



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO INTEGRADOR FINAL (T.I.F.)**

**“Silencio y Duelo:
Una lectura psicoanalítica sobre la muerte perinatal”**

Modalidad: Ensayo

Autora: Lovino, Lara Marién

Legajo: L-5269/8

DNI: 39.456.474

Docente responsable: Brienza, Lucía

Agradecimientos

A mi familia,

*A mi mamá y a mi papá, que hicieron posible mi formación,
y me enseñaron que el amor siempre encuentra caminos para sostener.*

A mis hermanas, Yani y María, por su apoyo constante,

A Dai, por su abrazo y su sostén diario.

A Santi, por su alegría, por su amor y su escucha.

A mis amigas, por recorrer este camino conmigo.

*A Lucía, mi docente, por acompañarme en este proceso con paciencia y
la generosidad de la espera.*

A mi tía Rosana y a mi primo Santiago,

*sus tempranísimas pérdidas me llevaron a interrogar este tema y
a transformar en palabras aquello que tantas veces quedó en el silencio.*

*A todas las madres, padres y familias que, luego de la muerte de su hijo/a,
han tejido historias de amor incondicional.*

*A quienes han transitado el duelo perinatal con el valor de
nombrar, recordar y dar lugar a lo que no pudo ser,
pero se construye en la memoria y el corazón.*

*A las voces que se callaron y a las que no se callaron,
a quienes con ternura y resistencia han abierto camino para que el dolor
encuentre espacio para ser mirado, acompañado y respetado.*

Índice

Resumen.....	3
Palabras Claves.....	3
Introducción.....	4
Desarrollo.....	6
Algunas lecturas acerca del duelo perinatal.....	6
Duelo y muerte perinatal: el encuentro con el exceso de ausencia.....	8
Duelo silenciado: sobre la gestación y la muerte.....	10
De buscar lo perdido a dar cuenta de lo perdido.....	12
Del silencio a la nominación.....	14
Reflexiones finales.....	17
Referencias bibliográficas.....	19

Resumen

En el presente ensayo se reflexiona sobre el tabú del duelo por muerte gestacional y perinatal desde una perspectiva psicoanalítica. Este tipo de duelo, ¿encuentra su particularidad en la falta de rituales simbólicos y en el silencio social?. En ocasiones, la sociedad intenta minimizar estas pérdidas, fomentando nuevos embarazos pronto o desautorizando el dolor de las personas gestantes y sus parejas. Ante este contexto de silencio surge el interrogante sobre ¿Qué dificultades surgen ante la posible inscripción de la pérdida?. El escrito está guiado por una premisa: el duelo gestacional/perinatal es considerado un tabú. Dicho tabú se ve acrecentado en relación a otro tipo de duelos. La pareja parental no se siente autorizada a hablar acerca de la pérdida de su hijo/a, dificultando así su posibilidad de inscripción. Se sostiene que la simbolización de la pérdida a través de ritos funerarios, es un aspecto fundamental para la elaboración del duelo. Sin embargo, la invisibilidad del duelo gestacional/perinatal se refleja en la ausencia de dichos rituales, como si el silencio de la despedida determinara la *magnitud* o la ausencia del dolor. Se concluye que mediante estrategias que legitimen y visibilicen estos duelos, como las ceremonias de despedida y acompañamiento familiar, social y/o psicológico si así se desea, es posible abrir caminos hacia el reconocimiento de estas experiencias. Asimismo, se pone en valor la importancia de la formación de los agentes de salud, como así también la necesidad de promover prácticas respetuosas y empáticas hacia las personas gestantes y las familias que atraviesan esta experiencia.

Palabras Claves

Duelo - Muerte Perinatal - Tabú - Ritos.

Introducción

En el Trabajo Integrador Final (T.I.F.) de la carrera de Psicología escribiré, en modalidad de ensayo, acerca del tabú en los duelos por muerte gestacional/perinatal. Ubico como problema la pregunta por las particularidades que llevan a este tipo de duelo a presentarse como tabú. La psicóloga española Mónica Álvarez (2009) sitúa que perder a un hijo/a en etapa de gestación o neonatal trae aparejados duelos necesarios, a los que no siempre se les da el tiempo, el espacio y la voz. Por este motivo, el objetivo que orienta la escritura es reflexionar sobre la invisibilidad de los duelos por muerte gestacional/perinatal.

En la revisión de antecedentes sobre la temática elegida se deriva que esta se trabajó desde diversas disciplinas, sin embargo, no se encontraron registros de trabajos desde una mirada psicoanalítica. Por ejemplo, en los artículos de Santarén (2013) y Vicente Sáez (2014) se aborda el duelo en los casos de muerte perinatal, se describe el proceso de duelo y los factores que lo influyen, desde la perspectiva de trabajadores sociales y de la mirada médica. En ellos, se pone el acento en que el personal sanitario que trabaja en los servicios de hospitalización tiene dificultades a la hora de acompañar el duelo de parejas que han atravesado una pérdida perinatal. En suma, el valor de dichos antecedentes estaría más del lado de la atención sanitaria, que en el proceso de duelo que acontece.

Entonces, la singularidad de este trabajo radica en elucidar y visibilizar desde una perspectiva psicoanalítica, la desautorización sanitaria y social que acontece en el proceso de duelo al perder un/a hijo/a en el periodo perinatal. A partir de allí, surge el interrogante respecto de cómo podría ser ese duelo: ¿tienen características particulares? Pregunta siempre imposible de responder, ya que habrá que ver la forma que este proceso tome en cada quien, de acuerdo a la historia singular y subjetiva.

Se parte de la premisa de que el duelo perinatal/gestacional es considerado un tabú; tabú que se ve acrecentado en relación a otro tipo de duelos. La pareja parental no se siente autorizada a hablar acerca de la pérdida, dificultando así su posibilidad de inscripción. El entorno resta importancia a la pérdida perinatal, alentando a nuevos embarazos rápidamente, diciendo frases a las parejas a modo de *consuelo*: "Podés tener más hijos", "no tuviste tiempo de encariñarte con él/ella", "aún sos joven", "ya vas a tener otro", deslegitimando así la vivencia de dicho duelo (Losantos, s/f).

En lo que convoca a este desarrollo, se entiende por duelo gestacional o perinatal al trabajo de duelo que atraviesa la mujer y/o pareja parental por la pérdida de un embarazo. Es decir, se tendrán en cuenta las pérdidas en cualquier momento de la gestación, desde la concepción hasta aquellas que suceden cercanas al parto, durante el parto o posteriores a él. No se pondrá énfasis en la causa de la pérdida ya que, como propone pensar la psicóloga Luján Gómez Albo (2022), esta trae aparejada un duelo, independientemente de la razón y/o del tiempo de gestación.

Resulta pertinente situar que el embarazo, como aquella nueva etapa que inician la mujer y/o la pareja parental, se encuentra atravesado por ideales, deseos y fantasías (Oviedo, Urdaneta, Parra y Marquina, 2009). Razón por la cual una pérdida gestacional conlleva un trabajo de duelo ya que, la más de las veces, el desenlace no es el que se esperaba, hay una *pérdida: donde se esperaba vida, hay muerte*.

Es necesario vislumbrar que este tipo de duelo conlleva asimismo otras pérdidas, como por ejemplo la confianza en el propio cuerpo, la pérdida de la sensación de control, la pérdida de las expectativas, los deseos ante la llegada de ese bebé. Además, si es el primer/a hijo/a, es posible que se manifieste el miedo a la infertilidad, el temor a no poder ocupar la función y el lugar de madre o padre (Gómez Albo, 2022).

Sigmund Freud, quien teorizó sobre el trabajo de duelo desde sus inicios, en "Duelo y Melancolía" (2006) sostiene que el duelo es un proceso que se moviliza a partir de haber sufrido una pérdida concreta o abstracta; esta pérdida da lugar a un trabajo que

se realiza “pieza por pieza”. Es decir, el duelo no sería la pérdida o resignación del objeto, sino el trabajo que posibilita inscribir esa pérdida, inscribir el objeto perdido como perdido.

En concordancia con lo anteriormente planteado, Phillip Ariès (2007) sostiene que avanzado el siglo XII, los sujetos estaban advertidos de su muerte, por lo cual, la muerte no era objeto de rechazo. El ceremonial era fundamental y necesario: *la muerte era un asunto público*. Ariès señala que la muerte era familiar, integrada a la vida, domesticada. En contraposición, la psicóloga Liliana Cazenave (2010) trae a colación que en el siglo XX el tabú en el duelo da un giro hacia la negación de la muerte, diferenciándose así de épocas anteriores.

En la actualidad, el tabú se sobrepone a los ritos, siendo estos últimos los que pueden introducir la simbolización. En tanto, se difunde una angustia difusa y anónima, en lugar de las palabras y signos que nuestros antepasados habían multiplicado para simbolizar la muerte y precipitar el duelo.

Cabe agregar, siguiendo a Lagamma (2011), que hay casos donde el trabajo de duelo puede estar detenido. En ellos, no se exterioriza a través de síntomas, sino mediante fenómenos que incluyen, la más de las veces, lesiones psicósomáticas, *acting out*, pasajes al acto, adicciones, alucinaciones. A través de estos fenómenos se muestra algo de lo imposible de ser articulado vía signifiante (Lagamma, 2011), es por ello que resulta necesaria cierta elaboración simbólica para que ese trabajo de duelo pueda ponerse en marcha.

Los rituales se vuelven imprescindibles en tanto posibilitan la simbolización de la pérdida. Por su parte, Jacques Lacan (2015) sostiene que la sociedad tiene un papel relevante para sostener y acompañar los rituales en los duelos. Este autor se refiere al acortamiento de estos rituales como una dificultad para la posibilidad de llevar adelante un trabajo de duelo.

Es por ello que los ritos, como ese espacio de despedida entre la pareja parental y su hijo/a o un funeral, resultan indispensables al trabajo de duelo. Son una de las condiciones de su posibilidad en tanto regulan la angustia, aportando una inscripción simbólica de la pérdida. Y donde estas simbolizaciones se impiden no puede operar el trabajo del duelo, éste se interrumpe (Espinosa, s/f).

Se plantea la premisa de que el silencio, la no posibilidad de mediar palabras con otro y la suspensión de ese acto de inscripción –nombrar al hijo/a por su nombre, decidir sobre las intervenciones, verlo si habría posibilidad como también sacarle fotografías, decidir sobre su funeral, guardar sus pertenencias, tomarse un momento a solas, guardar sus ecografías, entre otros– podrían promover el detenimiento del trabajo en ese primer tiempo del duelo en que el sujeto aparece negando la pérdida.

En lo que refiere al concepto de tabú, el término remite, siguiendo a Freud (1975), a significaciones opuestas: por un lado, a lo sagrado e inquietante, y por otra parte, a lo prohibido, peligroso e impuro. La palabra tabú tiene su origen en la palabra polinesa «*taboo*» que designa algo “inviolable” o “prohibido”. En efecto, el tabú implica una prohibición, no en *el hacer* sino en *el decir*.

Llama la atención cómo nuestra cultura considera el duelo un tema tabú, aún más, cuando se trata de muerte perinatal y neonatal, ya que la muerte se entremezcla con lo que se espera que sea una *nueva vida*. Hasta hace pocos años atrás, en Argentina no se permitía reconocer en el Registro Civil al hijo/a que moría dentro de las veinticuatro horas posteriores al parto (Redondo, Otero y Mendiri, 2015).

Es por lo antes dicho que planteo el siguiente interrogante: si la función del duelo es la de subjetivar la pérdida inscribiendo un trazo nuevo que recubra ese agujero en lo real producido por dicha pérdida (Espinosa, s/f), ¿qué lugar se da en los casos de muerte perinatal a los recursos simbólicos que permiten el entramado hacia un trabajo de duelo? Probablemente no sea posible responder de modo general, sin embargo surge otra pregunta: ¿se da la posibilidad a las familias de una ceremonia de despedida?

Detrás de cada muerte perinatal hay también una historia; historia que a los profesionales del campo de la psicología les es insoslayable recuperar. Si bien en la actualidad se está dando cada vez mayor importancia al reconocimiento del duelo por

muerte perinatal y al sufrimiento siempre singular que lleva aparejado, podemos situar que aún sigue quedando del lado del tabú, no sin efectos en los trabajos de duelo.

Desarrollo

Algunas lecturas acerca del duelo perinatal

Para reflexionar y realizar lecturas acerca de la muerte y el duelo perinatal, en el presente ensayo, se tiene en cuenta el concepto de salud. De ello deriva la posibilidad de visibilizar las dificultades, en ocasiones veladas, en torno a la salud mental perinatal. Estas dificultades pueden surgir durante la etapa de embarazo, parto y puerperio, es por ello que resulta fundamental hacer un acompañamiento y seguimiento en dicha etapa.

Sin embargo, en la actualidad, coexisten diversas acepciones en torno al concepto de Salud. En estas se entrecruzan normas, tradiciones y conocimientos, valores que surgen de diferentes disciplinas y que han ido transformándose en los distintos momentos de la historia humana. Por ende, no es posible pesquisar una definición universal sobre dicho constructo.

Si bien desde la lectura realizada por la Organización Mundial de la Salud se podría definir el concepto de salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (párr. 2), se sostiene que esta conceptualización hace caso omiso al dinamismo del concepto. Resulta necesario entenderlo como un proceso complejo en el cual interactúan múltiples factores de forma integrada, tratándose de un derecho humano fundamental (Declaración de Alma-Ata, 1978).

Por lo antes dicho, resulta pertinente traer a colación la definición planteada por la psicóloga argentina Graciela Zaldúa (2014) en “El campo de la salud colectiva: deudas, deseos y demandas”. Allí expresa que

la salud-enfermedad-cuidado es un proceso singular y colectivo, e implica un entramado de dimensiones: socio-económicas y políticas, de tradiciones científicas de interpretación e intervención técnica, de significaciones y representaciones en relación con el cuerpo y sus afectaciones, de producción socio histórica de subjetividades, géneros y sus relaciones; y prácticas sociales y de la cotidianeidad. (p.1)

En la misma línea, Alicia Stolkiner (2023) plantea que no es posible comprender el concepto de salud en términos absolutos, en tanto es esencialmente una práctica social que presenta variables y está constituida tanto por aspectos objetivos como subjetivos. En otras palabras, es una práctica en permanente construcción, en la cual se entretejen teorías, ideologías, acciones, recursos y modos de hacer institucionales que, de acuerdo a cada época, adquieren una forma específica.

La Federació Salut Mental Comunitat Valenciana (s/f) da a conocer que el setenta y cinco por ciento (75%) de los problemas de salud mental que acontecen durante el embarazo, parto y puerperio no se diagnostican ni se tratan en los centros de salud. Los trastornos mentales perinatales deberían ser responsabilidad del sistema de salud pública, por el impacto que tienen sobre la salud y calidad de vida de las mujeres, pareja parental y sus hijos/as a lo largo de la vida. Es por ello que resulta impostergable mejorar la detección, prevención y tratamiento especializado de las problemáticas que pueden surgir en mujeres embarazadas, su parto y puerperio, siendo la muerte perinatal una de ellas.

La Salud Mental Perinatal nos convoca en tanto posibilita o impide el bienestar emocional y psicológico de las mujeres durante su período perinatal, durante la gestación y primeros años después del parto. La *ma-paternidad* es una crisis vital y evolutiva

(Oiberman, 2018) que genera cambios psíquicos en la mujer, en el hombre y personas gestantes que van a *ma-paternar*. A este último se lo entiende como un proceso complejo, el cual puede verse afectado de manera negativa por diferentes factores psicosociales.

La psicología perinatal, por su parte, es una rama dentro de la psicología clínica que aborda procesos de búsqueda de embarazos, gestación, parto, puerperio, lactancia, crianza y primera infancia, duelos, adopciones y procesos de tratamiento de reproducción humana asistida (Díaz Juszkiewicz et al., 2023). También incluye el acompañamiento del vínculo entre la madre y su bebé imaginario, real y fantasmático, junto con el papel del padre o pareja parental en ese proceso de parentalidad (Oiberman et al., 2018). Teniendo en cuenta este marco teórico, se ampliará la temática de las muertes y los duelos perinatales con perspectiva de género y enfoque de derechos.

Es pertinente distinguir entre *muerte perinatal* y *duelo perinatal*, ya que son concepciones distintas. Se entiende por muerte perinatal a la manera en la cual se define, en términos biológicos (semanas de gestación, peso al nacer) a las muertes ocurridas durante el embarazo, el parto o en las semanas posteriores al mismo. En cambio, el duelo perinatal es la respuesta afectiva y social a esa pérdida, que no necesariamente coincide ni se corresponde con la definición biológica.

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en su décima Revisión (OMS, 2023), el período perinatal se delimita desde la semana 22 de gestación –o los 500gr de peso de la/él bebe– hasta los 7 días luego del nacimiento. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2001) identifica a la mortalidad en dos categorías: la mortalidad *fetal* (precoz: menor a 22 semanas de gestación o menor a 500 gramos de peso de él/la bebé; intermedia: desde 22 semanas hasta 28 semanas o desde los 500 gramos hasta 1 kilo de peso de la/él bebé; y tardía: mayor a 28 semanas de gestación o mayor a 1 kilo de peso de él/la bebé) y la mortalidad *neonatal* (precoz: desde el nacimiento hasta 6 días de vida de el/la bebé; y tardía: desde los 7 días hasta los 27 días del nacimiento él/la bebé). La mortalidad *perinatal* incluye tanto la mortalidad fetal intermedia y tardía como la mortalidad neonatal precoz, es decir que se define desde la semana 22 de gestación o desde los 500 gramos, hasta los 7 días de vida.

En relación a lo planteado en el párrafo anterior, se sostiene que dichas definiciones se limitan al periodo de embarazo, importante sin lugar a dudas; sin embargo, dejan por fuera periodos valiosos como por ejemplo la concepción, el puerperio de las personas gestantes –cuando su hijo/a está con vida o sin vida– y la crianza de sus hijos/as. En concordancia con la psicóloga Lucia Savone (2019), se sostiene que la psicología perinatal se ocupa del acompañamiento y abordaje clínico de los procesos que rodean el nacimiento, la maternidad/paternidad y las vicisitudes que ello plantea, abarcando la concepción, gestación, embarazo, parto, nacimiento, puerperio y crianza, entre otros. Es por ello que en este escrito se sostiene la pregunta acerca del deseo de *ma/paternar*, antes y desde el periodo perinatal, y los primeros años luego del parto y no solo los siete (7) días luego de este.

La Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS, 2019) da a conocer que existen en Argentina 2.455 casos de muerte fetal tardía y 3.361 casos de muerte neonatal temprana. La suma de estas cifras da como resultado un total de 5.816 casos de muerte perinatal. En suma, las estadísticas oficiales más recientes en Argentina sobre muerte perinatal indican que estas abarcan una tasa del 11,4% (cada 1000 nacidos vivos) de promedio en todo el territorio.

La OMS (2018) informa que cada año hay 2,6 millones de muertes prenatales. Además da a conocer que entre el 10% y el 15% de las personas que saben que están embarazadas, pierden un embarazo entre las 28 semanas de gestación y el momento del parto, denunciando que más del 40% de las muertes prenatales se producen durante el parto y que la mayoría de ellas podrían evitarse con atención respetuosa y oportuna durante el mismo (OMS, s/f). En suma, de acuerdo a la información brindada por UNICEF (2023), cada 16 segundos fallece un bebé en el mundo.

Sin embargo, es necesario tener presente que esta información está basada en los registros sobre muertes "fetales" –desde la semana 28 de gestación hasta el nacimiento–, por lo que no son tenidos en cuenta en este registro aquellos embarazos anteriores a la semanas 28 de gestación hasta el nacimiento o aquellas muertes que suceden luego del nacimiento, como así tampoco los fallecimientos que no son declarados en los documentos formales, al no ser tenidos en cuenta por ocurrir durante el primer trimestre de embarazo. Es decir, los abortos y las muertes prenatales no se registran sistemáticamente, lo que implica que las cifras sean muchas mas altas que las declaradas formalmente. En este punto surgen interrogantes que posibilitarán nuevas lecturas: ¿qué sucede con aquellas muertes y su imposibilidad de inscripción en tanto pérdida? ¿cómo pensar allí el duelo?

Duelo y muerte perinatal: el encuentro con el exceso de ausencia

Si hablamos de muerte, ¿hablamos necesariamente de duelo? ¿Qué es el duelo? Teniendo en cuenta lo aportado por Sigmund Freud en "Duelo y Melancolía" (2017), el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente como la patria, la libertad, un ideal. Este último punto permite reflexionar cómo una idea o deseo puede dar inicio a un proceso de duelo fundamental, por ejemplo, cuando un médico advierte a una mujer o a la pareja parental la imposibilidad de tener un/a hijo/a de forma "natural", sin que exista una muerte precisamente. Esto podría dejar al sujeto sin recursos para seguir sosteniendo su deseo. Se destaca que si bien no hay muerte en sentido biológico, sí muere una parte del sujeto, con toda una serie de deseos, ideales, expectativas en relación a su futuro.

De esto último, se infiere que el sujeto podrá elaborar un duelo en tanto y en cuanto su subjetividad se vea alterada por una pérdida, entendida esta como irreversible. Es por ello que la tarea del duelo tiene que ver con poder delimitar la pérdida (Faccendini y Zuliani, 2018), posibilitar al sujeto tramitar y elaborarla.

En relación a los desarrollos que realizó Jacques Lacan (2015) respecto de la función del duelo como momento subjetivante, se sostiene que, cuando el otro como objeto desaparece, algo del sujeto se toca, altera, moviliza. Este otro ha sido el andamio de su ubicación en el mundo signifiante y no ha venido únicamente a encarnar el lugar de un Otro primordial, sin el cual las necesidades primarias de cuidado en la niñez no habrían podido satisfacerse. Es por ello que se reflexiona que la relación con el otro, con los otros, permanece como fundamental durante toda la vida de un sujeto. La pérdida de este, en cualquier momento de su vida, dará lugar a que algo de su constitución subjetiva se encuentre afectada (Sarbia, 2002).

Freud (2017) enfatiza su postulado aclarando que si bien puede producir alteraciones en la vida del sujeto, el duelo no es *per se* un proceso patológico. Sitúa incluso "que pasado cierto tiempo se lo superará" (p.242), y advierte como inoportuno y aún dañino *perturbar* este proceso. Cabe situar que el trabajo de duelo siempre es singular, como así también *lo que* se pierde.

Siguiendo los aportes de Freud, la labor de duelo tendrá su inicio cuando el examen de realidad evidencie que el objeto amado no existe más. Desde ese momento se vuelve necesario poner en marcha diversas operaciones que posibilitan retirar toda libido de sus enlaces con ese objeto perdido. Esta tarea se realiza "pieza por pieza", "trozo por trozo" (Fochi, 2021), implicando al sujeto un enorme gasto de tiempo y de energía de investidura, absorbiendo al Yo mientras dure el proceso. Es decir, que la elaboración del duelo implica una inhibición y un angostamiento del Yo, que dan cuenta de que este trabajo no deja lugar –por un tiempo– a la investidura de otros intereses, personas, proyectos, en fin... otros objetos. Mientras tanto, la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico.

Es posible detener el prejuicio de que "lo perdido" es algo ya dado, cuando se comprende que la búsqueda del objeto lleva a su desencuentro. En dicha búsqueda, no hay otro hallazgo más que su pérdida y solo ahí nos encontramos, cada vez, con un

objeto como perdido (Fochi, 2021). Un objeto ausente. Todo esto parece confirmar que la pérdida no es *per se*, sino que hay que construirla. La muerte no se presenta como falta en sí misma sino como un exceso de ausencia.

Durante el proceso de duelo, el sujeto experimenta una pérdida de interés en el mundo exterior. En palabras de Freud (2017), “el mundo se ha hecho pobre y vacío” (p.243), como así también todo aquello que no tenga relación con el objeto perdido. Sin embargo, para que esta tarea se encuentre posibilitada es necesario hacer consciente, al menos en parte, esa pérdida. Por lo tanto, quien está de duelo sabe a quién perdió y cree saber lo que perdió con él (Faccendini y Zuliani, 2018).

Como se expresó en párrafos anteriores, durante este proceso de duelo, el Yo experimenta una gran inhibición y falta de interés. Freud (2017) sostiene que este estado se irá disolviendo una vez concluida la labor que el duelo implica. Esta labor permite que toda la investidura del objeto perdido quede disponible para que el Yo pueda investir nuevos objetos, lo que dará lugar a la sustitución del objeto que se perdió por otro: le permitirá un nuevo anudamiento, una nueva ligadura.

No obstante, si se toma en sentido romántico e ideal el postulado de “el objeto como sustituible”, el duelo no sería considerado el paradigma de lo doloroso. Si un familiar amado, un/a compañero/ra de vida, un/a hijo/a fuera reemplazable. ¿Quién sufriría tan dolorosamente esa pérdida? ¿No tendrá que ver el duelo, precisamente con el objeto, en lo que tiene de irremplazable?

Continuando la idea de *sustitución* del objeto por otro que haga sus veces, podemos preguntarnos si realmente se puede sustituir lo perdido: ¿Cómo sustituir lo irremplazable? Lo que conviene precisar es que se trata de una sustitución imperfecta, es decir, que no es *sin restos* esta sustitución de “un objeto por otro”, en tanto el objeto sustituto reinvestido no recubre el original (Faccendini y Zuliani, 2018). Si se lee esta reflexión en sentido literal, podría dirigirnos a suponer que el objetivo último del trabajo de duelo sería un intento de borramiento de la pérdida, al estilo de “un clavo saca a otro clavo”.

En contraste, lo que realmente sucede es la construcción de una representación a partir del objeto perdido y no un *simple reemplazo* de un objeto por su sustituto (Faccendini y Zuliani, 2018). Es importante tener presente que será de necesidad primordial que esta representación permita al Yo seguir existiendo en torno a ella, disponiendo de la libido nuevamente. Es lo que nos permite pensar que la subjetivación de la pérdida implica un *más allá de la labor del duelo*.

Recapitulando, las circunstancias de pérdida habitualmente, en condiciones saludables y/o “normales”, dan lugar a un proceso, un trabajo, una labor que se realiza “pieza por pieza”. Profundizar acerca del duelo implica preguntarse también por sus entrecruzamientos con la cultura, ya que el trabajo del duelo se encuentra enmarcado y/o es facilitado o bien detenido por determinados ritos, ceremonias y regulaciones que ella ofrece.

¿Qué sucede en los casos de muerte perinatal? ¿Qué vías encuentra hoy el deudo frente a una sociedad que no le brinda los tradicionales rituales funerarios? Para poder elaborar y por consiguiente inscribir una pérdida, el sujeto deberá transitar por un proceso intrapsíquico que va a estar a su vez condicionado por el aspecto sociocultural. Se sostiene que no existe a priori un único modo de morir o duelar, ambos se vivencian en las coordenadas y en el contexto cultural en el que se transitan.

Los rituales relacionados con el proceso de duelo son definidos como instrumentos culturales que preservan un determinado orden social y dan lugar a que sea posible comprender y simbolizar algunos de los aspectos más complejos de la existencia humana (Oviedo Soto, Parra Falcón y Marquina Volcanes, 2009). Los rituales proporcionan cierta forma al ciclo vital, brindan un orden simbólico para los acontecimientos vitales, como así también, posibilitan la construcción social de significados compartidos.

A partir de lo expuesto, se puede pensar que los sujetos que tienen la posibilidad de participar de actos fúnebres ante la muerte de un ser amado, de un acto simbólico de

“despedida”, quizás –es una posibilidad, no una garantía– se les allana el camino ante la aceptación de la pérdida ocurrida. Quién no ha podido hacerlo posiblemente se encuentre frente a una dificultad en relación a la simbolización de esa pérdida. En los casos de muerte perinatal muchas veces no existe un acto de despedida, tampoco recuerdos –fotos, ecografía, pelo–. ¿Qué acontecimientos permiten reafirmar que la pérdida del ser amado fue real? ¿Cómo perder lo irremediablemente perdido?

Duelo silenciado: sobre la gestación y la muerte

“Voy a intentar desenlazarme, pero no en silencio,
pues el silencio es el lugar peligroso”
Alejandra Pizarnik

Según el Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (2022), frente a una muerte perinatal, con frecuencia, madres, padres y/o pareja parental suelen ser aislados, ya que, en ocasiones, las mujeres o personas gestantes son sedadas con la intención de ser *protegidas*. Desde el sector sanitario, muchas veces se legitima sin ninguna reflexión que los sedantes son protección preventiva frente a los *presuntos* efectos psicológicos dañinos de la pérdida perinatal. Intervenir y acallar respuestas esperables ante la pérdida parece tener sus fundamentos, al menos en parte, en idearios más amplios del paternalismo, que ve a las mujeres como “sensibles” y necesitadas de protección frente a situaciones angustiantes (Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 2022).

Desde allí surge el interrogante: ¿cuáles son las particularidades que adquiere el duelo cuando se pierde a un/a hijo/a que se esperaba? Teniendo presente que la elaboración de un duelo va depender de la historia personal y de la estructura previa de cada sujeto ¿tendrán estos duelos características particulares, más allá de la singularidad del sujeto que lo padece? Es posible pesquisar que al no existir ritos funerarios, ceremonias culturales, ni recuerdos, la invisibilización y el silencio social se acrecienta en los casos de muerte fetal. Esto no es sin consecuencias a nivel intrafamiliar, donde por añadidura también se genera un gran silencio que se ve incrementado en la sociedad.

La dificultad para procesar la muerte se acrecienta al estar próxima al parto. La mujer y/o persona gestante, en este momento, se ve atravesada por una gran cantidad de cambios físicos y psíquicos; el cuerpo y la psiquis se preparan para recibir una nueva vida. En este caso de muerte fetal tardía, se encuentra a su hijo/a “sin vida” y la sociedad, con frecuencia, le pide que acalle su desconcierto y dolor.

Al respecto, la psicóloga Nerea Martínez Osta (2012) distingue entre lo que ella nombra como duelos *autorizados* y aquellos que no lo son. Duelos desautorizados, en tanto los sentimientos ante la pérdida son validados en la red social que protege y contiene a quien lo necesita; duelos en donde es posible ponerle *palabras* al dolor ante la sociedad. Estos duelos son expresados y compartidos, ya que socio-culturalmente es aceptada la posibilidad de que el doliente sea escuchado y contenido por su entorno. Es por ello una posibilidad que la habilitación social facilite el proceso de duelo.

En contraposición, y teniendo en cuenta el recorrido teórico realizado, se considera que, en la mayoría de las situaciones, en los casos de muerte perinatal los duelos son *desautorizados*. Con frecuencia, dichos duelos no son reconocidos socialmente y por lo tanto, no son públicamente expresados.

Los duelos evidencian, más aún cuando quien fallece es un hijo/a, que la sociedad no está preparada para sostener *ese tipo de sufrimiento*. En los casos donde el proceso de duelo se encuentra negado y desautorizado, muchas veces se añade mayor angustia al proceso; el sujeto se ve atravesado por sentimientos de vergüenza y culpa, en suma, la persona se encuentra sin rituales y ceremonias culturales.

Un duelo toma el tinte de desautorizado y silenciado cuando la relación no es admitida o socialmente reconocida como válida, es decir, cuando los lazos que vinculan al muerto con el deudo no tienen un valor significativo. Esta es una situación habitual en los casos de muerte perinatal, donde quien muere no siempre es reconocido socialmente,

como hijo/a o como alguien relevante para esa pareja. Al restar importancia a la pérdida de su hijo/a, el entorno alienta a nuevos embarazos rápidamente. ¿Qué consecuencias puede traer esa demanda? ¿Y cómo concebir el concepto de duelo en estos tiempos en los que prevalece el empuje a la negación de los ritos?

Este panorama de minimización, muchas veces, es correlativo a la ausencia de apoyo emocional a la persona gestante y/o pareja parental, asunto que vuelve aún más compleja la elaboración del duelo. Los sujetos que atraviesan este proceso, muchas veces, no cuentan con una red social de apoyo más que otras madres y padres en duelo.

En los casos de muerte gestacional, como a lo largo del embarazo, la experiencia subjetiva y del mundo en la mujer y/o personas gestantes se ve transformada, asimismo, el cuerpo de la mujer ya no vuelve a ser el mismo. Aún cuando su hijo/a haya fallecido, luego del parto, los pechos de la madre se preparan para la lactancia; asimismo, la desaparición de las hormonas que sostienen y preservan el embarazo no se genera inmediata sino paulatinamente. Volver al estado de no gravidez implica tiempo, tiempo subjetivo y tiempo biológico (Gómez-Ulla et. al., 2021). Esa “despedida” del hijo/a se produce, también, lentamente en el cuerpo materno.

No es menor tener presente que muchas de estas muertes se producen dentro del cuerpo materno, dentro del vientre de la madre. Es por ello que surge el interrogante sobre cómo *anudar algo* de esta experiencia subjetiva sin ritos que permitan simbolizar la pérdida. La persona gestante comienza una *travesía* a nivel consciente e inconsciente donde el cuerpo también tiene un papel esencial; la realidad hormonal, la producción de leche que continúa, el vacío físico del útero: todo en la madre estaba preparado para recibir y alojar una nueva vida, sin embargo, todo es un continuo recordatorio de la muerte (Gómez-Ulla et. al., 2021).

Además de lo planteado anteriormente en relación a los aspectos subjetivos, biológicos y fisiológicos que preparan a la mujer para el parto, existen prácticas obstétricas que no respetan los tiempos de mujeres y/o personas gestantes. Esto sucede cuando no se le brinda información a la persona sobre opciones más respetuosas, tanto con los tiempos biológicos del cuerpo como con los tiempos subjetivos. En muchos casos, sin un motivo médico que lo justifique, se realizan inducciones inmediatas al parto, legrados, y supresiones de lactancia (Gómez-Ulla et. al., 2021). Otro punto a tener en cuenta es la exigencia que muchas veces atraviesan las mujeres por la realidad laboral y social. Se les exige una rápida incorporación y restablecimiento de la vida anterior a la pérdida, exigencia que se acrecienta si ha sucedido en etapas tempranas de la gestación (Gómez-Ulla et. al., 2021).

Resulta necesario aclarar que ciertos de estos últimos aspectos se ven modificados –al menos en la letra– gracias a la sanción de la ley 27.733 “Ley de procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal”, conocida como *Ley Johanna*. Si bien dicha ley fue sancionada en el mes de septiembre del año 2023, aún faltará tiempo para que se introduzca de manera real en las prácticas, teniendo el debido reconocimiento y respeto por parte del sistema sanitario y sus usuarios.

Considerando lo enunciado es posible interrogar: ¿qué consecuencias podemos situar en la clínica cuando los signos para simbolizar la muerte y precipitar el duelo, en los casos de muerte perinatal, se encuentran del lado del tabú? A través de los aportes de la psicología perinatal y el psicoanálisis ¿cómo *acompañar* a personas gestantes y sus parejas en la travesía de estos duelos, a los que en ocasiones no se les da el tiempo, el espacio y la voz?

De buscar lo perdido a dar cuenta de lo perdido

“Decir que un acontecimiento tiene lugar, significa decir que será verdad para siempre que ha tenido lugar”
M. Merleau-Ponty

No existe en la lengua española, ni en ninguna otra, una palabra socialmente aceptada ni oficialmente reconocida para referirse a los padres y madres a quienes se les ha muerto un/a hijo/a luego del nacimiento (Soteras, 2019). Sin embargo, el/la hijo/a que falleció, cuando es deseado, conserva un lugar en el discurso y en la vida de la madre y/o el padre, como así también deja como resto, cierta huella que va más allá de los ideales no realizados por ese hijo/a.

Surge el interrogante sobre cómo nombrar cuando una mujer, persona gestante y/o pareja pierde un/a hijo/a. ¿Es un vacío léxico o es la imposibilidad de nominar aquello imposible de significar? Es posible interrogarse si dicho vacío no aumenta la invisibilidad del duelo. Este no nominar ¿esconde el intento de negar esta realidad? Si se tiene en cuenta que lo que no se nombra no existe, ¿cómo pensar esta falta de nominación? ¿Cómo pensarlo por fuera del tabú social que recubre a las muertes perinatales?

Como se afirmó anteriormente, se sostiene que la muerte perinatal es un asunto tabú, en tanto, se vincula con lo prohibido, lo sagrado. Es tan innombrable como impensable; tal vez no tiene que ser nombrado evitando que así *suceda lo temido*. Es decir, quizás dicho tabú también esté relacionado con el valor mágico convocante de las palabras (Roitman, Armus, y Swarc, 2002). Ante esto surge el interrogante ¿cómo *pensar* la muerte de un/a hijo/a? ¿Cómo no situar un sinsentido, *contranatura*, el fallecimiento de un/a hijo/a que se desea, en cualquier momento de su vida?

En 1920 Freud pierde a su hija Sophie. Tres años más tarde, cae gravemente enfermo el hijo mayor de ésta y fallece. Tiempo después, fallece el hijo de Ludwig Binswanger y Freud (1971) le envía una carta diciendo:

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)

También, en dicha carta, sostiene que el profundo dolor que se siente luego de una pérdida semejante llegará a su fin. Aclara, sin embargo, que quien padece la pérdida permanece inconsolable y que nunca se encuentra un sustituto. Con lo cual, en esta carta Freud esclarece lo planteado en “Duelo y Melancolía” (2017) en relación a la sustitución del objeto, en tanto, plantea que el duelo no terminará por encontrar un reemplazo; reconoce que la pérdida es insustituible.

Se considera que, particularmente, en el caso de la muerte de un hijo/a –antes o después de nacer– el objeto es irremplazable, insustituible. Por ello, se cuestiona la recomendación, que en muchos casos de muerte perinatal se brinda a la pareja parental para “tener otro hijo pronto” –aunque actualmente se está en camino de revertir dicha mirada–. La posibilidad de investir nuevos objetos sólo será posible luego de aceptar que *lo que se ha perdido es insustituible*.

En contraposición, cuando la idea que predomina es la de sustitución –un/a hijo/a por otro– es posible que se presente un tipo de duelo considerado *patológico*. Cuando el trabajo de duelo se encuentra detenido, es posible vislumbrar diversas manifestaciones clínicas: disminución del interés por toda actividad placentera, sentimientos de tristeza o vacío prolongado, sin que aparezcan cambios. Puede observarse inhibición, que afecte todas o algunas áreas de su vida –relaciones, trabajo, entre otras– excesivo autorreproche, con predominio de los sentimientos de culpa o de ataque a su propio Yo, con diversos calificativos, que en general se sitúan en el negativo de su ideal, y que pueden tener rasgos cuasi delirantes, quedando como saldo una autoestima muy baja. También es posible que sobrevengan ideas de muerte, fantasías suicidas, alteraciones del sueño, ya sea insomnio o hipersomnia, fatiga, pérdida de peso y/o de capacidad de concentración. La labor de duelo, al estar detenida, se manifiesta, en ocasiones, con

características somatomorfas, dolores o alteraciones funcionales de algún órgano, reforzando así fantasías hipocondríacas (Edelman, 2007).

En suma, la expresión que aporta Freud (2017) para referirse a la melancolía como una *herida abierta* posibilita pensar aquellas situaciones donde al estar desautorizado e invisibilizado el duelo, la herida no cicatriza, queda como herida sangrante. Cabe aclarar que no es posible pensar la melancolía estrictamente en los casos de duelo por muerte perinatal. Sin embargo, dicha expresión (herida abierta) permite elucidar un duelo *congelado* o detenido; la herida remitirá al dolor psíquico imposible de cicatrizar. Resulta necesario un trabajo de elaboración simbólica por parte del sujeto, de reconstitución, para que ese trabajo de duelo pueda tener un fin, concluyendo así con una cicatriz como resto ineliminable.

En relación a lo anterior, es posible preguntarse si las manifestaciones nombradas anteriormente –tales como alentar a tener hijos/as rápidamente– no desautorizan el duelo y refuerzan la negación de un dolor que, al no encontrar alojamiento, podría actualizarse como ese real que no cesa de no inscribirse. Surge el interrogante acerca de qué intervenciones –en el sistema sanitario y social– darían la posibilidad de que las pérdidas vinculadas a la muerte perinatal sean susceptibles de un trabajo de duelo *normal*. En este punto es convocada la problemática de los ritos funerarios.

Las diferentes culturas, desde tiempos prehistóricos, tuvieron la necesidad de realizar ritos funerarios para simbolizar, aceptar e integrar la realidad de la pérdida (Enalta, 2022), para que el principio de realidad pueda indicar la direccionalidad del proceso. Es por tanto inherente al ser humano. Sin embargo, respecto de los hijos/as fallecidos intraútero o al nacer, estos rituales no están casi presentes en los últimos siglos.

Los ritos marcan el inicio del duelo tras el cual se irá asumiendo o no la vida sin el/la hijo/a que se esperaba. ¿Qué son los ritos sino el intento simbólico de hacer con la pérdida y con la conmoción que dicha pérdida produce? Para que un duelo *cicatrice*, como se planteó párrafos anteriores, los rituales se vuelven indispensables.

Lacan (2017) le da una función de mediación al rito, mediación que se opone a la inmediatez, al *sin tiempo* que, en ocasiones, aparece en los hospitales o en la sociedad ante la muerte perinatal. Dicho autor plantea:

El rito introduce una mediación con respecto al abismo que el duelo crea. Más exactamente, el duelo viene a coincidir con el abismo esencial, el abismo simbólico mayor, la falta simbólica, el punto x, en suma, del cual el ombligo del sueño que Freud evoca en algún lado, no es quizá más que el correlato psicológico. (...) a propósito de todos los duelos principales que están en juego en Hamlet, siempre reaparece el hecho de que los ritos han sido abreviados, clandestinos. (p. 376).

Tomando el ejemplo del personaje de Hamlet, Lacan suscita que donde no hubo suficiente tiempo y lugar para el despliegue de los ritos, aparecen allí *fantasmas* –del asesinato de su padre y de las muertes que se van sucediendo en la historia–. Ante esto, es posible preguntarse: ¿lo intolerable de la pérdida no está en relación a que eso no puede encontrar su lugar ni su nombre en lo simbólico?

Lacan (2017) sostiene que la pérdida provoca un agujero en lo real, y esclarece diciendo que los ritos funerarios poseen un carácter macrocósmico, ya que nada puede colmar de significantes el agujero en lo real a no ser la totalidad de significantes. Entonces, los rituales son necesarios en la realización del duelo, en tanto mediación simbólica para el trabajo con la pérdida. Sin embargo, lo simbólico nunca recubre lo real. Es por ello que la labor de duelo podrá concluirse con un resto indeleble, ineliminable, que es su cicatriz. Surge el interrogante sobre cómo elaborar la pérdida en los casos de muerte perinatal si los ritos de despedida se encuentran impedidos.

En relación a lo anterior, Lacan (2017) sostiene que el trabajo de duelo se efectúa a nivel del *Logos*, del grupo, de la comunidad. Esta última, en tanto que culturalmente

organizada, implica un soporte al proceso de duelo. ¿Qué soportes tienen las mujeres, personas gestantes y sus parejas ante la muerte perinatal? Si la sociedad, la comunidad, no valida ni autoriza el duelo, ¿cómo pensar un trabajo de duelo posible?

Del silencio a la nominación

En el presente ensayo se sostiene que los rituales y ceremonias de despedida se vuelven fundamentales en el duelo perinatal, ya que dicha experiencia da la posibilidad de dar inicio al duelo tras el cual habrá que ir asumiendo la vida sin el/la hijo/a que se esperaba. Resulta interesante preguntarnos entonces qué implican estos rituales o ceremonias de despedida. En ocasiones, no hubo vivencias con el/la hijo/a fuera del vientre materno o no fue posible ver el cuerpo tras el parto, ya sea por decisión de la madre y/o el padre o porque el hospital no brinda la posibilidad. Ante esto, hay quienes sugieren ver al hijo/a tras el parto, sostenerlo y despedirse de él (Claramunt, et. al. 2009).

Un estudio realizado por la fundación Ummamita (2018) obtuvo como resultado que la atención sanitaria, en muchas ocasiones, no deriva en prácticas respetuosas, tampoco en el acompañamiento que la persona gestante y su pareja necesitan. Ante esto, surge el interrogante sobre de qué manera se puede favorecer la asistencia en los hospitales, acompañando así a mujeres, personas gestantes y sus parejas, a iniciar el proceso de duelo de la mejor manera posible. Muchas veces se recurre a procedimientos y/o protocolos que lejos de ofrecer información de alternativas posibles, obstaculizan la libertad de decisión. De este modo, no se permite que algo del deseo se ponga en juego en esta decisión (Claramunt, 2009).

Sin embargo, resulta ineludible que cada pareja decida libremente y esté adecuadamente informada sobre qué es lo que desea realizar. Asimismo, es necesario conocer las diferentes formas en que puede ser interrumpido dicho embarazo, cuál es el procedimiento habitual de intervención en ese centro de salud, qué sucede si ellos deciden no intervenir, sin coacciones ni presiones. Del mismo modo, si hay alternativas, es necesario permitirles decidir cómo y cuándo se desencadenará el parto, si la mujer y/o persona gestante quiere ser acompañada, y si así lo decide, ¿de qué manera?, ¿por quién? Una vez realizado el parto o la cesárea, ¿qué deciden con lo que respecta al cuerpo de su hijo/a?, ¿se les va a permitir estar con él/ella? En ese caso, ¿cuándo?, ¿cuánto tiempo?, ¿en qué lugar del centro hospitalario?

Asimismo, resulta necesario deliberar y decidir sobre la anestesia. También, decidir si es deseo de la persona gestante y su pareja estar con su hijo/a si llegara a vivir un corto espacio de tiempo después del parto. De ser así, ¿dónde les van a permitir estar? En relación con la lactancia, ¿cómo suelen intervenir?, ¿se inhibe o continúan con el curso fisiológico del proceso?, ¿qué desea la persona gestante? Preguntas siempre imposibles de responder de modo general, ya que habrá que ver la forma que este proceso tome en cada quien, de acuerdo a su historia singular.

Por lo antes dicho, es posible entrever que detrás de cada muerte perinatal hay también una historia, que a los profesionales del área de la salud les es ineludible. Por ello, resulta necesario habilitar y escucharla; desculpabilizar y desresponsabilizar de lo sucedido a la mujer o persona gestante, pudiendo además validar su experiencia. Resulta imprescindible que los profesionales de la salud posibiliten espacios donde las familias se sientan escuchadas, donde puedan manifestar su dolor sin minimizarlo, y donde puedan estar con su hijo/a si así lo desean, como una forma posible de elaboración del duelo.

Si bien en la actualidad se está dando cada vez mayor importancia al reconocimiento del duelo por muerte perinatal y el sufrimiento que lleva aparejado, aunque siempre singular, aún no se le atribuye el valor que merece a nivel social. Con motivo de este enorme avance, en Argentina, en diciembre de 2023 se sanciona la ley 27.733 “Ley de procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal”. Esta fue iniciativa de Johanna Piferrer luego de haber sufrido violencia obstétrica durante la muerte de su hijo Ciro. Ante esto, se sostiene que la muerte perinatal silenciada, minimizada y ocultada es violencia; la

violencia obstétrica es violencia hacia la mujer y/o persona gestante. Esto nos lleva a preguntarnos si, como sociedad, no seguimos sosteniendo este silencio e invisibilización.

Desde distintas organizaciones como *Era en Abril* y *Superando un Aborto* se están poniendo en marcha proyectos para mejorar la actuación a nivel sanitario, ante las necesidades psicológicas derivadas de esta experiencia. *Era en Abril* es la primera organización sin fines de lucro en Latinoamérica que brinda apoyo a mujeres, personas gestantes y padres de hijos/as fallecidos en el embarazo, en el parto o después de nacer. Provee contención integral en distintos niveles, grupos de ayuda mutua, acompañamiento profesional con especialistas en duelo perinatal, información, asesoramiento y capacitación a profesionales sanitarios, además de promover programas de prevención y concientización sobre esta problemática. Dicha organización brinda herramientas a los profesionales sanitarios, suponiendo un escalón más en el reconocimiento social de esta temática.

A partir de allí, surgen preguntas sobre cómo *acompañar* a personas gestantes y sus parejas en la travesía de estos duelos. Labor que también puede ser posible a partir de la intervención del psicólogo perinatal en los momentos de duelo. El acompañamiento es posible pensarlo incluso antes de que la muerte sea comunicada. En este sentido, resulta fundamental brindar apoyo tanto a quien da la noticia como a quien la recibe. El acompañamiento, en ciertos momentos, da la posibilidad de *amortiguar el impacto* ante esta información cargada de angustia; es una posibilidad, no una garantía.

El acompañamiento psicológico posibilitará, asimismo, validar las emociones de la pareja parental e informar sobre sus derechos y acciones a llevar a cabo. Del mismo modo, será posible abrir espacios para la construcción de las primeras huellas, alojando la angustia de la familia y del equipo de salud. Siguiendo a Alicia Oiberman (2005), este rol se da en situación, en la "trinchera".

Luego, acompañando el proceso de elaboración de duelo, sin olvidar las particularidades de este duelo y la necesidad de inscripción simbólica que tiene la falta, muchas veces, de imagen real. En este mismo sentido, se reflexiona que el duelo en estos casos, estaría ubicado en lo que *no pudo ser aunque se pueda construir*, a diferencia de otros duelos donde el tiempo pasado tiene un valor fundamental.

Ante este último punto, cabe agregar que, en muchos casos, las pérdidas se suelen hablar entre las parejas o con alguien muy cercano; en ocasiones, al no celebrarse el nacimiento y al no haber recuerdos tangibles de su hijo/a, la pareja no tiene con quien hablar del tema y no se siente autorizada para ello ¿Cómo construir ese *tiempo por venir* que el duelo implica?

Es posible reflexionar que en el centro sanitario y como agentes de salud, alentar a la mujer, persona gestante y su pareja –si así lo desea, sin coacciones– a llevarse a su casa recuerdos de ese momento y de su hijo/a, armar una *cajita de recuerdos* puede aportar a que ese proceso de duelo se de manera saludable. Entonces ¿Para qué estos recuerdos?, como una forma posible de elaboración del duelo. Dentro de esta caja o bolsa de recuerdos, es posible guardar elementos con valor simbólico para cada familia, test embarazo, foto, ecografía, huellas de manos y pies, etc. que faciliten, posteriormente, la posibilidad de dar identidad a ese bebé, de continuar historizando y haciéndolo parte de la familia. Si estas posibilidades no están al alcance de la pareja parental, tampoco la posibilidad de tener un certificado de defunción, de darle un nombre a su hijo/a e inscribirlo/a en el registro, ¿no se verá obstaculizada la posibilidad de resolución de esos duelos?

En este sentido, la intervención psicológica estará destinada a acompañar a la pareja parental en esta etapa de crisis y vulnerabilidad. Se considera que el proceso de duelo por la pérdida de un/a hijo/a representa una crisis vital que afecta a todo el grupo familiar. Dicha crisis será atravesada en función de la historia personal de cada quien, su personalidad y la ubicación del bebé en el encadenamiento histórico familiar (Oiberman et al., 2005).

En tanto agentes de salud, se trata entonces, de acompañar e informar a la pareja, brindando espacio y tiempo para que puedan atravesar, de manera singular, el

duelo por la detención de su embarazo, pero no de decidir por ellos. Sin embargo, muchas veces, se deja de lado la necesidad de escuchar a la pareja, a la mujer en duelo, en su singularidad. Es importante oírla y no solo con *nuestras orejas*, sino también con sus acciones, sus emociones, sus síntomas. Cabe resaltar que “escuchar” a la mujer y/o persona gestante es detenerse no solo en su enunciado, sino también en su posición enunciativa, y que el acompañamiento y el respeto por las decisiones singulares –como en todo momento de la vida– también es necesario en el momento de la labor de duelo.

Reflexiones finales

En el presente ensayo se ha reflexionado sobre algunos factores y ciertas características que contribuyen a que el duelo perinatal quede relegado al ámbito del tabú, dificultando que la pareja parental se sienta legitimada para expresar aquello que siente con sus otros y posibilitar cierta elaboración de la pérdida. Ante este contexto, en ocasiones, las familias enfrentan su dolor en soledad, sin el acompañamiento adecuado desde el entorno social, ni del sistema sanitario.

Todo lo anterior intenta dar luz a un tema que ha estado velado por varios años: *Los/as hijos/as recién nacidos también pueden morir* y, en ciertos casos, un embarazo no es sinónimo de vida. Si la sociedad resta importancia a la pérdida perinatal, alentando a nuevos embarazos o argumentando que la pareja es joven o que tendrán otros/as hijo/as pronto, se está desautorizando la posibilidad de comenzar el proceso de duelo.

Ante esto, ¿Por qué es importante que las mujeres y/o personas gestantes y sus parejas tengan la posibilidad de realizar ritos funerarios ante una muerte perinatal? Porque estos actos de despedida giran alrededor de esta posible inscripción simbólica de la pérdida, de la ausencia. Y esto comprende desde la necesidad de obtener un certificado de defunción, hasta la elaboración de ritos post-mortem –entierros, velorios, etc–. Estos no solo giran alrededor de la posible inscripción de la pérdida, sino que también son fundamentales para posibilitar y dar inicio al proceso de duelo.

Cuando el tabú recae sobre el duelo perinatal, se *obstaculizan* los ritos y la visibilización del mismo, lo que profundiza el silencio y la deslegitimación de la pérdida. Esto es posible que pueda favorecer la “detención” o bien dificulte el inicio del proceso de duelo. Particularmente, cuando esto sucede, no se exterioriza a través de síntomas sino mediante fenómenos que incluyen, en ciertas ocasiones, pasajes al acto, adicciones, entre otras. Mediante estos fenómenos se muestra algo de lo imposible de ser articulado vía significativa, es por ello que resulta necesaria cierta elaboración simbólica para que ese trabajo de duelo pueda ponerse en marcha (Lagamma, 2011).

Se trata de una realidad desconocida, silenciada e invisibilizada. Aún hoy, aunque con grandes avances, muchas mujeres y/o personas gestantes y sus parejas siguen atravesando solas/as estas situaciones, sin un acompañamiento respetuoso y empático ante su dolor.

Una de las características particulares que tiene el duelo perinatal es la *pérdida del futuro planeado*, de los proyectos en relación a ese/a hijo/a. Este es un desenlace para el cual ninguna familia está *preparada*, y que da lugar a muchas dudas entre los diferentes actores del sistema sanitario, acerca de cómo actuar, qué decir, o qué hacer ante esta situación. Sin embargo, no hay que dejar de tener en cuenta que la forma de comunicar, las palabras que utilicen, la actitud y la conducta que tengan los diferentes actores del centro de salud, van a tener consecuencias directas sobre la persona gestante y su pareja, como así también, esto va a influir sobre la manera en la que les sea posible afrontar la pérdida.

La invisibilidad de la muerte perinatal y el duelo que esta trae aparejada, no sólo deja a las familias solas y desautorizadas ante su dolor –dificultando la inscripción simbólica de la pérdida– también refleja cierta *carencia* en la sociedad para abordar pérdidas que, aunque silenciadas, dejan marcas ineliminables, indelebles. Este ensayo tiene la intención de reflexionar y realizar una lectura posible sobre el duelo por muerte perinatal y abrir un nuevo camino hacia el reconocimiento de estas experiencias. Quizás, en un tiempo por venir, sea posible devolver al duelo y a los ritos su lugar simbólico, socializador, sin un velo que lo recubra.

Escuchar, reconocer, nombrar y acompañar es una responsabilidad y un compromiso que debemos asumir como agentes de salud. Ante esto, los grupos de apoyos a familias en duelo y, principalmente, la ley 2.733 “Ley de Procedimientos Médico-Asistenciales para la Atención de Mujeres y Personas Gestantes Frente a la Muerte Perinatal” vienen a traer luz sobre esta situación, aunque aún falte tiempo para su

total implementación en todo el sistema sanitario, es un gran avance para visibilizar y alzar la voz ante esta temática, sin perder de vista que las mujeres, personas gestantes y sus parejas tienen el derecho a recibir un acompañamiento emocional, legal y sanitario adecuado.

Resulta fundamental comprender que en los casos de muerte perinatal hay madre, hay padre y hay hijo/a, aunque éste haya fallecido. Es por esta razón que también existe puerperio en ese cuerpo de mujer, puerperio que es necesario atravesar y respetar en todas sus dimensiones –psíquica, emocional y social–. Se sostiene que es un desafío pero también una responsabilidad fundamental como agentes de salud, levantar la mirada y así poder ampliarla, tomando conciencia de que estamos ante mujeres púerperas, atravesando un puerperio sin hijo/a; así será posible lograr un cambio en la comprensión de esta experiencia maternal y en la atención sanitaria que conlleva.

Referencias bibliográficas

- Cazenave, L. (2010). El duelo en la época del empuje a la felicidad. *Virtualia*, 21. <https://www.revistavirtualia.com/articulos/359/actualidad-del-lazo/el-duelo-en-la-epoca-del-empuje-a-la-felicidad>
- Claramunt, M. À., Álvarez, M., Jové, R., y Santos Leal, E. (2009). *La cuna vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo*. La Esfera de los Libros.
- Díaz Juszkiewicz, N. S., Loiacono, R. S., y Salaberry, M. (2023). *Salud Mental Perinatal*. Librería Akadia Editorial.
- Domínguez Santarén, J. (2013). Elaboración y prueba piloto de un cuestionario para conocer la capacidad y la disposición del personal sanitario en el acompañamiento al duelo perinatal. *Nure Investigación*, 10(62), 33. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/612>
- Edelman, L. (2007). Los Duelos. *Topía*. <https://www.topia.com.ar/articulos/los-duelos>
- Elmiger, M. E. (2010). *La subjetivación del duelo en Freud y Lacan*. Scielo, 10(1). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-6148201000010002
- Enalta. (2022, Junio 22). *¿Por qué son tan importantes las despedidas en el duelo perinatal? ¿Cuándo es el momento idóneo?* Instagram. https://www.instagram.com/enalta_/p/CfGhhLCsiv/
- Espinosa, L., (s/f) *El duelo y la exclusión de la muerte hoy*. <https://www.elpsicoanalitico.com.ar/num11/subjetividad-espinoza-el-duelo-y-la-exclusion-de-la-muerte-hoy.php#top>
- Faccendini, J. E., y Zuliani, C. (2018). *Volver al duelo - ruego: duelo, identificación, objeto* (1° Rosario ed.). Laborde Libros Editor.
- Fochi, P. (2021). *El duelo, infición del mundo: falonías, espectros, marionetas, visiones, sueños, reliquias*. Otro cauce.
- Freud, S. (2006). Duelo y Melancolía. En *Obras Completas, Tomo XIV*. Amorrortu.
- Freud, S. (1971). *Epistolario II (1891-1939)*. Plaza & Janés.
- Gómez-Ulla, P., y Contreras García, M. (2021). *Duelo perinatal*. Editorial Síntesis.
- Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. (2022). *Administración de sedantes en hospitales españoles en el contexto de la pérdida perinatal*. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. <https://saludmentalperinatal.es/2022/11/28/administracion-de-sedantes-en-hospital-es-espanoles-en-el-contexto-de-la-perdida-perinatal/>
- Lacan, J. (2015). *Seminario 6. El deseo y su interpretación*. Ediciones Paidós.
- Lagamma, V. (2011). *Cuando el duelo se hace tabú*. Página/12. Pagina/12, Rosario /12. <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/21-30037-2011-08-18.htm>
- Losantos, S. (11 de diciembre de 2022). *Características y dificultades del duelo perinatal*. Fundación Mario Losantos del Campo (FMLC). <https://www.fundacionmlc.org/caracteristicas-y-dificultades-del-duelo-perinatal/>
- Oiberman, A. (2005). *Nacer y después: aportes a la psicología perinatal*. J.C.E.
- Oiberman, A. J., Nieri, L. P., y Santos, M. S. (2018). *La dimensión emocional de la maternidad: Construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal*. Repositorio Institucional CONICET Digital. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/44422?show=full>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Por qué es fundamental hablar de la pérdida de un bebé*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Clasificación Internacional de Enfermedades Undécima Revisión (CIE-11)*. https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia_CIE_11_Feb2023.pdf

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s/f). *Stillbirth*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab_
- Organización Panamericana de Salud. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume2.pdf>
- Oviedo Soto, S. J., Parra Falcón, F. M., y Marquina Volcanes, M. (2009). *La muerte y el duelo - Death and mourning*. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100015
- Oviedo, S., Urdaneta, E., Parra, F., Marquina, M., (2009). *Duelo materno por muerte perinatal*. Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 76, Núm. 5. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf>
- Programa de Análisis de Mortalidad Materno Infantil (PAMMEI), Bernardo, G., Castillo, D., García, L., Betancur, M., y Bravo, A. (2021). *Guía de Abordaje Integral a las Personas en Proceso de Duelo Gestacional y Neonatal*. Subsecretaría de Salud. Provincia de Neuquén. <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2021/09/Gu%C3%ADa-de-abordaje-integral-a-las-personas-en-proceso-de-duelo-gestacional-y-neonatal.pdf>
- Roitman, A., Armus, M., y Swarc, N. (2002). El duelo por la muerte de un hijo. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, (012). <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=216>
- Sarbia, S. (2002, Julio 23). *Del trabajo de duelo a la función de duelo, con algunas diferencias*. ElSigma. <https://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/del-trabajo-de-duelo-a-la-funcion-de-duelo-con-algunas-diferencias/2251>
- Soteras, A. (2019). *Huérfile, la palabra que puede definir a quien pierde un hijo*. EFE Salud. <https://efesalud.com/huerfile-palabra-muerte-hijo/>
- Stolkiner, A. (2003). *Teórico N° IV. "El Concepto de Salud de la OMS"*. Cátedra II Salud Pública/Salud Mental. Facultad de Psicología - UBA. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_teorico_4_concepto_salud_oms.pdf
- The Pan American Health Organization (1978). *Declaración de Alma-Ata*. The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Umamanita. (2018). *Encuesta sobre la Calidad de la Atención Sanitaria en Casos de Muerte Intrauterina* (1° ed.). www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/11/Informe-Umamanita-Calidad-Atencion-Muerte-Intrauterina-2018.pdf
- UNICEF. (2023). *Lo que debes saber sobre las muertes fetales*. UNICEF. <https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-muertes-fetales>
- Vicente Sáez, N. (2014). *Duelo Perinatal: el duelo olvidado*. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/128540/TG_VicenteSaez_Duelo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization. (2001). Definitions And Indicators In Family Planning Maternal & Child Health And Reproductive Health. *Reproductive, Maternal and Child Health European Regional Office*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108284/E68459.pdf>