

Universidad de Belgrano
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología



El Trastorno de Estrés Postraumático en relación a la
Violencia Obstétrica en madres adolescentes: una
propuesta de abordaje desde la Terapia Cognitivo
Conductual

Tutora: Mazzulla, María Mercedes

Alumna: Rusi, Delfina. ID 000-16-8247

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Delfina Rusi', is positioned below the typed name.

Índice General

Resumen.....	p. 2
Introducción	
Presentación de la temática.....	p. 3
Problema y pregunta de investigación.....	p. 4
Relevancia de la temática.....	p. 6
Objetivos generales y específicos.....	p. 7
Alcances y límites.....	p. 7
Antecedentes.....	p. 8
Estado del arte.....	p. 11
Marco teórico.....	p. 15
Metodología	
Procedimiento.....	p. 20
Índice comentado.....	p. 20
Capítulo 1: Síntomas de Intrusión.....	p. 22
Capítulo 2: Síntomas de Evitación,.....	p. 26
Capítulo 3: Posibles intervenciones desde la Terapia Cognitivo Conductual.....	p. 31
Conclusiones.....	p. 37
Referencias bibliográficas.....	p. 40

El Trastorno de Estrés Postraumático en relación a la Violencia Obstétrica en madres adolescentes: una propuesta de abordaje desde la Terapia Cognitivo Conductual

Resumen

El fenómeno que hoy lleva el nombre de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) puede observarse en los miembros de las distintas sociedades desde la Antigua Grecia. En principio, se pensaba que las causas que podrían desencadenar dichos síntomas provenían únicamente de haber vivenciado conflictos bélicos o ser víctimas directas de desastres naturales; sin embargo, hoy en día se ha ampliado el espectro. Por su parte, la existencia de la violencia obstétrica (VO) también es una realidad que data de siglos, pero que ha empezado a ser visibilizada y problematizada a principios de este. Siendo este último un hecho propenso a afectar la realidad de quienes lo han atravesado, cabe interrogarse acerca de las consecuencias físicas y psicológicas que puede traer la violencia ejercida por parte del personal de la salud sobre el cuerpo de la mujer, específicamente en aquellas que, por alguna razón, son más vulnerables en el contexto hospitalario. Con ese propósito, el presente documento busca, desde el marco de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), establecer posibles relaciones entre la vivencia de uno o más episodios de violencia obstétrica y el posterior desencadenamiento de un TEPT, tomando como población a las madres adolescentes, sector que ha sido, históricamente, objeto de estigma. Además de realizar un lazo entre dichos fenómenos, el siguiente estudio, sistematizado en una revisión bibliográfica, propone una forma de abordaje terapéutico con el fin de mejorar la calidad de vida de la población estudiada, a través de diversas técnicas propuestas desde la TCC que han demostrado empíricamente sus beneficios.

Palabras clave: estrés postraumático, violencia obstétrica, adolescencia, maternidad, terapia cognitivo conductual.

Introducción

Presentación de la temática

La violencia obstétrica es un aspecto que ha cobrado especial relevancia en los países latinoamericanos en las últimas décadas. El primer país en definir dicho concepto fue Venezuela, al sancionar la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en 2007, definiendo a la violencia obstétrica como toda conducta realizada por parte del personal de la salud que, ya sea por acción u omisión, afecte de alguna manera a la mujer que se encuentra en trabajo de parto (Castrillo, 2020). Luego de este primer acercamiento al fenómeno, otros países vecinos comenzaron a actuar en pos de promover procesos de parto respetados. Tal es el caso de Argentina, que, en 2009, con la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, definió a la violencia obstétrica dentro de las modalidades en las que se puede ejercer violencia contra las mujeres, como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.” (Congreso de la Nación Argentina, 2009, Artículo 6°). En la práctica, la violencia obstétrica puede adquirir diversas formas: la realización de procedimientos que no son necesarios sobre el cuerpo de la madre, tales como una cesárea o la maniobra de Kristeller (una forma de fortalecer las contracciones uterinas ejerciendo presión en el fondo del útero de la madre al momento de expulsar al feto); la medicalización de la madre de manera injustificada o sin su consentimiento; tratos deshumanizantes, denigrantes y/o humillantes; la negación de información acerca de las intervenciones realizadas; discriminación a la madre ya sea por su etnia, edad, entre otros; o desatención por parte de los trabajadores de la salud (Jiménez Pacheco, 2021). Cabe destacar que la violencia obstétrica, si bien se suele asociar con el momento del parto, no se reduce exclusivamente al mismo: “La violencia obstétrica no solo se relaciona con la experiencia del parto: incluye otros aspectos vinculados con los derechos sexuales y reproductivos como la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto y la menopausia.” (Gherardi, 2016, p.17).

Por otro lado, el presente documento se enfocará en la población de madres adolescentes. Según la OMS (2022), se considera a una madre como adolescente cuando su embarazo se produce entre los 10 y los 19 años. Asimismo, UNICEF (2021) distingue, dentro de la adolescencia, tres etapas, con sus respectivas características: la adolescencia temprana, de los 10 a los 13 años, la adolescencia media, de los 14 a los 16, y la tardía, desde los 17, que puede extenderse incluso hasta los 21 años. El embarazo adolescente es un fenómeno que se diferencia de un embarazo en la adultez, en tanto que el individuo aún se encuentra en pleno desarrollo tanto físico como psíquico; con lo que respecta al parto, el mismo presenta mayores complicaciones si la madre es adolescente, existiendo riesgo de hemorragias, partos pretérminos, infecciones, entre otros, que pueden poner en peligro no sólo al bebé sino a la

madre (Brito Agramonte & Ureña Santana, 2021). Además de las dificultades físicas, un embarazo en la adolescencia puede traer consigo determinadas patologías del orden de la salud mental. En el presente documento se buscará investigar específicamente acerca del Trastorno de estrés postraumático. Según la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, o DSM-5 (2013), el Trastorno de Estrés Postraumático se caracteriza por la aparición de síntomas de intrusión (por ejemplo, recuerdos o sueños angustiosos) y de evitación, y por la presencia de alteraciones negativas en lo que respecta lo cognitivo, el estado de ánimo, la alerta y la reactividad, producidos por la exposición a un suceso traumático que puede ser una muerte, una lesión grave o violencia sexual. El mismo se diagnostica cuando las alteraciones se producen en la persona por un período de por lo menos un mes, y cuando las mismas producen un deterioro en las distintas esferas de funcionamiento del sujeto, como en el ámbito laboral, educativo o en las relaciones interpersonales. Con respecto a estadísticas, según la Organización Mundial de la Salud (2023), tanto las patologías de salud mental como las complicaciones en embarazos son algunas de las principales problemáticas de salud que presentan los adolescentes actualmente. “En 2019, se calcula que las adolescentes de entre 15 y 19 años de los países de ingreso mediano bajo tenían 21 millones de embarazos al año, de los cuales aproximadamente el 50% eran no deseados.” (OMS, 2022) Dentro de las causas donde la OMS ubica la gran prevalencia de embarazos adolescentes no deseados, se encuentra la dificultad de los adolescentes de acceder a métodos anticonceptivos, especialmente cuando se trata de contextos precarios, sumado a los prejuicios y la desatención por parte del personal de salud, reticente a reconocer las necesidades de salud sexual de los jóvenes.

Problema y pregunta de investigación

En principio, la violencia obstétrica resulta una problemática a ser desarrollada porque es un modo de subordinación hacia la mujer; por lo tanto, alimenta un sistema patriarcal que aún no ha logrado ser desmantelado. Además, dentro de las múltiples formas de violencia hacia la mujer, ha sido de las más invisibilizadas, en tanto que sus manifestaciones no siempre son explícitas. “Creo que estamos equivocadas al suponer que la dominación asume la misma forma en todas las formaciones sociales y en todos los tipos de instituciones sociales dentro de una sociedad.” (Beechey, 1979, p.15). Sin embargo, a pesar de haber pasado desapercibida por mucho tiempo, en los últimos años se han empezado a revelar las consecuencias a nivel físico y mental que supone, y la vulneración de derechos que implica. Este aspecto se acentúa cuando se trata de madres adolescentes, no sólo porque presentan mayores posibilidades de complicaciones a lo largo del embarazo, del parto y el puerperio, sino porque, además, suelen ser sujetas a múltiples estereotipos.

Debe añadirse que como fenómeno social, el embarazo adolescente posiciona la vida de

la adolescente en particular vulnerabilidad a las macroestructuras sociales de pensamiento, como son el machismo, los roles estereotipados de género y el prejuicio (4,7,8). Así, más allá de los estados biomédicos (obstétricos) emerge una realidad particularmente importante: la estigmatización hacia la adolescente embarazada (6,9) (Mori-Quispe, Contreras-Pulache, Hinostroza-Camposano, Lam-Figueroa, Huapaya-Huertas, Chacon-Torrico, Black-Tam & Urrutia-Aliano, 2015).

Dicho estigma hacia la madre adolescente la hace un eslabón aún más débil a la hora de interactuar con los profesionales de la salud, quienes, si permanecen regidos bajo una visión biologicista de la salud por sobre una humanizada, pueden perpetuar las distintas formas de violencia obstétrica, ya sea a partir de comentarios que refuercen los estereotipos hacia la adolescente a la hora del parto, o tomando provecho si la joven cuenta con escasos conocimientos en temas de salud reproductiva y sexual, lo cual hace más fácil el ocultamiento de información relevante, o el impedimento del acceso de la misma a métodos anticonceptivos o a la interrupción voluntaria de su embarazo. Finalmente, es importante abordar las problemáticas de salud mental que se relacionan con los embarazos adolescentes y la violencia obstétrica, en tanto que las secuelas que pueden dejar a nivel psíquico pueden ser muy tortuosas para la persona que las padece. Con respecto al Trastorno de estrés postraumático, por su carácter insidioso e intrusivo es fundamental que sea tratado a tiempo, para evitar alteraciones de mayor gravedad.

El estrés post traumático representa una de las formas de estrés humano más severas e incapacitantes, y genera importantes disfunciones familiares, sociales y laborales. Su severidad depende de diversos factores, y es más grave y duradero cuando lo provoca deliberadamente otro ser humano (Loyola Cruz, 2017, p.20)

Resulta esencial seguir investigando acerca de la temática de violencia obstétrica, con el fin de generar un impacto determinante en las condiciones macroestructurales que hacen al fenómeno, es decir, aquellos aspectos que han permitido asentar la problemática a lo largo del tiempo, tanto políticos, sociales, culturales e institucionales. Además, no se encuentra demasiada profundización en los alcances del Trastorno de estrés postraumático en relación a haber padecido de violencia obstétrica; si bien se suele mencionar como una de las consecuencias, es necesario seguir indagando en la realidad de aquellas personas que lo han sufrido, dándole relevancia a lo traumática que puede ser una experiencia de parto si no se produce en las condiciones esperadas y requeridas. En tanto que no se encuentran vastas investigaciones al respecto, resulta fundamental desarrollar especialmente la incidencia e impacto de este trastorno en la población adolescente, etapa donde uno aún no ha terminado de desarrollarse, por lo cual es especialmente vulnerable frente a situaciones de trauma.

Habiendo delimitado la importancia de trabajar con dichas variables, la pregunta de mi investigación recae en: ¿Cómo se relaciona la experiencia de uno o más episodios de violencia obstétrica durante la adolescencia con el desarrollo de un Trastorno de Estrés Postraumático? Y, siguiendo esa línea, ¿Qué puede aportar la Psicología Cognitivo-Conductual para mitigar su impacto?

Relevancia de la temática

El fenómeno de la violencia obstétrica comenzó a tomar relevancia y a ser problematizado en las últimas décadas. A pesar de la importancia que se le ha otorgado desde ese tiempo, no es un asunto que predomine en debates científicos ni que suela ser comentado o visibilizado por sus consecuencias, como sí sucede con otras temáticas que han sido estudiadas en mayor profundidad. Un primer ítem que hace que la investigación de dicha temática sea necesario, es que tal violencia ejercida por el personal médico no sólo involucra a las víctimas, sino también a sus hijos por nacer y a su consiguiente interacción con el mundo que lo rodea, tornándose un problema cuyos efectos perduran en el tiempo (Barrera Gutierrez & Díaz Gamboa, 2018) Más allá de la dupla madre-hijo que sufre las consecuencias de un parto traumático, los alcances de la violencia obstétrica no sólo se reducen a estos, sino que también impactan en el contexto social de la persona que lo padece. Es por ello que su relevancia, en primer lugar tendría que ver con que las víctimas particulares que se ven directamente afectadas por dicho fenómeno, pero también, en un segundo plano, se destaca como una problemática que envuelve a terceros, lo cual hace que se lo considere un asunto aún más urgente a solucionar en tanto involucra a parte de la sociedad: “(...) a pesar de que indudablemente perjudique de forma severa y directa a las mujeres, también se trata de un problema de salud pública al provocar daños que se extienden a más agentes (García, 2018)” (Jimenez Pacheco, 2021, p.17) Otra arista que denota la importancia de estudiar dicho fenómeno radica en el hecho de que, al enfatizar en lo detrimentales que estos sucesos resultan, y fomentando la publicación de artículos que profundicen estos aspectos, es posible generar conciencia al respecto y evitar que sigan sucediendo y perpetuándose tales formas: “ (...) Su desconocimiento incrementa aún más la desigualdad y permite la vulneración en masa de los derechos humanos de las mujeres y los niños en parto en el mundo,” (Barrera Gutierrez & Diaz Gamboa, 2018, p.61) Por otro lado, el presente documento indaga sobre la relación de tal fenómeno con un posterior desarrollo de un trastorno de estrés postraumático, tomando como población de estudio a las madres adolescentes. Investigar acerca de la relación entre dichas variables podría aportar un valor científico a los estudios ya presentes sobre temáticas similares, ya que, si bien suelen ser abordadas por separado, no se encuentran múltiples documentos que las combinen en una investigación. Podría resultar valioso el hecho de estudiar tales aspectos en una población adolescente, ya que, como grupo etario, presentan características diferentes a madres de otras edades, aspecto que debería tenerse en cuenta a la hora de analizar cómo una situación traumática en el parto podría impactar en estas. Pero, además, es un grupo frente al que se

intentan generar estrategias de prevención y promoción de la salud, para mejorar su calidad de vida: “Debido a las alarmantes cifras de embarazos adolescentes existentes, la atención a las embarazadas es una prioridad en salud sobre la cual se realizan esfuerzos concretos.” (Cruz Molina, 2018, p.11) Con respecto al trastorno de estrés postraumático, resulta interesante y beneficioso relacionarlo con la vivencia de uno o más episodios violencia obstétrica, en tanto, como fenómeno psicológico suele ser investigado en relación a otros sucesos, por ejemplo, a partir de eventos como catástrofes naturales, accidentes, atentados, entre otros. También, desde el otro lado, al desarrollar acerca de posibles consecuencias de un parto no respetado, las primeras respuestas suelen ser el desencadenamiento de una depresión posparto en la madre, dejando de lado otras manifestaciones psicológicas posibles, como el TEPT, que también existen y obstaculizan la cotidianeidad de la mujer que ha padecido su proceso de parto.

Objetivos generales y específicos

Objetivo General

Explorar la relación entre el fenómeno de la violencia obstétrica y el trastorno de estrés postraumático en madres adolescentes, desde el marco de la Psicología Cognitivo-Conductual.

Objetivos Específicos

- Indagar la aparición de síntomas de intrusión en madres adolescentes tras haber recibido tratos denigrantes en el marco de la violencia obstétrica.
- Investigar la relación entre el surgimiento de síntomas evitativos y las prácticas invasivas producidas por parte del personal de salud sobre el cuerpo de la madre adolescente.
- Identificar posibles intervenciones desde el marco cognitivo-conductual para asistir a madres adolescentes que experimentan sintomatología de estrés postraumático relacionada a la violencia obstétrica.

Alcances y límites

La población sobre la que se investigará a lo largo del documento se trata de mujeres adolescentes, entre un rango de edad de 15 a 19 años, residentes de países hispanohablantes y que han padecido por lo menos un episodio de violencia obstétrica. Como limitaciones del presente trabajo, el mismo deja por fuera la perspectiva del psicoanálisis, y, por lo tanto, a su mayor exponente, Sigmund Freud, a pesar de sus reconocidos aportes hacia el concepto de estrés postraumático. Tampoco se toma el marco teórico humanista-existencial ni el sistémico. El criterio de dicha exclusión radica en los beneficios comprobados de la Terapia Cognitiva Conductual como tratamiento de primera línea para el trastorno de estrés postraumático, que se desarrollará en el tercer capítulo del presente documento. Además, a pesar de que entidades como la Organización Mundial de la Salud reconozcan que la adolescencia

emprende un amplio rango de edades, aquellas jóvenes que no se encuentren dentro del criterio etario determinado en el párrafo anterior no serán incluidas como población de la investigación, al igual que tampoco lo serán aquellas que residan en países que no pertenezcan a países hispanohablantes. El motivo de esto último se debe a estudios que revelan que el rango de edades de los 15 a los 19 años es donde suelen suceder la mayoría de los embarazos adolescentes:

El 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen en jóvenes de entre 15 y 19 años. Según datos de la Organización Mundial de la Salud publicados en 2020, cada año 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años y 2 millones de niñas menores de 15 años, se convierten en madres en países de ingresos bajos y medios. (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2020, p.60)

Con respecto al recorte geográfico, en principio el mismo fue realizado por una cuestión estratégica a la hora de investigar, por el hecho de que los documentos realizados en América Latina y España son más accesibles en tanto suelen presentarse en idioma español. Inicialmente, se creyó óptimo acortar el presente documento a dicho territorio, ya que los países de América Latina comparten características que se distinguen de otras regiones del mundo, ya sea en lo que respecta a lo demográfico, económico y/o lo social; sin embargo, luego de investigar exhaustivamente en la temática, se encontró información de España, considerada crucial para el abordaje del documento. Es por ello que finalmente se optó por incluir a dicho país, haciendo un recorte en lo que son países hispanohablantes. Por último, si bien el fenómeno a investigar, la violencia obstétrica, incluye una variedad de prácticas que atentan contra la vida sexual de las mujeres incluso antes de que las mismas se embaracen, en este caso sólo serán tomadas aquellas que se produzcan a lo largo del proceso de gestación, trabajo de parto y puerperio. El hecho de limitar este estudio a ese conjunto de experiencias que comienzan a partir del embarazo y no a todo tipo de episodio de violencia obstétrica se explica por un intento de homogeneizar las múltiples experiencias investigadas, y así poder medir cómo estas experiencias similares pueden desembocar en un posterior trastorno de estrés postraumático.

Antecedentes

Los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, si bien no reconocidos como tales, se encuentran presentes entre los miembros de las distintas sociedades desde hace siglos, y fueron reconocidos, en principio, a partir de la observación de las novedosas reacciones de los hombres luego de haber participado en combates y batallas. Maldonado (2016) y Blakemore (2023) realizaron reseñas históricas acerca del TEPT donde describen que ya en obras como la Odisea de Homero en el siglo VIII a.c , y Henry IV, Parte 1, de Shakespeare en el siglo XVI, se encuentran descripciones que coinciden con los mismos: alteraciones en el comportamiento,

reacciones de terror intensas, sueños angustiosos, insomnio, entre otros, a causa de haber vivenciado la guerra. Siglos más tarde de los aportes de dichos autores clásicos, estos síntomas comenzaron a cobrar aún mayor relevancia cuando fueron tomados desde la medicina para observar el fenómeno posguerra e intentar tratarlo. Pyvovarop y Spirin (2023), observando los antecedentes históricos del hoy denominado Trastorno de Estrés Postraumático, delimitaron que el primer atisbo de denominación de los problemas que surgían a raíz de la guerra fue en 1761, cuando Josef Leopold describió una “nostalgia” propia de los soldados, que incluía una añoranza al hogar, problemas en el sueño y sentimientos de tristeza profunda. Tras la Guerra Civil de Estados Unidos, en 1871 Jacob Da Costa desarrolló el concepto de “corazón de soldado”, también llamado “corazón irritable” o más tarde “síndrome Da Costa”, refiriéndose a los problemas cardíacos que desarrollaban los excombatientes como dolor en el pecho y pulso elevado, acompañado en ciertos casos de conflictos en la digestión, a raíz de haber participado en combate. Steinbach (2020), en un artículo publicado, da cuenta de que, si bien el mismo Da Costa había reconocido que estos problemas databan de hace años, fue el primero que sistematizó las quejas de los soldados en un concepto distinguible. En la Primera Guerra Mundial, se empezó a hablar de “shell shock” o neurosis de guerra para designar a las heridas invisibles que habían marcado a los soldados durante los años bélicos, las cuales los hacían desarrollar síntomas como parálisis, pérdida de audición o mutismo, cuya etiología, sin embargo, no tenía que ver con dificultades orgánicas o lesiones físicas sino con los efectos de haber sido expuestos a sucesos de gran impacto emocional. Una creencia que se suscitó en ese entonces era que dichos signos evidenciaban una cierta cobardía o ausencia de fortaleza; se esperaba de los veteranos que muestren honra por haber participado del combate, por lo que, cualquier muestra de debilidad a causa de esto era fuertemente criticado, llevando a los soldados a ocultar su sintomatología o buscar remediar la misma inmediatamente (Pyvovarop & Spirin, 2023). Unos años después, en Más allá del principio de placer, en 1920, Freud reflexiona acerca de los efectos de la Primera Guerra Mundial y hace mención a los efectos del trauma en el psiquismo, lo cual denomina neurosis traumáticas:

Ya es de antigua data la descripción de un estado que sobreviene tras conmociones mecánicas, choques ferroviarios y otros accidentes que aparejaron riesgo de muerte, por lo cual le ha quedado el nombre de «neurosis traumática». La horrorosa guerra que acaba de terminar la provocó en gran número, y al menos puso fin al intento de atribuirla a un deterioro orgánico del sistema nervioso por acción de una violencia mecánica. (Freud, 1920/1989, p.12)

Estos aportes resultan novedosos en tanto que Freud no reduce la causa de los síntomas anteriormente mencionados sólo a la guerra; de hecho, mantiene exclusivamente estos últimos casos bajo la categoría de neurosis de guerra. Además, reconoce que aquellos síntomas observados en veteranos no se explican desde lo biológico, sino que son fenómenos

psicológicos los que desencadenan dichas reacciones. No obstante, distingue terror, miedo y angustia, en tanto que establece que el mecanismo que opera en las neurosis traumáticas es el del terror, donde surge un acontecimiento que se desencadena de modo sorpresivo, sin que el sujeto pueda preverlo o prepararse para éste: “No creo que la angustia pueda producir una neurosis traumática; en la angustia hay algo que protege contra el terror y por tanto también contra la neurosis de terror.” (Freud, 1920/1989, p. 13). Freud, además, fue pionero en el tratamiento psicológico de los síntomas que se producían en los excombatientes, al proponer su método de cura por medio de la palabra (Pyvovarov & Spirin, 2023). Davis, a partir de su revisión histórica en 2019, menciona que, hacia la época de la Segunda Guerra Mundial, dicho fenómeno post-bélico previamente observado en la anterior guerra tomó el nombre de fatiga de combate, y, si bien ya habían conocimientos de las implicancias del combate en la salud mental, el número de los soldados afectados fue incluso mayor que en la Primera Guerra Mundial (Blakemore, 2023). Y, a pesar de que, para la guerra de Vietnam se empezó a adoptar una visión más comprensiva acerca de los efectos psicológicos del combate, fue recién en el año 1980, con la observación de los síntomas que se despertaban años después de dicho episodio en los combatientes, que el Trastorno de Estrés Postraumático fue incluido como tal en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Finalmente, en 1992 se incluyó por primera vez en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (Blakemore, 2023). Por otro lado, si bien desde la década de los '70 ya se hablaba de casos en donde se evidenciaba el surgimiento de un trastorno de estrés postraumático luego del parto, fue en la década de los '90 que exponentes como Ballard comenzaron a teorizar acerca de los alcances de este trastorno, descubriendo que el mismo podía ser desarrollado en consecuencia a negligencias y/o tratos indeseados por parte del personal médico durante el parto (Jimenez Pacheco, 2021) Es decir que en ese entonces se comenzó a visibilizar que, lo que hoy se conoce como el fenómeno de la violencia obstétrica, podía influir en la madre al punto de que esta desarrolle tal padecimiento:

(...) con los estudios aportados por Ballard et al. (1995) cuando se consolidó la idea de que este trastorno aparecía como consecuencia de haber sufrido prácticas (...) tales como: un alto grado de intervención obstétrica, complicaciones en el parto, cesáreas urgentes, excesivo uso de instrumentos médicos, o percepción de amenaza, tanto propia como por el recién nacido. (Jimenez Pacheco, p.15, 2021)

Por su parte, los orígenes de lo que hoy se denomina violencia obstétrica pueden pensarse como efecto o a partir de una mirada específica de las sociedades acerca del parto y la maternidad, que ha variado con el paso de las diferentes culturas y sus respectivas posturas al respecto, y que, como todo fenómeno social, sigue sujeto a modificaciones a futuro. Emily Martin, en su obra *The woman in the body* (1987), realiza un análisis histórico acerca de la

evolución de las perspectivas que han tomado las poblaciones sobre el proceso de parto y el rol de la madre gestora a lo largo del tiempo. Allí, menciona que, en la época inicial del desarrollo científico de la medicina, entre las décadas de 1940 a 1960, la mujer era vista como una máquina, encargada de llevar a cabo el proceso de gestación, y el médico, por su lado, actuaba como el experto, que la hacía “funcionar”; sin embargo, la misma establece un giro en la noción, en tanto explica que, en el momento en el que escribe su libro, hacia la década de 1980, dicha visión anteriormente dominante había sido modificada, incluyendo una ecuación aún más compleja. Así, hace una analogía para describir aquel cambio, asemejando al trabajo de parto con un trabajo de producción dentro de una fábrica: de esta manera, ubica al médico quien ahora, en el parto, toma el rol de supervisor o dueño de la instalación, y a la mujer como la empleada quien, a partir de la máquina, que sería su útero, produce al bebé (Martin, 1987). Esta observación permite pensar en cómo, a lo largo de la historia y a medida que ha tomado relevancia el discurso médico, se ha sostenido una posición de poder y posesión sobre el cuerpo de las mujeres, donde se las ha relegado a un rol pasivo, reduciéndolas a funciones meramente biológicas, e impidiéndoles el espacio que les corresponde en la toma de decisiones acerca de su propio cuerpo. El concepto del útero como una máquina hace alusión al parto como un proceso mecánico y automático, ignorando que en realidad se trata de una yuxtaposición de múltiples aspectos en simultáneo: los sentimientos de la madre, el dolor que la misma puede padecer, posibles complicaciones con el bebé, entre otros. Es posible pensar que el hecho de haber dejado paulatinamente de lado dichos elementos en pos de un intento de automatización de un proceso que en verdad es complejo, ha sido uno de los causantes que han permitido que hasta el día de hoy haya individuos que perciben a las mujeres como un medio para obtener algo más y no como un fin en sí mismas. No obstante, a pesar de la antigüedad de la cuestión, como menciona Carillo en 2020, la primera vez que el concepto de violencia obstétrica fue denominado como tal fue en 2007 cuando se sancionó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en Venezuela, a partir de la cual países vecinos comenzaron a tomar una posición al respecto.

Estado del arte

Una primera investigación relevante para la presente temática ha demostrado que el desencadenamiento de un trastorno de estrés postraumático, fenómeno a desarrollar en el presente documento en relación a la violencia obstétrica, está estrechamente relacionado en mujeres con el hecho de haber experimentado alguna vivencia previa de uno o más actos de violencia:

Uno de los factores de riesgo asociados al desarrollo de TEPT en la mujer es el vivir constantemente violencia física, sexual y psicológica por parte de pareja. En este sentido, se encuentran altas tasas de prevalencia de TEPT en víctimas de agresiones

sexuales, violencia de género, violencia intrafamiliar; causando en las víctimas una alteración en su salud mental, que en ocasiones deriva en comorbilidades con trastornos depresivos o ansiosos (Campos, 2016; Garcés Narváez, 2019) (Guerrero-Vaca, García Ramos, Peñafiel Salazar, Villavicencio Narváez & Flores Fernández, 2021, p.673).

Además, se ha destacado la utilidad de la Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento del estrés postraumático, en tanto la misma permite modificar distorsiones cognitivas en lo que respecta la tríada cognitiva (visión de sí mismo, del mundo y del futuro), que en muchos casos hacen que se desarrolle un trastorno; en el caso del TEPT, se genera un círculo vicioso donde el individuo sostiene una percepción de sí mismo débil, vulnerable, y una atención sesgada sobre estímulos que considera potencialmente amenazadores para él, que hacen que éste vea al mundo como peligroso, y al futuro como catastrófico, lo cual permiten el mantenimiento de su patología, promoviendo mecanismos evitativos en torno a elementos particulares que éste asocia a su trauma (El-Mosri et al., 2021). Técnicas como la reestructuración cognitiva, la exposición, y la desensibilización sistemática, son algunas de las que se emplean desde la terapia cognitivo-conductual. El U.S Department of Veteran Affairs, departamento encargado de abogar por los derechos y el bienestar de veteranos de guerra en Estados Unidos, cuenta con una red de asistencia particular para el TEPT, llamado National Center for PTSD. En su página web buscan informar y concientizar acerca del trastorno, tanto a las víctimas como a sus seres queridos, y al resto de la población. Allí, mencionan una serie de técnicas que ahondan específicamente en la vivencia que ha resultado traumática, denominadas terapias “enfocadas en el trauma”, las cuales consideran más efectivas en el tratamiento particular a los veteranos: la terapia de procesamiento cognitivo (TPC), la desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (DRMO) y la exposición prolongada (EP). La evidencia empírica demuestra que existen diversas formas de tratamiento para el Trastorno de Estrés Postraumático que han demostrado también ser eficaces, además de las anteriormente mencionadas: la psicoterapia ecléctica breve, la terapia de exposición narrativa, y la toma de psicofármacos, específicamente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Guerrero-Vaca et al., 2021).

Con respecto a la violencia obstétrica, se encuentran investigaciones de sus efectos negativos en la persona que la padece, en las distintas dimensiones de la vida cotidiana que pueden verse desmejoradas en consecuencia:

Entre estas consecuencias, destacan la depresión postparto en la madre, el estrés postraumático (TEPT), los desajustes emocionales (García, 2018) y los problemas físicos tanto para la madre como para el bebé (Fernández Guillén, 2015). Además, la VO también ha mostrado su impacto en la relación afectiva que se establece entre la madre

y el bebé, aspecto en el que se centra la presente revisión de la literatura (Jarillo López et al., 2021, p.27).

Este último aspecto resulta relevante en tanto es un fenómeno que afecta no sólo a la madre, sino también al bebé por nacer, ya que el hecho de sufrir maltrato por parte del personal de salud puede generar consecuencias en el vínculo entre ambos, potencialmente perjudicando el desarrollo posterior del infante.

Acerca de la maternidad adolescente se ha investigado la importancia del apoyo por parte del contexto de la mujer, ya sea desde la familia, la pareja e incluso el personal sanitario, actores influyentes en cómo ésta lleva adelante su embarazo (Mora-Guerrero et al., 2021). También, se declara fundamental que el sistema de salud mantenga un trato adecuado con la paciente, en tanto puede ser determinante en su proceso de gestación; por ejemplo, debe garantizarse el acceso a la información necesaria con la que debe contar la futura madre para llevar a cabo un embarazo sano:

El malestar generalizado y la vivencia de discriminación que las adolescentes sienten de parte del personal sanitario, lo relacionan con el hecho de que prefieren evitar la asistencia a este tipo de servicios. Es decir, cumplen con los controles obligatorios para el/la bebé, pero no acuden a talleres de maternidad, lactancia, primeros cuidados y controles de fertilidad (Mora-Guerrero et al., 2021, p.162).

La vulnerabilidad de las mujeres adolescentes en relación a la violencia obstétrica puede materializarse también a partir de distintas investigaciones en donde se ha puesto a prueba la percepción de las usuarias acerca de su experiencia a la hora de parir. Un primer ejemplo es un estudio que menciona Castillo Ortiz (2017) al principio de su documento, en donde se entrevistaron más de 400 mujeres de diferentes edades; en este, se les preguntó acerca de los tratos obtenidos por el personal de salud y los procedimientos que se les habían realizado. Allí, encontraron que tanto las madres más jóvenes, que se encontraban en la adolescencia, como las más adultas, habían sido especialmente víctimas de maltratos por los miembros del sistema sanitario. Además, no sólo se mencionaron formas de violencia de índole psicológica, sino también física: “Entre los procedimientos sin consentimiento el más frecuentemente reportado fue la realización de múltiples tactos (37,2 %) y la administración de oxitócicos (31,3 %). Este tipo de violencia fue percibido con más frecuencia por las adolescentes”. (Castillo Ortiz, 2017, p. 6) Más adelante, Castillo Ortiz (2017) continúa su documento mencionando una investigación que éste había realizado en la población de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años, que habían sido atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha. Dentro de las conclusiones a las que arribaron, también se hizo visible, nuevamente, cierto descontento con los tratos que habían recibido tanto por enfermeros como por médicos: “(...) se mostró que el 25% de las adolescentes atendidas ha percibido al menos dos formas de maltrato como es el

físico al momento de realizar procedimientos de manera tosca o ruda y verbal expresada por comentarios irónicos o gestos.” (Castillo Ortiz, 2017, p.15) A pesar de que menos de la mitad de dichas adolescentes entrevistadas en este estudio hayan percibido su experiencia como hostil, sí la mayoría de ellas admitió que les habían realizado determinados procedimientos sin su consentimiento previo, lo cual, más allá de que dichas madres se hayan encontrado afectadas o no por ello en ese momento, sigue siendo un modo de violencia obstétrica que puede llevar a la persona a posteriormente desarrollar padecimientos psicológicos: “Los principales procedimientos ejecutados por el personal de salud, sin consentimiento previo (...) provoca o incrementa la inseguridad en las mismas, post traumas, temor a concebir nuevamente, rechazo al recién nacido, depresión y denuncias a la institución.” (Castillo Ortiz, 2017, p.18). Esto último puede relacionarse con el hecho de que, a veces, las madres ya han pasado por experiencias similares y, ya sea por no estar al tanto de sus derechos a la hora de parir o porque desconocen la existencia de otras formas en las que pueda realizarse, no perciben algunas acciones como inadecuadas a pesar de que lo sean. Pereira, Domínguez y Toro Merlo (2015) arribaron a esta conclusión al observar los resultados del estudio que realizaron en el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” en Caracas, Venezuela:

Es lamentable haber evidenciado a través de este estudio una contradicción cuantitativa entre lo que las pacientes consideraron trato irrespetuoso con un 9,2 % y el 26,3 % total de violencia obstétrica, lo cual pudiera denotar que nuestras pacientes están acostumbradas a recibir un trato inadecuado y no considerarlo de ese modo. (Pereira, Dominguez & Toro Merlo, 2015, p.89)

A pesar de que dicho estudio no fue exclusivamente realizado en una población adolescente, se halló, una vez más, que las mujeres de edades más jóvenes fueron aquellas más propensas a sufrir de violencia obstétrica. Dichos ejemplos mencionados permiten dar la pauta de que las madres adolescentes son especialmente propensas a ser víctimas de tratos y procedimientos inadecuados a la hora del parto, y, por lo tanto, a interpretar aquella experiencia como negativa, incluso traumática si la misma refiere haberse sentido en riesgo y/o en un estado de indefensión. El hecho de que gran parte de esta población adolescente cuente con el obstáculo del desconocimiento de aspectos clave en su salud reproductiva, las hace aún más vulnerables frente a episodios de violencia obstétrica. Esto se hizo evidente en un estudio realizado en 2021 y finalmente publicado el año siguiente, donde se entrevistó a 12 mujeres que tenían en común haber experimentado un embarazo en su adolescencia. Allí, comentaban que, en términos generales, las mismas no sabían acerca de la existencia de centros encargados de garantizar asistencia en lo que respecta la sexualidad, ni tampoco conocían los derechos que les corresponden al respecto: “Lo usual en esta población es el desconocimiento de la existencia de los derechos sexuales y reproductivos, lo que contribuye a la reproducción y a la

normalización de estas violencias en las mujeres en esta situación” (Sosa Sánchez & Menkes Bancet, 2022, p. 93). En este notaron que, si bien la violencia obstétrica no sucede exclusivamente en el marco de la población adolescente, esta es reconocida por ser habitualmente un chivo expiatorio por parte del sistema sanitario, que, desafortunadamente, en algunos casos sigue estando regido bajo determinados estereotipos e imposiciones: “(...) En los encuentros en contextos institucionales entre el personal de salud y las adolescentes embarazadas se actualizan diversas desigualdades sociales y se expresa la percepción social hegemónica en torno al embarazo y la sexualidad durante la adolescencia” (Sosa Sánchez & Menkes Bancet, 2022, p.95)

Marco teórico

El presente documento toma como marco teórico de referencia a la terapia cognitivo-conductual (TCC), cuyos inicios datan de la década de 1950, pero se consolidó como tal con el pasar de los años y de múltiples autores. Dicha disciplina surgió, en un principio, como una forma de intervención terapéutica ajena al psicoanálisis, método protagónico de la época. Sin embargo, desde sus primeros postulados hasta el día de hoy, tanto la visión teórica predominante de esta corriente como el modo de ponerla en práctica ha evolucionado con el avance del tiempo:

Una larga y compleja evolución se ha dado en esta disciplina, habiéndose ampliado su sustentación teórica más allá de las teorías del condicionamiento, para pasar a considerar en la explicación del comportamiento humano factores y modelos procedentes de otros ámbitos de la psicología (e.g. psicología evolutiva, social, cognitiva, etc.). (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012, p.32)

Es por este motivo, que el desarrollo de lo que hoy se conoce como terapia cognitivo-conductual es concebido en tres generaciones, agrupadas en función a las principales ideas de cada momento, y según las posteriores modificaciones que han surgido a raíz de las mismas. Alférez-Villarreal, en 2016, realizó un análisis histórico acerca de dicha evolución: como primer momento, destaca la década de 1950. Esta primera fase, que sentó las bases para todo aquello que le siguió, fue caracterizada por tomar como objeto de estudio a la conducta del sujeto, es decir, a su comportamiento observable, partiendo de la premisa de que este se encuentra directamente influido por las situaciones ambientales que rodean al individuo. De esta manera, indagaron particularmente en el factor ambiental, al observar que el comportamiento de las personas se debía en gran parte a que su contexto actuaba como condicionante en sus acciones. Por ello, se pensó en intervenciones que apunten a modificar esos aspectos externos que estaban impactando negativamente al individuo, para así generar un cambio en su conducta. Los principales exponentes en esta época, centrada en la conducta, fueron Pavlov, con la teoría del condicionamiento clásico, Skinner, con el concepto del

condicionamiento operante, Thorndike y Watson. Las intervenciones terapéuticas que surgieron en este primer momento para mitigar síntomas fueron las técnicas de control de la activación, las de exposición y la desensibilización sistemática, que siguen utilizándose en la actualidad. En un segundo momento, se comenzó a darle mayor relevancia al aspecto cognitivo, por sobre el conductual, que había predominado anteriormente. La segunda generación de esta disciplina, con autores como Aaron Beck y Albert Ellis, se encargó de continuar por donde los previos exponentes se habían quedado. Sin embargo, en vez de priorizar la influencia del contexto en el sujeto, comenzaron a pensar en cómo los propios pensamientos impactan en las emociones y, consecuentemente, en los actos. Estos se enfocaron, tanto trabajando en conjunto como por separado, en el rol protagónico que adquirirían las creencias distorsionadas o interpretaciones erróneas de la realidad en los conflictos emocionales. Partiendo de la idea de que una distorsión en el área del pensamiento podría llevar a trastornos psicológicos, buscaron actuar en pos del reemplazo de aquellas ideas cuyo impacto era negativo, y transformarlas por otras más funcionales. Este proceso adquirió el nombre de reestructuración cognitiva, basado en la transformación del sistema de creencias detrimentales para el sujeto.

Albert Ellis, influenciado por la idea de los estoicos de que la perturbación emocional no está directamente provocada por la situación, sino por la interpretación que los sujetos hacen de ella, elaboró su terapia racional emotiva. (...) El elemento fundamental del modelo cognitivo de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión en el procesamiento de la información. Durante el proceso de interpretación del estímulo se activarían esquemas cognitivos negativos que serían responsables de la emisión de respuestas emocionales y conductuales desajustadas (Galve, 2009, p.14).

Años más tarde, desde la neuropsicología cognitiva, se realizaron estudios que permitieron una nueva interpretación a los aportes de Beck, priorizando el funcionamiento de los procesos cognitivos, como la atención y la memoria, en los trastornos emocionales, más que en los contenidos específicos del pensamiento:

Durante la década del 90, un número importante de investigadores se orientó hacia una visión más amplia de los procesos cognitivos involucrados en los trastornos mentales. Es decir, comenzaron a expandir el estudio de la cognición más allá de los contenidos y los errores lógicos (Garay et al., 2015, p.50).

De esta manera, se estudió la rumiación, por ejemplo, como un modo de reacción o mecanismo de afrontamiento ante un estado de ánimo determinado: "(...) la denominada *teoría del estilo de respuesta* de Susan Nolen-Hoeksema (12) se centró en el estudio de la rumiación como un modo de reacción ante el ánimo disfórico y en el estilo de pensamiento más que en su contenido particular (13)." (Garay et al., 2015, p. 50). Retomando el trabajo de Alférez-Villarreal

(2016), luego de la época de Beck y Ellis, desde principios de la década de los '90 hasta la actualidad, se habló de una tercera ola de esta corriente; en ella, se lograron fusionar los conocimientos relacionados al conductismo, pertenecientes a la primera generación, junto con el peso atribuido al papel de las cogniciones en el segundo período, consolidando a la terapia cognitivo-conductual propiamente dicha. Entre las técnicas más destacadas de este último momento se encuentran la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Psicoterapia Analítico Funcional y la Defusión Cognitiva.

Por otro lado, el Trastorno de Estrés Postraumático es entendido desde la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales o DSM 5 (2013) de la Asociación Americana de Psiquiatría como una patología que se encuentra dentro del capítulo que corresponde a los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. El primer criterio descrito para diagnosticar un TEPT desde este manual es estar expuesto, ya sea por experiencia directa o por conocimiento de que le ha ocurrido a alguien cercano, a eventos reales o a la amenaza de sucesos como la muerte, una lesión grave, o uno (o más) episodios de violencia sexual. Este primer ítem resulta de gran importancia para el desarrollo del presente documento, ya que se investiga la problemática de la violencia obstétrica, evento que califica dentro dicho criterio, en tanto se trata de una forma de ejercer agresión en lo que respecta a la sexualidad. Luego, en los demás criterios diagnósticos para el trastorno se describen una serie de fenómenos que traen aparejados dichos sucesos traumáticos: síntomas de intrusión, como recuerdos o sueños angustiosos; de evitación de estímulos asociados al trauma; alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, por ejemplo, en la percepción de sí mismo o del mundo; y alteraciones de la alerta y la reactividad, como problemas para dormir, para concentrarse, un aumento de la irritabilidad, entre otros. Estos aspectos, para ser categorizados dentro del Trastorno de Estrés Postraumático, deben transcurrir de manera prolongada, por lo menos por un mes, y generar un impacto negativo en las diferentes áreas del funcionamiento cotidiano del sujeto, como en el plano de lo laboral o lo interpersonal. El tratamiento de este trastorno desde el marco de la terapia cognitivo-conductual, como ha sido descrito en la sección de estado del arte, ha resultado ser eficiente a través de distintos estudios. Su éxito radica en que, a través de técnicas que la misma propone como, por ejemplo, la de exposición, se han evidenciado mejoras al mitigar el impacto que presenta el suceso traumático para el sujeto; además, por medio del trabajo terapéutico, desde dicha corriente se busca trabajar en aquellas creencias o comportamientos que hacen al mantenimiento de los síntomas (El-Mosri, Rodríguez-Orozco & Santarder-Ramírez, 2021). En el caso del trastorno de estrés postraumático, se intenta apuntar contra las distorsiones cognitivas que el sujeto presenta acerca del evento traumático, que le generan malestar y no le permiten avanzar hacia la cura y el afrontamiento de sus síntomas.

La TCC enseña al paciente a tener pensamientos de distinta manera en relación a sus recuerdos, de manera que dejen de ser angustiosos y se conviertan en manejables.

Generalmente se basan en la relajación que le ayuda a tolerar las molestias provenientes de los hechos traumáticos. (Guerrero-Vaca et al., 2021, p.678)

La violencia obstétrica, por su parte, es entendida como toda forma de abuso ejercido hacia la mujer por parte de uno o más miembros del sistema de salud, en lo que concierne al amplio espectro de la sexualidad; este fenómeno puede evidenciarse de distintas maneras: “Se manifiesta, entre otras formas, por abuso físico, con la realización de procedimientos médicos innecesarios o invasivos; o mediante abuso verbal, que engloba vejaciones, insultos o trato denigrante hacia las mujeres” (Jímenez Pacheco, 2021, p.2) En la sección anterior se han mencionado algunas de las consecuencias que han sido investigadas a raíz de episodios de violencia obstétrica; entre ellas, se encuentra el trastorno de estrés postraumático, como un padecimiento que puede desencadenarse en la mujer luego de haber estado expuesta directamente a dicha forma de violencia, la cual es vivenciada como traumática.

Por último, la adolescencia, entendida desde la OMS (2023) como el momento de transición entre la niñez y la vida adulta, se caracteriza por ser un momento de múltiples cambios a nivel físico, psicológico y social. Si bien se trata de una etapa donde se le atribuye un rol importante a la exploración y a la búsqueda de la propia identidad, también es un momento en el que se empiezan a adquirir responsabilidades y afrontar las consecuencias de los propios actos, que pueden afectar en un futuro. Esto puede evidenciarse, por ejemplo, en el ámbito de lo sexual: “Comparados a otros grupos de edad, los adolescentes tienen tasas desproporcionadamente altas de morbilidades derivadas de la conducta, incluyendo infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.” (Corona H. & Funes D., 2014, p.74). También, por su edad se encuentran más vulnerables a la hora de desarrollar un estrés postraumático: “(...) los principales factores de riesgo en el trastorno de estrés postraumático son: género femenino, juventud y antecedentes psiquiátricos previos, (...) antecedentes psiquiátricos familiares y el tipo de trauma (...)”. (Oramas Pérez, 2020, p.8) Además, el TEPT en la adolescencia puede manifestarse de manera distinta a como se ve en adultos, lo cual hace que se corra el riesgo de excluirlos de arribar a un diagnóstico preciso y a un correspondiente tratamiento, ya que presentan determinados criterios que son pensados, más que nada, para una población mayor.

(...) los síntomas relacionados con el pensamiento intrusivo, la conducta de evitación, el afecto negativo, la anhedonia, el comportamiento externalizante, la ansiedad y la excitación disfórica representan mejor el TEPT en estas etapas (Cao, Wang, Cao, Zhang, y Elhai, 2017). Asimismo, se ha observado una expresión tardía de los efectos completos de la exposición al trauma en comparación con los adultos (Herringa, 2017). (Fernández, Martínez, Castro, Alcántara-López & López-Soler, 2020, p.209)

Esta población resulta especialmente susceptible a ser objeto de violencia obstétrica, en tanto que hay un estigma específico acerca de la madre adolescente, infundido en parte de la

sociedad: "(...) la estigmatización de la adolescente embarazada es un fenómeno frecuente, cotidiano, y que incluye no solo a la familia y al entorno social cercano sino también al propio personal de salud" (Mori-Quispe et al., 2015, p.145). Las madres adolescentes, en muchos casos, tienen que soportar que las atiendan de un modo inadecuado, sólo por su edad: "Lamentablemente, las participantes comentan que también han sido discriminadas por parte del personal de salud, de nueva cuenta con base en prejuicios de género o adulto-céntricos." (Mora-Guerrero et al., 2021, p.162).

Para responder al interrogante de cómo es que se relacionan los síntomas propios del TEPT, por ejemplo, las intrusiones mentales, con el hecho de padecer violencia obstétrica durante el parto siendo adolescente, primero, es necesario hablar de la experiencia de parto y sus implicancias, ya que, dicho momento por sí mismo, no necesariamente constituye una vivencia traumática; sin embargo, puede potencialmente serlo si las condiciones que engloban al proceso hacen que la madre considere que su integridad o la de su bebé están en peligro. Es por ello que, cuando se trata de casos de violencia obstétrica, donde la madre se siente humillada, poco contenida o en riesgo, es probable que la misma recuerde dicho momento y estímulos asociados a este como traumáticos. Sin embargo, es importante evitar generalidades: no todas las mujeres que padecen de tratos inadecuados a la hora de parir desarrollan un TEPT, y no necesariamente una mujer debe sufrir un episodio de violencia obstétrica para considerar a su parto como un suceso traumático. Esto puede explicarse por el hecho de que la subjetividad de cada individuo juega un papel fundamental a la hora de atribuirle una connotación, ya sea positiva o negativa, a un momento determinado. De esta manera, siguiendo la línea de lo que establecen Fernández Clemente y Olza Fernández (2018), es posible pensar que dos personas pueden vivir un mismo acontecimiento, en este caso, el parto, en similares condiciones, pero interpretarlo de manera diferente: "(...) la percepción de la madre determina lo que supone un riesgo vital para ella y su bebé, por lo que un parto aparentemente normal o sin complicaciones desde el punto de vista obstétrico también puede vivirse como traumático (Maggioni, Margola, y Filippi, 2006)." (Fernández Clemente & Olza Fernández, 2018, p.30). De todas formas, es evidente que existe una relación entre ambos eventos; haber sido víctima de alguna forma de violencia obstétrica está estrechamente vinculado con que la mujer perciba la experiencia de su parto como un trauma: "Varios estudios muestran que muchas mujeres han quedado traumatizadas como consecuencia de las acciones u omisiones del personal sanitario que las atendió (Allen, 1998; Elmir, Schmied, Wilkes, y Jackson, 2010)." (Fernández Clemente & Olza Fernández, 2018, p.32). "(...) según la psicóloga Jesica Rodríguez Czaplicki (mencionada en Murialdo, 2019), tener un parto violento por VO puede provocar traumas psicológicos. Por tanto, esto puede derivar en un Trastorno de Estrés Postraumático (...) que posiblemente requiera intervención psicoterapéutica (Murialdo, 2019)." (Jimenez Pacheco, 2021, p.15) Cuando se trata de la población de madres adolescentes, esta cuestión se profundiza; no sólo porque estas deben tolerar, en muchas ocasiones, que se las descalifique más que a otras madres por prejuicios basados en su edad,

sino que, además, las mismas presentan un riesgo extra a la hora de desarrollar un TEPT: en principio, por pertenecer al género femenino, pero además, se les suma el hecho de ser jóvenes, lo cual las predispone en mayor medida a padecerlo (Oramas Pérez, 2020). Como se ha expresado anteriormente, la madre adolescente es sujeto de estigmas por parte de distintos sectores de la población (Mori-Quispe et al), además, es vulnerable a quedar atrapada en dinámicas de poder instauradas por parte de adultos, donde se la disminuye por su edad y, en muchos casos, falta de experiencia (Mora-Guerrero et al., 2021).

Metodología

Procedimiento

El siguiente estudio es de tipo descriptivo, en tanto se pretende iluminar acerca de una realidad que experimentan las mujeres hace décadas, sino siglos; la violencia obstétrica y sus efectos sobre quienes lo padecen resulta un fenómeno que merece ser estudiado y así, visibilizado. Con respecto a la selección de fuentes, para el desarrollo del siguiente documento, en principio, resulta fundamental servirse de estudios que se relacionen con el área de la salud, donde se desarrolla la violencia obstétrica, o que otorguen una perspectiva tanto acerca del estrés postraumático y sus consecuencias, como de las implicancias de la maternidad adolescente. A través de buscadores académicos, es posible encontrar investigaciones que engloben alguno de dichos conceptos esenciales a investigar, e incluso, una cierta relación entre los mismos: los embarazos adolescentes, la violencia obstétrica y el trastorno de estrés postraumático. De esta manera, el presente trabajo toma como referencia investigaciones de campo en el ámbito hospitalario, revisiones bibliográficas, trabajos finales de carrera y artículos de revistas científicas, que permiten esclarecer vicisitudes sobre las variables que sostienen esta investigación. Además, se toman manuales reconocidos de psiquiatría, como el DSM y la CIE, y documentos de entidades internacionales, como UNICEF y la OMS, que proveen una perspectiva común a las diferentes poblaciones. Por último, otro criterio de selección reside en aquellos autores que han sido estudiados a lo largo de la carrera, cuyos aportes han contribuido a la historia de la psicología y resultan plausibles de ser tomados para pensar fenómenos diversos de la actualidad.

Índice comentado

Este trabajo consta de tres capítulos, pensados acorde a los objetivos planteados para la presente investigación.

Capítulo 1: Síntomas de Intrusión. En este primer capítulo, se pretende investigar acerca de los síntomas intrusivos, criterio para diagnosticar estrés postraumático, que pueden presentarse en la madre adolescente en relación a haber recibido tratos inadecuados por parte del personal de

la salud. Estas manifestaciones pueden tomar diversas formas en la cotidianidad de quien lo padece, por ejemplo, presentarse en forma de sueños y recuerdos, y se caracterizan porque su aparición resulta angustiosa para el sujeto.

Capítulo 2: Síntomas de Evitación. Este apartado busca indagar acerca de la relación entre los síntomas evitativos, otro criterio de TEPT, que pueden despertarse para disminuir las intrusiones mentales, con las prácticas invasivas generadas en el marco del ámbito de la salud sobre el cuerpo de la madre adolescente. A diferencia de los anteriores, estos síntomas se caracterizan por ser esfuerzos activos que realiza el sujeto para evitar afrontar determinadas situaciones que le generan malestar, y, en el caso del fenómeno de la violencia obstétrica, puede evidenciarse, por ejemplo, en el hecho de postergar el contacto con médicos tras anteriores experiencias desafortunadas.

Capítulo 3: Posibles intervenciones desde la Terapia Cognitivo-Conductual. Finalmente, este último capítulo intenta presentar diferentes alternativas de intervención desde la TCC, como las técnicas de exposición y el mindfulness, entre otras, para que las madres adolescentes que han sido víctimas de violencia obstétrica y en consecuencia presenten síntomas de estrés postraumático, puedan mitigar su malestar.

Capítulo 1: Síntomas de Intrusión

Desde la psicología, cuando se habla de intrusiones mentales, se refiere a un conjunto de pensamientos y/o imágenes que irrumpen en la vida cotidiana del sujeto, generando malestar significativo e impidiendo que el mismo siga con su vida como lo hacía antes. (Pascual Vera, 2019)

(...) Clark y Rhyno (2005) las definieron como *“un evento cognitivo identificable y diferente de otros, que no es deseado, no es intencional y es recurrente. Interrumpe el flujo normal de pensamientos, interfiere con la realización de actividades, se asocia con afecto negativo, y es difícil de controlar”* (p. 4). (Pascual Vera, 2019, p.78)

El término atribuye, entonces, a ciertas imágenes o ideas que el sujeto no es capaz de prevenir en tanto no sabe cuándo aparecen, ni tampoco es capaz de evitarlas. De esta manera, Pascual Vera (2019) comenta acerca del peso de las intrusiones en la vida del sujeto: estos síntomas adquieren un rol protagónico en la rutina de quienes lo padecen, impactando negativamente en ella y generando dificultades en el desempeño de sus actividades diarias por la distracción que resulta aquel contenido repetitivo e incesante. Como consecuencia, además, pueden causar malestar físico, por ejemplo, obstruyendo el proceso biológico de sueño del individuo, y psicológico, en tanto la persona sufre a causa de estos síntomas, y se siente vencida frente a los mismos, al no poder ponerles un freno. Sin embargo, resulta pertinente mencionar que las intrusiones mentales no son una característica exclusiva del TEPT, sino que también se manifiestan como sintomatología de otros trastornos, por ejemplo, en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), el insomnio, la ansiedad generalizada, entre otros. (Pascual Vera, 2019) A pesar de que dicha fenomenología se encuentre presente en distintos diagnósticos, la particularidad que conlleva el trastorno por estrés postraumático es que el contenido mental que interfiere en el bienestar del individuo se encuentra relacionado a una vivencia que le ha resultado traumática, y, de esta manera, las intrusiones aparecen como un recordatorio constante de aquella experiencia. Como ha sido mencionado anteriormente en este documento, para arribar al diagnóstico de un trastorno por estrés postraumático, uno de los puntos clave que se toman en consideración es que la persona presenta síntomas intrusivos, los cuales se manifiestan de manera tal en la que el sujeto siente que vuelve a experimentar de manera constante la vivencia del trauma. Estos síntomas se presentan en distintas formas: a través de pesadillas, flashbacks, pensamientos y/o recuerdos angustiosos, acompañados de sensaciones físicas que remiten al momento traumático. (Oramas Pérez, 2020). Es por ello, que el carácter insidioso de estas intrusiones hace que se vea afectada la calidad de vida del sujeto que padece de estrés postraumático, ya que su día a día se encuentra opacado por el fantasma del evento traumático que ha vivido.

En el caso del presente documento, se busca indagar el trastorno de estrés postraumático en madres adolescentes, desarrollado en relación a la experiencia de padecer violencia obstétrica

durante el parto, por lo tanto, las intrusiones mentales en las cuales enfatiza el mismo están estrechamente relacionadas a aquella vivencia en particular. De esta manera, la madre joven que haya vivido un episodio de esa índole, padecerá de síntomas intrusivos que le remiten constantemente a esa experiencia traumática, ya sea a través de recuerdos involuntarios de aquella situación: "(...) Por ejemplo, algunas mujeres relatan la aparición de flashbacks durante la penetración vaginal" (Fernández Clemente y Ólza Fernández, 2018, p. 31); o quizás en forma de sueños angustiosos en donde se revive el momento: "(...) yo no sabía pero después el psiquiatra me explicó que todo lo que pasé después fue por lo mismo, mi parto fue traumático, yo no podía dormir, tenía pesadilla, tenía terror nocturno (...)" (Pavez Pérez & Arriegada Toledo, 2021, p. 158) También, un elemento característico es que estas imágenes o ideas intrusivas pueden surgir a partir de que la persona, en su vida cotidiana, se topa con uno o más estímulos como sonidos, objetos u olores que, de alguna manera, ha asociado con tal vivencia (Oramas Perez, 2020), y pueden propagar una reacción intensa por parte del sujeto, ya sea tanto emocional como física. Como ha sido mencionado al inicio de este capítulo, la idiosincrasia de cada persona influye en la percepción de sus propias experiencias (Fernández Clemente y Olza Fernández, 2018); por lo tanto, a pesar de que más de una adolescente pueda haber percibido su parto como traumático e incluso haber vivido modalidades de violencia similares por parte del personal médico, se entiende que el contenido de sus síntomas no será igual, en tanto cada individuo reproducirá por medio de dichas intrusiones aquellos estímulos, palabras, sensaciones, entre otros, que ha internalizado como propio o característico de tal momento vivido. Un ejemplo donde puede evidenciarse esto último es el estudio de Pavez Pérez y Arriegada Toledo (2021) quienes realizaron entrevistas a madres que habían sufrido episodios de violencia obstétrica, y en uno de los testimonios que recibieron, una madre decía tener el recuerdo vívido de los tacos de la enfermera que se llevó a su hijo apenas nació, y otra madre que no olvidaba la frase de "ya apúrate, apúrate" por parte de los profesionales, acompañada de una sensación de dolor intenso. Es por ello que, según cada caso, habrá distintos aspectos puntuales que predisponen a la madre a la aparición de intrusiones mentales; tomando el caso de la primera entrevistada, es posible imaginar que la misma puede haber asociado esos zapatos, su color, forma, y/o el ruido que realizaban con la experiencia traumática de su parto, por lo que, si viese a alguien con unos similares, o escuchase un sonido parecido, se encontraría susceptible a recordar ese momento angustioso. Al igual que, en el caso de una madre que haya padecido su parto por haber recibido tactos innecesarios y/o agresivos, puede haber asociado cualquier acercamiento hacia determinadas partes de su cuerpo con el trauma que vivió, y, por lo tanto, a la hora de experimentar un encuentro íntimo con alguien, a pesar de ser consentido y querer hacerlo, como se menciona en el texto de Fernández Clemente y Olza Fernández (2018), es un evento que podría hacer que esta reviva su sufrimiento, trayendo a la conciencia recuerdos o imágenes que no le permitan disfrutar o conectarse con el momento. Otro elemento que suele asociarse en algunos casos con el parto traumático es el propio bebé, quien puede funcionar como un estímulo que despierta constantemente a la madre la situación

que ha vivido (Fernández Clemente & Olza Fernández, 2018); a la hora de pensar en el vínculo madre-bebé, es importante saber si esta asocia su trauma con el niño, ya que, una percepción negativa sobre el infante, podría afectar las primeras interacciones entre ambos, obstaculizando el inicio de su relación (Charlo Saldaña, 2022). Las conexiones que la madre establece entre determinados estímulos y la situación traumática de su parto pueden explicarse a nivel neurológico, en tanto, al tratarse de un evento de gran impacto para la persona, el mismo se registra en la amígdala, estructura cerebral encargada del procesamiento de las emociones, como, por ejemplo, el miedo: Zegarra-Valdivia y Chino-Vilca (2019), al mencionar la implicancia de la amígdala en la neurobiología del TEPT, establecen que ésta presenta "(...) un papel crucial en la detección de amenazas y eventos emocionales relacionados con la adquisición y expresión del miedo condicionado. Esta estructura es capaz de perpetuar una respuesta de estrés mucho después de que un trauma ha terminado." (Zegarra-Valdivia & Chino-Vilca, 2019, p.23). Esto último permite explicar el hecho de que, si un estímulo, recuerdo o imagen del momento del parto que se ha grabado en la amígdala de la madre como aterrador o peligroso se presenta en su cotidianidad, tanto en el puerperio como posteriormente, a pesar de que ésta no se encuentre en aquella situación puntual, su cerebro activará dicha estructura haciendo que la misma reaccione con una intensidad tal como si estuviese reviviendo el evento del parto traumático (Dongil Collado, 2012):

Las imágenes de la situación traumática han quedado grabadas en una memoria emocional indeleble y vuelven a reexperimentarse una y otra vez con gran viveza, en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo, con todo lujo de detalles, como si estuviera sucediendo de nuevo (flashback). La atención se centra en peligros, imágenes y síntomas. (Dongil Collado, 2012, p.23/24).

Que estos síntomas alteren el estilo y la calidad de vida de la madre adolescente se relaciona con aquel procesamiento cerebral, en donde determinados estímulos son vistos como amenazantes y frente a los cuales se emite una reacción, ya que éste afecta el funcionamiento de distintos procesos cognitivos que los humanos utilizamos a diario para llevar a cabo actividades cotidianas: por ejemplo, la atención a otros estímulos que no se encuentren relacionados al trauma, la memoria, y la toma de decisiones (Dongil Collado, 2012). Esto se conjuga con que la persona, quien padece un estado de vigilancia constante ya que siente que debe protegerse de tales estímulos peligrosos, al igual que teme rodearse de aspectos que le recuerden a su trauma, termina debilitándose por mantener continuamente su guardia alta. Además, comienza a desarrollar emociones negativas por no poder dirigir su atención a otros aspectos de su vida, e incluso puede generar reacciones disociativas frente a la realidad, que lo desconecten de ella para enfocarse exclusivamente en el trauma: "(...) la persona que revive la experiencia traumática con mucha frecuencia pierde la conexión con el presente y entre en un estado disociativo agudo en el que necesita protegerse o luchar para salvar su vida

(Báguena-Puigcerver, 2005).” (Dongil Collado, 2012, p.26). A modo de cierre del presente capítulo, resulta importante retomar un aspecto mencionado en su inicio: las intrusiones mentales propias del trastorno de estrés postraumático adquieren un carácter insostenible por su aparición constante, lo cual le genera un gran sufrimiento al sujeto; es por ello que, quienes lo padecen, suelen intentar suprimirlas y/o evitar elementos que puedan potencialmente desencadenarlas. De este modo, en el próximo capítulo se desarrollarán los síntomas evitativos, frente a los cuales el individuo, en este caso la madre joven, a través de múltiples mecanismos, busca escapar de todos aquellos aspectos que se relacionan o le recuerdan de su experiencia traumática al parir. (Oramas Pérez, 2020)

Capítulo 2: Síntomas de Evitación

El segundo grupo de síntomas que se pretende investigar en el presente documento son los síntomas evitativos, específicamente aquellos que se manifiestan a causa del trastorno de estrés postraumático, en relación a la vivencia de episodios de violencia obstétrica en madres adolescentes. Estos se encuentran estrechamente relacionados con la fenomenología descrita en el primer capítulo, en tanto sucede que, quienes padecen de intrusiones mentales relacionadas con una vivencia traumática anterior, buscan, tanto de manera consciente como involuntariamente, liberarse de estas, y del sufrimiento que tales representan, intentando frenarlas: "(...) la persona se cierra no solo a expresarse y a hablar sobre lo que le preocupa sino también a realizar cualquier actividad que pueda ocasionar una reexperimentación del evento traumático en cuestión." (Oramas Pérez, 2020, p.10) Los síntomas de evitación, entonces, son aquellos esfuerzos que realiza el individuo para no enfrentarse a una situación traumática que ha vivido, junto con las emociones que vienen aparejadas con ella. La evitación, por sí misma, funciona como un refuerzo negativo, utilizado para evitar un contenido aversivo o, por el contrario, alcanzar un resultado positivo. Sin embargo, en este caso, este mecanismo no resulta adecuado para el sujeto, en tanto actúa suscitando conductas u omisiones que son perjudiciales de alguna forma para este (Bados & García-Grau, 2011) Dongil Collado (2012) explica el mecanismo mental que se pone en juego en la manifestación de estos síntomas en el TEPT:

(...) son respuestas o estrategias conductuales, cognitivas o emocionales que la persona lleva a cabo con el fin de defenderse del malestar que le provocan los síntomas de la reexperimentación. En la evitación la persona puede llegar a padecer una amnesia psicógena con objeto de eludir los síntomas (...). (Dongil Collado, 2012, p.27)

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) menciona que dicha evitación suscitada por el sujeto puede ser tanto hacia aspectos propios de sí mismo, que serían aquellos recuerdos, ideas o afectos que ha experimentado a partir de aquella vivencia traumática, como también de características externas que puedan despertar estos últimos, por ejemplo, el rechazo hacia determinados eventos, personas, o temas. En el caso de este documento en particular, dichos síntomas se verán evidenciados a través de las distintas formas en las que las madres adolescentes eviten traer a su conciencia, o alejar lo más posible de esta, aspectos relacionados al parto. Como se ha mencionado anteriormente, los síntomas intrusivos se manifiestan de diferentes formas en cada madre que ha sufrido un parto traumático, ya que los estímulos particulares que puedan despertarlos son diferentes según de quién se trate (Fernández Clemente y Olza Fernández, 2018). Por ello, es posible inferir que la evitación de estos elementos también será diferente en cada caso, ya que cada una intentará reprimir el recuerdo o imagen de aquellos aspectos relacionados con su vivencia particular con el personal de la salud:

Las mujeres víctimas de violencia, (...) evitan estrictamente los eventos traumáticos, en este caso, los lugares donde se dio el suceso, las personas que mantengan relación con el evento o que tengan similitud, situaciones sentimentales asociadas, conversaciones, recuerdos del evento traumático (CRESPO & GÓMEZ, 2012). (Guerrero-Vaca et al., 2021, p. 675).

Sin embargo, más allá de las vivencias singulares de cada madre, en múltiples estudios se han logrado recopilar determinadas características que tienen en común gran porcentaje de las víctimas a la hora de presentar síntomas evitativos; estas se relacionan con aspectos de la cotidianidad de los cuales buscan distanciarse, ya que de cierta forma los vinculan con la situación traumática que han vivido. Esto genera que dichos ámbitos del día a día de los cuales busquen alejarse se encuentren afectados de alguna manera, lo cual puede influir en la calidad de vida que tenía la mujer anteriormente a padecer estrés postraumático. En primer lugar, se ha encontrado que las mujeres, luego de vivir una experiencia desafortunada en el parto, pueden desarrollar sentimientos negativos e incluso rechazo hacia la maternidad y lo que esta supone. Jimenez Pacheco (2021) menciona, entre las secuelas psicológicas que se evidencian a partir de un parto traumático, aspectos que pueden obstaculizar inicialmente el proceso de ser madre, ya sea que la mujer desarrolla una noción negativa con respecto a dicho rol adquirido, como también puede generarse un gran temor o reticencia a volver a pasar por otro embarazo; además, menciona que dicho trauma incide a la hora de intentar forjar una relación madre-hijo. Es esperable que la madre desarrolle inseguridades respecto a cómo se comporta con su bebé (Pavez Pérez & Arriegada Toledo, 2021); cuestionamientos que pueden generar que se cree cierta barrera emocional entre esta y el infante. Loyola Cruz (2017) destaca este aspecto posterior al trauma: "Su experiencia de la maternidad puede verse afectada. A menudo se sienten distanciadas de sus hijos. Tienen muchas dificultades para relacionarse con otras madres, no pueden evitar comparar su parto con el de las otras." (Loyola Cruz, 2017, p.58) Además, este menciona que, en caso de que la madre vuelva a quedar embarazada, por más que se sienta mejor al respecto de la inicial situación traumática, e incluso considere haberlo superado, es probable que el hecho de volver a enfrentarse a una situación de parto genere que se le dispare nuevamente síntomas y se reviva su malestar, por ejemplo, reaccionando con terror al llegar a ese momento, o intentando modificar múltiples variables del suceso para que su experiencia de parto sea completamente distinta a la anterior, por ejemplo, cambiando la metodología de un parto natural a una cesárea (Loyola Cruz, 2017) El pánico al parto es un aspecto que suele afectar a las madres, tanto a las que ya han pasado por uno y lo han padecido, como a las que aún no, pero que temen experimentarlo por primera vez; este fenómeno es conocido por el nombre de tocofobia. La tocofobia se encuentra estrechamente relacionada con el hecho de haber desarrollado un TEPT luego de parir: el suceso traumático de haber vivido episodios de violencia obstétrica durante el parto, el cual resultó en posteriores

síntomas de estrés postraumático, genera que la mujer se encuentre propensa a desarrollar un gran temor de volver a pasar por eso, y repetir su vivencia traumática (García, 2018). García (2018) relata el testimonio de una madre quien, luego de haber padecido dos partos traumáticos, desarrolló una tocofobia:

Una vez que vi cómo me trataron, lo pequeñita que me sentí, en el segundo fui en plan «a ver, a lo mejor es que fui muy sensible yo y lo exageré»... A partir del segundo ya tenía pánico al parto. Pánico, terror, de llorar, de estar embarazada y llorar, llorar hasta hipar y quedarme dormida llorando, de decir «dios mío, qué me van a hacer esta vez».

(García, 2018, p.252)

Olza Fernández y Fernández Clemente (2018), como también Pavez Pérez y Arriagada Toledo (2021) evidencian resultados similares al respecto en sus trabajos, en tanto mencionan que, con tal de no volver a sentirse como en su parto, desprotegidas y en peligro, las madres buscan distanciarse incluso de la idea de volver a tener un hijo, a pesar de que quizás antes lo deseaban. Otro aspecto que se ve afectado por los síntomas de evitación es el de la intimidad sexual; estudios como los anteriormente mencionados de Loyola Cruz (2017), Jimenez Pacheco (2021) y Fernández Clemente junto con Olza Fernández (2018), revelan que dicha esfera puede verse obstaculizada por el trauma, en tanto la madre evita el contacto para no despertar recuerdos indeseados. El hecho de que otro toque el propio cuerpo o se acerque a la zona genital, podría suscitar imágenes angustiosas, por ejemplo, de alguna práctica no consentida en esa zona durante el parto. En ciertos casos, el escape de una situación íntima puede tener que ver con evitar aspectos más bien físicos, por ejemplo, el dolor:

(...) “quedé súper así como adolorida, cachai. Y las consecuencias de esto fue que... Estuve con psicólogo harto tiempo porque ya después con mi pareja no podía tener intimidad, (...) porque me daba miedo, (...) por el dolor, porque yo quedé como súper con esa posición del dolor, y empecé a sufrir crisis de pánico”. Vanesa, 24 años (Pavez Pérez & Arriagada Toledo, 2021, p.75)

Los síntomas evitativos también pueden ocasionar que la madre se aisle de su entorno, en tanto se aleja de otras madres que no han pasado por lo mismo, ya sea porque se cree incomprendida en su malestar, o por el sentimiento de culpa de no haber disfrutado de un momento que considera que debía haber sido alegre y emocionante. El compartir dicha experiencia, en ciertos casos, viene aparejado con la reaparición de cogniciones tortuosas para ella, como el sentimiento de ser una mala madre, o que hay algo malo en sí misma porque su parto no resultó como lo había esperado. Por ello, es común que la madre decida no expresarlo, guardando para ella misma aquello que tanto malestar le ha generado (Fernández Clemente & Olza Fernández, 2018; Loyola Cruz, 2017; Pavez Pérez & Arriagada Toledo, 2021;

Oramas Pérez, 2020). Es posible pensar que las madres adolescentes padecen especialmente de esto último, en tanto ya se ha mencionado anteriormente que es una población particularmente estigmatizada (Mori-Quispe et al., 2015); por lo tanto, es posible que las mismas se sientan aún más aisladas, evitando compartir sus vivencias y su dolor porque temen ser invalidadas por el hecho de ser más jóvenes que la mayoría de las madres. Finalmente, un último aspecto de la vida cotidiana que según distintos autores se suele ver afectado por una experiencia traumática en el parto, es el cambio en la percepción en torno al personal de la salud, acompañado del detrimento del uso del sistema sanitario, por aquellas mujeres que padecieron violencia obstétrica. Sosa Sánchez y Menkes Bancet (2022) mencionan esta problemática, específicamente en torno a la población adolescente, quienes, incluso desde antes del parto, son privadas por parte de profesionales de salud de aspectos como información y servicios de métodos anticonceptivos, lo cual provoca un rechazo hacia dicho ámbito que es perjudicial para las mismas. Esto genera que las jóvenes no sólo no cuenten con los medios adecuados para prevenir un embarazo, sino que, además, ya lleguen al parto con una postura negativa acerca de los miembros del sistema sanitario, lo cual las condiciona a la hora de relacionarse con los mismos. Este aspecto de reticencia a atenderse en hospitales resulta fundamental de tener en cuenta a la hora de brindar asistencia a víctimas de un trastorno de estrés postraumático posparto, ya que los protocolos que suelen realizarse para el abordaje de un diagnóstico y tratamiento de estrés postraumático pueden incluir contacto con profesionales del ámbito sanitario; por ello, al tratarse de un caso de TEPT específicamente posparto, se debe recordar que, probablemente, la noción que anteriormente la madre tenía del personal de la salud ha sido modificada para peor, y que la misma buscará activamente evitar acudir a sus servicios (Fernández Clemente y Olza Fernández, 2018). Este aspecto puede evidenciarse en algunos de los testimonios brindados por Pavez Pérez (2021):

“Si tú me preguntas a mí, gracias a esa experiencia yo no quiero tener más hijos, nada, yo, mi última opción es ir a un hospital o ir a una urgencia porque el trato que te dan es muy malo (...) te denigran como persona, entonces no” (Pavez Pérez & Arriegada Toledo, 2021, p. 74).

Si bien en este documento se busca indagar en profundidad en los grupos de síntomas tanto intrusivos como evitativos dentro del TEPT, es adecuado aclarar que no son las únicas manifestaciones que pueden presentarse en el sujeto a partir de una situación traumática; el DSM-5 (2013) describe que la persona puede sufrir, además, de alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, como también de síntomas de alerta, que pueden tomar distintas formas: problemas para dormir, respuestas de sobresalto, episodios agresivos o conductas que resultan extrañas ante la forma de ser del sujeto (Hernández León, 2020). Para finalizar con este apartado, resulta importante recordar que los síntomas evitativos, si bien funcionan como mecanismos de defensa ante el sufrimiento, en verdad le impiden al individuo avanzar hacia

una mejora. Dicha estrategia mental resulta en que la persona omite conductas adaptativas y se encuentre cada vez más alejada de ámbitos de su vida que antes podía disfrutar o no le generaban ningún tipo de dificultad, lo cual la encierra en una forma de actuar meramente por y para distanciarse de aquello que la ha lastimado. Es por ello que en el siguiente capítulo se pretenden describir alternativas, desde la terapia cognitivo-conductual, que han demostrado ser eficaces a la hora de mitigar los síntomas y permitirle al sujeto retomar con su vida que ha sido tomada por el suceso traumático.

Capítulo 3: Posibles intervenciones desde la Terapia Cognitivo-Conductual

A lo largo de este trabajo, se ha mencionado cómo impacta, desde diversas aristas, el hecho de padecer un TEPT, desarrollado en relación a una vivencia de violencia obstétrica, en la vida de una madre adolescente. Sin embargo, el objetivo de este documento no sólo radica en visibilizar una problemática que muchas veces resulta desapercibida, sino también promover alguna forma de solución para que la misma se pueda erradicar, o por lo menos para disminuirla de modo tal que deje de obnubilar el funcionamiento diario de la persona. Es por ello que el presente capítulo tiene como objetivo describir algunas formas de intervención que plantea la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), cuya efectividad ha sido comprobada, para tratar un paciente con estrés postraumático.

En principio, la Terapia Cognitivo-Conductual, como dice en su nombre, se compone de dos elementos: una parte que apunta a investigar lo que son las cogniciones que el sujeto presenta acerca de sí mismo y del mundo, y otra que se enfoca particularmente en la conducta del mismo. La combinación de ambas en un mismo enfoque terapéutico implica que ambos aspectos, tanto lo cognitivo como lo conductual, se encuentran altamente interrelacionados, en tanto la modificación de una de esas partes puede generar un efecto dominó y consecuentemente impactar en la otra (Quero, Campos & Botella, 2019) Como ha sido mencionado anteriormente, los síntomas intrusivos, propios del TEPT, traen consigo una importante carga emocional, un exceso de afecto negativo que el sujeto busca anular a partir de la evitación, generando un círculo vicioso del cual la persona no encuentra salida. Esto sucede en tanto un individuo, luego de padecer una vivencia traumática, suele generar cogniciones disfuncionales en torno a las características que hayan envuelto dicha situación; por lo tanto, cada uno de esos aspectos que podrían evocar tal momento en su memoria son percibidos como un riesgo, generando que la persona experimente emociones displacenteras, de las cuales siente que debe huir (Spinetto, 2010; Moreira-Navia, 2021). Llevando esto último al caso particular de estudio presente, lo que se ha desarrollado a lo largo del documento es que la madre adolescente, luego de haber experimentado un parto traumático, suele asociar todo aquello relacionado con dicha vivencia al estado emocional que experimentó en ese momento, en donde se sintió en peligro y en un estado de indefensión; por ello, cada vez que le vuelven recuerdos a su mente de tal episodio, la misma no sólo sufre sino incluso puede revivir las sensaciones desagradables que percibió en aquel entonces; por lo tanto, para alejarse de su padecimiento, la misma busca evitar posibles formas de desencadenamiento del recuerdo o la imagen de lo vivido a través de distintas evasiones, descritas en el capítulo anterior. Dicho cuadro, en su totalidad, contiene un elemento meramente cognitivo, que tiene que ver con las ideas distorsionadas que puede llegar a presentar la madre acerca de su parto, experimentado como traumático, pero también es acompañado de aspectos conductuales que se sostienen a partir de lo anterior, en tanto la misma responde a su padecer con una conducta disfuncional de

evitación (El-Mosri et al., 2021) Es por ello que el enfoque cognitivo conductual ha sido comprobado como adecuado para el abordaje de un TEPT, en tanto busca atacar a la problemática desde sus distintos focos (El-Mosri et al., 2021) Dentro de la terapia cognitivo-conductual, existen múltiples técnicas que pueden ser utilizadas para el tratamiento psicológico de un individuo. Sin embargo, el plan terapéutico confeccionado para tratar un caso de estrés postraumático presenta algunas consideraciones específicas, pensadas con el fin de abarcar los distintos aspectos que se conjugan en dicho trastorno. En ese sentido, las técnicas que se han comprobado vía estudios como las mejores para utilizar frente a un caso de TEPT son, en principio, aquellas que apuntan particularmente a la modificación de ideas disfuncionales o irracionales en torno al evento traumático vivido, como la reestructuración cognitiva; también las que se enfocan en la exposición del individuo, ya sea real como imaginaria, frente a los escenarios más temidos para él, como la desensibilización sistemática; por último, se encuentran las técnicas que le permiten al sujeto retornar a un estado de homeostasis, cuyo fin tiene que ver con que el mismo descienda de su estado de alerta y reactividad constante, y en cambio pueda aprender a aceptar y convivir con la presencia de aquellos estímulos que lo alteran. Para ello, se utilizan técnicas de relajación, como el mindfulness. (Moreira-Navia, 2021; El-Mosri et al., 2021; Gálvez Galve, 2009). Cada una de estas herramientas, como se ha mencionado, tienen un propósito y un esquema específico por las cuales son consideradas óptimas.

El primer tipo de técnicas que se recomienda utilizar frente a un tratamiento para el estrés postraumático son aquellas que trabajan con las ideas del sujeto que se presenta en sesión, es decir, con las cogniciones que ha desarrollado y consolidado a lo largo de los años acerca de distintos eventos de su vida. Estas herramientas son un primer paso a utilizar, incluso antes de avanzar con aspectos más ligados a la conducta:

Antes de poder exponer conductualmente a un paciente a sus pensamientos e imágenes relacionados al trauma y de llevarlo a enfrentarse gradualmente a la calle, a otras personas, a moverse solo, etc., el terapeuta debe trabajar los pensamientos que obturan la exposición mental y real con lo sucedido. (Spinetto, 2010, p.10)

Dentro de estas técnicas, aquella conocida por excelencia es la de reestructuración cognitiva, que tiene como objetivo que el paciente, con la ayuda del profesional, pueda detectar aquellas representaciones que resultan disfuncionales para su bienestar y que actúan sosteniendo su padecimiento, para que pueda comprender de dónde vienen, cuestionar su contenido y, en última instancia, modificarlas por otras más adaptativas. (Moreira-Navia, 2021; Barraca Mairal, 2011) Para llevarla a cabo, es importante que, antes de avanzar con los aspectos con los que el paciente está lidiando, el terapeuta pueda psicoeducar al sujeto, enseñándole que existen pensamientos tanto racionales como irracionales, y cómo surgen estos últimos; cómo determinadas representaciones resultan sesgadas ya sea porque el sujeto las elaboró de esa

manera y nunca las cuestionó, o a causa de algún evento particular, como un trauma (Spinetto, 2010); también cómo el pensamiento puede condicionar la conducta, a tal punto de actuar como reforzador de estas. Estos conceptos, además de otros particulares que deban abordarse en cada caso particular, permiten que el paciente pueda comprender e involucrarse activamente en su proceso terapéutico, trabajando en conjunto con el psicólogo hacia su mejora (Barraca Mairal, 2011) De esta manera, con el ensayo continuo y el correr de las sesiones, la persona podrá ir desarrollando, de la mano del terapeuta, una detección adecuada de qué cogniciones resultan disfuncionales para su cotidianeidad y cuáles son beneficiosas para tal. Sin embargo, como menciona Marcela Spinetto (2010), quien desarrolla acerca del abordaje cognitivo conductual del estrés postraumático, es pertinente destacar que algunas ideas resultan más fáciles de desmantelar que otras, ya que existen cogniciones que han sido asentadas en lo más profundo de la conciencia del sujeto, el cual las ha tomado como ciertas a lo largo del tiempo. Esto hace dificultoso para el mismo poder despegarse de ellas, ya que han echado sus raíces hace tiempo, pudiendo incluso sentirse identificado con las mismas, como si fuesen parte de su identidad. Por otro lado, existen otras que para el sujeto son ajenas a su personalidad, en tanto no fueron consolidadas hace tiempo, y que pueden cuestionarse más fácilmente, como los síntomas intrusivos, desarrollados al principio del documento, que vienen acompañados de intensas reacciones emocionales. Estos últimos, en cambio, sí son más rápidos de mitigar, en tanto su egodistonia permite que sea posible desglosar más claramente desde cuándo han surgido, cómo operan, qué los desencadena y qué reacciones provocan en él:

El paciente trabaja sobre los circuitos de ansiedad, cuándo y cómo surge, la duración de la misma, técnicas de control vía relajación, la necesidad de enfrentarla para manejarla, la forma en que operan las exposiciones y la necesidad de enfrentarse a lo temido para re dimensionarlo, modificarlo y/o elaborarlo. (Spinetto, 2010, p.10)

Por otro lado, existe un modo de terapia similar a la técnica de reestructuración cognitiva pero pensada y protocolizada particularmente para el abordaje exclusivo del trastorno de estrés postraumático; esta se llama terapia de procesamiento cognitivo, y está centrada específicamente en la modificación y el reemplazo de ideas disfuncionales que envuelven y han surgido a raíz de una situación traumática (Quero, Campos & Botella, 2019) En segundo lugar, se encuentra un grupo de herramientas que también intentan realizar un cambio de perspectiva en el sujeto, pero trabajando a partir de aspectos conductuales; la que más se destaca entre ellas es la denominada exposición, técnica utilizada desde los inicios de lo que hoy se conoce como TCC. La exposición, como tal, tiene como objetivo que el sujeto sea capaz de enfrentarse con los diferentes estímulos que ha asociado con la situación de trauma experimentada, los cuales ha estado evitando activamente para intentar escapar de su padecimiento. Esta técnica puede realizarse de distintas formas: mediante una exposición real, es decir, en vivo, donde el

profesional anima al sujeto a que logre acercarse físicamente a elementos relacionados con el trauma, considerados en principio intolerables, para que de esta manera pueda comprobar que efectivamente no se trata de algo peligroso, sino que dicha connotación ha sido otorgada por sí mismo. El psicólogo, de esta manera, le indica al paciente que vaya realizando lo mismo por su cuenta, entre las sesiones, para que sea capaz de desacreditar, cada vez más, el hecho de que dichos aspectos lo exceden y no puede enfrentarlos. (Aguilar Vega, 2021) Por otro lado, la exposición también puede ser imaginaria, donde el paciente, en trabajo conjunto con el terapeuta, va progresivamente desglosando en detalle aquellos estímulos asociados con su vivencia traumática, llegando finalmente a abordar aquellos que más ansiedad le provocan. Esta última no requiere que se realice en persona, sino que apunta exclusivamente a que el sujeto logre fantasear con aquello que teme y que no se atreve a pensar, siendo orientado por el terapeuta. (Aguilar Vega, 2021) Dentro de las técnicas de exposición, se encuentra la desensibilización sistemática, la cual apunta a mitigar los síntomas evitativos y tolerar posibles intrusiones (Moreira-Navia, 2021; Spinetto, 2010). Esta técnica es una forma de exposición gradual por parte del paciente, quien es guiado por el terapeuta, con el objetivo de intentar restablecer el funcionamiento diario que tenía el sujeto previo a atravesar una situación traumática. (Spinetto, 2010) Para ello, se busca en principio atacar aquellos estímulos que el propio sujeto ha asociado como riesgosos y a los cuales ha atribuido un afecto negativo, apuntando a que el mismo pueda desmentir tales ideas, evitando así el consecuente despliegue de emociones displacenteras. La forma en la que se busca mitigar el miedo y las reacciones intensas hacia ciertas representaciones o imágenes es a través del proceso de habituación:

Se busca el surgimiento de la “Habitación”, mediante el cual el paciente al exponerse reiteradas veces a las situaciones temidas, se “acostumbraría” (habituaria) a ellas, generándose entonces una disminución en los niveles de ansiedad, que se han disparado luego del trauma. (Spinetto, 2010, p.12)

Como detalla Spinetto (2010) para arribar a dicho resultado, la desensibilización sistemática consta de una serie de pasos organizados: primero, de una lista de situaciones evitadas, confeccionadas por ambas partes (profesional y paciente) se busca empezar por aquella que el sujeto ha indicado que menor ansiedad o malestar le produce, para así luego ir avanzando y desbloqueando posteriores aspectos de mayor complejidad, hasta llegar a aquellos más temidos y más difíciles de afrontar, ya que la persona ha realizado grandes esfuerzos para alejarlos de su mente. Frente a cada situación a la que se busca exponer al paciente, es fundamental el registro de las sensaciones, cogniciones y demás que experimente; por otro lado, el nivel de dirección por parte del profesional se espera que vaya naturalmente disminuyendo, en tanto inicialmente opera como una guía, acompañándolo en sus primeras

exposiciones, y luego empieza a despegarse, dejando espacio a que el sujeto empiece a poner en práctica su agencia personal:

Se realizan ensayos cognitivos, el terapeuta o acompañante terapéutico realiza el trayecto con la paciente, luego la acompaña a distancia, luego la espera en el lugar, en la casa y finalmente lo chequea telefónicamente (...) De ser necesario se involucra a familiares o a otros auxiliares terapéuticos, a quienes se los entrena para acompañar y/o asistir a la paciente. (Spinetto, 2010, p.12)

El objetivo de la desensibilización sistemática tiene que ver con un cambio del sujeto en lo que respecta su modo de percibirse a sí mismo, a los demás y al mundo, para que pueda adoptar una mirada más funcional acerca de los acontecimientos de su vida: "(...) va a generar un cambio cognitivo; es decir, una valoración más adaptada de la situación traumática; generando nuevos patrones de pensamiento, que contrarrestan aquellos relacionados con una valoración irracional de la situación evocadora del trauma (Beck, 1976)" (Aguilar Vega, 2021, p.13) Finalmente, se encuentra un tercer componente cuya efectividad ha sido visibilizada en mayor medida en el último tiempo, y que ha adquirido relevancia junto con la tercera ola de la terapia cognitivo-conductual. Este se compone de técnicas de relajación, como el mindfulness, que se han aplicado en diferentes corrientes, por ejemplo, desde la Terapia Basada en Mindfulness (o MBCT) la cual en principio se creó para abordar trastornos de depresión recurrente, pero luego comenzó a demostrarse útil para otros padecimientos. El dispositivo del mismo es grupal y sus intervenciones se caracterizan por ser breves (Garay, Korman & Keegan, 2015) El mindfulness, como tal, desde sus inicios ha sido pensado como una forma de ser y actuar basada en la atención plena, y no tanto como una herramienta utilizada meramente frente a ocasiones donde el sujeto siente malestar. Sin embargo, desde la psicología se utiliza como una técnica que le permite al sujeto conectarse con su situación presente y quitar el foco de determinadas cogniciones disfuncionales, como las intrusiones mentales, sin que necesariamente estas deban erradicarse para que el mismo deje de sufrir: "Es importante señalar que esta práctica de mindfulness no predice que los pensamientos intrusos y rumiantes de la depresión serán menos, sino que la vivencia y el apego a éstos serán distintos." (Barraca Mairal, 2011, p.52) La inclusión del mindfulness en el presente capítulo se explica en tanto contribuye a que el sujeto, a través de la práctica de la meditación, pueda percibir aquello que pasa por su mente como lo que es: simplemente pensamientos, que no pueden dañarlo por su mera aparición. Con esta práctica, Barraca Mairal (2011) describe que el sujeto aprende a ser capaz de soltar los propios juicios que les atribuye a sus cogniciones y, en cambio, aceptarlas, sin juzgarlas por su contenido. La misma no apela a que dichos pensamientos dejen de aparecer, sino a que la persona ya no se sienta amenazada por los mismos; eso ya implicaría una modificación importante, en tanto apela a una modificación del locus de control que el sujeto admite: en vez de creer que sus pensamientos y las reacciones que los acompañan lo superan y están fuera

de su alcance, se apunta a que el mismo pueda controlar a qué estímulos le dedica su atención, y cómo manejar aquellos que no son placenteros (Barraca Mairal, 2011). Finalmente, se espera que el individuo pueda trasladar dichos principios aprendidos a través del mindfulness a su rutina diaria, adoptando una perspectiva de control y equilibrio interno acerca de posibles contingencias que pueden surgir en la cotidianidad: “Esta técnica también estabiliza, sosiega y fortalece la mente y la capacita para investigar directamente la naturaleza cambiante de la vida.” (Moreno Coutiño, 2012, p.11)

Todas estas herramientas mencionadas incluyen a la población etaria que se pretende investigar en el presente estudio, ya que han demostrado funcionar en pacientes adolescentes. (Aguilar Vega, 2021) Además de las técnicas particulares provenientes del enfoque cognitivo conductual, se menciona un importante componente dentro del tratamiento, que tiene que ver con la importancia de que estén presentes algunos factores específicos, como la psicoeducación de la persona que padece, para que la misma comprenda el por qué de las intervenciones (Aguilar Vega, 2021; Quero, Campos & Botella, 2019; Spinetto, 2010), una fuerte alianza terapéutica que le permita al paciente confiar lo suficiente en su terapeuta para exponerse a sus más grandes temores y cuestionar las ideas que los sostienen, y por último, e incluso más en adolescentes, el hecho de que el profesional mantenga una comunicación con las personas que rodean a la joven, para asegurar que esté acompañada por una red de apoyo, tanto en el camino hacia su mejora, como en su mantenimiento, una vez que el tratamiento haya finalizado (Mandil, 2008; Quero, Campos & Botella, 2019) Finalmente, para culminar con el desarrollo de este documento, resulta pertinente mencionar la existencia de otras alternativas de tratamiento que han demostrado ser beneficiosas para el tratamiento de un trastorno de estrés postraumático, más allá de aquellas propuestas en el presente apartado desde la terapia cognitivo-conductual: por un lado, una de ellas es la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares, también conocida como EDMR. Otra opción es el tratamiento farmacológico, en donde se recomienda combinar el abordaje terapéutico junto a uno psiquiátrico; para dicho padecimiento se utilizan algunos psicofármacos determinados, como, por ejemplo, antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS) específicos, como la paroxetina y la sertralina, o también venlafaxina, el cual es otro antidepresivo, pero, en cambio, funciona como inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) (National Center of PTSD, 2024).

Conclusiones

A modo de cierre del presente trabajo, creo importante recalcar el por qué detrás de esta investigación. En principio, la elección de la temática, como ha sido mencionada más de una vez a lo largo del documento, radica en el hecho de que, la violencia obstétrica, como tal, es un fenómeno que afecta a muchas mujeres a diario, y que, a pesar de que su existencia data de hace años, es en el último tiempo que se ha comenzado a verdaderamente problematizar desde la sociedad, convirtiéndose en una lucha organizada y sistematizada, por ejemplo, a través de leyes que amparan a las víctimas. Tal temática llamó mi atención desde la primera vez que oí de ella, al realizar un trabajo para la materia de Salud Pública y Salud Mental en segundo año de la carrera. Creo que algo resonó en mí en ese entonces, sobre todo porque no había imaginado hasta ese momento en la posibilidad de que pueda ejercerse una forma de violencia en un momento tan específico como es el parto, y mucho menos que sea una experiencia colectiva. Una vez que indagué al respecto, comencé a darme cuenta de que tal problemática estaba más cerca de lo que creía: empecé a escuchar relatos de conocidos, seres queridos e incluso familiares en donde coincidían en el descontento con el trato recibido durante el parto. De esa manera, al entender lo normalizado que está en la sociedad a pesar de lo negativo de sus implicancias, consideré que al utilizarlo en mi tesina quizás podría despertar cierto interés en el tema a otros sujetos, y así sucesivamente, generando conciencia al respecto. Por su creciente relevancia en términos de investigaciones es que fue posible encontrar cada vez más bibliografía al respecto, e investigar los alcances de dicha forma de violencia en quienes lo padecen; sin embargo, encontré que uno de los aspectos más abordados en lo que respecta las consecuencias psicológicas de experimentar un parto traumático es el desencadenamiento del trastorno de depresión posparto, por lo que, a través del presente documento, intenté darle un nuevo giro a la temática, indagando en cómo podrían relacionarse dichas vivencias con el diagnóstico de un trastorno de estrés postraumático (fenómeno de mi interés por sus manifestaciones particulares en la conducta del individuo) y enfocándome particularmente en la población de madres adolescentes. Si bien la experiencia de un episodio de violencia obstétrica constituye un evento que marca la vida de gran parte de quienes lo padecen, apunté a tal población específica de madres adolescentes, en principio porque está demostrado que son quienes generalmente son más enjuiciadas antes, durante y luego del parto, pero también porque comencé a notar que dichos juicios se hacían presentes en conversaciones cotidianas. Por otro lado, considero oportuno este apartado para aclarar que el presente documento no tiene como objetivo demonizar a quienes se encargan de asistir a las mujeres a lo largo del parto, sino de invitar a pensar los hechos desde la perspectiva de quienes confían su vida y la de su bebé al personal médico. Considero posible establecer una relación entre el modo de proceder por parte del sistema de salud junto con los postulados principales del modelo médico que ha regido y predominado en el ámbito profesional por mucho tiempo, el cual, desde diferentes disciplinas, como la psicología, se lo intenta mitigar y

reemplazar por otro que considere, además de los aspectos biológicos del padecimiento de un sujeto, a la persona como alguien que también está atravesado por variables psicológicas, socioculturales, económicas e históricas, que contribuyen a cómo perciben diferentes eventos de la vida. Dentro de lo que es la violencia obstétrica, tras realizar este estudio puedo inferir que, adoptando un modus operandis diferente al que propone el modelo médico, y considerando a la persona como un sujeto integral en vez de un mero cuerpo donde intervenir, sería posible promover una experiencia de parto positiva, en la que se asegure el bienestar de la madre, en vez de la percepción históricamente infundida de que dicho evento implica inherentemente dolor, incomodidad y sufrimiento, y que la misma debe tolerar a toda costa cualquier procedimiento que se le aplique. En este sentido, creo interesante pensar en la posibilidad de implementación de capacitaciones para quienes se encargan de acompañar dichos procesos, ya sea en lo que respecta la promoción de una comunicación transparente acerca de lo que se se llevará a cabo, como en el involucramiento activo de la madre sobre las decisiones sobre su cuerpo. Más allá de que este documento se centra en la violencia obstétrica ejercida específicamente durante el momento del parto, cabe recalcar, nuevamente, que dicha problemática comienza desde mucho antes, por ejemplo, en lo que implica la negación de la educación sexual integral durante la juventud, que muchas veces sucede dado a estigmas dentro de la sociedad; por ello, considero que para generar un verdadero cambio frente a la misma, debería apuntarse a modificar el problema desde la raíz, es decir, desde aquellas interacciones iniciales. El hecho de asegurar un conocimiento pleno en las mujeres, sobre todo al inicio de la adolescencia, de sus derechos, del funcionamiento de su cuerpo y de otros aspectos como la protección frente a infecciones de transmisión sexual o la prevención del embarazo, es fundamental para promover que las mismas sientan que tienen alternativas para accionar, o para que no permitan tratos inadecuados por desconocimiento de lo que debería ser. Además, otro prejuicio que considero que debería abogarse por su erradicación es aquel adultocentrista que mantiene que la sexualidad debe ser únicamente considerada y abordada para adultos, en tanto no sólo impiden que las juventudes puedan acceder a información que les permita evitar llegar a una instancia, por ejemplo, de embarazo, sino que también promueve estereotipos de que, por ser jóvenes, no merecen determinados derechos que en verdad les corresponden a todas las madres, y personas. Por último, a lo largo del desarrollo de esta investigación surgieron diferentes cuestionamientos que creo que podrían ser óptimas para investigar a futuro, por ejemplo, si afecta en el mismo personal de salud el hecho de ejercer violencia obstétrica, si esta es realizada de forma consciente o en cambio, por ignorancia; cómo impacta el trastorno de estrés postraumático durante el puerperio en el vínculo de la madre con su hijo con el pasar de los años; si podrían realizarse protocolos de tratamiento psicológico específicos para casos de violencia obstétrica y, además, qué se podría hacer para mitigar el impacto de una situación traumática en la estabilidad de la persona, incluso antes de padecerla. Creo firmemente que la psicología tiene la posibilidad de iluminar aspectos que a simple vista no podrían verse, y es por ello que en principio quise indagar si

existía algún tipo de relación entre dos fenómenos a simple vista diferentes, y, al ver que sí podía establecerse un vínculo entre ambas, ver qué podría aportar desde mi área para abogar por el cumplimiento de los derechos de tal población elegida. Considero que dichos objetivos fueron cumplidos, pero más allá de la disposición académica y el valor que este trabajo podría otorgar para posibles investigaciones, la mayor voluntad que me empujó a realizarlo y el fin que quería alcanzar (y espero haberlo hecho por lo menos en una mínima parte) fue la idea de poder aportar un valor social, a partir de conocimientos que permitieran una aproximación hacia la construcción de una visión social más integral del sujeto que consulta; una mirada que apele al cumplimiento de los derechos de todos los individuos, sin discriminar su género, etnia, edad, ni contexto socioeconómico.

Referencias bibliográficas

- Aguilar Vega, Y. M. (2021) *Enfoque cognitivo conductual para disminuir el estrés postraumático en adolescentes. Una revisión sistemática*. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo] Repositorio de la Universidad César Vallejo. Recuperado el 5 de marzo de 2024 de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/72934>
- Alfárez-Villarreal, A. (2016). *Las caras de la psicología*. Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. DOI: <http://dx.doi.org/10.16925/greylit.1467>
- American Psychiatric Association. (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bados, A. y García-Grau, E. (2011) *Técnicas operantes*. [Archivo PDF]. Recuperado el 17 de marzo de 2024 de <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/18402>
- Barraca Mairal, J. (2011) ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta*. 37(155-156) 43-63. DOI: <https://doi.org/10.33776/amc.v37i155-156.1317>
- Barrera Gutiérrez, Y., Díaz Gamboa, L. (2018). Violencia obstétrica, historia olvidada de prácticas invisibilizadas. *Derecho y Realidad*, 16(32),59-74. DOI: <https://doi.org/10.19053/16923936.v16.n32.2018.13709>
- Beechey, V. (1979) Sobre el patriarcado. *Feminist Review*. (3), 66-82. DOI: 10.2307/1394710.
- Belli, L. F. (2013) La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 4, 1 (7), 25-34. Recuperado el 16 de septiembre de 2023 de

http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf

Bellón Sanchez, S. (2015) La violencia obstétrica desde aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, Año 7 (18), 93-111. Recuperado el 15 de septiembre de 2023 de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>

Bennet, G. (2011). Shakespeare and post-traumatic stress disorder [Shakespeare y el Trastorno de Estrés Postraumático]. *The British Journal of Psychiatry*, 198(4), 255-255. DOI: 10.1192/bjp.198.4.255. Recuperado el 16 de septiembre de 2023 de <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/shakespeare-and-posttraumatic-stress-disorder/83B74F4CF26F69F09DC71AD223B9A468>

Blakemore, E. (2023) *La larga travesía del trastorno de estrés postraumático (TEPT) hasta que empezó a ser tomado en serio*. *National Geographic*. Recuperado el 17 de septiembre de 2023 de <https://www.nationalgeographic.es/ciencia/trastorno-de-estres-postraumatico-tept-que-es-quien-sufre>

Brito Agramonte, C. y Ureña Santana, L. (2021) *Autoconcepto y proyecto de vida en adolescentes embarazadas que asisten al Hospital Materno-infantil San Lorenzo de Los Mina período Septiembre-Diciembre 2019*. [Tesis de Grado, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña] Repositorio RI-UNPHU. Recuperado el 16 de agosto de 2023 de <https://repositorio.unphu.edu.do/>

Castillo Ortiz, L.W. (2017) *Violencia obstétrica desde la percepción de las adolescentes que asisten al hospital Delfina Torres de Concha*. [Tesis de Grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas] Repositorio Nacional PUCE. Recuperado el 8 de febrero de 2024 de <https://repositorio.puce.edu.ec/home>

Castrillo, B. (2020) Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas. *Revista Encuentros Latinoamericanos, Segunda edición*. Vol. IV, (1). Recuperado el 10 de agosto de 2023 de <https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/enclat/article/view/625>

Charlo Saldaña, M. (2022) *Desarrollo de trastorno de estrés postraumático como consecuencia del parto*. [Tesis de grado, Universidad Pontificia Comillas] Repositorio Comillas. Recuperado el 29 de febrero de 2024 de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/61244>

Corona H, F. y Funes D, F. (2015) Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Condes*. 26(1), 74-89. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.004>

Crespo-Antepara, D. N., Sanchez-Zambrano B. M. y Domínguez-Ontano, D. P. (2018) La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto. *Polo del Conocimiento*, Vol. 3 (7), 347-361. DOI: 10.23857/pc.v3i7.559

Cruz Molina, B. (2018) *La interacción en el cuidado de enfermería desde la percepción de adolescentes en trabajo de parto*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México] Repositorio Institucional de la UNAM. Recuperado el 15 de julio de 2024 de <https://repositorio.unam.mx/>

Danet, A. (2021) Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica*. Vol. 156 (9), 449-458. DOI: 10.1016/j.medcli.2020.11.009

Davis, S. (17 de junio de 2019) *The History of Post-Traumatic Stress Disorder, Complex Post-Traumatic Stress Disorder, and an Introduction to Emotional Flashbacks* [La historia

del Trastorno de Estrés Postraumático, el Trastorno de Estrés Postraumático complejo, y una introducción a los flashbacks emocionales]. CPTSD Foundation. Recuperado el 13 de septiembre de 2023 de <https://cptsdfoundation.org/2019/06/17/the-history-of-post-traumatic-stress-disorder-complex-post-traumatic-stress-disorder-and-an-introduction-to-emotional-flashbacks/>

Dongil Collado, E. (2012) *La clasificación de los síntomas del trastorno de estrés postraumático*. [Tesis doctoral, Universidad de Valencia] Portal de Producción Científica UV. Recuperado el 8 de mayo de 2024 de <https://producciocientifica.uv.es/documentos/5d399a64299952068446713e>

El-Mosri, F. P., Rodríguez-Orozco, A. R. y Santander-Ramirez, A. El trastorno por estrés postraumático desde una mirada cognitivo conductual. *Arch Neurocién (Mex)*. Vol. 25(4) 55-61 DOI: 10.31157/archneurosciencesmex.v25i4.231

Fernández Clemente, L. y Olza Fernández, I. (2018) Revisión sistemática del tratamiento del trastorno de estrés postraumático posparto. *Psicosomática y psiquiatría*. 5 29-39. DOI: <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum0505>

Fernández, V., Martínez, A., Castro, M., Alcántara-López, M., y López-Soler, C. (2020) *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology / Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 25 (3), 207-217

Freud, S. (1989) Más allá del principio de placer. En: *Obras completas*. Tomo XVIII. 2º reimpresión. Buenos Aires, Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920)

Gálvez Galve, J. J. (2009) Revisión de evidencias científicas de la terapia cognitivo-conductual. *Medicina Naturista*. Vol. 3 (1), 10-16.

Garay, C. J., Korman, G. P. y Keegan, E. (2015) Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (mindfulness) y la «tercera ola» en Terapias Cognitivo-Conductuales. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. XXVI, (119), 49-56. Recuperado el 10 de septiembre de 2023 de https://www.researchgate.net/publication/281519109_Mindfulness-Based_Cognitive_Therapy_MBCT_and_the_'Third_Wave'_of_Cognitive-Behavioral_Therapies_CBT

García, E. M. (2018) *La violencia obstétrica como violencia de género*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid] Repositorio de Datos de Investigación UAM. Recuperado el 2 de junio de 2024 de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/684184>

Gherardi, N. (2016). Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. *CEPAL-Serie Asuntos de Género*. (141)

Guerrero-Vaca, D. J., García Ramos, D. C., Peñafiel Salazar, D., Villavicencio Narváez, L. y Flores Fernández, V. F. (2021) Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión. *Dominio de las Ciencias*. Vol. 7, (3), 667-688. DOI: 10.23857/dc.v7i3.1960

Hernández León, Y. (2020) *Trastorno de estrés postraumático*. [Tesis de grado, Universidad de La Laguna] RIULL - Repositorio Institucional Universidad de La Laguna. Recuperado el 30 de mayo de 2024 de <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/19751>

Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2009) *Ley 26.485 de 2009*. Por lo cual se expide *Ley de protección integral a las mujeres*.

Jarillo López, A., Fernández-Velasco, R. y Garrido-Hernansaiz, H. (2021) La violencia obstétrica como factor de riesgo para la formación del vínculo y el apego materno-infantil: una revisión sistemática. *Psicosomática y Psiquiatría*. (18), 25-35. DOI:

10.34810/PsicosomPsiquiatnum1804

Jiménez Pacheco, M. (2021) *Impacto psicológico de la violencia obstétrica. Una revisión bibliográfica*. [Tesis de Grado, Universidad de Cádiz] Repositorio Institucional UCA. Recuperado el 22 de agosto de 2023 de <https://rodin.uca.es/handle/10498/25116>

Loyola Cruz, M. A. (2017) *Estrés postraumático en puérperas post parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017*. [Tesis de Grado, Universidad Católica de Santa María] Repositorio de Tesis UCSM. Recuperado el 14 de agosto de 2023 de <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/6486>

National Center for PTSD. (2024) *Fundamentos del Tratamiento de TEPT*. U.S Department of Veteran Affairs. Recuperado el 7 de abril de 2024 de https://www.ptsd.va.gov/spanish/understand_tx/tx_basics_sp.asp

Maldonado, G. (19 de septiembre de 2016) *Trastorno de estrés postraumático (TEPT)*. Teoría de la Mente. Recuperado el 16 de septiembre de 2023 de <https://lateoriadelamente.com/trastorno-de-estres-postraumatico-tept/>

Mandil, J. (2008) *Consideraciones Generales para la Terapia Cognitiva con Adolescentes*. Originalmente publicado en [depsicoterapias.com](https://www.depsicoterapias.com). Recuperado el 4 de marzo de 2024 de <https://www.etc.com.ar/>

Martin, E. (1987) *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction* [La mujer en el cuerpo: un análisis cultural de la reproducción]. Boston Press.

Mora-Guerrero, G. M., Escárate-Colín, L. M., Espinoza-Lerdón, C. A. y Peña-Paredes, A. B. (2021). Apoyo social percibido, autoestima y maternidad adolescente: entre el respeto y la intrusión. Estudio en Traiguén, Chile. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e*

intervención social, (32), 151-171. DOI: 10.25100/prts.v0i32.10785.

Mori-Quispe, E., Contreras-Pulache, H., Hinojosa-Camposano, W. D., Lam-Figueroa, N., Huapaya-Huertas, O., Chacon-Torrico, H., Black-Tam, C. y Urrutia-Aliano, D. (2015) Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú. *An Fac med*. 76(2),141-6. DOI: 10.15381/anales.v76i2.11140

Moreira-Navia, J. R. (2021) Propuesta de intervención cognitivo-conductual para el trastorno de estrés postraumático. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud "GESTAR"*. 4(8) 94-103. DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0034>

Moreno Coutiño, A. (2012) Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*. 12(01) 1-17. DOI: <https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>

Oramas Pérez, A. (2020) *Trastorno por estrés postraumático: enfoque clínico*. [Tesis de Grado, Universidad de La Laguna] RIULL - Repositorio Institucional Universidad de La Laguna. Recuperado el 13 de marzo de 2024 de <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/19950>

Organización Mundial de la Salud. (10 de abril de 2024) *Embarazo en la adolescencia*. Recuperado el 20 de mayo de 2024 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Organización Mundial de la Salud. (28 de abril de 2023) *La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes*. Recuperado el 20 de agosto de 2023 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Pavez Pérez, C. y Arriagada Toledo, C. (2021) *Estudio exploratorio sobre las experiencias de parto de mujeres que han sufrido violencia obstétrica y que participan en redes sociales de denuncia*. [Tesis de Grado, Universidad Academia de Humanismo Cristiano] Biblioteca Digital UAHC. Recuperado el 3 de marzo de 2024 de <http://bibliotecadigital.academia.cl/>

Pascual-Vera, B. (2019) *El carácter transdiagnóstico de las intrusiones mentales*. [Tesis doctoral, Universidad de Valencia] Portal de Producción Científica UV. Recuperado el 2 de mayo de 2024 de <https://producciocientifica.uv.es/documentos/5eb09d0b299952764112411d>

Pereira, C. J., Domínguez A. L. y Toro Merlo, J. (2015) Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista Obstetricia y Ginecología Venezuela*. 75(2) 81-90. Recuperado el 24 de abril de 2024 de https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322015000200002&script=sci_abstract

Pérez Álvarez, M. (2006) La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*. 5(2) 159-172. Recuperado el 15 de julio de 2024 de https://www.researchgate.net/publication/277275497_La_terapia_de_conducta_de_tercera_generacion

Pyrovarop, S. y Spirin, Y. (7 de marzo de 2023) *PTSD has been known since ancient times, it was described by Shakespeare and studied by Freud. Soldiers with it were bullied, but in the 1970s feminists came to the rescue. Here's how this disorder was studied in the past* [El TEPT ha sido conocido desde tiempos antiguos, fue descrito por Shakespeare y estudiado por Freud. Los soldados que lo tenían fueron maltratados, pero en 1970 las feministas vinieron al rescate. Así es como este trastorno fue estudiado en el pasado]. Babel. Recuperado el 10 de septiembre de 2023 de <https://babel.ua/en/texts/91098-ptsd-has-been-known-since-ancient-times-it-was-describe>

[d-by-shakespeare-and-studied-by-freud-soldiers-with-it-were-bullied-but-in-the-1970s-feminists-came-to-the-rescue-here-s-how-this-disorder-was-st](#)

Quero, S., Campos, D. y Botella, C. (2019) Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático: 2º Edición actualizada. *Revista FOCAD (Formación Continuada a Distancia)*. 39 3-25. Recuperado el 23 de octubre de 2023 de <https://www.focad.es/biblioteca.php>

Ramos-Vera, C. A. (2021) Trastorno de estrés postraumático en la infancia y adolescencia ante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Pediatría*. 93(3). Recuperado el 6 de mayo de 2024 de <https://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1511>

Ruiz, M.A., Díaz, M.I y Villalobos, A. (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer, S.A.

Sosa Sánchez, I.A. y Menkes Bancet, C. (2022) Violencia institucional, embarazo adolescente y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. *Alteridades*. 32(62), 89-98. DOI: 10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2022v32n64/Sosa

Spinetto, M. (2010) Abordaje Cognitivo Conductual del Trastorno por Estrés Postraumático. *Revista APRA*. 6 1-15. Recuperado el 13 de marzo de 2024 de <https://apra.org.ar/2020/10/04/revista-nro-6-noviembre-2010/>

Steinbach, T. T. (6 de mayo de 2020) *Dr Jacob Da Costa - 'Soldier's Heart'* [Dr Jacob Da Costa - 'Corazón de Soldado']. Time Lines. Recuperado el 17 de septiembre de 2023 de https://www.timelinesmagazine.com/publications/civil-war-courier/dr-jacob-da-costa-soldier-s-heart/article_abc080f8-8fd5-11ea-89c7-0fe33219a1d0.html

UNFPA (11 de noviembre de 2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Bajo la metodología Milena*. Recuperado el 28 de septiembre de 2023 de <https://lac.unfpa.org/es/publications/informe-consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-seis-pa%C3%ADses-de>

UNICEF Uruguay (Julio de 2021) *Características de la adolescencia*. Recuperado el 18 de agosto de 2023 de <https://www.unicef.org/uruguay/documents/adolescentes-caracteristicas>

Zegarra-Valdivia, J.A. y Chino-Vilca, B.N. (2019) Neurobiología del trastorno de estrés postraumático. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 20(1) 21-28. DOI: <https://doi.org/10.24875/rmn.m19000023>