



TRABAJO FINAL DE GRADO

Modalidad: Monografía

La idealización de la maternidad y su impacto en el psiquismo ante la muerte perinatal

Estudiante: Anush Kassalian

C.I.: 4.659.362-1

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías

Instituto de Psicología de la Salud

Montevideo, Octubre 2019.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1. Concepciones en torno a la identidad de género.....	5
CAPITULO 2. La construcción de la maternidad.....	12
2.1: El discurso de la buena madre.....	16
CAPITULO 3. Embarazo y pérdida.....	19
3.1: Muerte perinatal.....	21
3.2: Sobre la muerte del bebé y el niño.....	22
3.3: Aportes para comprender el duelo desde distintas corrientes teóricas.....	24
3.4: Aspectos psicológicos acerca del duelo materno por la muerte perinatal...	27
REFLEXIONES FINALES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36

RESUMEN

El presente trabajo final de grado aborda la problemática de los estereotipos de género que caracterizan a la maternidad, como un rasgo de análisis dentro de la psicología de la salud sexual reproductiva. Al afrontar una temática de considerable teorización y de diversas líneas de análisis, en esta oportunidad se cuestiona el caso de la muerte perinatal como un hecho inesperado, que queda por fuera del mito de la omnipotencia materna pero a su vez nos vuelve a sumergir en las exigencias e ideales que lo conforman. Como punto de partida, se desarrollan conceptos que desde la psicología y las ciencias sociales, interrogan y teorizan la construcción de la identidad de género. Se analiza el desarrollo de las normas patriarcales que instalaron el mito del instinto materno, y la manera en que aún rigen ciertos estereotipos de género. Estos configuran los ideales de la maternidad, generando diversos conflictos psíquicos ante sucesos inesperados, como es el caso de la muerte perinatal. La salud mental de las mujeres se ha mantenido bajo términos estereotipados y sistematizados de salud-enfermedad. Ante la pérdida de un embarazo, la mujer queda una vez más relegada en sus decisiones ante el saber médico, viéndose presionada a superar rápidamente su duelo y a cumplir con pautas institucionalizadas. En este sentido, se desarrolla el sufrimiento psicológico materno ante la muerte perinatal y se analiza la repetición de determinados estereotipos de género ante estas situaciones.

Palabras clave: estereotipos de género - maternidad – muerte perinatal – duelo – salud mental - psicología

INTRODUCCION

La presente monografía se enmarca en la etapa final de la licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, Plan de Estudios 2013. Tiene como objetivo cuestionar la construcción socio histórica del ejercicio de la maternidad mediante un recorrido bibliográfico, tomando como arista de análisis la muerte perinatal y su impacto en el psiquismo de la mujer.

La elección de la temática surge en base al interés de desarmar la concepción de omnipotencia materna que la sociedad aún replica como un “poder divino”. Mediante la literatura académica recopilada, se analizará cómo opera esta idealización en el psiquismo de la mujer ante un suceso tan doloroso e inesperado. Este tipo de muertes desmoronan los ideales de la maternidad (Defey, 2011) que aparecen ante la búsqueda de un embarazo y el nacimiento de un hijo.

Se intentará vislumbrar cómo en una situación tan dolorosa, la mujer también se ve presionada a responder a los ideales de feminidad y maternidad, bajo normas institucionalizadas y estándares de salud-enfermedad. En efecto, desde los aportes de la psicología de género se articularán y desarrollarán conceptos claves que colaborarán a comprender el problema.

Según la historia biográfica y el contexto de cada sujeto, la muerte del bebé se sobrelleva emocionalmente de diferentes maneras. Además, los procesos de las mujeres ante la maternidad y sus desenlaces pueden ser diversos, a pesar de que el duelo se contemple dentro de cánones de salud-enfermedad estereotipados. En este sentido, es significativo que desde la psicología se puedan contemplar las respuestas sistémicas que han sido teorizadas por diversos autores en relación al duelo, pero sin dejar de cuestionar cómo se configuran estos mecanismos en el psiquismo de las mujeres que sufren la pérdida. Para esto, resulta pertinente tomar en cuenta los estereotipos de género que hayan conformado su identidad.

Conceptualizar lo femenino y lo masculino desde una perspectiva de género, implica afirmar en primer lugar que las culturas construyen las formas de ser mujer y de ser varón (López y Güida, 2000) y que éstas configuran la identidad de las personas, así como las pautas de la maternidad en todos los desenlaces posibles. De esta manera, se plasmarán puntos de vista de diferentes autores que se han encargado de reflexionar y evidenciar que estos aspectos no son naturales en las personas, más se configuran desde el contexto histórico, cultural y social.

Resulta importante considerar el género como categoría de análisis desde la psicología, ya que desde las primeras socializaciones de los sujetos, este se impregna en el psiquismo mediante actos implícitos, expresiones verbales, o roles inequitativos de mujeres y varones en ámbitos públicos y privados. Estos aspectos, irán moldeando desde la infancia la identidad de género que la persona irá adquiriendo.

En base los aportes de diversos autores, se puede observar como la maternidad ha sido considerada como práctica innata e incuestionable de la mujer y se ha considerado el hogar y el ámbito privado como la mejor opción para ser madre (Bellucci, 1992). Actualmente, gran parte de la sociedad continúa considerando una funcionalidad natural de la mujer tener la capacidad de dar amor a sus hijos, aunque diversas investigaciones demuestran que el instinto maternal no existe y que forma parte de un estereotipo de género que se ha gestado en base a ciertos paradigmas (Badinter, 1991; Imaz, 2010).

La idea de este sentimiento instintivo del ejercicio de la maternidad, es estimada como un comportamiento que la mujer trae aparejado en su conformación de género, como una función de su naturaleza que está esperando ponerse en práctica desde una actitud maternal categórica, esperada y determinada. Es por esto que rastrear en la historia de la maternidad los cambios y premisas por los que se vio atravesada, implica reconocerla como objeto de estudio de importancia en las relaciones sociales, que nos constituyen en el despliegue de las mismas en nuestra construcción como sujetos.

A modo de organización, el trabajo está compuesto por tres capítulos, cada uno conformado por diversos apartados.

En el primer capítulo, se desarrollaran las concepciones que conforman las perspectivas de género y sus estereotipos. Para ello se realizará un breve recorrido por los estudios y teorizaciones encabezados por movimientos feministas que llevaron a hacer los problemas de la mujer un hecho público en la sociedad, diferenciándose del ámbito privado en el que se mantuvieron durante mucho tiempo. Se analizará la condición en que diferentes construcciones sociales se instauraron en la vida de las personas, en base a todo aquello que la sociedad espera que replique dentro de lo simbólicamente contemplado como masculino y/o femenino.

El segundo capítulo tiene como objetivo pensar la construcción socio-histórica de la maternidad, para así aproximarse a comprender de qué manera y por qué se conformó como un hecho incuestionable en la vida de las mujeres. Se hará énfasis en el despliegue de expectativas e ideales que afectan directamente la subjetividad femenina en relación a la capacidad de ser madre, relacionado con los discursos sociales en la actualidad que influyen en dicha construcción.

Por último, el tercer capítulo apuntará a cuestionar desde diferentes puntos de vista los aspectos psico-sociales relacionados al embarazo como etapa de importancia para la mujer, las pautas bajo las que se encuentra este proceso desde una perspectiva de género y las significaciones del sufrimiento en el duelo de la madre ante la pérdida gestacional. Se tendrá en consideración que la muerte en la infancia -y sobre todo durante la gestación-a lo largo de la historia no ha tenido siempre la misma importancia. También, se analizará el duelo desde distintas corrientes de la psicología, en base a los aportes de figuras de importancia. Así mismo, nos aproximaremos a los procesos a los que se enfrenta la madre ante la muerte perinatal desde las teorizaciones de distintos autores, considerando y sin dejar de lado la reproducción de los estereotipos de género en los sistemas de salud actuales que coexisten con la pérdida.

CAPITULO 1: Concepciones en torno a la identidad de Género

“Charlotte, 1909. Nueva York

¿Qué ocurriría si una mujer despertara una mañana convertida en hombre? ¿Y si la familia no fuera el campo de entrenamiento donde el niño aprende a mandar y la niña a obedecer? ¿Y si hubiera guarderías infantiles? ¿Y si el marido compartiera la limpieza y la cocina? ¿Y si la inocencia se hiciera dignidad? ¿Y si la razón y la emoción anduvieran del brazo? ¿Y si los predicadores y los diarios dijeran la verdad? ¿Y si nadie fuera propiedad de nadie?

Charlotte Gilman delira. La prensa norteamericana la ataca llamándole madre desnaturalizada; y más ferozmente la atacan los fantasmas que la habitan y la muerden por dentro. Son ellos, los terribles enemigos que Charlotte contiene, quienes a veces consiguen derribarla. (...) Esta tenaz caminadora viaja sin descanso por los Estados Unidos y por escrito y por hablado va anunciando un mundo al revés.”

Galeano, Eduardo (2015)

La bibliografía académica en torno a esta temática permite conocer la manera en la que se han adjudicado roles a los sujetos a lo largo del desarrollo de las sociedades, en base a una concepción binaria de sexo/género que concibe a mujeres y varones con determinados estereotipos dentro de patrones de masculinidad y feminidad. En contra partida, diferentes autores se han encargado de reflexionar y evidenciar que no son aspectos viables de generalización o naturalización (Fernández, 2014).

Nuestra cultura se encuentra fuertemente enmarcada bajo los términos del Patriarcado como organización en la que la figura de “lo masculino” ejerce la autoridad de todo orden social. De esta manera, se configura un sistema social, familiar, político e ideológico mediante el cual se decide qué rol y con qué expectativas debe cumplir la mujer según sus necesidades en cada contexto histórico. Como dispositivo, interpela toda institución pública y privada, oprimiendo y decidiendo por las mujeres individual o colectivamente, adueñándose de sus maneras de pensar y de las decisiones en torno a sus cuerpos, ya sea mediante actos implícitos en la cotidianeidad o mediante el uso de la violencia (Rich, 1986; Fontenla, 2008).

Pero las políticas patriarcales no podrían haber persistido sólo por la coerción de sus principios, sino que fue necesaria la colaboración de instituciones que lo sostengan en prácticas concretas y cotidianas. De esta manera, la familia, las escuelas, la religión y la vida doméstica sobrellevaron la regulación de la inferioridad de las mujeres y negaron la inclusión de ellas en la vida social pública, política, académica, laboral, etc. El acceso a los derechos

sexuales y civiles, y la exclusión de la vida académica como un ámbito de preferencia masculino, colaboraron a su domesticación bajo las pautas de la familia patriarcal.

En este sentido, Eva Giberti (2017) menciona que, además de considerarse a la mujer como subordinada del hombre, se suponía que no tendría la suficiente inteligencia para afrontar estos ámbitos como lo hacían ellos. A modo de ejemplo, la familia como institución y primer ámbito de socialización, continúa reproduciendo relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres basadas en la división del trabajo y la crianza de los hijos. Además, como institución de control ha considerado estándares de normalidad en relación a la heterosexualidad en las que, según determinadas corrientes teóricas de la psicología, se van cimentando los roles de género y las identidades desde la infancia.

La percepción de masculinidad o feminidad comienza desde que los padres descubren el embarazo, cuando comienzan a imaginar las características del bebé, y según imaginen el sexo del mismo tendrán diferentes comportamientos. En los últimos años, el acceso normalizado a las ecografías prenatales, han materializado esas “idealizaciones” al conocer el sexo antes del nacimiento. A partir del nacimiento del nuevo sujeto, los roles de género colaboran con la formación de la identidad que irá adquiriendo en su infancia, tomando como ejemplo lo cotidiano: los colores asignados a los bebés recién nacidos (rosa para la niña, celeste para el niño), los juguetes (muñecas y juegos de té para las niñas, autos y pelotas para los niños), así como la división de tareas en el hogar (generalmente, no son las mismas tareas que se le ordenan a los niños que a las niñas). Todos estos aspectos irán configurando las relaciones de género e irán reproduciendo mediante instituciones que así lo conciben (García y Díaz, 2010).

Desde la literatura académica, el cuestionamiento de la diferenciación de los sexos, la subordinación de la mujer en la cultura patriarcal y la inequidad de derechos entre hombres y mujeres, cobra visibilidad a partir de las teorizaciones de Simone de Beauvoir en 1949. La escritora y filósofa francesa, irrumpe con nuevos conceptos en relación a las lógicas de la naturaleza y la biología como fundantes de la identidad femenina, y el materialismo histórico como explicativo de la discriminación hacia las mujeres. De esta manera, se encargó de desnaturalizar los aspectos que se mostraban como inmutables en el funcionamiento de la sociedad y que mantenían la dependencia de la mujer como algo necesario e incuestionable para los intereses de los hombres. También se enfrentó la idea del determinismo biológico que consideraba al sexo biológico como fundador de cierto estilo de vida pre establecido e inamovible para las personas.

Partiendo de la base de que las mujeres eran consideradas por los hombres como “El Otro” o “El Segundo Sexo”, De Beauvoir (1965) explica de qué maneras se fue replicando la división

de los sexos desde las sociedades primitivas bajo el determinismo biológico, apoyado por creencias y religiones que aseguraban la relación de la mujer con el hombre bajo los términos de dependencia y pasividad. La autora explica el lugar social de la mujer de esta manera:

(...) ella no es nada fuera de lo que el hombre decide; así, la llama "el sexo", con lo que quiere dar a entender que se le parece al macho esencialmente como un ser sexuado; ella es sexo para él, así que lo es en absoluto. La mujer se determina y diferencia con relación al hombre, y no este con relación a ella; esta es lo inesencial frente a lo esencial. Él es el Sujeto, él es lo absoluto: ella es el Otro (p.12)

Bajo la consideración de la mujer como el sexo agregado del hombre, y considerada simplemente como un cuerpo destinado a la reproducción, la autora hizo referencia al vacío del lugar que ocupaba, fuera de tener un rol de importancia en la sociedad y siempre en dependencia a las decisiones del hombre como autoridad. Las mujeres, bajo el dominio de las esferas políticas, sociales, y académicas dirigidas por el hombre, quedaron relegadas a las tareas domésticas y de crianza de los hijos.

Años más tarde y a partir de estos aportes, el interés dentro del ámbito académico por investigar y teorizar acerca de las relaciones de género surge cuando psiquiatras y psicoanalistas comenzaron a interesarse en la distinción de los conceptos de sexo y género. Pero este último concepto fue pensado como la base de los comportamientos esperados en la persona según su sexo biológico (López y Güida, 2000).

Esta concepción comenzó a verse cuestionada pocos años después, ya que continuaba rigiéndose por un pensamiento binario de la sexualidad basado en la heterosexualidad y por lo tanto en la diferenciación sexual como rasgo de análisis principal. Además, excluía la realidad de la discriminación de las mujeres en los ámbitos públicos al concentrarse en el dualismo hombre-mujer como pares, así como las variaciones que pueden existir entre personas que pertenecen a un mismo género, ya que consideraba que los roles son complementarios. De esta manera, quedaron ocultas las tramas de poder y conflicto entre varones y mujeres (Bonder, 1998) y las diferentes maneras de vivir las sexualidades.

En efecto, a partir de la década de 1960 mediante estudios y publicaciones realizadas desde movimientos feministas y las ciencias sociales, se comenzó a perseguir el objetivo político y social de hacer visible que las características que se adjudicaban como procesos innatos en varones y mujeres no eran más que adquisiciones individuales y sociales. Por lo tanto, se comenzó a refutar la relación instaurada de superioridad y subordinación del hombre hacia la mujer (Navarro, 1999).

Así, comenzaron a hacerse visibles las primeras investigaciones y estudios académicos en torno a la discriminación de las mujeres, iniciando el destaque de los movimientos feministas

-etapa conocida como la segunda ola del feminismo- en los escenarios intelectuales, conformado por mujeres que traían consigo experiencia de movimientos liberales anteriores (Bellucci, 1992). De esta manera, inicia el surgimiento de grupos autónomos que intentan hacer visibles sus luchas mediante diversas manifestaciones culturales y sociales.

Comenzada la década del 70', grupos de académicas feministas en diferentes países persiguieron el objetivo de generar conocimientos sobre la vida de las mujeres, su historia, sus condiciones actuales y sus aportes a la sociedad y a la cultura. En centros académicos y proyectos no gubernamentales surgen los Estudios de la Mujer, con la intención original de democratizar los espacios de producción de conocimiento en los que las mujeres no se sentían representadas, por estar excluidas en su participación y también como objeto de estudio en los ámbitos científicos y académicos (Bellucci, 1992; De Barbieri, 1993).

En el contexto de estas investigaciones, se delimitaron dos perspectivas en relación a la temática de esta subordinación. La primera, tuvo como objeto de estudio a la mujer y los determinantes de su condición social en ese entonces, poniendo énfasis en generar conocimiento de las relaciones de mujeres con varones y mujeres con mujeres. Un segundo punto de vista, se inclinó por argumentar que para estudiar dicha subordinación no alcanzaba con sólo estudiar las condiciones de las mujeres sino que se necesitaba estudiar las relaciones sociales de mujeres y hombres en todos los escenarios posibles. Por lo tanto, se puso el énfasis en considerar esta subordinación como resultado de las organizaciones sociales, y ese sería el objeto de estudio por excelencia (De Barbieri, 1993).

De esta manera, los Estudios de la Mujer tuvieron como objetivo principal hacer visible lo que era invisible para la sociedad y comenzar a desnaturalizar la división social del trabajo, la exclusión de las mujeres de los ámbitos públicos y su dedicación a lo privado –la familia, los hijos, las tareas del hogar– cuestionando la ideología patriarcal del momento (Bellucci, 1992).

Para López y Güida (2000), de esta manera las académicas feministas colocaron sobre la mesa la producción del conocimiento en relación a la condición de las mujeres como campo específico de estudio, con el fin de darle voz a la mujer y saciar la necesidad de ser escuchadas por sí mismas y no a través de los hombres, como lo fue hasta ese entonces. Se configuró así un campo multidisciplinario de investigación y desarrollo de conocimiento, que tuvo como foco de intervención la concepción científica antropocéntrica y falocéntrica, y se propuso generar nuevas maneras desde las cuales construir ideas y nuevas formas de relacionarse.

Siguiendo esta línea, Ana María Fernández (1992) ofrece pensar tres dimensiones en que las mujeres hicieron movimientos instituyentes que hicieron visible la discriminación, desnaturalizando sus prácticas y produciendo importantes cambios en el conjunto de

significaciones sociales que respaldaron durante tanto tiempo la desigualdad y la injusticia entre hombres y mujeres. Por un lado, la autora expresa que en la *cotidianeidad*, la mujer encontró una nueva manera de relacionarse socialmente mediante prácticas transformadoras como lo fue su entrada masiva al mercado laboral, su acceso a la educación secundaria y terciaria, las nuevas formas de contratos conyugales, nuevas maneras de vivir su sexualidad, y el cambio en el pensamiento de considerarse importante únicamente en el ámbito privado. Por otro lado, en una dimensión *política* relacionada a los movimientos de mujeres, la autora explica la sistematización de la lucha por los derechos en relación a leyes más justas, la denuncia hacia la discriminación de género y otros movimientos, algunos más visibles que otros, relacionados a la abolición de la opresión de las mujeres. En tercer lugar, la dimensión *académica* ocupó un lugar importante en este proceso, con la masiva entrada de mujeres a la universidad y su inserción en ámbitos académicos en diversas disciplinas.

A partir del conocimiento generado hasta ese entonces y en la búsqueda de explicar de qué manera los sujetos adquieren cierta identidad, surge el término *Género* como categoría de análisis, que apuntó directamente hacia la distinción de los procesos sociales de los hechos biológicos (Lamas, 1996) y a criticar la relación que hasta ese momento se expresaba como invariable entre estos dos factores (Calcerrada, 2016), y considerando así, al género como la construcción social del sexo biológico.

En relación al concepto de género como categoría social, De Barbieri (1993) expresa a modo de definición:

Los sistemas de género/sexo son los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general al relacionamiento entre las personas (...), son las tramas de las relaciones sociales que determinan las relaciones de los seres humanos en tanto personas sexuadas (p. 150)

Para algunas autoras los estudios de género proporcionaron en ese entonces, nuevas conceptualizaciones para viejos problemas e hicieron visibles a las mujeres, no solo por ser mujeres sino por sujetos con significación dentro de la historia de la humanidad. Además, coinciden en que originalmente la noción de género surgió para dar respuesta a la visión de la biología como destino, y así establecer que esta instancia es construida a partir de la cultura en relación al cuerpo sexuado, y que no se puede afirmar que un género sea producto de un único sexo (Bellucci, 1992; Butler, 1999).

Situar el contexto socio histórico en el cual tienen comienzo estos estudios, es un aspecto de importancia para entender la magnitud del crecimiento y la intensidad con la que comienza a universalizarse el movimiento de las mujeres.

La década anterior fue un punto de inflexión en las concepciones de todo orden social, basado en una contestación libertaria ante el poder, las normas y las jerarquías. La lucha ante las inhibiciones sociales y la libre expresión, el movimiento gay, los movimientos hippies, el mayo francés, fueron algunas de las rebeliones más significativas que acompañaron el resurgimiento de las luchas feministas que, a las ya iniciadas por los derechos sociales y civiles de las mujeres, agregaron e hicieron visibles los cuestionamientos acerca del derecho a tener el control de sus propios cuerpos, relacionados al placer sexual, la anticoncepción, el aborto y la no discriminación ante las orientaciones sexuales elegidas (López y Güida, 2000).

En contraposición a esta idea, existe la visión del feminismo radical que ha considerado las luchas de liberación sexual en esta década bajo términos patriarcales, en cuanto quedaba implícito el poder sexual de los hombres por encima del deseo sexual de las mujeres. Además, considera que la lucha en contra de los ideales tradicionales de la familia y la liberación sexual, dieron lugar al concepto de disponibilidad sexual de las mujeres en cuanto al hombre lo desee, tanto dentro como fuera del matrimonio, modelo que continúa reproduciéndose en distintos ámbitos actualmente, bajo la hiper sexualización y el lugar de objeto erótico de la mujer en la sociedad (Cobo, 2015).

En estos términos es que surgen hipótesis y cuestionamientos acerca de la decisión de las mujeres en torno a los procesos sexuales y del destino de sus cuerpos. A pesar de los avances y las revelaciones de movimientos que hicieron posibles nuevas maneras de apreciar las relaciones sociales, poniendo el foco en la subordinación y discriminación de las mujeres, en el desarrollo histórico de las sociedades se ha otorgado un significado especial a la mujer en cuanto a su capacidad biológica reproductiva bajo términos de poder.

En concordancia, de Barbieri (1993) expresa:

¿Quién o quiénes controlan la capacidad reproductiva de las mujeres? ¿Cómo ejercer el control sin eliminarlas o destruirlas? Pero para asegurarse un control efectivo sobre la reproducción, es necesario actuar también sobre la sexualidad (...). En otras palabras, controlar la reproducción de manera que el o los varones puedan reclamar derechos sobre el producto específico de las mujeres, requiere de reglamentar el acceso al cuerpo femenino (...) (p. 153)

Las prácticas de control configuradas por la sociedad y la cultura patriarcal, adoptan la subordinación del cuerpo femenino en todas sus formas, considerando necesaria la gestión del control de la vida sexual de las mujeres. La capacidad reproductiva de las mismas

comienza a formar parte de la esfera masculina en cuanto se comenzó a tratar de regular estas prácticas desde el estado, la religión y el saber/poder médico que aún domina gran parte de las teorías acerca del comportamiento sexual de las personas.

De esta manera, desde lo social se gestan figuras como la de ama de casa, madre, esposa, que quedan dentro de la esfera privada configurada por un círculo de relaciones íntimo y familiar, de trabajo no remunerado.

Todos estos aspectos configuran los roles de género, que se definen como las normas, tanto explícitas como implícitas, que subyace la cultura en los sujetos a modo de replicar lo esperado en cuanto a los comportamientos femeninos y masculinos. Estas conductas se cimientan en la relación de inequidad de la división del trabajo, la diferenciación de la vida pública y privada entre hombres y mujeres, restringiendo estos roles de género en dos grandes perspectivas; el ámbito laboral y de reconocimiento público y remunerado para el hombre, y las tareas del hogar y prácticas de cuidados y maternales para la exclusividad de las mujeres.

En este sentido, García y Díaz (2010) expresan:

Todas las culturas valoran menos a la mujer que al hombre, porque todas las relacionan con algo que subestiman, la naturaleza. De manera simbólica se identifica o asocia a las mujeres con la naturaleza y a los hombres con la cultura. (...) La asociación de las mujeres con la naturaleza se explica por su fisiología y su específica función reproductora, que ha tendido a limitarlas a determinadas funciones sociales, asociadas normalmente con el cuidado de la prole y que implica confinamiento al espacio doméstico (párr. 25)

Eva Giberti (2017) en relación a lo que denomina el saber de género, como aquel deseo de saber de las mujeres que es interferido por la cultura y la transformación del deseo de ser madre en un mandato social, expresa:

Los saberes de género pueden quedar limitados a la crianza de hijos/as en función de obediencias específicas:

1. Los mandatos tradicionales (como son propuestos, impuestos, obedecidos, de modo sintónico o compulsivo) y las limitaciones que de tal obediencia resultan.

2. El deseo de tener hijos, que suele denominarse deseo de maternar (Burin, 1985) resulta unido a la idea de instinto materno, cuya construcción histórica es un hecho político sucitado a fines del siglo XVIII y comienzos de XIX. (...) los imaginarios sociales y personales lo vinculan con la idea de instinto como obligatoriedad femenina. (p. 126-127)

CAPITULO 2: La construcción de la Maternidad

“Ningún destino biológico, psíquico, económico, define la imagen que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana, sólo la mediación humana puede convertir a un individuo en alteridad”

Simone De Beauvoir (2005)

La búsqueda de un significado único de un hecho variable y ahistórico, hace que se dificulte encontrar una definición que no homogenice el término (Fernández, 2014). En este sentido, uno de los objetivos principales de la historiografía de la maternidad en occidente, ha sido deconstruir la imagen de la mujer-madre como definición absoluta, surgida en el S.XVIII. Esta concepción se ha gestado en relación al paradigma que podemos llamar *maternalización de las mujeres* (Imaz, 2010), que trae consigo la imagen de la buena madre y que define aún la maternidad contemporánea en diversas expresiones.

Esta naturalización continúa reproduciéndose hasta hoy en día, ya que se consideran esperables determinados comportamientos y normas para las mujeres que son madres – y las que no, también quedan bajo determinadas etiquetas-, si bien se reconoce que en las últimas décadas ciertos cambios sociales como la entrada masiva al mercado laboral, la anticoncepción en un alcance general, la formación profesional y otros factores, han modificado en algunos aspectos la identidad de la mujer y su relación con la maternidad, dejando de lado los mandatos que la estiman como un objetivo biológico, contemplándolo cada una como una posibilidad en sus vidas (García y Díaz, 2010).

Adrienne Rich (1986) explica que a pesar de reconocer que los grupos humanos compartimos la experiencia de ser hijos e hijas nacidos de mujeres, nos hacen falta elementos para comprender el término como tal y encontrar un significado de maternidad unificado. Así, propone diferenciar dos acepciones sobrepuestas de la maternidad. La primera, como la relación significativa de la mujer con su reproducción y sus hijos. Por otro lado, la institución que se asegura de la permanencia de la función biológica como un deber de la mujer, bajo el control del hombre y diversas normas políticas y sociales.

Para la autora, la *maternidad institucionalizada* es un claro ejemplo del poder patriarcal instaurado en nuestra sociedad, donde el rol de la mujer continúa pre-determinado por actitudes y formas esperables. De esta manera, expresa que la cultura patriarcal ha oprimido la voz de las mismas, entendiendo que ser madre es el único suceso importante en sus vidas. Para dilucidar esta idea, ejemplifica que las expresiones de “estéril” o “sin hijos” hacen alusión únicamente a las mujeres, y que en oposición, no existe una categoría lingüística que designe al hombre que no es padre.

Siguiendo esta línea, Victoria Sau (1998) en relación a una definición de la figura de la madre, afirma que es imposible hacerlo ya que varía según las demandas de los hombres en cuanto lo que debe ser y hacer, en tanto supone que la maternidad como institución no existe. Además, la autora explica que la maternidad es una producción de la representación del Padre –el patriarcado como institución-, con el fin de asegurar su continuidad en un lugar de superioridad en las relaciones de poder que configuren el orden social requerido según la época, cultura y sociedad en la que se encuentre. En este sentido, la autora refiere que:

Si la maternidad está subordinada a la paternidad, esto quiere decir que lo masculino no tiene par, no tiene un igual diferente con el que dialogar, discutir y gestionar el mundo. Que el Padre subsume a la madre (...). La madre está en función del Padre: no tiene un espacio real ni simbólico propio (p.64)

De esta manera, resulta interesante pensar cómo las prácticas reguladoras de la función maternal continuaron arraigadas a la vida de las mujeres durante mucho tiempo e incluso hasta el día de hoy. Las formas de vivir el embarazo, de parir, de cuidar y de criar a los hijos, están sujetas a un sistema de salud que indica a las mujeres que prácticas seguir y de qué manera. Basta con comparar el estilo de maternaje en diferentes generaciones de mujeres, para notar que varían según el paradigma médico, político y social del momento.

En el período histórico donde la maternidad comenzó a considerarse fundante de la identidad femenina, se visibilizó como un aspecto natural ligado a la misma. A su vez, en un rol contradictorio a esta noción, el Estado debía enseñarles a las mujeres su correcta realización, ya que surge en medio de una crisis asociada a la alta mortalidad infantil en Europa, que necesitaba ser regulada.

De esta manera, hacia los siglos XII y XIII, se produce una renovación radical en el pensamiento ligado a la función e imagen de la mujer-madre en la sociedad y se comienzan a desarrollar argumentos para instaurar en la mujer su labor “instintiva” de madre, apelando a su sentido del deber y realizando la prioridad de las funciones maternas como algo natural que deben incorporar a sus vidas (Badinter, 1991).

Comenzado el siglo XIX, se comenzó a fomentar la idea de la madre en el hogar, excluyéndola de todo tipo de trabajo fuera de su casa, arraigándose así la idea de la maternidad exclusiva y generándose la gran diferenciación entre el mundo privado – el hogar y la familia- y el público o político – el mundo de los hombres-. La productividad de la mujer se veía como una pérdida de tiempo y su ausencia del hogar se relacionaría con el descuido de sus hijos y de su matrimonio.

De esta manera, la maternidad queda sujeta al saber de políticos, médicos y filósofos que instituían cómo la mujer debía actuar para ser una buena madre (Imaz, 2010). Así es que

surge la noción de instinto maternal como aquel sentimiento fundacional de la identidad de las mujeres que brotará desde que son pequeñas, que llevarán a cabo en su vida adulta como su objetivo único de vida.

De acuerdo con Videla (1990) para lograr este cometido, instituciones como la medicina desarrollaron saberes técnicos relacionados a las prácticas maternas para que la mujer siga una línea de cuidados en la crianza de sus hijos, siendo ahora responsable del correcto desarrollo emocional e intelectual de los mismos. Estas conformaron un orden social en cuanto a relaciones de poder donde naturalmente, la mujer quedaba ubicada en un lugar de inferioridad respecto al hombre en cuanto a la división de tareas, trabajo y producción. Así, el saber médico se posicionó en un importante lugar de poder de la vida de las mujeres y la maternidad se fundó en el concepto de mujer-madre como único objetivo de realización femenina que predominó las teorías biologicistas, antropológicas, políticas, médicas y religiosas.

Simone de Beauvoir (1965), fue una de las primeras figuras en plantear su visión de la maternidad como atadura de las mujeres y negar la existencia de un instinto maternal, trasladando su origen a una creación de la cultura y coincidiendo con los planteos que hacen referencia a la construcción socio-histórica del concepto. Mediante un recorrido histórico basado en la sumisión de la mujer, la autora desarrolla como ejemplo la vida en las sociedades primitivas, donde no existía el interés por tener hijos y cuidar de los que venían al mundo. No les afectaba la idea de su descendencia, y las mujeres no se sentían orgullosas de llevar vida en su vientre, así como el momento del parto era un desenlace que se sufría pasivamente aceptando la maternidad como una condición biológica del destino de las mujeres.

En este sentido y de acuerdo con Badinter (1991), si bien se ha demostrado que el instinto maternal es una construcción socio cultural que no existe, por más que diferenciamos las actitudes maternas de una función instintiva, seguimos sosteniendo la idea de que el amor de una madre hacia su hijo es único e insustituible en su vida, y muchas veces se continúa haciendo responsable únicamente a la madre de todas las consecuencias de la vida de los hijos.

A modo de ejemplo, actualmente podemos observar cómo en distintos ámbitos profesionales, sociales o culturales, persiste el cuestionamiento permanente a las mujeres en la crianza de sus hijos en tanto responsables de todo suceso en la vida de sus hijos, mientras se dejan de lado factores como la figura del padre, la educación, el contexto socio-económico, la composición de la familia, entre otros factores. Cada suceso de muerte súbita infantil, violencia doméstica o abusos sexuales infantiles, trae consigo la culpabilización "social" de la

madre en primer lugar como sucede en las noticias, las redes sociales, entre otros. Esto hace a una contradicción aun mayor, ya que demuestra que hemos cambiado el vocabulario pero seguimos atribuyéndole al amor maternal todas las ideas de aquel instinto que se critica (Badinter, 1991) y no falta la oportunidad de juzgar a las mujeres que deciden no ser madres, las que no tienen la posibilidad, o las que no tienen las herramientas emocionales para dar ese amor que catalogamos como el correcto, parecerían ser consideradas hasta el día de hoy dentro de una actitud cuestionable, como si fuese una falla en su capacidad de ser mujer y madre.

Ávila (2005) coincide en cuestionar el carácter innato de la maternidad y explica que en distintos ámbitos se pueden continuar apreciando las presiones sociales con respecto a ser madre. Mediante una investigación cualitativa en base a entrevistas con mujeres mexicanas que decidieron no ser madres, la autora comenta que:

Vale la pena recordar que si la maternidad fuera una vocación natural e instintiva, no harían falta los mecanismos de presión para “meter en cintura” a las mujeres que voluntariamente deciden abortar y/o no querer ser definitivamente madres, y que ponen en cuestión los estereotipos referidos a unos roles sexuales que se convierten en garantes de una supuesta “identidad sexual femenina (p.117)

Fernández (2014) concuerda en que en la sociedad occidental actual, persiste la concepción de maternidad ligada a la imagen de la “buena madre” surgida antiguamente. La autora manifiesta que a pesar de que las contemporáneas expresan rechazar el modelo de domesticidad y naturalidad materno, seguimos adheridos al discurso que delimita cómo debe ser una madre, qué debe hacer, dirigiendo conceptos de aceptabilidad en sus acciones. Por eso, citando a Ann Oakley, Socióloga y escritora británica, la autora menciona tres falsas creencias que conforman el mito de la maternidad que persiste aún hoy en día:

(...) por un lado, el mito de que las mujeres, todas ellas, desean ser madres; por otro lado, el que todas las madres requieren de sus hijas e hijos; y, por último, el que simultáneamente toda hija e hijo necesita de su madre (p.31)

2.1: El discurso de la buena madre

El discurso de la *buena madre* influyó en gran medida en la mayoría de las mujeres, apuntando directamente a la culpabilidad y la negligencia de la *mala madre*, es decir, la que no cumpliera con lo esperable. De la mano de esta idea, a partir del siglo XVIII es que se instala la noción del sacrificio materno para que el niño goce de buena salud, y la infancia como tal se torna el foco de la vida de la mujer, afianzando la idea de que los cuidados de la madre son imprescindibles para su bienestar.

Los roles del Estado, la Iglesia, la Familia y el trabajo de la prensa, fueron claves en la propagación de estos valores ideales. Los planteamientos de Jean-Jacques Rousseau, quien se ocupó de postular detalladamente las obligaciones y deberes de la “buena madre” (Palomar, 2005), son tomados por diversos autores como re-configurativos de la figura maternal, así como los aportes de Freud, que categorizó a la madre como la gran y única responsable de la felicidad o sufrimiento de su hijo. Badinter (1991) plantea:

(...) Eso es lo que hacen Rousseau y Freud, que con ciento cincuenta años de distancia elaboran una imagen de la mujer singularmente coincidente: destacan su sentido de la abnegación y el sacrificio, que según ellos caracteriza a la mujer “normal”. Si voces tan autorizadas las encerraban en ese esquema ¿cómo podrían las mujeres huir de lo que se convenía en llamar su “naturaleza”? O trataban de “coincidir” lo mejor posible con el modelo ordenado, (...) o intentaban tomar distancia respecto de él y lo pagaban muy caro (pp.131-132)

En la misma línea de pensamiento, Fernández (2014) expresa:

Esta auténtica propaganda dirigida hacia las mujeres y su responsabilidad para con la descendencia y el futuro de la nación, vino de la mano de varios elementos indisolubles de la buena madre, como la lactancia materna, que se convirtió en símbolo de virtud femenina. La responsabilidad exclusiva que se le asignó a la madre, edulcorándola con elogios que conducían a mitificar y santificar la maternidad, trajo como contrapartida el sentimiento de culpabilidad de la mala madre (p. 26)

Es así que la glorificación del amor maternal y el ideal de la “buena madre” se arraigan a los discursos de las sociedades occidentales. De hecho, hasta principios del siglo XX se fortalece la “Maternalización de las mujeres”, que Blázquez y Montes (2010) lo describen como un proceso en el que no fue suficiente dejar que el instinto maternal siga su curso a cargo de cada mujer, sino que era necesario instruir las en cómo hacerlo adecuadamente.

La visión de hogar como el exclusivo lugar de la mujer, no había existido hasta este entonces en la sociedad pre patriarcal (De Beauvoir, 1965; Rich, 1986). En este sentido, Fernández (2014) expresa que este modelo de la mujer doméstica surge en el ámbito burgués y que más

adelante se introduce también en la clase obrera, arraigándose así la idea en toda la sociedad.

Siguiendo esta línea, para Palomar (2005) se comienza a fomentar el concepto de amor maternal como algo vital para la relación con los hijos y el bienestar familiar, donde naturalmente toda mujer debía sentir este sentimiento espontáneo de amor y cuidado. La sociedad empieza a reproducir la imagen de *buena madre*, y la individualidad de la mujer apartada de las tareas de madre queda difuminada por completo.

De esta manera, López (2006) explica:

Creada así la figura de la madre, se le adjudican atributos "por naturaleza": ternura, paciencia, capacidad ilimitada de amor, altruismo, renuncia a sus intereses priorizando los de los otros, ausencia de hostilidad, y que definen a su vez a lo femenino, con lo cual queda soldada la maternidad a la femineidad (p. 150)

Estas concepciones se mantuvieron sin tener grandes cuestionamientos hasta los años sesenta, mediados del siglo XX, cuando en Estados Unidos se hace visible un importante movimiento feminista que cuestiona toda idea de femineidad y maternidad. El objetivo sería devolver la palabra a la mujer, fuera de la opresión sexista que caracterizó los años anteriores, y desarraigar el mito de corte psicoanalítico de la época que asoció la maternidad con la idea de sacrificio y sufrimiento bajo los conceptos de normalidad, pasividad y masoquismo. De esta forma, se cuestionó el concepto de instinto maternal, preguntándose fundamentalmente de qué manera puede ser tan natural como se planteaba, si se manifiesta sólo en algunas mujeres, sea cual sea el momento histórico (Badinter, 1991).

Actualmente desde la biología y el saber médico, se puede observar como continúa dominando el discurso del destino maternal como realización de las mujeres, bajo el binomio de mujer=madre, indiscutible como mandato y deber social.

En este sentido, Ávila (2005) nos propone pensar la vigencia de estas presiones sociales desde numerosos ámbitos. La autora explica cómo desde el discurso médico se siguen fomentando ideas como "el reloj biológico" o se difunden ideas de gestación de enfermedades intra-uterinas cuando no hay reproducción en la vida de la mujer, como si fuese una falta o una falla en su vida. Además, plantea cómo desde el lenguaje no existe un término positivo para las mujeres que no tienen hijos. En oposición a esto, utilizamos definiciones como "mujeres sin hijos", "mujeres no madres", sin tener un concepto que no sea negativo.

En base a lo expuesto, resulta interesante pensar la maternidad como el proceso de cada mujer en cuanto desee y le sea posible transitarlo, considerando distintos factores de la historia de cada una, con los atravesamientos socio-culturales que trae consigo misma, la

historia familiar que configuró su identidad, sus necesidades y sus exigencias, sin apreciar un modelo único de transición.

Esto lleva a pensar el proceso como diferentes Maternidades, como un proceso biológico, socio-cultural y psicológico conformado por varias etapas, entre las cuales destaca el momento previo a la concepción, el embarazo, el parto, el nacimiento, el puerperio, el amamantamiento, el alta médica y el regreso al hogar con el bebé. El desarrollo de todas estas dependerá de la historia singular de cada mujer (Blázquez, Montes, 2010; Cigarroa, 2011). Es importante considerar que existen mujeres que creen su realización personal a través de la maternidad y la crianza de sus hijos y que no deberían ser juzgadas si así lo desean en tanto conforma su elección, así como las que eligen no ser madres.

Sin embargo, continúa siendo un aspecto que parece difícil de cuestionar y de decidir por nosotras mismas si es analizado en profundidad. Algunas lo admiten como un mandato familiar, otras lo vivencian como un sentimiento adorable, y otras mujeres no tienen la posibilidad de iniciar algún cuestionamiento posible por las formas de vivir su cotidianidad.

En este sentido, es importante tener en cuenta que las condiciones sexuales reproductivas están fuertemente asociadas a la historia personal de cada mujer y que las realidades económicas y socio culturales infieren enormemente en las condiciones que afectarán la maternidad.

Las clases socio-económicas medias y altas, conocen cómo regular la natalidad y constituyen sus familias en cuanto lo desean (Giberti, 1992) y no es algo llamativo que una mujer decida tener varios hijos ya que forma parte del linaje que es esperado en su entorno, aspecto que no es cuestionado socialmente sino considerado como una decisión. En cambio, para la población de escasos recursos económicos parece ser necesaria la regulación de parte del estado, mediante políticas públicas que aluden a la anticoncepción como recurso, pero que a su vez se basan sólo en hacer accesibles los medios económicos para que las personas accedan a los mismos, como si todos entendiéramos de la misma manera las posibilidades y herramientas personales para poder decidir cuándo concebir y cuando no.

Estos aspectos van más allá de las racionalidades y los aspectos conscientes que llevan a la decisión de ser madre, y por eso resulta interesante que forme parte de una categoría de análisis desde la psicología.

CAPITULO 3: Embarazo y Pérdida

“La felicidad y el bienestar producidos por el amor son equivalentes al dolor y sufrimiento producidos por su falta.”

Montouri, Eliana. (2013)

El deseo de convertirse en madre implica una decisión y un proceso biológico, emocional y afectivo por el que se ve atravesado la mujer y la pareja -en caso que lo haya- que no implica solamente cambios a nivel fisiológico, sino también las vivencias psíquicas. Es un proceso que toda la humanidad comparte pero que a su vez, se muestra como una experiencia única ante cada sujeto (Imaz, 2010).

Además de ser un hecho biológico, el embarazo y la búsqueda de un hijo están cargados de significaciones culturales y psicológicas, que varían según el contexto socio-histórico y que despliegan diversas prácticas alrededor de la maternidad, el embarazo, el parto y la crianza del niño. Todas estas instancias se inscriben en las significaciones psíquicas que, conjugadas a la historia personal, desarrollarán las maneras de transitar por la maternidad. En concordancia, estudios antropológicos demuestran la pluralidad de formas de significar el embarazo y el nacimiento de un hijo, y explican que las representaciones y formas de entender el mismo acontecimiento varían según la cultura (García y Díaz, 2010).

El embarazo como proceso reproductivo, forma parte de un suceso de importancia para la mujer, la pareja o su entorno, en el que están presentes los aspectos relacionados con la feminidad/masculinidad o maternidad/paternidad que interfieren en las concepciones de los procesos sexuales. El momento de gestación no escapa a estas consideraciones. Las representaciones de la mujer embarazada, la atención desde la salud, los comportamientos de su entorno y los modelos que adoptarán los padres para la crianza, no tienen solo que ver con las funciones biológicas sino que surgen de su identidad y su historia biográfica, basada en las relaciones y categorías de género.

Actualmente, aunque gran parte de las mujeres se encuentra en mayor libertad de transitar su maternidad y sus maneras de crianza por los aspectos sociales anteriormente desarrollados, los constructos de la maternidad se encuentran arraigados a los sistemas de salud y las maneras de transitar el embarazo en la mujer. En este sentido, el período gestacional continúa siendo considerado bajo términos de salud y riesgo, tratado bajo una actividad medicalizadora que lo configuran como un problema de salud para las mujeres y su familia, mediante pautas institucionalizadas que ponen énfasis en los aspectos fisiológicos

por encima de los psicosociales, y apresuran o medicalizan procesos biológicos normales (García y Díaz, 2010).

En los últimos años, las concepciones que rodean la maternidad han atravesado diversos cambios. Las transformaciones sociales que trajo consigo la pos-modernidad, como la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, hicieron posible nuevas modalidades de relacionarse con su capacidad de reproducción. A partir de esto, algunas mujeres comenzaron sentirse capaces de decidir su maternidad en cuanto quieran y puedan deseirla (Ávila, 2005).

Ante la búsqueda de un embarazo múltiples expectativas, ilusiones y fantasías se ponen en juego. Para la mujer, trae aparejado una serie de cambios físicos y emocionales que se atraviesan con la ilusión de un final feliz. Por esta razón, cuando se produce una pérdida gestacional, nadie está preparado para este tipo de situación. Las personas con el propósito de ser madres y padres, inician esta nueva etapa en sus vidas llenos de entusiasmo, sin pensar en un final que no sea el esperado (Oviedo, Urdaneta, Parra, Marquina, 2009).

Las pérdidas en el embarazo implican la existencia de un sufrimiento psicológico que puede derivar en diversas consecuencias. Por lo general, es un duelo que recibe muy poca atención en cuanto se naturaliza y los comportamientos y situaciones derivadas son tan variables que hacen que el concepto del duelo, varíe según países, autores y culturas (López, 2011).

Esta invisibilización, puede tener que ver con que los procesos sexuales femeninos siguen siendo concebidos como enfermedad o problema, por tanto se impide que la mujer pueda procesarlo de manera consciente, y los abortos espontáneos no escapan a esto. Al instante del suceso se aplican protocolos, se medicalizan y apresuran procesos naturales, y esto no da lugar a que la mujer pueda comprender lo que le está sucediendo y de esta manera comenzar la elaboración del duelo a su manera, debidamente informada.

En relación a este silenciamiento, Santos (2009) explica que gran parte de la sociedad no se encuentra al tanto de la cantidad de embarazos que no llegan a su término. El autor manifiesta que de todas las concepciones, sólo llega a la semana 20 de embarazo el 43% de los casos, y que de hecho, un 75% de estas pérdidas se producen antes de que la mujer esté al tanto de que está embarazada. En coincidencia, Nieto (s/f) señala que las pérdidas gestacionales tempranas son la patología más frecuente en el embarazo, y explica que entre el 50% y el 70% de los embarazos culminan antes de las 20 semanas.

La muerte en nuestra sociedad es un tema tabú, y aún más lo es en el caso de la muerte fetal, temática que queda oculta y no se visibiliza ni siquiera en la bibliografía que hace referencia a los procesos de la maternidad (Claramunt, 2009).

3.1: Muerte Perinatal

Un desenlace difícilmente imaginado durante el embarazo, es la muerte del feto durante la gestación, durante el parto o los primeros días de vida, conocida como la muerte perinatal. Las definiciones varían según autores, países y culturas. Es así como lo describen *El Parto es Nuestro y Umamanita* (2015), dos asociaciones españolas sin fines de lucro en la Guía para la Atención a la Muerte Perinatal y Neonatal. En este documento, se define la muerte perinatal en dentro del período que va desde la semana 22 del embarazo hasta los 7 días de vida del bebé y manifiesta además, que en algunas estadísticas se considera también como mortalidad perinatal todo el primer mes de vida, abarcando de esta manera todo el período neonatal.

Para la Organización Mundial de la Salud, la muerte fetal se puede clasificar según la edad gestacional. A la primera etapa, que iría hasta las 20 semanas de vida intrauterina, la denomina muerte fetal temprana. Dentro de este período, cataloga el aborto temprano -antes de la semana 12- y el aborto tardío -desde las 12 semanas hasta las 20-. Si la pérdida se da entre la semana 20 y la 28 se denomina muerte fetal intermedia, por lo que la muerte fetal tardía implica el período que va desde esta última semana en adelante. La muerte fetal denominada intermedia y tardía como aquellas pérdidas que suceden desde la semana 20 en adelante, caracterizadas por la ausencia de latido cardíaco y respiración, también se denominan óbito fetal (Linares y Poulsen, 2007).

La variedad de definiciones acerca de la muerte fetal dificulta en gran medida encontrar un significado único. Según la OMS, la muerte fetal tardía se define como la muerte sucedida a partir de las 28 semanas de gestación, señalada por la falta de respiración u otro signo de vida, tal como el latido cardíaco, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento de músculos involuntarios (Diago, Perales, Cohen, Perales, 2013).

Las pérdidas perinatales generan una serie de cambios físicos y emocionales que impactan fuertemente en la vida bio-psico-social en las mujeres que sufren la pérdida, así como tiene diversas consecuencias en la pareja y familia. La forma de vivenciar el duelo que desencadena esta situación varía según época, cultura y creencias. Sin embargo, generalmente las reacciones son presentadas de manera descriptiva ya que en la mayoría de los estudios e investigaciones realizadas, los padres comparten determinados comportamientos luego de un fallecimiento de este tipo (Dyregrov, 1990).

Diversos autores coinciden en que este tipo de muerte es un tema tabú en la actualidad. En una sociedad donde los velos que llevan puestos los mitos en relación a la sexualidad van cayendo poco a poco, contradictoriamente, aún los embarazos que pierde una mujer quedan ocultos, relegados al saber médico o a las presiones sociales que hacen que se silencie, que

sea tratado como algo banal hasta que las pérdidas sean repetidas para que se le dé importancia y aplique un protocolo médico que ayude a la mujer en el cometido de ser madre. Además, suele asociarse a cierta discapacidad de esta “función maternal” de la mujer. En este sentido, Claramunt (2009) expresa:

Esta indiferencia social hacia la pérdida perinatal ha impedido que las mujeres transmitan la sabiduría de su vivencia de generación en generación. Se ha escondido de tal modo, que incluso en muchas ocasiones los hijos ignoran los abortos de sus madres. En la actualidad, en la era de la “sexualidad abierta” y supuestamente sin tabúes, se continúan escondiendo los abortos. Las mujeres cuentan sus embarazos exitosos, pero silencian sus embarazos truncados. Las parejas de estas mujeres, más todavía (p.25)

3.2: Sobre la muerte del bebé y el niño

La historicidad y la literatura respecto a las reacciones emocionales de los adultos ante la muerte fetal o perinatal, así como en la infancia en general, reflejan que no siempre han sido como hoy las conocemos.

En efecto, resulta interesante reflexionar en relación a la muerte del niño pequeño hace algunos siglos, considerada como un suceso sin importancia en la historia familiar y en la sociedad, y compararla con la vivencia de hoy en día que se manifiesta algo más traumática e importante como suceso en la vida de las personas.

Badinter (1991), investiga la indiferencia materna de principios del siglo XVIII en relación a elevada tasa de mortalidad infantil de la época y manifiesta:

“(…) ¿cómo interesarse por una criatura que tenía tantas probabilidades de morir antes de llegar al año? La frialdad de los padres, y especialmente de la madre, servía como coraza sentimental contra el alto riesgo de ver desaparecer a su objeto de ternura (p. 45)

Haciendo referencia al pensamiento de la época que sostenía que la función materna llegaba a su cometido sólo en el momento que la madre logre que su hijo alcance a la adultez, la autora plasma que:

No tendría sentido procrear si la madre no concluyera su obra garantizando hasta el fin la supervivencia del feto y la transformación del embrión en individuo acabado (p.8)

Debido a los cambios en los comienzos del S.XIX y mediados del siglo XX., la glorificación del amor maternal llegó para quedarse, y trajo consigo la preocupación ante la salud del niño,

la mortalidad infantil, y los cuidados que la mujer debía considerar como obligaciones a partir del embarazo y el nacimiento del bebé (Palomar, 2005).

Un claro ejemplo es la importancia que se le comenzó a dar a la lactancia, colocada en un podio social de virtud femenina, que juega con las emociones de las mujeres hasta el día de hoy en términos de satisfacción-frustración. Si bien son reconocidos los grandes beneficios que tiene para la salud del niño y la relación madre-bebé, es importante considerar que no siempre están dadas las condiciones para que esto suceda. Esto vuelve a poner en cuestión a las “malas madres” que por diversos motivos no les es posible o simplemente no desean hacerlo.

En este sentido, Saletti (2008) indica que el sistema patriarcal, además de fomentar el instinto maternal incuestionable en la vida de las mujeres, se encargó también de construir una nueva ideología entorno a la infancia, que comenzó a ser protagonista de la vida familiar y social, y se revalorizó como un período importante en la vida de los sujetos.

Desde ese entonces, la infancia comienza a ocupar un lugar de importancia en la sociedad hasta hoy en día, y denota un nuevo paradigma de cuidados, en el cual la muerte del niño se comienza a experimentar de manera angustiante como un desenlace traumático, ocupando un suceso de importancia en la vida del sistema parental y familiar (Badinter, 1991) y sobre todo en la madre que sufre la pérdida.

Si bien a lo largo de la historia algunas mujeres se han encargado de escribir en base a sus propias experiencias de pérdidas en el embarazo, el estudio de las consecuencias psicológicas de las mismas comenzó a conocerse con la elaboración de estudios e informes clínicos de algunos psiquiatras y pediatras que en la década del 60 se interesaron por la temática. Esto surgió debido al interés sobre tener control sobre los acontecimientos del embarazo y el nacimiento, por ende, en la sexualidad de las mujeres.

De esta manera, el primer artículo sobre el sufrimiento de los padres ante la muerte de un hijo se publicó en el año 1959, y se basó en las dificultades que se le presentaban al obstetra ante la muerte perinatal, sobre todo en su abordaje con los progenitores al comunicarles lo sucedido. Fundamentalmente, se aconsejaba a la madre tener otro hijo que llenara este espacio.

Décadas más tarde se comenzó a cuestionar este “ángulo ciego” que generaba la muerte del neonato en los profesionales, que trataban de negar la situación como si nada hubiese ocurrido. Los médicos guardaban silencio ante la madre, a quien se la mantenía sedada para evitar el dolor de la ausencia de su bebé. La crítica ante este tipo de trato aparece recién sobre la década del 80, cuando algunos autores comienzan a sugerir modelos nuevos de

tratamiento hacia los padres del niño fallecido, dándole un lugar de importancia al duelo perinatal (López, 2011).

En concordancia, figuras de importancia en el campo de la salud plantearon el interés en abordar los efectos psicológicos del nacimiento de un bebé muerto tanto en los padres como en los médicos, ya que a mediados de los años 70 aún se guardaba silencio cuando sucedía un evento de este tipo, seguramente debido a que el equipo médico obstétrico no contaba con las herramientas para sobrellevar esta situación (Martos, et. al. 2016).

Actualmente, diversos autores coinciden en que si bien es algo reciente la incorporación de protocolos que orienten a los profesionales en el abordaje de estas situaciones, continúa haciendo falta que el personal de la salud tenga un buen manejo de las mismas, orientado a colaborar con las etapas del duelo de la madre, respetando su autonomía y sus emociones (Oviedo, et. al. 2009; López, 2011).

3.3: Aportes para comprender el duelo desde distintas corrientes teóricas.

Figuras de importancia como Sigmund Freud, Jhon Bowlby y Elizabeth Kubler-Ross, entre otros, se han ocupado de definir y formular teorías en cuanto a las fases o etapas que conforman el duelo (López, 2011).

Numerosos autores acuerdan que Freud entre 1915 y 1916 fue el primero en explorar los aspectos normales del proceso de duelo. Su concepción está asociada a la actividad psíquica de elaboración a partir de una situación de pérdida, donde mediante el proceso de duelo, el objeto muerto es desinvertido, la prueba de realidad termina imponiéndose y otro objeto sustitutivo es investido por la libido desprendida del objeto que ya no está. Desde el nacimiento de esta teoría, se establece una diferencia entre lo que sería un duelo normal y uno patológico (Singer, 2014).

De esta manera, Freud considera la reacción frente a la muerte bajo la categoría de pérdida y el trabajo del duelo consistirá en volver a desplegar la carga investida en la pérdida del objeto, mediante un trabajo de sustitución (Ansermet, 2014). De todas maneras, considera al duelo como una reacción normal ante la pérdida de un ser querido pero sumamente doloroso.

Desde la teoría psicoanalítica, algunas figuras se han encargado de delimitar nuevas concepciones acerca del duelo. En el caso de Jean Allouch (2006), el autor ha analizado las limitaciones de la teoría de Freud en cuanto al trabajo de duelo, considerando que la teorización acerca del duelo y su desarrollo normal dio como resultado borrar su especificidad,

generando una normatividad en relación al tema, pasando por alto la complejidad de los procesos (Singer, 2014).

Por otro lado, Eric Lindemann fue pionero en teorizar una descripción del duelo, teniendo en cuenta síntomas somáticos, psicológicos y comportamentales, mediante estudios de observación a sujetos con duelos recientes (Martos, et. al. 2016). Si bien los aportes del autor fueron importantes en el desarrollo de las teorías acerca del duelo, más adelante recibió algunas críticas con respecto a la metodología de la investigación y la muestra con la que se llevó a cabo.

Desde la teoría comportamental de apego, Bowlby (1980) define al duelo como los procesos psicológicos que se desencadenan a partir de la pérdida de un ser querido, los cuales pueden producir un desequilibrio en el sistema comportamental de las personas. El autor, postula que el transcurso de un duelo normal podría dividirse en cuatro fases, que pueden estar presentes o no y suceder en diferente orden.

De esta manera, expresa que la primera reacción ante la noticia de pérdida puede ser de confusión, *estado de shock* y dificultad para comprender lo que ocurrió. A esta fase la clasifica como fase de aturdimiento o de shock, que se manifestaría fundamentalmente en casos en que la pérdida es repentina, como puede ser la muerte perinatal. Luego, define una segunda etapa como la fase de anhelo y búsqueda de la persona perdida, donde predominan los sentimientos de nostalgia, angustia, llanto, extrañeza y esperanza. En esta instancia, la pérdida del ser querido ocupa un lugar principal en la vida del sujeto, y la sensación de enojo puede estar presente en una búsqueda de ayuda que parece nunca llegar a lo esperado por la persona: recuperar al sujeto que ya no está. Además, otro momento sería el de desorganización y desesperación, en el que la persona toma conciencia de la pérdida, se desenlaza la tristeza, la angustia y el desgano. Por último, plantea que para que el duelo sea considerado dentro de un desarrollo sano o favorable para la persona, debe existir la fase de reorganización, en la que sus únicos pensamientos dejan de ser en relación a la pérdida y al sujeto que ya no está, y comienza a sentirse capaz de tener capacidad de disfrute y reorganizar su vida (Montouri, 2013).

Desde la mirada de la psiquiatría, Elizabeth Kubler-Ross en 1969 estableció determinadas pautas para el trabajo ante el duelo y enunció las fases que en base a su experiencia lo conforman (Oviedo et. al., 2009).

La autora teorizó que, comenzando por el primer momento de shock ante la noticia, el cuerpo y la conciencia tardan en reaccionar y racionalizar lo que está sucediendo durante algunos minutos u horas. Las personas ante una pérdida se exponen a una intensa vulnerabilidad y fragilidad durante este período de tiempo, en el que no son capaces de tomar decisiones

conscientemente. La autora define a esta etapa como de negación, como un mecanismo de defensa que ayuda a escapar del dolor que están siendo incapaces de tolerar.

La ira es la siguiente etapa, caracterizada por la rabia y el enojo con el entorno, y por la búsqueda intermitente de respuestas ante lo sucedido, que lleva a buscar responsabilidades en el afuera y para las personas que pueden expresarse libremente se caracteriza por conflictos y discusiones. Luego, cuando comienzan a dar cuenta y creer lo que les está ocurriendo, la autora menciona que en esta etapa las personas se arraigan a creencias que los ayuden a mejorar, como puede ser la religión o la espiritualidad.

Otra etapa del duelo según Kubler-Ross sería la tristeza y el llanto como factor esencial para sanar este dolor, que se irá asimilando a medida que se reconozca la pérdida. Cuando en última instancia aparezca la aceptación, la persona habrá aprendido a vivir con el duelo, pudiendo seguir adelante con este dolor. De todas maneras, para que esto suceda pueden pasar meses o años y no hay un tiempo determinado que sea el correcto, ya que es un recorrido lleno de vivencias y significados que dependerán de las personas que lo transiten (Álvarez, Claramunt, Carrascosa y Silvente, 2011).

Siguiendo esta línea, Montouri (2013) establece que esta etapa no trata de olvidar el vínculo o el sentimiento por la persona que ya no está, sino de modificarlo de acuerdo a la realidad, teniéndolo presente de otras maneras, por ejemplo en representaciones mentales.

En la actualidad, otros autores relatan que el duelo es una respuesta sistémica que refleja los sentimientos relacionados a la pérdida de un ser querido. También lo definen como aquella reacción y adaptación psicológica que se manifiesta ante la pérdida de algo o alguien apreciado, constituyendo el proceso de aceptación. Además, es considerado fundamental para superar la misma y explican que, a pesar de considerarse como una reacción normal, el duelo es un acontecimiento estresante y de gran magnitud en la vida de las personas. Este sufrimiento se da especialmente cuando se trata de una pérdida el embarazo, que cada una afrontará de manera diferente según sus herramientas personales y según el contexto social que las rodea, y que puede tener manifestaciones físicas, emocionales, conductuales, psicológicas y espirituales (Martos, Sánchez y Guedes, 2016; López, 2010)

Álvarez et. al. (2011) explican que el duelo es un camino que la persona transita, conociendo cuándo es el inicio del mismo pero nunca el final. En cuanto a la normalidad de este proceso, manifiesta que si bien diversos autores se han encargado de describir fases que deben cumplirse, no existe ningún formato establecido que indique qué es o cómo debe transitarse, o que se deban tomar como algo fijo. Además, para explicar el concepto de normalidad en el duelo, las autoras mencionan que habrá tantos duelos normales en tanto lo transiten las personas con sus particularidades, y que las fases descritas en la literatura respecto al tema

pueden alternarse, sobreponerse, variar en su duración, y tener sus diferencias entre las personas que lo transiten.

En relación a esto, Medina y Pazos (2009) coinciden en que el duelo tiene etapas pero estas son variables y discutidas en cuanto a su validez empírica, ya que las secuencias temporales del proceso pueden apagarse o despertarse ante otros sucesos independientes a la pérdida, malas noticias, fechas de aniversario, entre otras.

3.4: Aspectos psicológicos acerca del duelo materno por la muerte perinatal

Si hablamos de estereotipos de género como pieza fundamental en el relacionamiento de las personas, el tabú del duelo materno en la muerte perinatal no escapa de los mandatos bajo los que la mujer continua viéndose oprimida.

Desde términos médicos, familiares y amigos que desean apresurar el proceso del duelo, la angustia y la tristeza de la mujer ante este suceso son consideradas como una debilidad si no cumple con los tiempos que son considerados como sanos o pasa a ser catalogado como duelo crónico. Los casos clínicos que nos dejan ver los estudios realizados en torno a esta temática, exponen con gran claridad la presión que las mujeres sienten desde el círculo familiar, social, médico, laboral para que se recupere rápidamente, dejando entrever la falta de empatía que tiene el personal de la salud, generalmente hospitalario, para tratar estas situaciones (Umamanita, 2015).

Actualmente, sigue siendo un tema poco visibilizado y ha sido denominado por varios autores como un duelo desautorizado, silenciado, ocultado. La mayoría de las madres frente a la pérdida en su embarazo son animadas a aceptar rápidamente lo que ha sucedido, a salir de la angustia lo antes posible, y se ven obligadas a aceptar como consuelo que pronto quedarán nuevamente embarazadas. Estos discursos, lejos de ayudar a la persona que está transitando este sufrimiento, le impide la recuperación y la elaboración sana de su propio duelo (Cigarroa, 2011).

Las consideraciones para la salud mental de las mujeres continúan transformándose desde hace algunos años, con el fin de dejar de lado el eje de lo normal y lo patológico en función de lo que el cuerpo médico y psiquiátrico estimaba hace algunos años. En base a la escritura académica relacionada a la muerte perinatal, se puede observar que este tipo de situación es una más donde la mujer queda por debajo del poder del cuerpo médico – pudiéndolo considerar bajo los términos del patriarcado- en cuanto su opinión se ve como secundaria en el proceso que comienza cuando su hijo muere antes de nacer o en el parto.

Por lo tanto, cabe preguntarse una vez más, de qué manera las mujeres ejercemos control sobre nuestros cuerpos, en tanto que en situaciones tan dolorosas las relaciones de poder siguen jugando un papel elemental.

En relación a esto, de un tiempo a esta parte desde el ámbito de la psicología se desarrollan perspectivas transformadoras de este campo de intervención, algunas de estas enfocando el interés en los factores opresivos que influyen en la salud mental de las mujeres, ofreciéndose como alternativa a un modelo hegemónico y apuntando a incluir los problemas del género femenino en cuanto a su construcción social como forma de cimentar su salud mental (Burin, 1992).

Si bien Álvarez et. al. (2011) afirman que todos los duelos comparten sentimientos y tienen puntos en común, el duelo por la pérdida gestacional y perinatal tiene determinadas particularidades que lo diferencian de otras situaciones dolorosas. Las autoras explican que es un duelo particular ya que hablamos de una relación imaginaria en tanto no llegó a haber contacto físico, que las madres y padres no han podido conocer, y que muchas veces no han llegado a ver su rostro, escuchar su llanto o su voz. Sin embargo, otros autores explican que los cambios y los avances en la medicina perinatal, hacen que la existencia del niño que está por nacer sea igual de real, más allá de la conexión que siente su madre por tenerlo en su propio vientre; las ecografías prenatales avanzan a gran escala para mostrar una imagen casi exacta de la vida intrauterina, y hoy en día el bebé puede ser visto casi en su totalidad. Esta cercanía, colabora a que ocupe desde ese momento un lugar en la realidad concreta de su familia (Ansermet, 2014).

Diversos autores coinciden en que para la madre, la idea de sentir nueve meses la vida y la conexión con su hijo en el vientre y que al llegar al momento del parto se encuentre de forma súbita e inesperada con la muerte de su hijo al nacer, genera un importante sufrimiento y diversas consecuencias psicológicas como respuesta al suceso (Oviedo, et. al., 2009).

En este sentido, Martos et al. (2016) coinciden en que la muerte de un bebé se diferencia de otros duelos por la proximidad entre el nacimiento y la muerte, lo inesperado del suceso, y la gran carga simbólica de una relación que para el entorno no llegó a ser real, pero sí para los padres. Ambos autores manifiestan que esto último colabora a que sea un duelo desautorizado, que conforma un tema tabú en la sociedad, en el que la madre sufre bajo el silencio que implica el hecho de censurar lo sucedido.

Siguiendo esta línea y considerando los aportes de Mabel Burin (1992), resulta importante recordar que hace algunas décadas, la enfermedad mental en las mujeres tenía una estrecha relación con supuestos trastornos de su útero, según la explicación de médicos y sacerdotes del momento. De esta manera se consideró la histeria como enfermedad característica de las

mismas, lo que fundó la base del pensamiento de la sexualidad femenina como una enfermedad. Así, las emociones, deseos y sentimientos quedaron ajustados en estándares de depresión, locura, malestar y tratamiento estereotipado.

Se podría considerar que, a pesar de los avances que fueron transformando esta visión, los límites de normalidad en relación al duelo de la mujer que debe enfrentarse al fallecimiento de su hijo siguen siendo regulados por el entorno médico y social. Sus emociones que quedan enmarcadas bajo términos relacionados a síndromes, trastornos, depresión o duelo crónico, muchas veces como si fuese una exageración o algo inentendible.

Denise Defey (2011) expresa que la muerte antes de nacer hace desmoronar todos los procesos colectivos de la idealización de la maternidad, desbaratando los mecanismos que tiene nuestro psiquismo para sobrellevar una pérdida. La autora expresa que es el mejor ejemplo de una situación de las que hacen referencia a “lo siniestro”, y cuestiona:

¿Quién se queda y quien se va?, ¿Cuál es el límite entre el yo y el no-yo, entre uno y otro de un par vivido alternativamente como una unidad y un dúo? (...) ¿Puede hablarse de la idealización de lo perdido cuando, ante la noticia, y con el feto aún en el vientre, muchas mujeres quieren que se lo saquen (...)? (p.151)

Para Ana Cigarroa (2011) es un suceso traumático y angustiante, ya que la muerte imprevista del bebé produce una ruptura en los procesos y las representaciones internas de maternidad y paternidad, manifestándose de distintas maneras en cada sujeto. Además, resalta la importancia de que el abordaje psicológico y el manejo de la información en estas situaciones se ajusten a las necesidades de la persona en cuanto a su subjetividad, su historia personal, su entorno y sus antecedentes obstétricos.

La autora explica que este tipo de muertes, generan un fuerte impacto en los padres tanto a nivel personal como social. A nivel personal, significa la pérdida de un proyecto propio, la irrupción de su descendencia y la transmisión de su genética y afecto, perdiendo aspectos del propio self que se depositan en el niño que nacerá, afectándole como un fracaso la pérdida de un hijo. A nivel social, manifiesta que esta muerte puede estar relacionada con lo negativo, la carencia y el déficit, ya que no hay más que una ausencia.

En este sentido, la autora expresa que la muerte fetal o la muerte del neo nato:

(...) tiene como representación el vacío, vacío a nivel del cuerpo gestante, vacío de sentido para la mujer que hizo de la maternidad un destino. La muerte perinatal fusiona en un mismo episodio la vida y la muerte, deja al descubierto lo efímero de la condición humana, frente a la necesidad de trascendencia. La muerte de un hijo provoca una fuerte movilización interna desde la sensación de plenitud de un embarazo normal a la experiencia de la fragmentación que provoca la pérdida. La

mujer deberá reestablecer la relación con su cuerpo, ya que quedó asociado a la discapacidad, al sufrimiento y a la muerte (p.73)

Los síntomas o actitudes ante la muerte perinatal varían según las expectativas de los padres, la sociedad y la cultura en la que viven (López, 2011). Sin embargo, algunos autores de distintos ámbitos de la salud mental y de la obstetricia se han encargado de desarrollar teóricamente y en base a estudios cualitativos, los síntomas y respuestas que generalmente tienen las mujeres en los primeros momentos cuando reciben la noticia de que su hijo ya no está (Sánchez et. al. 2010), con el fin de preparar profesionales que sepan cómo afrontar una situación de este tipo.

Diversos artículos científicos coinciden en que el primer momento ante la noticia, se caracteriza por un estado de shock, desorientación e incremento de sentimientos de irrealidad. En los casos de las muertes perinatales en las últimas semanas de embarazo o pérdidas gestacionales tempranas, es en este momento de aturdimiento en el que las mujeres deben tomar decisiones con prisa que afectarán la manera de afrontar este duelo, y la realidad refleja que nadie debería estar presionado a tomar decisiones en un momento como tal. En ocasiones, cuando los padres dan cuenta que su bebé ya no está, que no lo tienen en brazos o que no se irán con él a casa, pueden aparecer sentimientos de descreimiento de esta situación (Serrano et. al. 2015; Oviedo et. al. 2009).

Para López (2011) algunos síntomas que se manifiestan en la mujer luego de un aborto espontáneo se pueden pensar desde categorías como el malestar físico, –vacío en el estómago, opresión en el pecho, dificultad respiratoria, fatiga, sudoración- sentimientos de shock, culpa, rabia, ansiedad, incredulidad, confusión, tristeza, despersonalización, soledad, entre otros. También refiere a pensamientos de re experimentación del trauma mediante ideas intrusivas, movimientos fetales “fantasma”, alucinaciones auditivas en relación al bebé que ya no está, dificultades de concentración y toma de decisiones. Por último, describe como síntomas conductuales aquellos que se manifiestan por la dificultad para dormir, escaso apetito, aislamiento social, uso de sustancias y evitación de situaciones sanitarias y sociales.

Además de los síntomas que se describen como comunes en el sufrimiento de la madre ante la muerte perinatal, se deben tener en cuenta los sentimientos de ineficacia que invaden a las madres que han perdido su embarazo, así como su sensación de imperfección o inadecuación para gestar un bebé, como si su “femineidad” no funcionara (López, 2011).

Autores como Oviedo et. al. (2009), expresan este aspecto como una respuesta severa que disminuye cierta autoestima materna, como la desconfianza que genera este hecho en su propio cuerpo para desarrollar un hijo vivo y sano. En relación a esto, sería interesante indagar acerca de la idea de autoestima materna que desarrollan los autores ya que sin

desplegar el concepto en profundidad, puede resultar asociado a esta capacidad de maternidad instintiva que ya se ha demostrado no existe. Resulta importante este punto ya que los sentimientos de culpabilidad son los que están mayormente presentes en este tipo de situaciones, en tanto la mujer suele pensar que sucedió a causa de que ella hizo algo mal. Nuevamente, podemos unir este sufrimiento a los estereotipos desarrollados anteriormente en relación a que la mujer en tanto madre tiene la responsabilidad absoluta del destino de su reproducción.

A modo de ejemplo para comprender el problema de la invisibilización de este duelo, la lactancia conforma otra arista de la idealización de la maternidad y no en todos los casos llega a ser un momento de realización para la mujer. Incluso para las que pueden dar a luz e irse con su niño a casa, muchas veces no sucede de la forma en la que se esperaba, por distintos factores biológicos y psicológicos. De esta manera, la escasa información previa hace que las mujeres no estemos preparadas para afrontar esta situación, debido a los ideales que se promocionan permanentemente.

Siguiendo esta línea, Irati Fernández (2014) manifiesta que la cuestión de la lactancia materna forma parte de un nuevo paradigma de maternidad de tipo naturalista, que continúa exacerbando la intensidad de las prácticas maternas y tratando de imponer a las mujeres el regreso a los estilos de crianza antiguos. La autora expresa:

(...) Más allá de lo que pudiera parecer, lo cierto es que el amamantamiento natural tiene un claro componente ideológico estrechamente ligado a la maternidad intensiva y al modelo heredado, ya que, entre otras cuestiones, “una buena madre que amamanta a petición es madre a tiempo completo” (p. 32)

En este sentido, es conocida la importancia que se le da a la lactancia materna en los primeros meses de vida del bebé en cuanto a la alimentación y en lo que concierne a la colaboración en el apego con su madre. Pero, ¿qué sucede cuando no hay bebé para amamantar y los pechos están llenos de leche destinada a alimentar a un hijo que ya no está? Esto forma parte también de otro silencio dentro de este duelo tan oculto, ya que no se brinda información para este tipo de casos, que aunque no sean la mayoría, suceden.

De esta manera, Perrotta (2018) expresa:

(...) la mayoría de las mujeres que pasan de la semana 25 a 30 del embarazo, y pierden a sus bebés durante el embarazo o tras el parto, producen leche; es que el proceso de producción se activa al separarse la placenta del útero. Estamos ante la presencia de una mujer madre que atraviesa el duelo del bebé y también de la lactancia. Como sabemos, cada mujer es diferente, única e irrepetible, sus necesidades varían de acuerdo a cada una, y si bien el duelo tiene fases, cada

madre lo atravesará de manera singular, porque sus respuestas y reacciones son personales.

La autora también hace referencia a que cuando lamentablemente no hay bebé para alimentar, en la mayoría de los centros de salud se apresura el proceso y se brinda medicación para inhibir la secreción de leche, en lo que muchas mujeres tal vez estén de acuerdo ya que puede aliviar el sufrimiento del momento, pero no siempre se le consulta y se le informa, sino que se actúa de manera protocolar a modo de buscar una solución rápida.

Una vez más, la decisión de cómo transitar este proceso rara vez se encuentra en manos de las mujeres; ya sea porque el estrés y la angustia del momento se lo permite, otras porque no se brinda la información antes como para que la mujer tenga herramientas para hacerlo. Gran parte de la bibliografía académica relata que muchas veces desde el equipo de salud no existe la empatía suficiente para acompañar a la mujer en la toma de la decisión, debido a falta de educación en esta temática.

En la Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal de Umamanita y El parto es Nuestro (2015), se explica que en algunos casos como en el nacimiento de bebés prematuros, cuando el equipo médico considera que pueden vivir sólo algunas horas, se le recomienda a la madre inhibir la lactancia por medio de fármacos para disminuir el dolor y el sufrimiento si el bebé no sobrevive. En relación a esto, se expone que en algunos hospitales existen protocolos de inhibición farmacológica inmediata. Sin embargo, cabe la posibilidad de inhibirla de forma natural, gradual y fisiológica, lo que incrementaría algunos beneficios para la salud de la madre en aspectos físicos y emocionales, pero al ser mucho más prolongada en el tiempo que la farmacológica, se deja de lado para apresurar esta situación.

Al considerar todo proceso de la sexualidad femenina como una enfermedad, se le impide a la mujer transitar por el proceso natural de su cuerpo y adaptarse a una nueva realidad que implica censurar las funciones biológicas que se estaban desarrollando hasta ahora, con el fin de recibir a un bebé que no estará presente. A su vez, su psiquismo también necesita reelaborar esta realidad y adaptarse al vacío que supone. Lamentablemente, en la mayoría de los casos todos estos procesos de aceptación se ven intervenidos por protocolos, medicalización, y decisiones del entorno, que apresuran los tiempos de la mujer como si fuese una incomodidad convivir con ello.

REFLEXIONES FINALES

Las prácticas de la maternidad continúan siendo configuradas en base a determinado estereotipo de “lo femenino” y a su vez también lo configuran. Más allá de que algunos discursos se han transformado en la teoría, en la cotidianidad siguen estando arraigados en las diversas maneras de pensar a la mujer en sociedad.

En los discursos sociales persiste la idea de que todas las mujeres serían más felices teniendo hijos; es algo que el entorno espera que suceda, sin cuestionarse la posibilidad de que sea de otra manera. En diversos ámbitos, las mujeres nos vemos presionadas a responder en qué momento seremos madres. El recorrido teórico en la temática nos lleva a reflexionar cómo estas presiones pueden generar ciertas conflictivas a nivel emocional en las mujeres que se encuentran con una maternidad que no es la esperada.

Surge así el cuestionamiento de los conceptos de elección y deseo de ser madre, que nos invita a debatir si en todos los casos es una decisión consciente, o más bien parte de una construcción de la propia identidad, conformada por los roles de género que desde la infancia nos van moldeando como sujetos –juegos, películas, publicidades, discursos intra-familiares e institucionales- y transmitiéndonos lo que es correcto para caber en “lo femenino” y “lo masculino”.

La mujer-madre continúa siendo la principal responsable del bienestar de sus hijos. Esta concepción ha otorgado a las mujeres una especie de poder “divino” negativo y omnipotente del que parecería difícil desprenderse. El manejo de nuestros propios cuerpos se ve delimitado por esta figura de madre “todo poderosa”, que influye en las decisiones de las mujeres y que se entrelaza con sentirse más o menos “femenina”. En base a la bibliografía citada a lo largo del trabajo, esta idea tiene gran peso a la hora de afrontar la muerte perinatal, ya que en muchos casos, la mujer inmediatamente carga con la idea de incapacidad o lleva a buscar razones de culpabilidad ante el hecho.

Desde la psicología, a pesar de los avances de nuevas corrientes en relación a la salud mental de las mujeres, otras más tradicionales o clásicas continúan sosteniendo que la mujer siente dentro de sí una falta permanente, idea que se origina en base a la creencia de su propia inexistencia fálica, y que la búsqueda de un hijo será la única manera de llenar este vacío. Además, esta teoría considera la reproducción sexual únicamente bajo relaciones de heterosexualidad.

Esto resulta algo contradictorio con los conceptos contemporáneos que se han mencionado a lo largo del presente trabajo, ya que de esta manera se consideraría a la mujer como incompleta, como presa de su naturaleza, como un cuerpo que espera únicamente a desplegar la función reproductiva y como dominada por procesos externos que escapan a su

voluntad de decidir ser madre o no. Tanto se puede refutar esta idea, que hoy en día debido a avances tecnológicos, hombres y mujeres pueden decidir ser madres y padres fuera de los cánones de heterosexualidad.

En este sentido, la crítica feminista ha ocupado un lugar de gran importancia en el desarrollo de nuevos conceptos e investigaciones que han intentado derribar el concepto instaurado por el sistema patriarcal de un único modelo de maternidad “bueno”.

Si bien por algunas autoras se ha cuestionado fuertemente la idea de maternidad como atadura de las mujeres desee una mirada más radical, otras la admiten en tanto sea deseada por cada mujer y reconocen el vínculo especial que se puede dar entre madre e hijo. Colocar el foco en aceptar tantas maternidades como sean deseadas, permite generar un equilibrio de ambas acepciones. En mi opinión, esto da cuenta de una necesidad actual, que implica reducir la tensión feminismo-maternidad, sin dejar de luchar ante los estándares patriarcales que acaparan la misma, apropiándonos y pudiendo vivirla plenamente, en una mirada crítica continua ante el sistema.

Particularmente en el caso de la muerte perinatal, el sufrimiento al que se enfrenta la madre es de gran importancia por las fantasías y expectativas que se ponen en juego al ser un embarazo deseado. El sentimiento de fracaso y frustración que genera tener los brazos vacíos, no supone solamente la culpa, la rabia o la ira. La bibliografía en relación al tema destaca cómo las mujeres se sienten juzgadas y poco entendidas por su entorno. El proceso del duelo se silencia, la mujer se aísla, como si fuese responsable de lo que sucedió.

La salud mental, sexual y reproductiva de las mujeres ha sido ligada a la noción de enfermedad, locura, cuidados y riesgo. Esto ha fomentado que los procesos sexuales femeninos se vean silenciados y escondidos bajo tabúes que colaboran al desconocimiento de los procesos, así como de las complicaciones que puedan surgir. Pero no por ser callados los desenlaces dolorosos dejan de ocurrir.

Por eso surge la necesidad de que la transmisión de la información en consultas médicas, clases de parto, acompañamientos o hasta en políticas públicas, sea lo más clara posible. Esto implica que desde la práctica profesional se amplíe el espectro de posibilidades para las mujeres, dejando a un lado la visión hegemónica del ejercicio y cuidado de la maternidad, considerando las nuevas posibilidades de vivir el embarazo, parto, puerperio, lactancia y crianza.

Es inminente abordar la salud sexual reproductiva desde un trabajo multidisciplinario que abarque los procesos biológicos y sociales, pero que también desde la psicología se puedan

concretar los aportes que han tenido lugar durante los últimos años, a modo acompañar a las mujeres en sus elecciones y sus maternidades.

Considero valioso que desde los sistemas de salud –en tanto alcance masivo a la población– exista la promoción del acompañamiento psicológico de mujeres que estén pensando su maternidad, transitando el embarazo o enfrentando una pérdida del mismo, que apunte a afianzar sus capacidades, así como en trabajar en sus debilidades o auto-desconfianzas, muchas veces generadas, aprehendidas y reproducidas por discursos sociales, que crean limitantes a la hora de vivir con plenitud y sin auto-castigo cualquier proceso sexual de las mujeres.

Por último, se desprende la necesidad de que investigaciones y publicaciones desde la psicología, proporcionen más información sobre las categorías de género en relación a la maternidad y sus despliegues. El duelo del varón ante la muerte perinatal puede ser tan doloroso como el de la mujer, ya que en muchos casos espera a su hijo/a con las mismas ansias que la madre. Este amor no debería ser sólo una característica que haga alusión al sexo femenino, pero los estereotipos relacionados a la masculinidad –fuerza, estabilidad, restricción de emociones, falta de debilidad, racionalidad, apoyo para la mujer como el “sexo débil”- parecen interponerse. Tanto es así, que cabe destacar que la bibliografía académica en idioma español con respecto al tema brinda muy escasa información con respecto a las diferencias de género en el duelo por muerte perinatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alkolombre, P. (Comp) (2011). Travesías del cuerpo femenino. *Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia*. Buenos Aires, Argentina.
- Álvarez, M., Claramunt, M., Carrascosa, L., Silvente, C. (2011) Las Voces Olvidadas. *Pérdidas gestacionales tempranas*. Tenerife, España.
- Ansermet, F. (2014). La muerte antes del nacimiento. *Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte Volumen 10 / Número 1, Junio 2014, Reprogenética y fecundación asistida, Cuestiones ético-clínicas, ISSN 1553-5053 [pp. 6- 15]*
- Ávila, Y. (2005). Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres. *Desacatos, Núm. 17, enero-abril 2005, pp. 107-126. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Distrito Federal, México.*
- Badinter, E. (1991). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona, España.
- Blázquez, M., Montes, M. (2010). Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres. *Ankulegui: Revista de Antropología Social, 14, 2010, pp. 81-92*
- Butler, J. (1999). El Género en disputa. *El feminismo y la subversión de identidad*. Barcelona, España.
- Claramunt, M., Álvarez, M., Jové, R., Santos E. (2009). La cuna vacía. Madrid, España
- Cobo, R. (2015) El cuerpo de las mujeres y la sobrecarga de sexualidad. Universidad de A Coruña, España. *Investigaciones feministas, N° 6, 2015, pp. 7-19.*
- De Barbieri, T. (1993). Sobre la categoría de género. Una introducción teórica- metodológica. *Debates en Sociología, 18*. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- De Beauvoir, S. (1965) *El segundo sexo*. Buenos Aires, Argentina.

- Diago, V., Perales, A., Cohen, M. y Perales Marín, A. (2013). Muerte Fetal Tardía. En M. Izquierdo (Coordinadora). Libro Blanco de la Muerte Súbita infantil (pp. 29-36). Recuperado de: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_.pdf
- Dyregrov, A. (1990). Parental reactions to the loss of an infant child: a review. *Scandinavian Journal of Psychology*. pp. 266-280
- Fernández, A., Comp. (1992) Las mujeres en la imaginación colectiva. *Una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires, Argentina.
- Fernández, I. (2014). Feminismo y maternidad: ¿una relación incómoda? Conciencia y estrategias emocionales de mujeres feministas en sus experiencias de maternidad. *Emakunde/ Instituto Vasco de la Mujer*. Vitoria-Gasteiz, España
- Fernández, M., Cruz, F., Pérez, N., Robles, H. (2012) Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. Facultad de Psicología, Universidad de Granada, España. Index de enfermería, Vol. 21, N°1-2.
- Fontenla, M. (2008) ¿Qué es el patriarcado? *Diccionario de estudios de Género y Feminismos*. Disponible en: <http://www.mujeresenred.net>
- Galeano, E. (2015). Mujeres. *Lectores de Banda Oriental*. Buenos Aires, Argentina.
- Gamo, E., Pazos, P. (2009) El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXIX, núm. 104, 2009, pp. 455-469. Madrid, España.
- García, D., Díaz, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36 (4), 330-342.
- Giberti, E. (2017) Mujeres y violencias. Buenos Aires, Argentina.

- Imaz, E. (2010). Convertirse en madre. *Etnografía del tiempo de gestación*. Universidad de Valencia, Instituto de la mujer. Madrid, España.
- Lamas, M., Comp. (1996). El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual. *Programa Universitario de Estudios de Género*. Universidad Autónoma de México, D.F. México.
- López, A. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>
- López, A., Coord. (2006). Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya. *Tomo I*. Montevideo, Uruguay
- López, A., Güida, C. (2000) Aportes de los Estudios de Género en la conceptualización sobre Masculinidad. *Cátedra Libre Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República*. Montevideo, Uruguay.
- Martos, I., Sánchez, M., Guedes, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de Comunicación en Salud; jul-dic2016, Vol. 7 Issue 2, p300-309, 10p.*
- Montouri, E. (2013). El duelo visto desde la Teoría del Apego. *La Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*. Recuperado de: <https://www.apra.org.ar/pdf/mayo2013/montouri.pdf>
- Morant, I. (2018). Lecturas de El segundo sexo de Simone de Beauvoir. *Descentrada 2 (2)*, e053. Recuperado de: <http://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/DESe053>
- Navarro, M., Stimpson, C., Comp. (1999). Un nuevo saber. *Los estudios de mujeres*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina.

- Nieto, F. (s/f). Control Prenatal. *Medicina Familiar, Educación Continuada para el Médico General* (9). Recuperado de: <https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ecmg/fasciculo-9/ecmg9-perdida/>
- Nieto, F. (s/f). Pérdida Gestacional Temprana, Clasificación. *Medicina Familiar, Educación Continuada para el Médico General* (9). Recuperado de: <https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ecmg/fasciculo-9/ecmg9-perdida2/>
- OMS (2002). Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto. Guía para obstetras y médicos. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241545879/es/
- Oviedo, S., Udaneta, E., Parra, F., Marquina, M., (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 76, Núm. 5. Pp. 215-219.*
- Palomar, C. (2005). Maternidad: Historia y Cultura. *Revista de Estudios de Género. La Ventana, núm. 22, 2005, pp.35-67*, Universidad de Guadalajara, México.
- Parrotta, A., Dehollainz, I. (2018) La lactancia en medio del duelo: dos pechos llenos de leche, amor y dolor. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/la-lactancia-medio-del-duelo-dos-pechos-llenos-leche-amor-dolor/>
- Rich, A. (1986). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Traficantes de Sueños. Madrid, España.
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra, Revista de Estudios de Género y Teoría Feminista. No 7: pp. 169-183.*
- Sánchez M., Gómez M., González, G. Lozano, I. (2010) Sintomatología y alteraciones psicológicas asociadas con pérdidas perinatales en mujeres. Instituto Nacional de Perinatología de México. Recuperado de:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2010000100005

Sau, V. (1998). Del vacío de la maternidad, la igualdad y la diferencia. Universidad de Barcelona, España. *Hojas de Warmi*. N° 9, 1998, pp. 61-75.

Serrano, C., López, E., Castillo, A., Gómez, M., Amezcua, A., González, G. (2015) Muerte fetal anteparto. Duelo perinatal. *Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 58, N°8, pp. 368-372.

Umamanita (2015). Guía de Atención a la Muerte Perinatal y Neonatal. Recuperado de: <http://www.umamanita.es/>

Videla, M. (1990). *Maternidad. Mito y realidad*. Buenos Aires, Argentina.