivido desde otro lugar”.

Referencias

- Almonte, Gabriela. (2016). Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. *Revista Décsir*, 2. Recuperado el 13 de abril de 2017 de <<http://decsir.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/1-indagaciones.pdf>>.
- Arguedas, Gabriela. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11, 145-169. <<https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>>.
- Belli, Laura. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1, 7. Recuperado el 14 de abril de 2017 de <http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Ar>.
- Bellón, Silvia. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, 93-111. Recuperado el 5 de abril de 2017 de <<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>>.
- Benjamin, Jessica. (2012). El Tercero. Reconocimiento. *Clínica e Investigación Relacional*, 6, 1, 169-179.
- Binfa, Lorena, Pantoja, Loreto, Ortiz, Jovita, Gurovich, Marcela, Cavada, Gabriel y Foster, Jennifer. (2013). Assessment of the Implementation of the Model of Integrated and Humanised Midwifery Health Services in Santiago, Chile. *Midwifery*, 29, 1151-1157. Recuperado el 15 de julio de 2017 de <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.001>>.
- Butler, Judith. (1999). *El género en disputa/El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Chase, Susan E. (2015). Investigación narrativa. Multiplicidad de enfoques, perspectivas y voces. En Norman K. Denzin e Yvonna S. Lincoln (comps.). *Métodos de recolección y análisis de datos* (pp. 58-112). Vol. IV. Buenos Aires: Gedisa.

- Cohen, Sarah. (2016). Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Hum Stud.* 39, 231-247. <<https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369>>.
- Colectiva contra la violencia ginecológica y obstétrica. (2020). Primera encuesta nacional de violencia ginecológica y obstétrica. *Síntesis de resultados*. Valparaíso: Chile. Recuperado el 30 de septiembre de 2020 de <<https://drive.google.com/file/d/1fh7zQQ7V4c-lj1eQDiZaHIJyKFsS9ooe/view>>.
- Contreras, Natalia y Fernández, Camila. (2015). *El parto medicalizado en Chile. Saberes, capitalismo y patriarcado Chile*. Santiago: Pensamiento y Batalla.
- Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre. (2006). *Brujas, comadronas y enfermeras*. Olmué: Metcalfe y Davenport.
- Esteban, Mari Luz. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Gómez, Adriana (comp.). (2007). *Humanizando los nacimientos. El parto en manos de las mujeres*. Santiago: RMSLAC.
- Gonçalves Da Silva, Michelle, Carreira, Michelle, Pinheiro, Livia, Carcaman, Rosario y Kakuda, Antonieta. (2014). Obstetric Violence According Obstetric Nurses. *Rev Rene*, 15, 4, 720-728. <<https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400020>>.
- INDH (Instituto Nacional de Derechos Humanos). (2016). *Informe Anual. Situación de los Derechos Humanos en Chile*. Recuperado el 20 de abril de 2017 de <<http://www.indh.cl/informe-anual-situacion-de-los-derechos-humanos-en-chile-2016>>.
- Infante, Gonzalo y Leiva, Gonzalo. (2016). Violencia obstétrica. En Claudia Dides y Claudia Fernández (comps.). *Primer informe. Salud sexual, salud reproductiva y derechos humanos en Chile* (pp. 139-145). Santiago: MILES-Chile.
- Kitzinger, Sheila. (2015). *La crisis del parto*. Tenerife: Ob Stare.
- Längle, Alfred. (2009). Trauma y sentido. Contra la pérdida de la dignidad humana. *Castalia*, 16, 2, 13-25.
- Manfrini, Daniele. (2017). "Somos todxs Adelir": partir de si e ação política frente a la violência obstétrica en Florianópolis. Tesis de doctorado. Centro de Filosofía y Ciencias Humanas, Universidad de Santa Catarina. Recuperado el 13 de junio de 2019 de <<http://www.bu.ufsc.br/teses/PICH0172-T.pdf>>.
- Martin, Emily. (2001). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Nacer en Libertad. (2015). *Memorias de parto. Relatos de mujeres para renacer juntas*. Santiago: Quimantú.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: WHO Publisher.

- Pozzio, Maria Raquel. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el parto humanizado y la violencia obstétrica. *Revista Estudos Feministas*, 24, 1, 101-117. <<http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>>.
- Rich, Adrienne. (1984). *Blood, Bread and Poetry. Selected Prose 1979-1985*. Nueva York y Londres: Norton.
- Rich, Adrienne. (1995). *Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution*. Nueva York y Londres: Norton.
- Rogers, Carl. (1959). A Theory of Therapy. Personality and Interpersonal Relationships, as Develop in the Client-centered Framework. En Sigmund Koch (comp.), *Psychology: A Study of a Science* (vol. III, pp. 184-256). Nueva York: Mc Graw-Hill.
- Ruiz-Berdúm, Dolores y Olza, Ibone. (2016). The Past and The Present of the Obstetric Violence in Spain. En Ana Leonor Perera y Joao Rui Pita (coords.), *VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental* (pp. 97-104). Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra.
- Sadler, Michelle, Santos, Mario, Ruiz-Berdúm, Dolores, Leiva-Rojas, Gonzalo, Skoko, Elena, Gillen, Patricia y Clausen, Jette. (2016). Moving beyond Disrespect and Abuse: Addressing the Structural Dimensions of Obstetric Violence. *Reproductive Health Matters*, 24, 47, 47-55. <<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>>.
- Salinero, Stella. (2017, 11 de diciembre). El parto en casa una respuesta a la violencia obstétrica e institucional (en línea). *El Desconcierto* sección opinión. Recuperado el 15 de enero de 2018 de <<http://www.eldesconcierto.cl/2017/12/11/ela-parto-en-casa-una-respuesta-a-la-violencia-obstetrica-e-institucional/>>.
- Sampaio, Juliana; Tavares, Tatiana Lopes de Albuquerque; Herculano, Thuany Bento. (2019). Um corte na alma: como parturientes e doulas significam a violência obstétrica que experienciam. *Revista Estudos Feministas*, 27(3) e56406.
- Sena, Ligia Moreiras. (2016). “Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração”. A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Tesis de doctorado. Centro de Ciencias de la Salud, Universidad General de Santa Catarina.
- Silva, Jimena. (2008). Aplicaciones del método biográfico: de memorias y olvidos. En Paulina Salinas y Manuel Cárdenas (comps.), *Métodos de investigación social. Una aproximación desde las estrategias cuantitativas y cualitativas* (pp. 313-334). Quito: CIESPAL.
- Villanueva, Luis Alberto, Ahuja, María, Valdez, Rosario y Lezana, Miguel Ángel. (2016). ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? *Revista CONAMED*, 21, 1, 7-25. Recuperado el 20 de abril de 2017 de <<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79665>>.