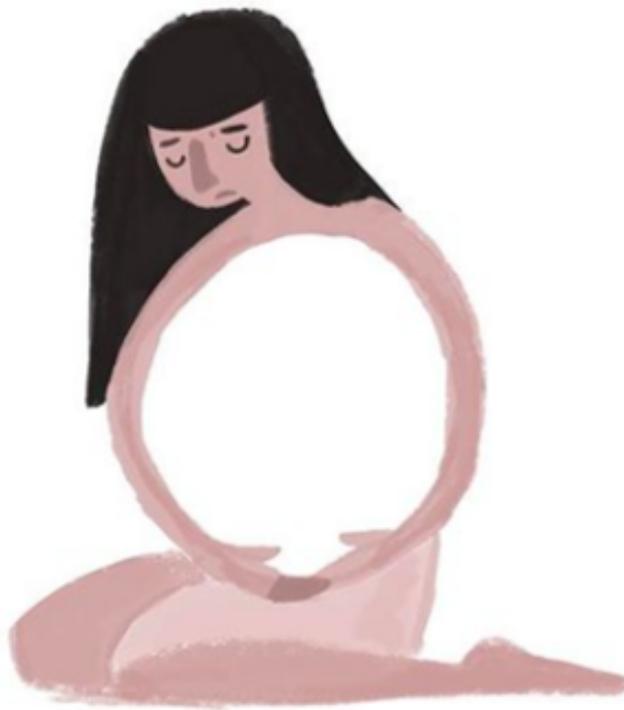


Trabajo final de grado.

Repensando el lugar de las lactancias en el duelo perinatal.



Arte: @shelley\_illustration



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

Trabajo final de grado.  
Modalidad: monografía.

Repensando el lugar de las lactancias en el duelo perinatal.

Estudiante: Ana Belen Franco

CI: 4.619.857-6

Tutora: Alejandra Akar

Revisora: Rossana Blanco

Montevideo, Octubre 2021.

*Gracias a mis familiares y amigos por acompañarme en el proceso.*

*Gracias a mi psicóloga Isabel por la escucha y el sostén y por ser parte también de mi formación.*

*Gracias a compañeres de los diferentes espacios de militancia política que atravesé estos años y que me permitieron entender la inmensidad del “no termino en mi misma”.*

*Gracias a Ruben, Yeni y María, que me aportaron sus experiencias laborales para poder conocer parte de sus prácticas profesionales en nuestro país.*

*Muchas gracias a mi tutora Alejandra desde el primer día! Por darme libertad para ir construyendo este trabajo, por alentarme las veces que fue necesario, por acompañarme sin invadir, por compartir este proceso muy lindo y especial, fue una gran enseñanza más allá de lo curricular! .*

## Resumen

La muerte de un hijo o hija en el período perinatal es un hecho traumático, devastador. Derriba las investiduras de futuro proyectadas con ese o esa bebé que no pudo vivir, las fantasías y temores, donde desde incluso antes de la gestación entran en juego las identificaciones narcisistas como madre y/o padre. Si la pérdida se produce a partir de las dieciséis semanas de gestación es muy probable que el cuerpo de la persona gestante ya comience a producir leche una vez que la placenta se desprende del útero. Pero no habrá un hijo o hija para alimentarse. Y esto puede llegar a ser aún más doloroso. Esto es lo que se denomina lactancias en duelo.

Este trabajo final de grado tiene como objetivo visibilizar las lactancias en duelo, invitar a repensar el lugar que tienen estas lactancias dentro del doloroso y complejo mundo del duelo perinatal y reflexionar sobre los aspectos que intervienen al momento de abordar esta situación dentro del ámbito de la salud. ¿Es posible que quien gesta pueda elegir qué hacer con su cuerpo? ¿Hay alternativas a un fármaco para la inhibición de esa lactancia? ¿En caso de que existan las alternativas, es posible que ayuden a la elaboración del duelo? Para responder estas preguntas se parte de una postura ética y política que reivindica la soberanía de los cuerpos gestantes y el derecho a poder decidir sobre sí mismos incluso durante un duelo perinatal articulando conceptos desde la Psicología, y aportes desde la teoría psicoanalítica.

**Palabras clave:** lactancias en duelo, cuerpos gestantes, soberanía del cuerpo, duelo perinatal.

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>3</b>
<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>1. Marco teórico</b>	<b>7</b>
1.1 Encuentros y tensiones en el campo de la salud reproductiva.	7
1.2 La psicología en el campo perinatal	10
<b>2. La experiencia de la maternidad y los duelos</b>	<b>13</b>
<b>3. La muerte y el duelo</b>	<b>16</b>
3.1 Alma mocha	20
<b>4. Mucho más que alimento</b>	<b>26</b>
4.1 Repensando el lugar de las lactancias en duelo	28
<b>5. Reflexiones finales</b>	<b>34</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>39</b>
<b>Anexos</b>	<b>47</b>

## Introducción

Este trabajo monográfico se presenta en el marco de la obtención del título de Licenciada en Psicología, de la Facultad de Psicología, Universidad de la República. Procura ser una invitación a repensar las lactancias en duelo, es decir el producto lácteo de un embarazo cuando se produce una muerte perinatal. Se busca reflexionar sobre el lugar de estas lactancias, entender cómo se actúa dentro del campo de la salud y cuál es su impacto en la elaboración del duelo de la persona gestante y sus familias.

El interés por esta temática surge en primera instancia a raíz de mi formación como asesora en lactancia desde donde me encontré por primera vez con el dolor de la muerte de un hijo o hija esperada y una persona cuyo cuerpo produce leche sin un destinatario. ¿Es posible que quien gesta pueda elegir qué hacer con su cuerpo? ¿Hay alternativas a un fármaco para la inhibición de esa lactancia? ¿En caso de que existan las alternativas, es posible que ayuden a la elaboración del duelo? Actualmente en otros países se han comenzado a producir ciertos movimientos que reivindican la visibilización de estas lactancias y como puede llegar a ser una herramienta que permita transitar y elaborar el duelo siempre y cuando sea una opción deseada por la persona gestante y cuente con apoyo y sostén.

En Uruguay aproximadamente 300 familias por año atraviesan la dolorosa pérdida de su bebé en el período gestacional y perinatal (Ministerio de Salud Pública, 2020). Actualmente es un tema del cual en nuestro país se está dando una importante discusión. Al día de hoy hay dos proyectos de Ley relacionados al duelo perinatal sobre la mesa. Por un lado, la Ley “En tu nombre”, propuesta por la Organización Luz del Cielo (2021), pretende salvaguardar el derecho de las personas gestantes y co-gestantes al duelo respetado y a la identidad de ser padres y madres de un o una bebé fallecida durante el período perinatal. De esta manera, propone que desde la semana 20 de gestación se logre dar identidad a ese hijo o hija como tal, permitiendo entre otras cosas poder nombrarlo civilmente, obtener un certificado de defunción y tener derecho a la licencia por maternidad y paternidad. En contraposición, desde sectores conservadores se ha impulsado el proyecto de ley “Nacidos sin vida, inhumación o cremación” (Asiaín y Sanguinetti, 2021), que de forma oportunista pone en riesgo otros derechos obtenidos, como lo es la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, obtenida luego de muchos años de lucha social.

Para la construcción de este trabajo se realizaron entrevistas a tres trabajadores tanto del ámbito privado como público relacionados al campo de la salud mental perinatal: dos personas licenciadas en psicología y una asesora en lactancia con formación en lactancias

en duelo. El objetivo de estos intercambios fue ampliar el conocimiento sobre esta temática para conocer cómo se aborda esta situación en nuestro país más allá de las experiencias extranjeras. No se explicitan los nombres para poder salvaguardar la identidad de las personas entrevistadas. En anexos se transcriben las preguntas realizadas.

Este trabajo no debe ser entendido como parte del movimiento “pro vida”. Por el contrario, se parte de un posicionamiento ético y político que reivindica la soberanía del cuerpo de las personas gestantes. De esta forma, se reivindica el derecho a la autonomía de cada persona para actuar conforme a su elección, a subjetivarse como sujeto y objetivarse como ciudadana (Fernandez, 2001). El Estado, el sistema de salud y los equipos sanitarios deben garantizar este derecho: brindando información de calidad, acompañando los procesos, facilitando las diferentes instancias, utilizando un lenguaje sin tecnicismos, que favorezca las experiencias y la toma de decisiones de la persona gestante y su familia (Uruguay, Ley 18.426, 2008). Con el mismo espíritu político, se utiliza un lenguaje no sexista y particularmente se usa el término persona gestante y co-gestante con el fin de contemplar y visibilizar las diferentes existencias que pueden transitar un duelo perinatal y las lactancias en duelo, que no necesariamente se identifican con el “ser mujer”

Desde la Psicología podemos aportar múltiples herramientas para abordar este tema poniendo en el centro a la persona gestante: desde las diferentes perspectivas para abordar el duelo y cómo impacta en el psiquismo de las personas dolientes, hasta intervenciones que tengan como objetivo la prevención, cuidado, sostén, y diagnóstico. Además desde este campo existen múltiples herramientas para el abordaje de estas situaciones que pueden ser volcadas hacia los equipos de salud, acercándonos a estas situaciones desde una mirada inter y transdisciplinaria (Defey, Diaz, Friedler, Nuñez, y Terra, 1992; Sanchez, 2013).

Lejos de querer generar un nuevo mandato para las personas que se encuentran atravesando esta dolorosa situación, pretende aportar una mirada crítica sobre cómo se abordan en el sistema sanitario las lactancias en duelo y repensar el lugar y el valor simbólico de estas lactancias. Las condiciones materiales existentes, el tabú frente a la muerte y el paternalismo, que se sostiene en un sistema patriarcal, recae sobre el cuerpo de personas gestantes, al tomar decisiones en lugar de ellas, en este caso sobre sus lactancias en duelo. Por lo tanto se entiende que brindar opciones, informar y sostener forma parte de una resistencia, es un llamado a la despatriarcalización de nuestros cuerpos (Defey et al., 1992; Fernández y Tajer, 2005).

## **1. Marco teórico**

Para abordar el tema en primera instancia se delimitará el marco teórico desde donde se reflexionará acerca del acceso a la salud y el campo de la psicología perinatal, articulando conceptos desde la psicología de la salud, el marco jurídico e integrando una mirada desde los derechos humanos y una perspectiva feminista. En el capítulo siguiente se hará un recorrido por los diferentes duelos que trae consigo la experiencia de la maternidad. En el tercer capítulo se introduce el duelo desde una perspectiva psicoanalítica haciendo hincapié en su impacto en el cuerpo para luego profundizar en el duelo perinatal. Para culminar se reflexionará sobre el lugar de las diferentes lactancias en duelo y su impacto para la elaboración del duelo perinatal.

### **1.1 Encuentros y tensiones en el campo de la salud reproductiva.**

Históricamente el campo de la salud se ha construido desde una mirada patriarcal. La ciencia médica hegemónica ha contribuido especialmente, en función de parámetros androcentristas y binarios, con los conceptos sobre qué es la salud y qué es la enfermedad y su correlato con lo “normal” y lo “anormal” (Foucault, 1983). Conforme fue avanzando la historia se han ido transformando sutilmente estos discursos, aunque permanece como una constante la idea de que lo “anormal” debe ser encausado: patologizado, medicalizado o encerrado. De esta manera, los cuerpos se producen a través de regímenes discursivos y no discursivos, en cuerpos útiles y dóciles (Ervitti, 2010). Dentro del campo de la salud sexual y reproductiva, este tipo de discursos dominantes y verticales, pueden atentar al acceso y calidad de la atención sanitaria, principalmente ante las situaciones que no son precisamente las “esperadas”: embarazos no intencionales, interrupciones voluntarias del embarazo, procedimientos irreversibles de anticoncepción, pérdidas gestacionales, entre otras.

¿Pero cómo entender el campo de la sexualidad? Siguiendo a Lopez y Güida (1999) podemos decir que éste se construye a partir de múltiples dimensiones: históricas, simbólicas, políticas, sociales, biológicas, psicológicas, éticas y axiológicas, entre otras, lo que lo convierte en un entramado complejo de relaciones que necesita ser abordado desde perspectivas transdisciplinarias. Dentro de este campo se ubica la salud reproductiva, aquella que está relacionada con la planificación familiar, los procesos subjetivos que acompañan un aborto, embarazo o parto. Hablar de sexualidad no tiene por qué hacer

referencia a lo reproductivo, sin embargo si hablamos de salud reproductiva hacemos referencia a la sexualidad.

Si se hace un breve recorrido en el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos se puede observar que en la década de los años 60 se gestan líneas de apertura gracias a las acciones políticas de los movimientos feministas y también de los colectivos por la diversidad sexual. Esto llevará a que a partir del año 1994, en la Conferencia sobre Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, que tuvo lugar en la ciudad de El Cairo, se reconozca a los Derechos Reproductivos como parte de los Derechos Humanos (Mujer y Salud en el Uruguay, 2005).

En nuestro país la Ley 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, vigente desde el año 2008, es la que regula, promueve y organiza las políticas nacionales en torno a la salud sexual y reproductiva. Algunos de sus artículos y que tienen relación con el tema que se aborda aquí proponen: “difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva” (Uruguay, Poder Legislativo, 2008, Art. 3, inc. a), “promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados” (Uruguay, Poder Legislativo, 2008, Art. 3, inc. c) y “fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias” (Uruguay, Poder Legislativo, 2008, Art. 3, inc. h).

¿Pero cómo se accede a estos derechos? ¿Quiénes pueden acceder a estas políticas sexuales y reproductivas? ¿Pueden las personas gestantes decidir sobre su cuerpo? Siguiendo a Dora Barrancos (2011) desde hace un tiempo, desde diversos campos teóricos, el concepto de la ciudadanía se ha ido corriendo del tradicional “vínculo del sujeto en relación a derechos y responsabilidades relacionados con el Estado-Nación” (p.2). La autora sostiene que la ciudadanía:

(...) se refiere al conjunto de derechos que comprenden las dimensiones, civiles, sociales, personalísimas tales como la cuestión de la identidad sexual y los vinculados a la soberanía del cuerpo. Se trata de un amplio espectro que contiene, además de los derechos políticos, los de naturaleza social, cultural, de identidad, de reconocimiento, etc (Barrancos, 2011, p. 2).

Algo a reflexionar en este trabajo es la soberanía que ejercen las personas sobre su cuerpo al momento de una pérdida perinatal y de su lactancia en duelo. ¿Todas las personas sabemos por igual cómo funciona el cuerpo? ¿Se aclara que a partir del segundo trimestre de embarazo es probable que el cuerpo produzca leche aunque ese hijo o hija no haya sobrevivido? ¿Se explica qué se sentirá y cómo aliviar los síntomas físicos propios de la “bajada de la leche”? ¿Son informadas de las diferentes opciones frente a estas lactancias en duelo? Si alguna de estas respuestas es negativa ¿Se accede por igual a los derechos sexuales y reproductivos? ¿Podemos asegurar que se está ejerciendo soberanía?

La omisión de información, no acompañar este doloroso proceso con información clara y precisa, incluso decidir por la persona doliente es un acto de violencia obstétrica. Nancy Ehrenreich (1993) sostiene que el poder médico no solo se ejerce sobre los cuerpos reproductores sino a través de ellos. Silvia Federicci (2004) analiza el origen histórico y político a través del cual las personas gestantes fueron despojadas de sus propios cuerpos, principalmente con los procesos relacionados a la sexualidad y la reproducción, a través de una caza de brujas perpetrada por el patriarcado. Estos son los cimientos del poder/saber que se ejerce desde el sistema médico hegemónico, que es atravesado por la categoría de género e impacta en quienes tienen la capacidad de gestar (Argedas Ramirez, 2013). En este punto se enlaza el concepto de violencia obstétrica la que se define como las conductas, acciones u omisiones que se llevan a cabo por personal de la salud que afecta física y emocionalmente a personas gestantes y se expresa en tratos deshumanizados, sobre medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otros actos (Magnone, 2010).

Por último pero no menos importante, resulta necesario para este trabajo reflexionar sobre quiénes son las personas destinatarias de las políticas sexuales y reproductivas. Muchísimos años de lucha social, de producción teórica, de avances legales y también de retrocesos, nos obligan a re-pensar una salud sexual y reproductiva no solamente destinada a mujeres cis, sino a todas las personas que aún no identificándose como mujer tienen la capacidad de gestar. Esto está relacionado con el concepto de género. Siguiendo a Judith Butler (2018) podemos llegar a entenderlo como “el aparato a través del cual tiene lugar una producción y la normalización de lo masculino y lo femenino junto con las formas intersticiales hormonales, cromosómicas, psíquicas y performativas que el género asume” (p. 70).

Con respecto al uso del concepto de género dentro del campo de la salud sexual y reproductiva Moira Perez (2019) sostiene:

Es frecuente ver que “género” se reduce a “mujeres”, y estas a mujeres cis (es decir, aquellas que no son trans), y estas a lo que se entiende como su marca diferencial: la capacidad reproductiva. Así, la agenda de salud vinculada con “género” es con frecuencia limitada a la salud sexual y (no) reproductiva de mujeres cis. Quedan afuera no sólo los problemas de salud que afectan especialmente a mujeres cis y no tienen que ver con las capacidades reproductivas, sino también las consecuencias insalubres de los estándares de la masculinidad hegemónica y la salud sexual y reproductiva de las personas que tienen capacidad de gestar pero no son mujeres (p.33).

Es por ello que en este trabajo me remitiré a personas gestantes y co-gestantes, en pos de visibilizar una diversidad de existencias que desborda el campo de la salud. Pensar una salud sexual reproductiva que tenga en cuenta no solo los cuerpos sino también los diferentes agenciamientos de las personas: su personalidad, su historia, su identidad, sus vínculos. Al decir de Siquiera Peres (2013):

Deshacer lo sexual y el género, heteronormativizado y falocéntrico; desterritorializar los territorios sexualizados y engendrados a través de la decodificación de los códigos que dan inteligibilidad para estereotipos de clase social, raza, sexualidad, sexo, género, etc., y facilitar el pasaje para devenires que otros puedan expresar nuevos modos de existir, fuera de los binarismos (p.39).

Pero además conocer también cómo son las condiciones de existencia, recordar que hablar de salud también implica también pensar en categorías más amplias como el trabajo, la educación, la paz, el resguardo, entre otros vehiculizadores de salud que se plasman en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986). De esta manera el campo de la salud se va desplegando y abriendo cada vez más configurándose como un sistema complejo.

## **1.2 La psicología en el campo perinatal**

Según el diccionario del Instituto Bernabeu (s/f) el período perinatal hace referencia desde la semana 20 de gestación hasta los 28 días después del parto. La psicología perinatal se consolida a principios de 1970 con la creación de la Asociación Internacional de Psicología y Medicina Pre y Perinatal. Posteriormente en 1983 se fundó en Estados Unidos la

Asociación de Psicología y Salud Pre y Perinatal. Principalmente desde Freud y su teoría de la sexualidad infantil múltiples autores comenzaron a interesarse por la infancia y los primeros vínculos de la díada madre-bebé. De esta forma existen grandes aportes de autores como: Klein, Spitz, Winnicott, Bolwby, entre otros (Sánchez, 2013).

¿Pero qué entendemos por psicología perinatal? Nace a raíz de la necesidad de abordar los aspectos emocionales de la persona gestante durante el embarazo, puerperio y crianza, al igual que la fertilidad, adopción y duelo, entre otros temas vinculados a la salud sexual y reproductiva (Sanchez. 2013).

Según Nieri (2012) el trabajo del psicólogo en el ámbito perinatal es desde "*la trinchera*", donde se interviene en el momento en que los hechos están teniendo lugar, lo que exige flexibilidad teórica y práctica. En este punto se puede hablar del concepto de crisis. Para Kaës (1979) se puede definir como algo que irrumpe de forma brusca y decisiva. Sin embargo, al caos de esta ruptura también le acompaña la sutura, la posibilidad de atravesar ese momento del que no se saldrá igual que antes. Moffat (1982) trabaja mucho con el concepto de crisis y dirá que estas acontecen cuando un evento nos paraliza: "de pronto nos sentimos confusos y solos, el futuro se nos aparece vacío y el presente congelado" (p.15). Es una desorganización temporal de las personas que puede repercutir en el cuerpo generando ahogos, taquicardia, sudoración. Sostiene que se podría pensar que las personas en crisis están "desesperadas", es decir ya no esperan nada, no hay futuro, el tiempo se detuvo ante ese evento traumático. Y vaya si podemos sostener que la muerte de un hijo o hija, con tanta ilusión esperada, es una situación crítica, un evento traumático, que congela la existencia de una familia que de repente se queda con los brazos vacíos.

La complejidad de una muerte perinatal demanda que las intervenciones se construyan y se desarrollen en equipo, desde la articulación de diferentes saberes, construyendo un campo inter y transdisciplinario, en conjunto con diferentes técnicos de la medicina, enfermeras, puericultoras, entre otros actores (Sanchez, 2013). Por su parte Cigarroa (2011) sostiene que es necesario que el analista que trabaja en el ámbito hospitalario esté en conocimientos sobre las otras disciplinas y también que se tenga en cuenta la interacción comunicativa de naturaleza terapéutica para que las acciones interdisciplinarias que se lleven a cabo sean efectivas. Al mismo tiempo se está en permanente comunicación con el personal médico debiéndose acordar las estrategias e intervenciones adecuadas para cada situación en particular, teniendo en cuenta que el abordaje con un enfoque psicoterapéutico clásico se dificulta en el ámbito hospitalario (Cigarroa, 2011). Sin embargo, son más efectivos los abordajes focales. Se debe diferenciar lo que es una intervención de auxilios psicológicos

de una terapia focal o terapia de crisis. En el primer caso se habla de la Primera Ayuda Psicológica, que es cuando se toman las primeras medidas de urgencias. Quien brinde el auxilio debe cumplir la función de ser un Yo auxiliar que contenga y sostenga al Yo desbordado de la persona en crisis. Se busca evitar afecciones mayores que prolonguen los daños para evitar de esta forma que la situación evolucione en una patología (Defey, 2009). Por otro lado, la terapia de crisis viene después, cuando se intenta ayudar a reconstruir los fragmentos a partir de la situación acaecida (Slaikeu, 1988). Defey (2009) sostiene que en una terapia de crisis hay temas que deben priorizarse. El objetivo de la intervención focal será poner cierto orden ante el caos imperante: “el papel activo del terapeuta debe ponerse aquí en juego desarrollando primero y conduciendo después, un plan de tratamiento, esto será tanto más así cuanto más aguda sea la situación de crisis” (Defey, 2009, p.43).

De esta forma se puede entender que el abordaje para con una persona que se está enterando que su hijo o hija ha muerto en el período perinatal no sólo debe ser de forma inter y transdisciplinaria, en conjunto con el resto de los actores de la escena, sino que además las intervenciones que se pueden desplegar desde el orden de los primeros auxilios psicológicos van a ayudar a que el duelo pueda iniciarse y se elabore de forma saludable. Estamos hablando de una situación de vacío muy profunda, de una persona y una familia destrozada, de un evento que seguramente deje una huella profunda, incluso a nivel transgeneracional (Defey et al., 1992). Allí donde está ocurriendo la vida al mismo tiempo está ocurriendo la muerte, abrazadas, en la inmediatez de un momento, lo efímero de la vida que se acaba.

## 2. La experiencia de la maternidad y los duelos

¿Cuándo comienza la maternidad? ¿Existe un límite, una frontera que establezca su inicio? Parece poco probable esto último, sin embargo se puede pensar la maternidad como un proceso que no necesariamente es lineal o paralelo con la concepción, sino que puede entenderse cuando se empieza a subjetivizar al ser en gestación. Cuando se le piensa, imagina, se le nombra y se le dota un lugar del otro lado de la piel (Escallón, 2007). Adrienne Rich (1986) sostiene que se debe hacer una distinción entre lo que es la maternidad como Institución de lo que es la Experiencia de la maternidad propiamente dicha. La primera es la imposición por parte del patriarcado a la reproducción de la vida de las personas gestantes, mientras que la última es la maternidad desde la elección. De esta forma, se la debe pensar como una construcción cultural, alejándonos del yugo del “*instinto materno*”, noción que se promulga desde el sistema patriarcal para seguir sosteniendo la Institución de la maternidad (Rich, 1986). En el proceso de la construcción de la maternidad intervienen aspectos sociales, psicológicos y biológicos y se atraviesan etapas como: la concepción, el embarazo, el parto, la lactancia, el puerperio y la crianza. En el embarazo no sólo se gesta el nuevo ser, sino también la imagen del futuro con ese hijo o hija por venir, basado en la historia personal de la persona gestante: se forja un vínculo imaginario que se vivencia como una sensación de plenitud, de fusión, con el ser en gestación (Cigarroa, 2011).

El niño o niña se inscribe dentro de un complejo contexto de elaboraciones, discursos y fantasías que incluso desde antes de su concepción le atribuyen una personalidad, una historia, creada por el motor del deseo de sus progenitores (Armus, Roitman y Swarc, 2000; Lucas da Costa y Oliveira Silva, 2020). Es necesario entonces hacer otras lecturas por fuera de lo biológico para entender las interrogantes que se nos plantean desde el orden simbólico durante la concepción y gestación de una nueva persona (Lucas da Costa y Oliveira Silva, 2020). De esta forma se comienza a evidenciar que este niño o niña aún no nacido puede llegar a ser fuente de angustias, de deseos, de proyectos, de fantasías, donde el narcisismo de los progenitores es protagonista (Armus et al., 2000).

Donald Winnicott (1981), pediatra, psiquiatra y psicoanalista, centra gran parte de su prolífica carrera en observar y estudiar la relación madre-hijo y cómo influyen los cuidados que ella proporciona en el desarrollo psicológico del niño o niña. Winnicott (1981) establece que desde el embarazo ya puede existir un vínculo que se va forjando en la díada madre-hijo, que en parte es real pero donde la fantasía y el deseo tiene un lugar

preponderante también. Esta relación se verá fortalecida a partir del segundo trimestre cuando se comienzan a sentir los primeros movimientos del bebé.

Poco después de la concepción, o cuando se sabe que ésta es posible, la mujer empieza a cambiar en su orientación y a ocuparse de los cambios que tienen lugar dentro de ella. Su propio cuerpo la estimula de diversas maneras a interesarse por sí misma. La madre desvía parte de su sentimiento propio hacia el bebé que crece dentro de ella... (Winnicott, 1981, p. 60).

A través de un proceso de identificación proyectiva entre la madre y el o la bebé se generan cambios a nivel de la estructuración psíquica de la persona gestante que le van a permitir desplegar los cuidados que su cría necesita durante los primeros tiempos de vida:

Por regla general, las madres se identifican, de una u otra forma, con el bebé que crece en sus entrañas, lo cual les permite emplear una potente capacidad para intuir las necesidades del bebé. Se trata de una identificación proyectiva. Esta identificación con el bebé dura cierto tiempo después del alumbramiento y luego, poco a poco, pierde importancia (Winnicott, 1981, p.61)

Winnicott (1979) decidió nombrar a este proceso como *preocupación maternal primaria*. Se va desarrollando una sensibilidad exaltada que comienza en el embarazo y que continúa por unas semanas una vez nacido el niño o niña. Plantea, además, que esta etapa no es fácilmente recordada y que incluso es reprimida por la madre o persona gestante. Sostiene que se podría llegar a pensar en este estado como una enfermedad si no fuese por el proceso del embarazo, comparándolo con un replegamiento, disociación, fuga o similar a un episodio esquizoide.

No creo que sea posible comprender el funcionamiento de la madre durante el mismo principio de la vida del pequeño sin ver que la madre debe ser capaz de alcanzar este estado de sensibilidad exaltada, casi de enfermedad, y recobrase luego del mismo. (Utilizo la palabra «enfermedad» porque una mujer debe estar sana, tanto para alcanzar este estado como para recobrase de él cuando el pequeño la libera. Si el pequeño muriese, el estado de la madre se manifestaría repentinamente en forma de enfermedad. La madre corre este riesgo) (Winnicott, 1979, p.399).

Es decir que el embarazo y la subsiguiente *preocupación maternal primaria* es un momento de vulnerabilidad, ya que implica para la persona gestante no solamente un cambio a nivel físico sino que también supone una modificación a nivel psíquico. Si bien esto no quita que exista lugar para la alegría por el embarazo, la expectativa que genera la llegada de un hijo o hija y las fantasías en torno a la maternidad y paternidad, también coexisten duelos y regresiones que pueden provocar un desequilibrio (Defey et al., 1992).

El nacimiento es una vivencia que marca un antes y un después. Luego de esto la persona gestante transita por el denominado *puerperio*. Con este nombre se hace referencia al proceso por el cual existe una reorganización y una readaptación fruto de la aceptación de determinadas pérdidas. Es la elaboración de un gran duelo que al mismo tiempo está asociado con un nacimiento. La ambigüedad y la ambivalencia predominan en la experiencia de la maternidad: la felicidad por el hijo o hija que ha llegado, la plenitud y al mismo tiempo la angustia, sentimientos de incomprensión, soledad, cansancio (Defey et al., 1992).

Se transita la pérdida por el cuerpo de embarazada, el cuerpo-cuna, que contuvo durante nueve meses a otro ser, del cual la persona fue testigo de los cambios, de la vida abriéndose camino dentro suyo. Es necesario aprender a habitar el nuevo cuerpo que ya no es de una persona embarazada, pero tampoco es su cuerpo anterior. Por otro lado, el parto es vivenciado como una separación con su hijo o hija, se rompe ese vínculo (en parte real, en parte imaginario) para dar lugar a lo desconocido, a la incertidumbre, al devenir de la vida. Otro cambio importante es la pérdida de la identidad de persona embarazada. La noticia de un niño o niña en camino suele vivirse con alegría, a la persona gestante se le ampara, se le brinda atención y cuidados. Cuando nace el hijo o hija esto cambia ya que el o la bebé pasa a ser el centro. La persona puede sentirse desplazada, sin ser dueña de sí misma, con gran responsabilidad de quien depende de sí, lo que es una gran fuente de angustias y desgaste físico y emocional (Defey et al., 1992). Todos estos cambios bruscos hacen que el tránsito por la maternidad no sea “color de rosa”, chocando con la imagen idealizada e irreal que nos es impuesta. Esto hace que sea más propensa a sufrir una depresión puerperal o desencadenar otros trastornos psicológicos asociados a la maternidad.

Todo esto sucede en un embarazo sano donde el o la bebé nace y llega a los brazos de quien le acunó en su vientre. ¿Pero qué sucede cuando las cosas no salen como se supone debiera ser?

### 3. La muerte y el duelo

Desde tiempos remotos la humanidad se ha enfrentado al enigma de la muerte. Siguiendo a Pilar Bacci (2010) se la puede entender como una construcción social, más allá de la implicación biológica, de un cuerpo que deja de “funcionar”, de producir. Conforme fueron transcurriendo las diferentes épocas históricas podemos hacer lecturas diferentes marcadas por determinadas características. Hablamos entonces de una muerte situada en un determinado contexto histórico, hija de su tiempo. De esta forma se puede ver cómo han mutado los lutos, los ritos, los duelos, dejando entrever una dimensión social y colectiva de la muerte y la elaboración del duelo.

¿Cómo es nuestra relación con la muerte en la actualidad? Philippe Aries (1975) habla de la “muerte invertida”, refiriéndose a la muerte escondida, oculta. Explica que cada vez hay menos espacio para el dolor a nivel social. Los ritos funerarios, tan importantes para la elaboración del duelo, cada vez existen menos, ocultándose de esta manera el dolor frente a los otros. La muerte ahora es un problema de la medicina, es una batalla perdida de la ciencia. La medicalización y el higienismo se han hecho tan fuertes que incluso si se hace un análisis de género, las intervenciones médicas se acentúan sobre el cuerpo de una persona con la capacidad de gestar. De esta forma la sexualidad en general y en particular el ciclo menstrual, el embarazo, la menopausia, entre otros procesos vitales, se intervienen de forma cotidiana siendo abordados como eventos patológicos (Lopez Carrillo, 2009). Allouch (1996) sostiene que en la hipermodernidad ya nadie muere, ya que la muerte no forma parte de la vida social, no es subjetivable. En la hipermodernidad la muerte se niega, se esconde, se rechaza, se desmiente bajo el nombre de una enfermedad. Esto no es una excepción cuando ocurre una muerte perinatal. El duelo por la muerte perinatal es un duelo invisibilizado, máxime en un sistema capitalista y patriarcal donde subyace la convicción que el cuerpo gestante es una máquina de producir, de reproducir la vida (Federici, 2004).

Dentro del campo de la Psicología, diversos autores han desarrollado el concepto del duelo. Como punto de partida, Freud (1917/1992), en su obra *Duelo y Melancolía*, define al duelo como una reacción esperable frente a la muerte de una persona cercana, pero también frente a rupturas de vínculos significativos, eventos traumáticos, incluso cambios en el cuerpo o pérdida de ideales. Es decir que se trata de la pérdida de ese objeto libidinizado por parte del sujeto. Al mismo tiempo propone que para poder elaborar un duelo de manera saludable es necesario transitar por el “*trabajo de duelo*”. El mismo consiste en el “proceso intrapsíquico, consecutivo a la pérdida de un objeto de fijación, y por medio del cual el sujeto logra desprenderse progresivamente de dicho objeto” (Laplanche, 2004, p.459). El

trabajo de duelo supone una participación activa por parte de la persona doliente, podría pensarse como un aprendizaje donde se parte de una negación de la pérdida para poco a poco aceptarla y lograr adaptarse a la realidad (Paciuk, 2000).

En un principio Freud (1917/1992) dirá que en el momento en que el sujeto pueda retirar toda la libido puesta en el objeto podrá encontrar un nuevo objeto de amor y de esta forma se elaboraría el duelo de manera saludable. Es decir que propone un reemplazo de ese objeto de amor perdido. Sin embargo, autores posteriores cuestionaron el reemplazo del objeto en un duelo. Incluso el mismo Freud (1963/1963) lo cuestiona precisamente a raíz de la muerte de su hija menor Sophie. Es una comunicación epistolar a su amigo Binswanger sostiene:

Aunque sabemos que después de una pérdida así el estado agudo de pena va aminorándose gradualmente, también nos damos cuenta de que continuaremos inconsolables y que nunca encontraremos con qué rellenar adecuadamente el hueco, pues aun en el caso de que llegara a cubrirse totalmente, se habría convertido en algo distinto. Así debe ser. Es el único modo de perpetuar los amores a los que no deseamos renunciar (p.431).

Allouch (1996) afirma que no se puede pensar en la sustitución del objeto, ya que la pérdida del objeto muerto es una marca que no puede borrarse. No es el objetivo de este trabajo detenerse en este punto que es una gran discusión dentro de la teoría psicoanalítica, sin embargo es interesante conocer esta otra visión, donde a partir de una pérdida significativa existe un no-retorno, un hueco, una falta. Se puede aprender a vivir con ella, allí radica la importancia del trabajo de duelo, sin embargo no será posible reemplazar dicha ausencia.

Se podría pensar entonces en la existencia humana como una travesía entre duelos. Como en una partida de ajedrez y un constante jaque a nuestro narcisismo. La angustia y el dolor psíquico son sentires ineludibles en la condición de nuestra existencia. El duelo está determinado no solo por la estructura psíquica del sujeto doliente, sino que también está influido por las particularidades de las dimensiones históricas y culturales, los ritos y las creencias que lo acompañan (Acevedo de Mendilaharsu, 2000).

Otro aspecto relevante cuando se habla sobre el duelo refiere a que si bien las causas que lo pueden desencadenar son múltiples, la base común es la valoración afectiva con la que es atribuida esta pérdida, ya sea de forma consciente o inconsciente (Freud, 1917/1992). Siguiendo esta línea, Nasio (1996) respecto a este punto afirma: "(...) no se trata de la

persona del difunto, sino de su representación o de su imagen en mi inconsciente. (...) no es su persona en tanto tal la que recibía mis investiduras afectivas, sino sus representaciones mentales en mí” (p.192). De esta forma se puede comenzar a entender cómo impacta la pérdida de un hijo o hija que aún no nació en el mundo psíquico de la persona gestante y co-gestante, ya que ese ser está investido afectivamente aún desde antes de comenzar su gestación (Cigarroa, 2011; Defey et al., 1992).

Myrta Casas de Pereda (2000) plantea que lo común en todo duelo es precisamente el dolor por lo perdido. Existe una relación, que deja entrever al Otro y su deseo; se referirá a una *“articulación previa”* entre el sujeto dolido y el objeto perdido. De esta manera el foco no recae principalmente en el objeto de amor perdido, sino en eso que enlaza al sujeto con el objeto, lo que constituye ese nexo. La pérdida que puede ser real o simbólica estará signada por lo que significa ese objeto perdido para el sujeto doliente y el modo en que se produce tal pérdida, removiendo aspectos conscientes e inconscientes.

Es importante poder incluir la dimensión corporal y psicosomática del duelo entendiendo que durante un embarazo se vivencian muchísimos cambios donde el cuerpo es protagonista. Alizade (2000) en su trabajo *“Duelos del cuerpo”*, expone cómo se une la elaboración de los duelos y la experiencia psicosomática vivida a través del cuerpo. El cuerpo es donde habitamos, donde el Yo se materializa, nos permite gozar del placer como también displacer. Muchas veces el cuerpo está amenazado por factores externos que debemos cuidar (enfermedades, accidentes, sufrimiento psíquico) en pos de mantener la unidad mente-cuerpo que garantiza mínimamente la existencia:

La materialidad del cuerpo es una organización compleja. El cuerpo es un espacio íntimo de experiencia. La singularidad de cada vivencia se relaciona con la cognición singular del cuerpo, la concepción del mismo y el grado de desarrollo de la mente. Se juega en el campo de una profunda subjetividad (Alizade, 2000, p.28).

Dirá que por un lado están los duelos menores, aquellos relacionados a una pérdida por una parte de uno mismo o de una función del cuerpo y por otro lado los duelos mayores que hacen referencia a la castración total del Sujeto como puede llegar a ser la muerte de uno mismo. Alizade (2000) distingue los duelos que se pueden elaborar, que se podrían entender como exitosos de aquellos duelos inconclusos o poco elaborados. En este último caso, se volverá a desatar una y otra vez, volviéndose un duelo interminable. Es lo que la autora llama *“duelos en cadena”*, que son gatillados a raíz de representaciones de pérdidas

de objetos que permanecen de forma inconsciente y salen a la luz al producirse un nuevo suceso doloroso.

Paciuk (2000) explica que el duelo tiene lugar en una divergencia interna: por un lado el hecho objetivo de la muerte del objeto de amor y por otro lado en “una zona de subjetividad -de afectos, de oscuridad- que es precisamente aquella en donde puede tener lugar el duelo” (p.250). Distingue dos momentos: el duelo depresivo y el duelo reparatorio. En el primero la persona doliente está paralizada frente a la pérdida, la niega o busca su sustitución, “se puede hablar de una fantasía de sobrevivencia del objeto por la negación de su muerte” (Paciuk, 2000, p. 254). Por otro lado, el duelo reparatorio implica una modificación, una elaboración, donde se transforma la relación de objeto entre el sujeto y el objeto: “el objeto sobrevive a su muerte en las interacciones con el vivo, lo vivo del deudor permanece vivo pero *en* el sujeto” (p. 254). Allouch (1996) dirá que lo complejo del trabajo de duelo es retirar la carga narcisista depositada en el objeto de amor perdido, retirar lo de sí mismo en el otro.

Freud (1919/1992) utiliza el término “ominoso” o también “siniestro” para referirse a las situaciones familiares que se desplazan hacia algo oscuro, tenebroso. Hay algo del orden de lo secreto, de lo oculto, que se manifiesta. El cuerpo de una persona embarazada, esperando a su hijo o hija deseada, albergando no sólo la vida de este nuevo ser sino también la ilusión de la experiencia de la maternidad y la transformación psíquica y corporal que este proceso conlleva, se ve de pronto interrumpido. De esta forma el cuerpo que antes era contenedor de vida, ahora puede ser sentido como un ataúd, como el cuerpo de una madre que transporta la muerte y que debe además parirla (Defey et al., 1992).

El cuerpo, el espacio íntimo, lo que nos constituye como un ser diferenciado del resto, es un misterio, habla su propio lenguaje, se modifica, se transforma. Y si bien las ciencias han avanzado y se conoce bastante sobre su funcionamiento, hay un territorio considerable que aún es un enigma, que desconocemos. Reconocemos nuestro propio cuerpo sólo en parte. El esquema corporal y la imagen inconsciente del cuerpo se aloja en su materialidad, recubierta por la piel, el límite del adentro y del afuera (Alizade, 2000). En un duelo perinatal el objeto perdido es parte del propio cuerpo, carne de su carne. No existe una frontera entre el “Yo” y el “no Yo”, la pérdida de ese bebé puede sentirse como la pérdida de sí misma, como la aniquilación del sujeto, la propia muerte, lo que nos remite a la definición clásica de melancolía, un estado patológico del duelo (Defey, 2011; Freud, 1917/1992). Cuando ocurre la muerte de un afecto cercano (progenitores, hermano o hermana, hijos e hijas) el cuerpo ajeno es vivenciado como propio, el duelo se transita como duelo de sí mismo, a través de

la muerte del cuerpo catectizado, haciéndose carne psíquica común (Alizade, 2000). Cuando se trata de un hijo o hija que se está gestando, que aún no se conoce, pero no obstante se sienten los movimientos intrauterinos, se puede ver en las ecografías, se sienten sus latidos, se complejiza el duelo y puede llegar a transformarse en patológico si no se cuenta con apoyo y sostén para elaborarlo (Defey et al., 1992).

### 3.1 Alma mocha

*La pena es un tipo de enseñanza cruel. Aprendes lo poco amable que puede ser el duelo, lo lleno de rabia que puede estar. Aprendes lo insustancial que puede resultarte el pésame. Aprendes lo mucho que tiene que ver la pena con el lenguaje, con la incapacidad del lenguaje, y con la necesidad de lenguaje.*

*Chimamanda Ngozi Adiche*

Cuando nos adentramos en la temática de la muerte perinatal una de las cosas que se evidencia es la dificultad que tenemos para nombrar a quienes lloran la muerte de un hijo o hija. En consecuencia, entendiendo el lenguaje como constructor de realidad, partimos desde una posición desafortunada. La autora colombiana Bella Ventura (1993) propone “Alma Mocha”, como palabras para intentar materializar y nombrar este dolor. El término da cuenta que hay algo que se quedó sin una parte, algo roto, vacío. Armus et al. (2002) dicen al respecto de la muerte de un hijo o hija: “(...) Es impensable e innombrable, esto se relaciona con el valor mágico convocante de las palabras, es decir que no tiene que ser nombrado evitando así que suceda lo temido” (p.1) La realidad es que las muertes perinatales ocurren mucho más de lo que creemos y es por eso que es importante visibilizar esta situación. Sin embargo, las definiciones no son exactas, varían según países, años y autores.

Para la Organización Mundial de la Salud (2017) estas muertes se pueden clasificar de la siguiente manera:

Aborto: desde la concepción hasta las 22 semanas de gestación o peso menor a 500grs.

Muerte prenatal (u óbito fetal): muerte a partir de las 22 semanas o peso mayor a 500grs.

Muerte anteparto: muerte antes del parto.

Muerte intraparto: después del comienzo del parto y antes de nacer.

Muerte neonatal precoz: deceso dentro de la primera semana de vida

Muerte neonatal tardía: deceso luego de la primera semana al mes de vida.

Además de estas categorías, una definición acotada de la muerte perinatal tiene en cuenta a las muertes que se dan a partir de las 28 semanas de gestación hasta la primera semana de vida, mientras que una definición ampliada incluye a las muertes hasta los 28 días de vida (OMS, 2017). La falta de consenso para poder nombrarlas, las diferentes fronteras que se trazan, dificultan abordar la temática desde un único criterio..

El duelo por una pérdida perinatal es muy particular y tiene características propias que la distinguen de otros tipos de duelos: “una muerte inesperada, culturalmente sin sentido y psicológicamente traumática” (Cassidy et al., 2018). Fundamentalmente hablamos de un “duelo desautorizado” (Doka a través de Iriondo y López, 2018) ¿Qué significa esto? significa que socialmente no es reconocido. Cuando una persona muere existe un entorno que cumple la función de validar esa muerte, reconocerla, a través del pésame, de una ceremonia, de un ritual. Esto no suele suceder ante una muerte perinatal (Claramount, 2009). Esta pérdida al no tener asidero en el tejido colectivo es realmente muy difícil de poder elaborar para la persona gestante y co-gestante, ya que mientras su tiempo se detuvo hay familiares, personas muy allegadas, personal de salud que parece no poder entender el dolor. De esa forma aparecen las tan repetidas frases como: “*ya estaban preparados entonces si sabían que su hija tenía un síndrome genético limitante*”, “*eres joven y puedes tener más hijos después*”, “*mejor ahora que era chiquito y no después de más grande que te encariñaste*”, entre otras. Experimentar una muerte perinatal es terrible en cualquiera de sus formas, nunca hay un escenario mejor para afrontar la pérdida de un hijo o hija. Comparar cuándo podría llegar a serlo es validar algunas muertes sobre otras. El impacto y el dolor no está atado al tiempo transcurrido del embarazo o al avance en la gestación sino con las expectativas depositadas en ese hijo o hija, a la historia singular de la persona gestante y co-gestante, donde el apoyo con el que cuente la familia es fundamental. Sin embargo, es un duelo que suele atravesarse con profunda soledad y sentimientos de incompreensión (Claramount, 2009; Defey et al., 1992; Payas, 2007).

Armus et al. (2000) sostienen que en los progenitores que pierden a su hijo o hija hay: “una abrupta ruptura de la idea de la inmortalidad del Yo y de la continuidad generacional” (p.178). Es muy difícil aceptar ser madre o padre de un hijo o hija que no pudo vivir porque no se puede entender la maternidad o paternidad como algo efímero. Cae la investidura de futuro, los proyectos imaginados en torno a ese niño o niña. Existe una pérdida que es más

simbólica que real del hijo o hija proyectada que se construyó en base a las necesidades y deseos de los progenitores, donde hay un componente del narcisismo muy fuerte. Ginette Rimbault (1996) afirma:

Un hijo es el sostén de nuestras esperanzas, las que nos sostuvieron durante nuestra vida, las que nos fallaron o aquellas a las que les fallamos. Es ese otro nosotros mismos que tendría la posibilidad de recomenzarlo todo y tener éxito allí donde fracasamos, allí donde no pudimos ir, en ese sueño que dejamos a un lado, en esa vida por la cual tanto nos sacrificamos (...) La muerte de ese niño nos remite a una realidad –la de ser: humano, sexuado, mortal- que a lo largo de su vida cada uno de nosotros intentó asumir evitar, eludir, desplazar por los caminos más diversos (...) (p. 215).

Se sacuden fuertemente las identificaciones maternal y/o paternal, que se empiezan a construir, a fantasear, desde incluso antes de la gestación de ese niño o niña, debido a que el valor identificante de ser madre o padre lo da justamente la vida y la existencia del hijo o hija (Armus et al., 2000). Defey et al. (1992), referentes uruguayos dentro del ámbito perinatal, plantean que: “la muerte fetal es una herida narcisista primaria porque, en esa etapa, el feto es vivido y percibido como parte de ella misma” ( p.87).

Hijos e hijas modifican el psiquismo de madre y padres y esta pérdida implica una desestructuración muy significativa (Armus et al., 2000). Bollas (1991) define al objeto transformacional como aquel que posibilita procesos de significativa transformación: “(...) se trata de una relación de objeto que emerge no del deseo, sino de una identificación perceptual del objeto con su función: el objeto como transformador ambiente-somático del sujeto” (p. 31). En este sentido podríamos decir que los hijos e hijas cumplen la función de objeto transformacional al igual que lo cumple una madre o el equivalente libidinal para con su bebé (Armus et al., 2000).

Por otro lado aparecen los sentimientos de culpa y la ambivalencia. Preguntas cómo: “¿habré hecho algo mal?”, “¿no soy suficientemente buena para gestar a mi hijo?”, “¿maté a mi hijo?”, son preguntas frecuentes que no siempre se pueden llegar a verbalizar pero que sin embargo rondan en la fantasía de la persona gestante. ¿Qué hubiese pasado si no hacía tal cosa de tal manera? (Claramount, 2009; Defey et al., 1992). “En estos duelos, el componente de odio de la ambivalencia es negado por el intenso sentimiento de culpa que despierta.” (Armus et al., 2000, p.179). Otra forma en que se puede manifestar la culpa es en impedir continuar con los proyectos vitales ya que dejar de sufrir se vivencia como una

traición a ese hijo o hija muertos (Defey et al., 1992) Esto puede obturar consciente o inconscientemente el inicio de un proceso psicoterapéutico o la posibilidad de pensar en un nuevo embarazo. “La fidelidad al hijo actúa como un mandato superyoico que obliga a mantener el contacto con él, a no dejar de extrañarlo, sin posibilidad de desligarse del objeto perdido” (Armus et al., 2000, p.179).

Kubler Ross, a través de Defey et al. (1992), propone cinco etapas para entender el duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. En la primera etapa la persona puede llegar a experimentar sensación de extrañeza, embotamiento mental, shock, producto de la pérdida. Hay sentimientos de carencia, vacío. Puede reaccionar de forma maníaca, como si nada hubiese pasado. El hecho de que esta etapa se prolongue en el tiempo puede dificultar la elaboración del duelo: el uso de medicación, no hablar sobre la pérdida, evitar la manifestación de sentimientos. “La energía necesaria para comenzar el trabajo de duelo se disipa por el efecto de la medicación” (Defey et al., 1992, p. 62).

En la siguiente etapa, los sentimientos de enojo e ira, desbordan. Preguntas como: “¿Por qué a mí?”, “¿Quién mató a mi bebé?”, que buscan un culpable: el equipo de salud, sí misma, familiares, dios. El enojo parte de la desesperación de integrar un vínculo que ya no existe, la tensión entre querer olvidar lo que ha sucedido y aferrarse al recuerdo. Es una etapa que conlleva un agotamiento tanto físico como mental. Hay una necesidad de búsqueda de explicaciones, de intentar controlar la situación de algún modo. Se puede experimentar un profundo miedo por la muerte de sí misma, del advenimiento de nuevas desgracias. La desorientación suele aparecer frecuentemente con síntomas de insomnio, pérdida de apetito, desorganización del pensamiento. Es clave el apoyo emocional, habilitar espacios para hablar sobre cómo se siente la persona y el sostén que ello requiere (Defey et al., 1992).

Luego, la persona puede atravesar un período, donde intente de alguna forma negociar. Por lo general aparece el deseo de haber muerto en lugar del hijo o hija. En esta etapa ya existe una conciencia de la irreversibilidad de la pérdida lo que conlleva a sentimientos de desesperanza, de desesperación e impotencia por no poder cambiar eso que le sucedió. Puede aparecer el aislamiento, alteraciones en la memoria o en la percepción (Defey et al., 1992).

De forma gradual se comienza a integrar la realidad de la pérdida. Se vivencian sentimientos de profunda tristeza y dolor, donde la energía se desplaza de los intereses de antaño para facilitar el trabajo del duelo. En la etapa de la depresión la persona está muy

vulnerable. A medida que se comienza a aceptar la ausencia aparece también una necesidad de atesorar los recuerdos vividos. A pesar de la inactividad, del aislamiento, la persona comienza a retomar su ritmo de vida (Defey et al., 1992).

Cuando se acepta la pérdida y hay cierto grado de renuncia del objeto se puede entender que la persona ha podido re-adaptarse, ha logrado una re-organización de su vida. El amor por ese hijo o hija va a formar parte de los recuerdos, de las palabras, de la memoria, de lo compartido y la afectividad queda libre para poder comenzar a disfrutar de otros aspectos de la vida. Siguiendo a Defey et al. (1992) lo primordial en el duelo es poder atravesar la desorganización y lograr la reorganización de una nueva etapa donde ya no hay esperanza de recuperar lo perdido.

Más allá de las diferentes etapas que pueden existir al transitar un duelo es importante resaltar las individualidades que están marcadas por el contexto y las experiencias singulares por las que atraviesa cada persona que harán que cada duelo sea diferente, único. El duelo no es algo lineal, es un proceso con sus pliegues. Ginette Rimbault (2010) sostiene que aceptar la muerte de otro es aceptar lo irreversible de la pérdida, aceptar que no existirá un proyecto en común en un futuro.

Los duelos por la muerte de un hijo o hija suelen extenderse en el tiempo, no es previsible a priori establecer un lapso para su elaboración (Armus et al., 2000). Están signados por la historia singular de cada sujeto y con el apoyo que encuentra a su alrededor para transitar el dolor de la pérdida (Defey et al., 1992). Independientemente de cuándo sucede la pérdida de este hijo o hija, se produce en la persona gestante y su alrededor un quiebre, una fractura, entre lo que tenía que ser y no fue. Acompañar este duelo no implica aplacar el dolor. Implica darle un nuevo sentido a esa pérdida que tanto duele y se hace carne en el cuerpo. Dolor no es lo mismo que sufrir. Resignificar, darle un sentido a lo que no es, pero que está siendo al mismo tiempo. Habilitar la tristeza, acompañar y sostener el proceso.

Pero para atravesar una pérdida tan dolorosa y elaborar un duelo tan particular como el que implica una muerte perinatal se necesita una red que sostenga y habilite estos procesos. El duelo tiene una arista colectiva, hay una función social que ayuda a la reparación y a la elaboración del proceso. Aquí entran en juego los rituales, que pueden ser una herramienta fundamental para procesar la pérdida perinatal. Son recursos que permiten reforzar la identidad parental y generar recuerdos con el hijo o hija que falleció (Cassidy et al., 2009). Alvarez (2009) define a los rituales como poéticos y creativos debido a que los actos se traducen a un lenguaje simbólico y además porque se recrean cada vez que se llevan a

cabo en cada persona. De esta forma, crear memoria con el o la bebé es una forma de materializar esta muerte. El contacto *pos mortem* con el o la bebé puede ser una vivencia que facilite el duelo. Si la familia acepta, incluso es posible tocar, abrazar, sostener a ese hijo o hija que no pudo vivir. Defey et al. (1992) sostienen que el poder ver al hijo o hija ayuda a que se pase de la angustia que invade y paraliza a la tristeza. Esto permitirá que la persona gestante y co-gestante se pueda sentir como madre y/o padre que han perdido un hijo o hija real: “ya no es un fantasma, es un hijo y el haberlo percibido como tal será fundamental para la elaboración del duelo” (p. 98).

Además, también está la posibilidad de crear la caja de recuerdos, herramienta terapéutica muy recomendable, que permite a través de los objetos tangibles darle un lugar en la narrativa familiar a ese hijo o hija y de esta forma resignificar la pérdida. Dentro de la caja de recuerdos se puede guardar: la primera muda de ropa, pulsera del hospital, fotografías, huellas de pies y/o manos, un mechón de pelo, certificado con datos como el nombre, fecha, peso, talla, entre otros (Cassidy et al., 2009).

Sin embargo hay familias y personas que recurren a otros actos para simbolizar estas pérdidas y hacer que se prolongue el recuerdo de la existencia de ese hijo o hija. De esta forma hay familias que plantan un árbol, se realizan un tatuaje, escriben historias. En el capítulo siguiente se propone analizar el lugar de las lactancias como parte del duelo. Se trata de actos que ayudan a materializar y a trascender a quien ya no sigue con nosotros, pero que podrá vivir en el recuerdo, hacerle un lugar en la memoria colectiva. Jorge Bafico (2021), por ejemplo, escribió una bella historia a raíz de este dolor y qué mejor que cerrar este capítulo dando lugar a sus palabras:

Quien iba a decir que haríamos este viaje tan interior, tan profundo, donde en barcos distintos surcamos mares y tormentas, cada uno en su forma y a su manera, para construir este libro. Lo logramos, Benjamin, transformamos las cenizas y las palabras en una historia para ser leída y recordada.

Pero sobre todo, para que el lector recuerde tu nombre y no se pierda en el mar de las desdichas (p.119).

#### 4. Mucho más que alimento

La lactancia materna se puede entender más allá del hecho biológico en sí mismo de la alimentación de la cría mamífera. Por supuesto que existe la dimensión biológica pero la naturaleza no produce “*madres amamantando bebés*”, sino personas que tienen determinadas características que hacen posible el “*dar la teta*”. Sin embargo resulta insuficiente esa única explicación desde el orden de lo biológico (Milstein, 2017). En este sentido es necesario poder abordar la lactancia materna desde la complejidad, desde un entramado donde la lactancia existe como placer, como vínculo, como un hecho cultural, como un acto político y fundamentalmente como deseo. Y también como una construcción social que va a entenderse situada en un determinado contexto, bajo un modelo de producción económico, asociada a posturas políticas, movimientos sociales y avances y/o retrocesos de derechos (Masso Guijarro, 2013).

Desde la teoría psicoanalítica, “lo originario” está vinculado al inicio de la vida, a la construcción del psiquismo y los vínculos primarios que lo favorecen y posibilitan. A partir de “Tres ensayos de una teoría sexual” de Freud (1905/1992) se comienza una revolución teórica donde se reconoce una dimensión del placer y de los afectos en bebés, niños y niñas. De esta forma se considera que los encuentros del o la bebé con quien da de mamar no sólo tienen la finalidad de saciar una necesidad biológica sino también provocan una satisfacción sexual que en principio está ligado a la autoconservación. Sin embargo, a medida que pasa el tiempo se independiza de esta necesidad y la satisfacción sexual tiene una finalidad vincular y afectiva.

Al principio el o la bebé necesita de los cuidados necesarios para poder aprehender el mundo. No puede sobrevivir por sí mismo o misma y será la madre (o equivalente libidinal) quien le proporcione las herramientas necesarias para su desarrollo, conformándose de esta forma una díada de lazos afectivos muy potentes (Spitz, 1972). Winnicott (1979) da mucha importancia al vínculo primario. Lo define como una relación de sostén, donde prima lo sensorial y cuyo comienzo es especialmente corporal, es decir que los procesos psicosomáticos tienen una supremacía no solo en la construcción de este vínculo primario con su referente afectivo, sino también en la construcción del psiquismo de una persona.

En este sentido, Piera Aulagnier (2007) hará hincapié en “lo originario” del psiquismo y su función de representar y metabolizar. El o la lactante incorpora el mundo, tal como hace con los nutrientes a través de la leche materna y los transformará a su propia estructura al mismo tiempo que se transforma él o ella misma: existe un trabajo psíquico que consta en la

transformación de ese material heterogéneo que una vez que se incorpora, se transforma en material homogéneo. De esta forma ubica a la madre (o equivalente libidinal) como quien de alguna forma introduce a el o la bebé al mundo, siendo la leche materna el vehículo. Al mismo tiempo que nutre, también va formando al psiquismo, va mostrando el entorno, la cultura, el mundo simbólico donde participa ese niño o niña. Piera Aulagnier (2007) sostiene:

En el momento en que la boca encuentra el pecho encuentra y traga un primer sorbo del mundo, afecto, sentido, cultura están co-presentes y son responsables del gusto de estas primeras moléculas de leche que toma el infans: el aporte alimenticio se acompaña siempre con la absorción de un alimento psíquico (p.38).

Si tratamos de entender cómo se produce la leche materna desde un punto de vista biológico, nos podemos remitir al desprendimiento de la placenta del útero, cuando se genera una cascada hormonal que da aviso al cerebro de que el nacimiento se ha producido y todo el cuerpo se prepara para que comience la lactancia. La leche materna es el alimento que produce una mamífera para alimentar a sus crías y consta de tres fases: calostro, leche de transición y leche madura. En la especie humana, alrededor de la semana 16 de gestación, comienzan a tener lugar los diferentes cambios hormonales que darán paso a la leche materna. Se trata de un fluido vivo y cambiante, es decir que se adaptará a las necesidades de la cría. Por ejemplo, en los casos donde el o la bebé nace de forma prematura la leche materna está compuesta por mayor cantidad de proteínas e inmunoglobulinas a diferencia de la leche de un niño o niña que nace luego de las 38 semanas de gestación (Shellhorn y Valdés, 1995).

Según Ruth Lauwrence (2007) la lactogénesis se compone por los siguientes estadios:

Lactogénesis I: Comienza alrededor de las 16 a 22 semanas de gestación y se extiende hasta el segundo o tercer día posparto. La prolactina, hormona secretada por la hipófisis, se encuentra en un nivel basal muy elevado durante el embarazo. En el alumbramiento, tras la expulsión de la placenta, caen bruscamente los niveles de estrógenos y progesterona. Al descender esos niveles, la prolactina tiene vía libre y se comienza a secretar el calostro, primera fase de la leche materna. Esto da cuenta que independientemente del tipo de parto que experimente la persona gestante (vaginal o cesárea) se desencadenará el proceso de la lactogénesis I, ya que en ambos casos existe el desprendimiento de la placenta. Debido a esta señal hormonal el cuerpo producirá la leche, aunque el niño o niña nazca sin vida.

Lactogénesis II: Tiene lugar alrededor de los 2 o 3 días después del parto, producto del descenso de la progesterona y que la prolactina continúa alta. Aquí se puede llegar a experimentar la famosa “bajada de la leche” y la persona (aunque no todas) puede llegar a experimentar calor en las mamas, dolor, ingurgitamiento de los pechos, temperatura alta, que puede derivar en una mastitis o abscesos, sino se cuenta con apoyo e información para transitar este momento.

Lactogénesis III: o también conocida como galactopoyesis. El cuerpo en este estadio produce la leche madura. A diferencia de las etapas anteriores el estímulo de la glándula mamaria es la que continuará con la producción de la leche materna. Es decir que para mantener la producción se necesitará del estímulo de la succión: a través de la mamada del niño o niña o con extracciones.

“La efectividad del estímulo hormonal de la lactancia se demuestra por el hecho de que una madre que da a luz tras 16 semanas de gestación secreta calostro, incluso aunque haya tenido un niño inviable” (Lawrence, 2007, p. 62). Es decir, y esto es central para este trabajo, que una persona gestante que sufra una pérdida gestacional a partir del segundo trimestre es altamente probable que experimente los síntomas físicos en su cuerpo en relación a la producción de leche materna, la que independientemente de si la cría humana está viva o no, se producirá, lo que tiende a incrementar el dolor y generar muchísima frustración a la persona gestante.

#### **4.1 Repensando el lugar de las lactancias en duelo**

*¿Qué hacemos, ahora, mi dulzura y yo  
Con dos pechos llenos, con dos pechos llenos  
De leche y dolor?*

*Juan Carlos Baglietto & Silvina Garré*

Se denomina lactancias en duelo al producto lácteo que genera el cuerpo de una persona cuando el o la bebé ha sufrido una muerte perinatal y son una parte invisibilizada, un tabú, dentro del complejo mundo del duelo perinatal. La palabra “tabú” tiene origen en las religiones polinesias y está relacionado a “lo prohibido”. Según la RAE (2005) se puede definir como la “prohibición de tocar, mencionar o hacer algo por motivos religiosos, supersticiosos o sociales” (párr. 2). Contrario a lo que popularmente se suele pensar, es

*mejor hablar de ciertas cosas*, ya que conforme se va alumbrando la oscuridad van teniendo lugar movimientos que generan líneas de fuga para poder ir transformando estas experiencias dolorosas.

A raíz de las entrevistas realizadas a los diferentes profesionales del campo de la salud mental perinatal en Uruguay, no existe un protocolo en el país para poder actuar ante un duelo perinatal. Por lo general el abordaje de estas situaciones recae en la voluntad de los equipos de trabajo que se apoyan en las guías del Ministerio de Salud Pública: Guía de manejo de óbito fetal para Montevideo (MSP, 2007), Manual para la atención a la mujer en proceso de embarazo parto y puerperio (MSP, 2014) y Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional (MSP, 2018), donde no existe o es escasa la información sobre cómo se debería actuar ante un duelo perinatal y menos aún con respecto a las lactancias. Sin embargo, a raíz de una de las entrevistas realizadas se pudo conocer que en un hospital estatal se viene trabajando en una guía para atender de forma integral el duelo perinatal y las lactancias en duelo. Sobre este último punto en particular, se plantean como opciones válidas la inhibición farmacológica y la inhibición fisiológica y continuar la lactancia con hijos o hijas mayores, en caso de que estuviera amamantando durante el embarazo. En la guía elaborada se hace hincapié en que es una decisión de la persona gestante y que el personal de salud debe acompañar y sostener la decisión de la persona. El material saldrá a la luz dentro de poco tiempo y tiene como objetivo que los y las trabajadores puedan actuar con los mismos criterios, poniendo en el centro a la familia que atraviesa esta muerte.

Pero, ¿qué sucede con esa persona de pechos llenos y brazos vacíos? Según la Guía elaborada por Cassidy et al., (2009), integrantes de las organizaciones españolas El Parto es Nuestro y Umamanita, existen diversas posibilidades para que las personas puedan transitar la lactancia en duelo. A nivel farmacológico, la ciencia ha producido medicamentos que han demostrado inhibir los niveles de prolactina. Actualmente se suele administrar la cabergolina. Es importante señalar que debe ser indicada entre las 06 y las 12 horas después del parto, ya que es más efectiva en ese momento. Así mismo debe ser acompañada por extracciones suaves para evitar malestar, ingurgitamiento o una mastitis.

Otra de las prácticas para la inhibición de la lactancia puede ser el vendaje de pechos. Sin embargo, actualmente está desaconsejada debido a la escasa efectividad y a las altas posibilidades de ocasionar más dolor o generar una mastitis.

Hay ocasiones en las que una persona puede transitar un embarazo y al mismo tiempo continuar amamantando a un hijo o hija mayor. Una vez que se produce el nacimiento, hijos o hijas de diferentes edades podrían estar lactando en un mismo período; a esto se le denomina lactancia en tándem. En el caso de que se produzca una pérdida durante la gestación, siempre que la persona lo desee y cuente con apoyo, puede continuar con la lactancia de su hijo o hija lactante (Cassidy et al., 2009).

Una opción alternativa puede ser la inhibición fisiológica de la lactancia. Se trata de inhibir la leche de forma gradual mediante la extracción. Según lo que desee la persona gestante se puede estimular en mayor o menor medida. Si se desea inhibir rápidamente la producción bastará con realizar extracciones manuales cada vez que se experimenten los pechos turgentes y las molestias. De esta forma la producción comenzará a ser cada vez menor, debido a que los niveles basales de prolactina volverán a la normalidad en un par de semanas (Cassidy et al., 2009; Lawrence, 2007). En cambio, si se desea continuar la producción para poder donar esa leche, por ejemplo, será necesario estimular con mayor frecuencia los pechos, pudiendo recurrir a extractores que faciliten la estimulación.

Los pechos que derraman leche materna para un niño o niña que murió son el recuerdo de que algo inesperado y muy doloroso ha ocurrido. Para quien trabaja en la salud puede ser vivido como una situación amarga, un fluido que incomoda y que apenas se puede tender a ocultarlo, a que “pase rápido” para evitar generar más sufrimiento a la persona gestante y su familia. Sin embargo, la muerte perinatal es algo que llega para quedarse, no se pasa rápido por ella (Claramount, 2014). No obstante, qué hacer con esta leche debe ser una decisión de la persona gestante. Es necesario que el personal de salud comunique de forma asertiva ya que al decir de Claramount (2014) “...la prisa siempre es mala consejera y mucho más cuando la muerte se hace presente porque por sí sola lo detiene todo, lo paraliza, lo ralentiza por mucho tiempo” (párr. 5). Es importante no dar nada por hecho. Brindar opciones, informar y sostener en el dolor. Algunas personas optarán por la inhibición farmacológica porque no se puede soportar el dolor que produce esa leche sin su bebé. Sin embargo, para otras estas lágrimas blancas pueden ayudar como referente perceptual que habilite el proceso de duelo. Esto servirá de soporte para la elaboración del duelo ya que confirmará la existencia del hijo o hija perdido, la pérdida es real, sucedió. Al igual que el poder haber visto y sostenido en brazos a su bebé, las fotografías o la caja de recuerdos, el poder ver la leche fluir por el cuerpo puede ayudar a disminuir la sensación de vacío e irrealidad producto de la pérdida (Defey et al., 1992).

Con la leche extraída se pueden hacer joyas de leche, jabones o ser arrojada en un lugar significativo, entre varias opciones que le dé sentido a esa familia. Si la persona gestante se encontraba amamantando a un hijo o hija mayor quizás puede elegir continuar con la lactancia. Otras personas, encuentran una manera de transitar el dolor, ayudando a otros bebés y deciden donar esa leche, ya sea de manera privada o un banco de leche humana (Cassidy et al., 2009).

En algunos países como Inglaterra o España están comenzando a existir movimientos de personas gestantes que atravesaron la pérdida de un hijo o hija que intentan cambiar las políticas en torno a la muerte perinatal. De esta forma, de estas muertes han nacido proyectos como: El proyecto Lola, Movimiento Ruben, Stillbirth, el pijama de Gary, entre otros. Estas son las palabras de una persona que decidió donar su leche:

Fue una experiencia preciosa. Me ayudó mucho poder hacerlo. Siempre digo que era como entregar un regalo importantísimo que Lola había dejado en mi cuerpo, así lo viví. Me acompañó mucho durante ese primer momento tan difícil del duelo, era un poco como honrar su visita y darle sentido. Y me ponía los pelos de punta pensar en los bebés que la iban a recibir. Las dos veces que fui al hospital, con mi nevera repletita de botes, oía los llantos de los minúsculos bebés prematuros que la iban a recibir y me emocionaba. En mi experiencia, poder donar la leche sólo tuvo efectos positivos. Siete litros en total! Mucha alegría dentro de tanta tristeza (Cassidy, Roncallo, Escudé, Maldonado, y Cassidy, 2018, p.59).

En el año 2018, Cassidy et al., integrantes de la organización Umamanita, preguntaron a 734 madres, que sufrieron la muerte perinatal de su bebé luego de las 15 semanas de gestación, si hubieran donado su leche a un banco de leche en el caso de que fuera una posibilidad. Un 34,0% respondieron 'sí, definitivamente' o 'sí, probablemente', mientras que el 22.2% contestaron 'no, definitivamente', el resto afirmaron no 'estar segura'. Cuando se consultan los motivos se menciona: altruismo, una forma de validar la maternidad y también la conexión con el bebé. Estos resultados demuestran que existe una diversidad de opciones más allá de la farmacología para inhibir la lactancia materna (Cassidy et al., 2018). De esta forma estas lactancias pueden transformarse en un ritual que permita transitar el duelo perinatal. Al igual que la caja de recuerdos, la memoria de haber sostenido en brazos a su bebé, las fotografías, entre otros, la acción de extraerse la leche materna puede ser un elemento que ayude a materializar la breve existencia del hijo o hija (Claramount, 2014). Luego de consultar telefónicamente, se constata que en nuestro país el Banco de Leche Humana del Centro Hospitalario Pereira Rossell permite la donación de leche materna de

personas gestantes que han sufrido una pérdida perinatal, sin embargo no está escrito en la página web del servicio, lo que dificulta la circulación de la información y siquiera pensarlo como una posibilidad.

Al mismo tiempo, desde un punto de vista psiconeuroinmunoendocrino es necesario mencionar que la liberación de determinadas neurohormonas también intervendrán en el proceso del duelo (Al-Adib Mendiri, Santos y Yáñez, 2015). En el caso de la prolactina disminuye los niveles de ansiedad y también de estrés, ya que ayuda a disminuir los niveles de cortisol. Por otro lado, la oxitocina, también llamada hormona del amor o del placer, tiene un efecto ansiolítico, disminuyendo también la respuesta al estrés. Por estas razones la inhibición fisiológica de la leche materna podría oficiar como factor protector frente a la depresión y al estrés que causa la experiencia traumática de la muerte perinatal.

Es importante dejar en claro que la discusión no se centra en “fármacos si o fármacos no”, sino que se le pueda brindar una lista de opciones para que la persona elija cómo desea y puede sostener esta lactancia en duelo sabiendo que el personal de salud le acompañará en su elección. Además es importante el sostén a la familia y explicar qué va a sentir: además del dolor emocional por la muerte de su hijo o hija también estará el dolor físico producto de la “bajada de la leche”, el ingurgitamiento, calor y endurecimiento de las mamas, las molestias que van a durar un par de días y cómo evitarlas o sobrellevarlas. También es importante indagar si hay otro hijo o hija que esté lactando actualmente, que en caso de administrar fármacos repercutirá en esa lactancia. Contar con información ayudará “no sólo con la comprensión intelectual sino la sensación de que tienen un cierto manejo de la situación de crisis” (Defey et al., 1992, p.135). Brindar las herramientas y la información de forma clara y precisa ayudará a fortalecer la confianza de las personas y las parejas. De lo contrario, negar información o utilizar un lenguaje técnico sólo generará mayor confusión y sentimientos de incompreensión que obstaculizan el trabajo de duelo.

Se entiende necesario poder empezar a generar movimientos que nos permitan construir nuevas narrativas en torno a las lactancias enmarcadas en un duelo perinatal. ¿Es posible que la leche derramada ayude a la elaboración del duelo? ¿Se podría pensar que para algunas personas esa leche sin destinatario pueda tener un nuevo sentido capaz de construir nuevas narrativas en torno a la muerte perinatal y se transforme en una experiencia elaborativa? ¿Se podría pensar que este acto ayude a validar la identificación del ser madres y padres de un hijo o hija que no pudo seguir viviendo? Al parecer podríamos pensar que sí, que es posible. Poder realizar algunos de estos actos con la leche materna no es algo que hará desaparecer el dolor por la muerte de un hijo o hija que no

pudo seguir viviendo. Eso no sería algo saludable. Es necesario atravesar el dolor para poder elaborar el duelo. Sin embargo, estas acciones pueden permitir resignificar este suceso estando enmarcadas y sostenidas dentro de un proceso terapéutico.

## 5. Reflexiones finales

Las lactancias en duelo suelen ser una parte oculta dentro del gran dolor que trae consigo una muerte perinatal. Es posible (y necesario) poder comenzar a repensar su lugar dentro del silenciado mundo del duelo perinatal, reconsiderar qué lugar puede tener la leche sin destinatario para una persona gestante que atraviesa la temprana muerte de su bebé, con el objetivo de dignificar y humanizar el duelo.

Al duelo perinatal se lo puede definir como un evento muy traumático, inaceptable, difícil de elaborar, debido a la carga simbólica que significa la muerte de un hijo o hija que no pudo vivir, la muerte que se impone ante la vida y una familia que debe volver a su casa con los brazos vacíos. En el imaginario social ronda la noción de que son padres y madres que deben ser despedidos por sus hijos e hijas. Si bien el duelo es una respuesta esperable ante una pérdida significativa, ninguna persona está preparada para afrontar una pérdida perinatal. En estos duelos se lloran muchos aspectos: la carga narcisista depositada en ese hijo o hija proyectado desde aún antes de su gestación, el futuro imaginado, la identidad como madre y/o padre, la pérdida del cuerpo capaz de gestar una nueva vida, la lactancia que no pudo ser, entre otros. Una muerte perinatal no solo impacta en la persona gestante y co-gestante sino en toda la familia y puede repercutir a nivel transgeneracional. El rol del entorno es fundamental para poder transitar por el trabajo de duelo de una manera lo más saludable posible, por lo que es importante el acompañamiento y sostén para evitar que se transforme en un duelo patológico.

Los rituales, las ceremonias, el pésame son actos que desde tiempos remotos han permitido elaborar de forma colectiva las muertes de los seres queridos. Sin embargo, diversos autores plantean que en la hipermodernidad no hay espacio para el dolor, de la muerte no se habla, se la desmiente. Esto se agudiza aún más en la muerte perinatal, lo que contribuye a la desesperanza y el dolor de la familia. Es por ello que dar la posibilidad de tener rituales parece hacer una diferencia significativa para la elaboración del duelo. En ese sentido se alienta a generar memoria con el o la bebé que permita materializar la breve existencia, pudiendo de esta forma resignificar la pérdida, reforzar la identidad parental de un hijo o hija que no pudo continuar acompañándonos. Algunos de estos actos-rituales son: ver, sostener, abrazar, despedirse del o la bebé, elaborar una caja de recuerdos con fotografías, la huella de pies o manos del niño o niña, guardar un mechón de pelos, los datos como peso, tamaño, fechas, escribir una historia, entre otros.

El aspecto central es que si la muerte perinatal se produce a partir del segundo trimestre de gestación, el cuerpo posiblemente se preparará para amamantar a la cría, desencadenándose la respuesta hormonal una vez que la placenta se desprende del útero. Se produce la leche aunque ya no hay un o una bebé que se pueda alimentar con ella, produciendo ingurgitamiento y dolor físico, además del dolor emocional. Esto es lo que se denomina lactancias en duelo y es un tabú dentro del silenciado mundo del duelo perinatal. Esta leche se puede inhibir a través de la farmacología o bien de manera fisiológica, sin embargo, es más frecuente el uso de la medicación.

Lo que se ha transmitido en este trabajo es que la inhibición farmacológica es una posibilidad, pero no la única. La inhibición fisiológica también puede ser viable, seguramente no lo sea para todas las personas gestantes, pero debería ser una opción que se le pueda brindar a la persona. Además, hay experiencias de personas gestantes que han decidido utilizar la lactancia materna como vehículo para resignificar la breve existencia de su bebé, validar la identidad como madre y/o padre y materializar la ausencia de su hijo o hija. De esta forma hay personas y familias que han inhibido paulatinamente la lactancia, otras han recurrido a la donación de leche materna, o han elaborado una joya de leche, realizado jabones, otras personas han decidido regar plantas con la leche extraída. No son actos excluyentes entre sí. Estas experiencias por supuesto que se enmarcan en un acompañamiento sostenido por un encuadre terapéutico con el fin de poder ayudar a la elaboración del duelo.

Por otro lado, desde un punto de vista psiconeuroinmunoendocrino se puede tener en cuenta la función neuromoduladora de la lactancia. Las hormonas implicadas pueden ayudar a regular el sueño y los sentimientos de tristeza que invade al duelo.

A nivel social y cultural está el beneficio de comenzar a construir nuevas tramas en torno al duelo perinatal y las lactancias, se comienzan a construir nuevas narrativas donde la información circula, las experiencias se enriquecen y poco a poco se puede ir derribando los diferentes mitos y tabúes sobre las lactancias en duelo y el duelo perinatal. No dejará de doler, no dejará de ser un hecho profundamente doloroso para las familias, los equipos de salud y la sociedad en general. Pero permitirá transitar este momento con mayor liviandad, sin que quede en las penumbras, sin el peso de la vergüenza o el miedo. Es necesario hablar de estas cosas.

Estas lactancias deben ser abordadas como un aspecto más del duelo perinatal porque es imposible disociar cuerpo y alma. El cuerpo se erige como base de la existencia, donde se materializan los significados, deseos y fantasías. Sin soberanía sobre el cuerpo no hay dignidad posible, no es posible un duelo respetado sin respetar este proceso, sin informar, sin tomarnos el tiempo para transmitir qué sentirá, anticipar y contener. Es un acto de violencia obstétrica, porque tan importante como un parto y una vida digna es un duelo respetado:

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos. (OMS, 2014)

Por lo tanto, se podría pensar que las personas gestantes son violentadas cuando no pueden elegir soberanamente sobre sus cuerpos: cuando no se tienen en cuenta sus deseos, cuando no se les explica qué alternativas tiene para con su lactancia luego de una muerte perinatal. Al decir de Ana María Fernández (2001) no pueden ser subjetivadas como sujeto ni son objetivadas como ciudadanas. O al decir de Dora Barrancos (2011) se ejerce una ciudadanía incompleta: “si no hay soberanía sobre el cuerpo, toda su sustentación enunciativa se desvanece” (p. 28). Se le debe garantizar el derecho a elegir a la persona gestante. Es su derecho elegir al menos algo en todo este momento de caos y dolor que no eligió, que no estuvo en su control y que simplemente sucedió.

Sería poco responsable no incluir la dimensión social y cultural en el análisis. En primer lugar es necesario destinar presupuesto y voluntad política para promover investigaciones, mejorar infraestructuras, invertir en actualizaciones y recursos humanos para los equipos de trabajo que deben hacer frente a esta dolorosa situación. No puede depender de la buena voluntad de trabajadores aislados ni tampoco estar atado a experiencias subjetivas, que debido a la falta de protocolos deben intervenir con las herramientas existentes. Por otro lado, es necesario seguir reforzando la atención integral: fortalecer los abordajes desde la transdisciplina y no desde territorios disciplinares en disputa de poder. También reflexionar sobre si se pone en el centro la singularidad de cada persona gestante y su familia o si se replican recomendaciones generales impuestas por el poder médico hegemónico.

En este sentido, el campo perinatal debe ser construido y abordado desde una concepción integral aunando múltiples perspectivas: salud, género, derechos humanos, economía, entre otros. Además, el abordaje debe ser inter y transdisciplinario desde la psicología, medicina, enfermería e incluir también puericultoras. Desde la Psicología podemos aportar valiosas herramientas para abordajes respetuosos y humanizados: las diferentes perspectivas del duelo, herramientas para sostener y resignificar la pérdida perinatal, cómo comunicar las noticias inesperadas. Considero que será importante evaluar si es necesario hacer una revisión de marcos conceptuales que permitan nuevas prácticas y herramientas que favorezcan otras experiencias y otras formas de sostener un duelo perinatal y las lactancias en duelo. Para ello es importante contar con personal de salud que esté formado no sólo en el campo perinatal sino también que cuente con una gran capacidad de escucha y de empatía para poder sostener a las personas afectadas ante una pérdida perinatal. El equipo de salud propone las opciones pero la persona gestante decide.

Además es necesario un cambio a nivel social y político que garantice a la persona gestante y sus familias el derecho a una atención integral, a la información y a la toma de decisiones para transitar este momento con dignidad. Por supuesto que esto lleva mucho tiempo, pero mediante pequeños pasos se puede lograr avanzar. Es importante derribar mitos: que quienes optan por la inhibición fisiológica no podrán elaborar el duelo, que no es algo “sano” para las personas gestantes, que es una leche de mala calidad en caso de ser donada, que generará mayor experiencia traumática a la familia, entre otros mitos que son infundados debido a la escasa investigación sobre la temática pero que a priori, las experiencias relatadas por otras personas gestantes y co-gestantes y con un acompañamiento adecuado y con la decisión en base a la información no tiene por qué ser una experiencia negativa para la persona.

Actualmente en nuestro país se está dando una discusión sobre dos proyectos de Ley que intentan modificar la normativa vigente en caso de abortos y muertes perinatales. Debido a la coyuntura política actual no es de extrañar que desde sectores conservadores intenten solapadamente arrasar con otros derechos obtenidos, lo que nos obliga a estar atentas para poder lograr leyes y cambios que busquen el bien común. Por otro lado, en un Hospital Estatal se está comenzando a implementar una guía integral ante el duelo perinatal que al menos da el lugar a las lactancias en duelo, las reconoce y permite la posibilidad de incluir esta dimensión en el duelo por una muerte perinatal. También, en nuestro país, el Banco de Leche del Hospital Escuela Pereira Rossell acepta leche de personas gestantes que han sufrido la pérdida de su hijo o hija. No obstante esa información no está en la página web. Se pueden desprender algunas lecturas al respecto de este hecho. Por un lado reafirma el

tabú existente en torno a esta situación, remite al *poder mágico convocante de las palabras* que plantean Armus et al. (2002) donde si no se habla sobre este tema existe la ilusión de que no sucede. Por otro lado, también da cuenta que dentro del ámbito profesional tampoco existe un diálogo claro al respecto, debido a que esta información no aparece en documentos del MSP ni fue obtenida por los y las trabajadores del campo de la salud mental entrevistados.

Es necesaria una profunda transformación de las bases conceptuales, praxis, políticas institucionales y de Estado ya que es urgente seguir construyendo un campo teórico y de prácticas que impliquen acompañamientos respetuosos, amorosos y dignos en el duelo por una muerte perinatal.

## Referencias bibliográficas

- Acevedo de Mendilaharsu, S. (2000). Duelo y dolor. En Asociación Psicoanalítica del Uruguay (Ed.), *Los duelos y sus destinos. Depresiones, Hoy. Tomo 1.* (pp.13-24). Montevideo: APU.
- Al-Adib Mendiri, M.; Santos, P. y Yáñez, A. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad.* Extremadura: Servicio Extremeño de Salud. Recuperado de: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/libro\\_duelo\\_s\\_es.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/libro_duelo_s_es.pdf)
- Alizade, M. (2000). Duelos en el cuerpo. En Asociación Psicoanalítica del Uruguay (Ed.), *Los duelos y sus destinos. Depresiones, Hoy. Tomo 2.* (pp. 27-33). Montevideo: APU.
- Allouch, J. (1996). *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca.* Buenos Aires: Edelp.
- Argedas Ramirez, G. (2013). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe.* 11(1), pp.145-169. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4769/476947241008.pdf>
- Aries, P. (2011). *Historia de la muerte en occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días.* Barcelona: El acantilado. Recuperado de: <https://descargarlibrosenpdf.files.wordpress.com/2017/07/aries-philippe-historia-de-la-muerte-en-occidente.pdf>
- Armus, M., Roitman de Fainstein, A., y Szwarc, N. (2000). Duelo por la muerte de un hijo. En Asociación Psicoanalítica del Uruguay (Ed.), *Los duelos y sus destinos. Depresiones, Hoy. Tomo 2.* (pp.177-183). Montevideo: APU.
- Asiain, C. y Sanguinetti, C. (2021), *Nacidos sin vida* [Proyecto de Ley]. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/2961103.PDF>

- Aulagnier, P. (2007). *La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bacci, P. (2010, julio). La muerte y el duelo en la hipermodernidad. *Querencia*. Recuperado de: [http://www.querencia.psico.edu.uy/revista\\_nro13/pilar\\_bacci.htm](http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro13/pilar_bacci.htm)
- Bafico, J. (2021). *Tan cerca de brillar*. Montevideo: Sudamericana.
- Barrancos, D. (2011). Género y ciudadanía en Argentina. *Iberoamericana. Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies*. 41(1), pp. 23-39. Recuperado de: [http://www.lai.su.se/polopoly\\_fs/1.249342.1443101722!/menu/standard/file/06-Barrancos.pdf](http://www.lai.su.se/polopoly_fs/1.249342.1443101722!/menu/standard/file/06-Barrancos.pdf)
- Bollas, C. (1991). *La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Butler, J. (2018). *Deshacer el género*. Buenos Aires: Paidós.
- Casas de Pereda, M. (2000). Duelo por la muerte de un hijo. En Asociación Psicoanalítica del Uruguay, *Los duelos y sus destinos. Depresiones, Hoy. Tomo 1*. (25-34). Montevideo: APU
- Cassidy, C.; Castro, J.; Lo Cascio, L.; Blázquez, M. J.; Claramount, M.; Guijarro, M.,... García, A. (2009). *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. Madrid: Umamanita. Recuperado de: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/El-parto-es-Nuestro-y-Umamanita.-Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal..pdf>
- Cassidy, P. R.; Cassidy, J.; Olza, I.; Martín Ancel, A.; Jort, S.; Sánchez, D. (2018). *Informe Umamanita. Encuesta sobre la Calidad de la Atención Sanitaria en casos de Muerte Intrauterina*. Girona: Umamanita. Recuperado de: <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/11/Informe-Umamanita-Calidad-Atencion-Muerte-Intrauterina-2018.pdf>
- Cassidy, P.; Roncallo, P.; Escudé, A.; Maldonado, S.; Cassidy, J. (2018). El Regalo de Lola: Lactancia y donación de leche tras la muerte perinatal y la creación del Proyecto Lola. *Muerte y Duelo Perinatal*. 1(4), 58-61. Recuperado de:

<https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/06/Muerte-y-Duelo-Perinatal-Nu-mero-4.pdf>

Cigarroa, A. (2011). Embarazo normal y embarazo de riesgo. En P. Alkolombre (Comp.), *Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia*. p. 151- 166. Buenos Aires: Letra Viva.

Claramunt, M., Álvarez, M., Jové, R., Santos E. (2009). *La cuna vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo*. Recuperado de: [https://www.academia.edu/40086573/LIBRO\\_La\\_cuna\\_vacia\\_El\\_doloroso\\_proceso\\_de\\_perder\\_un\\_embarazo](https://www.academia.edu/40086573/LIBRO_La_cuna_vacia_El_doloroso_proceso_de_perder_un_embarazo)

Claramount, M. (2014, junio 27) *Lágrimas blancas*. [Publicación en blog] Recuperado de: <https://www.elpartoestuestro.es/blog/2014/06/27/lagrimas-blancas>

Defey, D., Díaz, J. L., Friedler, R., Nuñez, M., y Terra, C. (1992). *Duelo por un niño que muere antes de nacer. Vivencias de los padres y del equipo de salud*. Montevideo: Roca Viva.

Defey, D. (2009) Psicoterapia focal psicoanalítica: intervención en crisis. En Rodríguez Nebot, J. (Comp.), *Técnicas psicoterapéuticas, abordajes polisémicos*. Montevideo: Psicolibros Universitario.

Defey, D. (2011). Cuando un niño muere antes de nacer. Vicisitudes de un duelo ¿imposible? En P. Alkolombre (Comp.), *Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia*. p. 151- 166. Buenos Aires: Letra Viva.

Ehrenreich, N. (1993). The colonization of the womb. *Duke Law Journal*, 43(3), 492-587. Recuperado de: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2927017](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2927017)

Erviti, J. (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarios de servicios ginecológicos (pp 101-122). En López, A; Castro, R. *Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología,

Universidad de la República. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias,  
Universidad Nacional Autónoma de México.

Escallón, C. (2007). Ciclo de vida del ser humano: de la sombra hablada hasta la adolescencia. En D. Cevallos y N. Molina (ed.). *Educación corporal y salud: Gestación, infancia y adolescencia* (pp. 45-63). Recuperado de: [http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/expo2007/educacion\\_corporal\\_salud\\_2007.pdf](http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/expo2007/educacion_corporal_salud_2007.pdf)

Federici, S. (2004). *El calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Recuperado de: <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Caliban%20y%20la%20bruja-TdS.pdf>

Fernandez, A. M. (2003). Los Estudios de Género en la Universidad. En Rectorado, Universidad de la República (comp), *Los estudios de género en la Universidad de la República. Género y Universidad - Avances y Desafíos*. (7-19) Montevideo: UdelaR. Recuperado de: [http://universidad.edu.uy/libros/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=32](http://universidad.edu.uy/libros/opac_css/doc_num.php?explnum_id=32).

Fernández, A. M; Tajer, D. (2005). Los Abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres. En Checa, S. (comp) *Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Coyunturas del Aborto*. (1-16) Buenos Aires: Paidós. Recuperado de: <http://www.anamfernandez.com.ar/2016/06/27/los-abortos-y-sus-significaciones-imaginarias-dispositivos-politicos-sobre-los-cuerpos-de-las-mujeres/>

Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Recuperado de: [https://monoskop.org/images/9/96/Foucault\\_Michel\\_El\\_nacimiento\\_de\\_la\\_clinica.pdf](https://monoskop.org/images/9/96/Foucault_Michel_El_nacimiento_de_la_clinica.pdf)

Freud, S. (1963). *Epistolario 1873 - 1939*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1992). Duelo y melancolía. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 14, pp. 235-256). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917)

- Freud, S. (1992). Tres ensayos de teoría sexual. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 7, pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905)
- Freud, S. (1992). Lo ominoso. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 17, pp. 215-252). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1919)
- Instituto Bernabeu (s/f). *Diccionario ginecológico*. Recuperado de: <https://www.institutobernabeu.com/es/diccionario-ginecologico/perinatal/>
- Iriondo, O. Lopez, I. (2018) Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Revista Clínica Contemporánea*. 9(3). 1-24. <https://doi.org/10.5093/cc2018a21>
- Kaës, R. y otros (1979). *Crisis, ruptura y superación: análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal*. Buenos Aires: Ediciones Cinco
- Laplanche, J. Pontalis, J. B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lawrence, R. (2007). *La lactancia materna: una guía para la profesión médica*. Madrid: Mosby.
- Lopez Carrillo, M. (2009). *Medicalización de la vida y la salud de las mujeres*. Recuperado de: [https://www.feministas.org/IMG/pdf/Medicalizacion\\_de\\_la\\_vida\\_y\\_la\\_salud\\_Xarxa\\_d\\_e\\_salut\\_Margarita\\_Lopez\\_Carrillo.pdf](https://www.feministas.org/IMG/pdf/Medicalizacion_de_la_vida_y_la_salud_Xarxa_d_e_salut_Margarita_Lopez_Carrillo.pdf)
- López Gómez, A. Güida, C. (2001) Sexualidad, campo de investigación interdisciplinaria. En: Araujo, Behares, Sapriza (comp.) *Género y Sexualidad en Uruguay*. Montevideo: Trilce - Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República.
- Lucas da Costa, R., Bezerra, M. (2020). Desejo e regressão na gravidez: uma perspectiva psicanalítica. *Analytica*, 9(17), 1-24, recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v9n17/v9n17a05.pdf>

Luz del Cielo. (2021). *En tu nombre* [Proyecto de Ley]. Recuperado de:  
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/6274930.PDF>

Magnone, N. (2010). *Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización* (Tesis de maestría. Universidad de la República, Montevideo).  
[https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8256/1/TMS\\_MagnoneAlemanNatalia.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8256/1/TMS_MagnoneAlemanNatalia.pdf)

Masso Guijarro, E. (2013) Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado. *Dilemata*. 5(11), pp. 169-206. Recuperado de:  
<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/198>

Ministerio de Salud Pública. (s/f). *Estadísticas vitales*. Recuperado de:  
<https://uins.msp.gub.uy/#def>

Moffatt, A. (1982) *Terapia de Crisis*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda.

Mujer y salud en el Uruguay (2005). *Uruguay y Políticas en salud sexual y reproductiva. Una mirada de lo hecho para las acciones del futuro*. Montevideo: Comisión Nacional de Seguimiento, mujeres por democracia, equidad y ciudadanía.

Nasio, D. (1996). *El libro del amor y el dolor*. Barcelona, España: Gedisa. Recuperado de:  
[https://www.academia.edu/31595972/NASIO\\_El\\_Libro\\_Del\\_Dolor\\_y\\_Del\\_Amor](https://www.academia.edu/31595972/NASIO_El_Libro_Del_Dolor_y_Del_Amor)

Nieri, L. (2012). Intervención paliativa desde la psicología perinatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 31(1), 18-21. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/pdf/912/91224234004.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Recuperado de:  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Para que cada bebé cuente. Auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales* - Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258931/9789243511221-spa.pdf?sequence=1>

Paciuk, S. (2000). Destinos del duelo. Sustitución - Recreación entre deudo y deudor. En Asociación Psicoanalítica del Uruguay (Ed.), *Los duelos y sus destinos. Depresiones, Hoy. Tomo 2.* (pp.249-256). Montevideo: APU.

Payas, A. (2007). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Recuperado de: [https://www.academia.edu/43675648/LAS\\_TAREAS\\_DEL\\_DUELO Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo relacional](https://www.academia.edu/43675648/LAS_TAREAS_DEL_DUELO_Psicoterapia_de_duelo_desde_un_modelo_integrativo_relacional)

Perez, M. (2019). Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En S. Balaña, A. Finielli, C. Giuliano, A. Paz y C. Ramirez (Ed). *Salud feminista Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Buenos Aires: Tinta Limón

Real Academia Española. (2005). *Diccionario panhispánico de dudas*. Recuperado de: <https://www.rae.es/dpd/tab%C3%BA>

Rich, A. (1986). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Recuperado de: [https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map54\\_Rich\\_web\\_2.pdf](https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map54_Rich_web_2.pdf)

Rimbault, G. (1975). *El niño y la muerte*. Madrid: Saltés.

Rimbault, G. (1996). *La muerte de un hijo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Sanchez, M. et al. (2013, Mayo). Psicología Perinatal: conceptos y actualidad. *Guía del Psicólogo*. Recuperado de: <https://issuu.com/colegiooficialpsicologosmadrid/docs/gp201305>

Shellhorn, H. C. y Valdés, L. V. (1995). *Lactancia materna: contenidos técnicos para profesionales de la salud*. Santiago: Comisión Nacional de Lactancia Materna. M.S./UNICEF.

Siqueira Peres, W. (2013). Pensamiento queer y subjetividades. En A. M. Fernández y W. Siqueira Peres (Eds.). *La diferencia desquiciada* (p. 155-167). Recuperado de: [https://www.academia.edu/40899841/Ana\\_Maria\\_Fernandez\\_La\\_Diferencia\\_Desquiciada\\_pdf](https://www.academia.edu/40899841/Ana_Maria_Fernandez_La_Diferencia_Desquiciada_pdf)

Slaikeu, K. (1988) *Intervención en crisis*. Recuperado de: <http://api.cpsp.io/public/documents/1586729593875-intervencion-en-crisis-manual-pa-ra-pract.pdf>

Spitz, R. (1965). *El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales*. Recuperado de: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/terapia-ocupacional/CICLOS%20VITALES%201/EI%20primer%20a%C3%B1o%20de%20vida%20del%20ni%C3%B1o,%20Genesis%20de%20las%20primeras%20relaciones%20objetales.%20RENE%20SPITZ.pdf>

Milstein, D. (2017). [Entrevista de T+ de Lactancia]. En T+ de Lactancia (Productor). *Amamantamiento, cuerpo, cultura y la construcción de relaciones con el/la otro/a. Diana Milstein* [Archivo de video] (00:00). Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=HHqomj6TwFQ>

Uruguay, Poder Legislativo (2008, diciembre 10). Ley N° 18426. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

Ventura, B. (1993). *Alma Mocha*. Bogotá: Oveja Negra.

Winnicott, D. (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia.

Winnicott, D. (1981). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona: Laia.

## **Anexos**

Preguntas para se realizaron en las entrevistas a trabajadores del campo de la salud.

1. Según su experiencia ¿existe algún protocolo para abordar la lactancia materna durante un duelo perinatal?
2. ¿Qué lugar cree que tiene la lactancia en un duelo perinatal?
3. ¿Cómo cree que puede repercutir en el proceso de duelo la inhibición fisiológica de la lactancia?
4. ¿Conoce casos donde se haya optado por donar la leche materna en un proceso de duelo?

## **Organización Luz del Cielo.**

Se trata de una organización de madres y padres que han atravesado una pérdida perinatal y brindan apoyo y contención a otras personas que estén transitando este doloroso momento. La organización tiene representación en diferentes ciudades del país. Recientemente presentaron el Proyecto de Ley “En tu nombre” que busca reconocer la identidad de madres y padres, generar un protocolo nacional frente a esta situación y crear un registro nacional que permita estudiar estas muertes.

Vías de contacto:

<https://www.facebook.com/luzdelcielouruguay/>

<https://www.instagram.com/luzdelcielouy/?hl=es>