

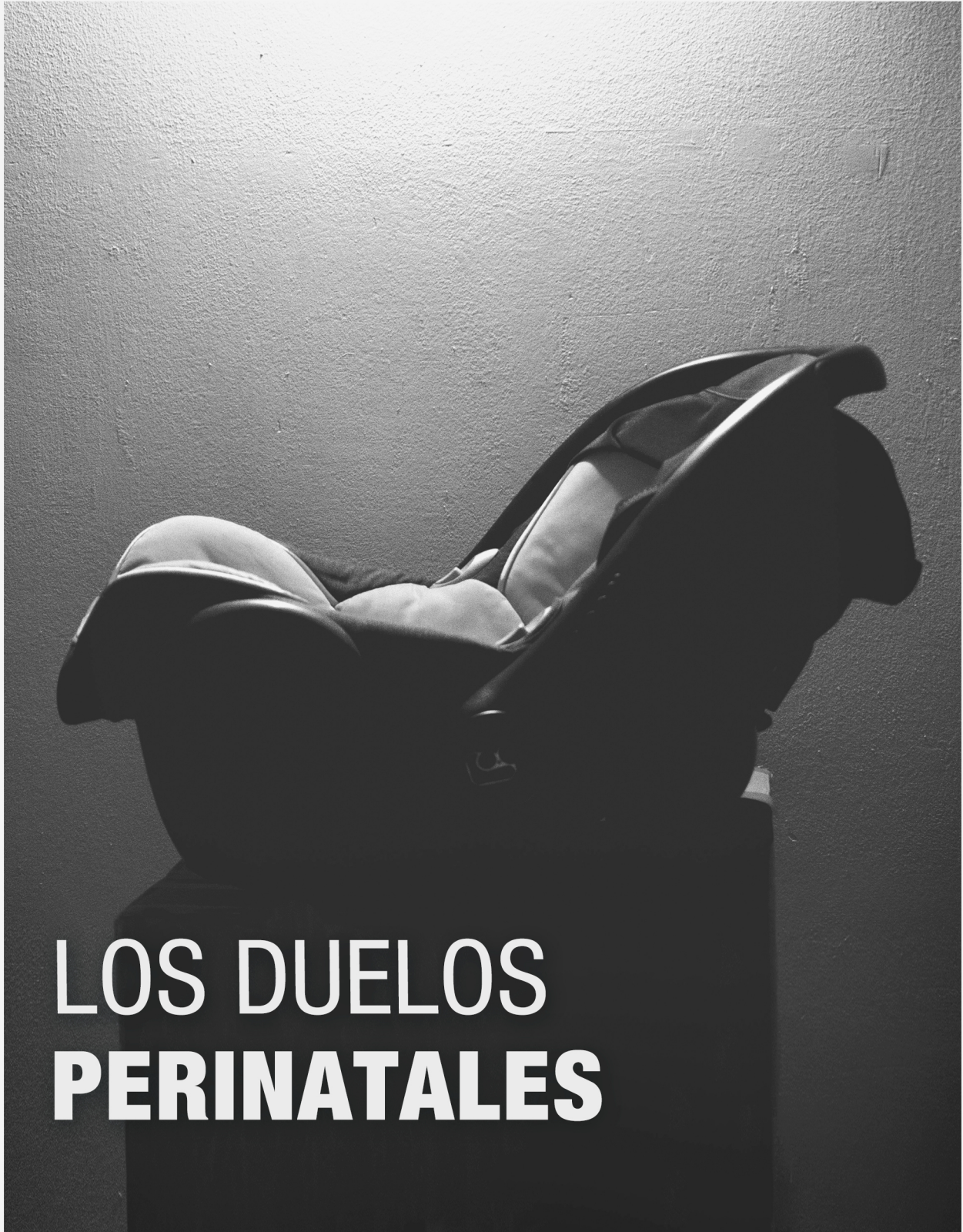
Revista digital semestral realizada por E.P.P.I.C.A (Equipo de psicología perinatal, investigación, capacitación y asistencia)

Número 3, MARZO 2023

ISSN 2953-4429

REVISTA PERINATAL

ARGENTINA



LOS DUELOS PERINATALES

Publicación oficial de EPPICA, Mar del Plata, Pcia de Buenos Aires, Argentina
Para especialistas, profesionales de la salud, estudiantes y personas interesadas en general



E.P.P.I.C.A

Equipo de Psicología Perinatal
Investigación, Capacitación y Asistencia

WWW.EPPICA.AR

Publicación realizada por E.P.P.I.C.A (Equipo de Psicología Perinatal, Investigación, Capacitación y Asistencia)

Título de la publicación: LOS DUELOS PERINATALES

N° de edición: 3, Marzo 2023

Domicilio: Almafuerde 1797 Mar del Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina

Dirección y coordinación general: Esp. Lic. Patricia A. Díaz

Diseño y diagramación: D.I Lucas Mejica, Esp. Lic. María Isabel Giménez

Corrección: Esp. Lic. Nancy Di Virgilio

Foto de tapa: Camila Marinone

Fotolibro: Regresar a Cero

Fotografías: Camila Marinone
Tamara Costanzo

Integrantes equipo editor asociado: Esp. Lic. Patricia A. Díaz
Esp. Lic. Nancy Di Virgilio
Esp. Lic. María Giménez
Lic. Carla Escobar
Ps. María Pusterla
Lic. Marcela Vallejo
Lic. Ana Marinone
Lic. Claudia Gonzalez

ISSN 2953-4429

Colaboraciones en **Revista Perinatal Argentina**: son bienvenidos artículos, opiniones, reflexiones, investigaciones, escritos originales de interés para la comunidad de profesionales de la psicología y de la salud que traten temáticas relacionadas con esta área. Estos aportes serán recibidos a través de nuestro mail: revistaperinatal@eppica.ar

Cualquier información sobre pautas de publicación solicitarlo al mail citado.

Las opiniones de los autores no necesariamente reflejan la postura de la dirección o de los integrantes del equipo editorial de **E.P.P.I.C.A.** El comité editorial de Revista Perinatal Argentina dará formato final a los trabajos y se reserva el derecho de realizar modificaciones que no alteren el contenido de fondo de los artículos, con el objetivo de mejorar la presentación de los mismos y adecuarlo al perfil de la revista.

Es una publicación de Acceso Abierto que posee algunos derechos reservados bajo licencia Creative Commons: se permite usar la obra y generar otras derivadas, siempre y cuando esos usos NO tengan fines comerciales y las obras derivadas lleven una licencia idéntica a la obra original reconociendo a los/as autores y/o autoras.



>CONTENIDO

EDITORIAL

Los Duelos Perinatales

Esp. Lic. Diaz Patricia

ENTREVISTA

Lic. Carlina Gioria

Maternidad Teresita Baigorria - San Luis.

Esp. Patricia Diaz

ARTÍCULO

Los Nacimientos sin vida también son Sagrados

Ps. María Pusterla

ARTÍCULO

Abordaje desde salud mental ante una muerte gestacional.

Lic. Florencia Balconi

ARTÍCULO

Cuidados en el final de la vida.

Lic. Natalia Novaro

ARTÍCULO

Una posible mirada integrativa y humanista para abordar el duelo gestacional y perinatal.

Lic. Verónica Pereda

ARTÍCULO

Acerca del Duelo Perinatal.

Lic. Jazmin Alfie

ARTÍCULO

La Fotografía acompañando el Duelo Perinatal.

Tamara Costanzo

ARTÍCULO

Como acompañar un Duelo Perinatal.

Lic. Carla Escobar

ARTÍCULO

Supresión de Lactancia ante Duelo Perinatal.

Dra. Gabriela Ferrero

ARTÍCULO

*Maternidades Diversas:
Duelo Perinatal, el relato de un Padre.*

Lic. Carla Escobar

ARTÍCULO

Protocolo de Acción cuando un hijo muere dentro del vientre materno.

Jeremías Tosi

ARTÍCULO

Marco legal de la Muerte Perinatal

Lic Marcela Vallejos

RECOMENDADOS

Libros y Series

ACTIVIDADES DE E.P.P.I.C.A

3

6

12

18

23

31

36

42

52

57

59

64

67

71

76

EDITORIAL.

MARZO 2023

LOS DUELOS PERINATALES

“Cuando el dolor cae sobre ti sin paliativos, lo primero que te arranca es la palabra.”

“Hablo de ese dolor que es tan grande que ni siquiera parece que te nace de dentro, sino que es como si hubieras sido sepultada por un alud. Y así estás. Tan enterrada bajo esas pedregosas toneladas de pena que no puedes ni hablar.”

**Rosa Montero, La
ridícula idea de no volver a verte**



Lic. Patricia A. Díaz

Especialista en Ps. Perinatal y de la primera infancia

Directora y coordinadora editorial

El pasado 15 de octubre del 2022 realizamos la Muestra sobre el Duelo Perinatal en una de las salas del Colegio de Psicólogas y psicólogos de nuestro distrito, (Mar del Plata, Bs. As. Argentina) el mismo día de su conmemoración. Llegué algo ansiosa, ya empezada la reunión, pero dispuesta a transitar lo que imaginaba iba a ser un encuentro difícil. Comencé a recorrer las fotos, el zoom interactivo con la Red Transdisciplinaria de Duelo Perinatal que ya estaba en curso. La música, escuchar a las familias narrando su experiencia, fue casi insoportable para mí. Una puntada en el estómago persistente me apartó del ese lugar y decidí cumplir otra función: recibiría en la puerta de entrada a quienes visitarían la muestra. Iba y venía, con la respiración entrecortada, secándome lágrimas que no podía evitar.

Recorrí las fotos varias veces más, con la angustia sentida en el pecho, el dolor empático reinaba para todas las personas que estaban allí. A cada quién se nos juega la historia en momentos así de movilizantes. Conforme pasaba el tiempo mi corazón empezó a relajarse, tomando el clima emocional del lugar que lejos de aventurarse desgarrador fue transformándose en serenidad. Estaba en el lugar indicado. Prendimos una vela conmemorativa, conversamos, nos sacamos fotos... en ellas había sonrisas sí, porque habíamos atravesado otro ritual, otro reconocimiento de los que ya no estaban, otorgándoles identidad a ellos y sus familias. Porque es necesaria la mirada del otro que te confirme con certeza qué es lo que está ocurriendo y lo que pasó.

Acuerdo con Rosa Montero en lo indecible que es este dolor, que enmudece porque no se encuentran las palabras para nombrar la muerte, en este caso de un hijo/a. ¿Y si pudieras hablar, quien te escucharía? Nosotras trabajamos para ello.

Tal vez tengas la misma sensación que yo, al recorrer los artículos de la revista. Son fuertes, pero también amorosos, están atravesados por esta cruda experiencia, pero constituyen un quehacer necesario en todas sus formas, desde el abordaje del duelo, lo que significa para la familia, para los profesionales, hasta la necesidad clara y urgente de contar con protocolos que permitan alojar la subjetividad reinante en esos momentos.

No es una advertencia. Es una oportunidad. Solo poniéndonos muy cerca de este dolor logramos entenderlo y también así dar lo que se necesita.

“transformar el dolor en amor”

“los padres como acompañantes del buen morir”

“donde se espera la vida, invade la muerte”

“la fotografía como registro corporal para evocar la memoria”

“darle lugar a la muerte para que no lo invada todo”

“¿Habrá lugar para la construcción del maternaje con la desaparición del cuerpo real del bebé?”

“un hijo se aloja primero en el corazón, luego en el vientre y si la vida lo permite más tarde en los brazos. Pero su existencia es real desde el comienzo mismo.”

“los nacimientos sin vida también son sagrados”

“abrir la posibilidad de la resignificación simbólica de estas pérdidas”

“la falta de reconocimiento social y jurídico desautorizan el duelo gestacional”

“Para mí dar testimonio hoy es una forma de honrar la memoria de mi hijo”.

Estas son algunas de las numerosas frases que encontrarás en los artículos. Todos y cada uno intentan concientizar sobre la importancia de visibilizar estos duelos silenciados, minimizados o desautorizados por desconocimiento y por miedo, porque nadie sabe a ciencia cierta qué hacer con la muerte.

Acompañar es el requisito, alojar a esos bebés socialmente para que puedan tener su propia historia ya iniciada en el corazón de su familia. Porque si acaso la muerte de un hijo/a no existe cómo nombrarla, sí podemos otorgarle identidad y que constituya un eslabón más de la cadena generacional de esa familia y su contexto. Porque todos los embarazos cuentan.

Hacer algo concreto con la muerte ayuda y mucho. Cada persona que atreviese estos duelos encontrarán su hacer específico, pero la sociedad debe habilitarlo también, mostrarlo, darle lugar.

Cito nuevamente a Rosa Montero que escribió lo siguiente: “Los humanos nos defendemos del dolor sin sentido adornándolo con la sensatez de la belleza”. Y así es, en este número de Revista Perinatal Argentina nos adentramos en un dolor que no encuentra sentido, pero lo hemos abordado bello para que tenga un significado.

Agradecemos a cada una de las personas que han colaborado en nuestra revista, por depositar su confianza en nosotras, que siempre recibimos con mucho desafío y compromiso.





Entrevista a la Lic. Carolina Gioria

*Lic. En Psicología. M.P N° 0320
Especialista en Adolescencia con mención en Psicología del Desarrollo
Coordinadora del Equipo de Psicología Perinatal de la Maternidad Teresita
Baigorria de San Luis, Argentina.*

Desde Revista Perinatal Argentina entrevistamos a la Lic. Carolina Gioria, colega de San Luis, quien cumple su tarea profesional en la Maternidad Teresita Baigorria de esa localidad, junto a su grupo de trabajo.

Gracias Carolina por tu disponibilidad!

Esp. Lic. Patricia Díaz

1. En la Maternidad Teresita Baigorria, han podido consolidarse como grupo de psicólogas perinatales que trabajan con una dinámica particular. ¿Cómo se dio esta iniciativa y proceso de consolidación?

Nuestro camino comenzó en el año 2007, cuando el Servicio de Neonatología del Hospital San Luis, solicitó en varias oportunidades a la Dirección y por su intermedio al Ministerio de Salud, la incorporación de una "psicóloga exclusiva" para el Servicio de Neonatología. Debido a que, si bien contaban con psicóloga en aquellos casos que ameritaban la intervención, pero era desde el Servicio de "psicohigiene" que realizaba interconsultas e intervenciones psicológicas para todos los servicios del Hospital.

A partir de la mencionada solicitud, es que se me brinda la oportunidad de comenzar

mi tarea laboral en el Servicio de Neonatología. Se tomó en cuenta que mi tesis de grado, fue bajo la temática Madres adolescentes y lactancia materna en el Servicio de Neonatología del Hospital Cullen de la ciudad de Santa Fe, y la formación en psicología perinatal.

Recuerdo, que el primer día que ingresé al Servicio de Neonatología, se me asigna un consultorio compartido con una kinesióloga, frente a la residencia para madres... Si bien la Jefa del Servicio me presentó en la Residencia...las pacientes no asistían al consultorio, como tal vez se esperaba y "se creía que debía ser" ... es por ello que comprendí paulatinamente, que el encuadre en Psicología Perinatal debía ser "flexible", como lo expresa la Dra. Alicia Oiberman, "Trabajar donde se encuentre el paciente: frente a la incubadora, en las salas de internación, en la sala de parto, y atendiendo cada caso con sus



particularidades. Cuando la palabra emerge se despliegan un sinfín de emociones y pareceres que permiten comprender el contexto en que se produjo ese embarazo, el porqué de las características del parto y demás situaciones que involucran el vínculo de una madre con su hijo. La palabra puede reorganizar los sucesos vividos anteriormente, ofreciendo a la madre la posibilidad de reconstruirlos.

Por lo tanto, fui acercándome diariamente a entrevistar a las madres que se encontraban en la Residencia y de a poco construí el “rol del psicólogo perinatal”, desarrollando dispositivos de intervención. No solo realizaba entrevistas en la Residencia sino también en el momento que la mamá se encontraba interactuando con su hijo, incorporando así la importancia de la observación en la UCIN, entrevistas conjuntas con el equipo médico y enfermeros, entrevistas de pareja y familiares, salas de parto, salas de internación de maternidad, talleres de visita de hermanos y abuelos, interconsultas en el consultorio de seguimiento de niños de alto riesgo.

Una de las tareas más difíciles, era el poder “acompañar a las mamás y familias en el

momento del fallecimiento de su hijo”... sólo lo podía realizar durante mis horas de trabajo activo, no era factible realizar guardia siendo una sola profesional psicóloga en el Servicio. Es por ello, que en reiteradas oportunidades solicité a través de notas, la incorporación de más psicólogas para poder conformar un Equipo de trabajo y poder brindar mayor y mejor acompañamiento y seguimiento psicológico a los recién nacidos, mamás y familias. Cabe aclarar que a su vez colaboraba con la realización de interconsultas en los servicios de pediatría y maternidad del Hospital San Luis.

A principios del año 2013, se me solicita colaboración para la selección de tres psicólogas, para la nueva Maternidad Teresita Baigorria, a la cual los servicios de maternidad, ginecología y neonatología del Hospital San Luis se trasladarían.

En marzo de 2013, se inaugura la Maternidad, y es allí que comenzamos a conocernos entre nosotras, teniendo en cuenta que cada una de las integrantes del Equipo proveníamos de diferentes formaciones y experiencias de trabajo; logrando diseñar y conformar el Equipo de Psicología Perinatal.



Igualmente, desde el año 2016, se incorpora una psicóloga más, por lo tanto, desde ese momento y hasta la actualidad continuamos cinco profesionales psicólogas.

Es de considerar que la Maternidad Teresita Baigorria, es el Centro de mayor complejidad de la Provincia, de tercer nivel de atención. Cuenta con tres grandes servicios: Maternidad, Ginecología y Neonatología; los cuales trabajan, a su vez, con diferentes servicios. Tiene una capacidad de sesenta y cuatro camas para adultas, seis camas en la UTI (unidad de cuidados intensivos) y veinticuatro unidades en la UCIN. Posee residencia para madres de neonatología, Consultorio de seguimiento de niños de alto riesgo: Integrado por dos médicas neonatólogas y una enfermera, quienes realizan interconsulta con los diferentes profesionales especialistas según amerite. En 2013 se suma

psicología dentro del encuadre de seguimiento, realizando intervenciones de orientación parental y de tratamiento en el caso de requerirse.

Es el Centro de recepción de: partos de su circunscripción y los que llegan por guardia; embarazos de alto riesgo, trastornos y enfermedades ginecológicas. prematuros extremos de toda la provincia y patologías de bebés hasta los 28 días de vida.

Con las características anteriormente mencionadas, hemos diseñado nuestra modalidad de trabajo de Equipo de Psicología Perinatal de la Maternidad. La cual consiste en un sistema de guardias psicológicas activas y pasivas, de lunes a lunes, las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año. El Equipo, tiene como eje central el acompañamiento, contención y seguimiento psicoemocional a pacientes y familiares que



asisten a los distintos servicios de la Maternidad, los cuales atraviesen por una situación de crisis, que requieran la atención como urgencia psicológica; pérdidas gestacionales y neonatales, posibles adopciones, diagnósticos adversos, fallecimiento de pacientes adultas, violencia de género, desborde psicoemocional, y episodios que requieran derivación a Hospital Escuela de Salud Mental

En síntesis, es criterio del servicio contar con la disponibilidad de poder trabajar en “el momento”, la angustia, la ansiedad y los miedos, que este tipo de situaciones desencadena. El trabajo in situ favorece tanto al paciente y su familia como al equipo interviniente, por lo tanto, la resolución de dificultades que se presentan dando lugar al inicio de la elaboración de situaciones altamente estresantes y de alto impacto de la vida cotidiana.

Como Equipo de Psicología Perinatal hemos generado un trabajo que permite que las demás disciplinas que trabajan en la Maternidad conciben que la dimensión psicoemocional del embarazo, nacimiento o pérdida del mismo, no sólo es una atención médica, sino que involucra la necesidad de la contención psicológica.

2. ¿Con respecto a las situaciones de pérdidas gestacionales y neonatales, han diseñado un protocolo de asistencia ante las mismas?

Ante las pérdidas gestacionales y neonatales en nuestra Institución, desde su inauguración en el año 2013, el Equipo de Psicología Perinatal construyó de manera interdisciplinaria el primer protocolo. Luego de

la implementación y evaluaciones de proceso, observamos la necesidad de establecer modificaciones específicas en diferentes aspectos y variables.

El protocolo establece una guía de actuación para los profesionales de salud, como así también favorece el inicio del proceso de duelo en la familia.

Asimismo, es una herramienta útil, generadora de seguridad en el equipo interviniente, en estas situaciones de alta intensidad emocional y de vulnerabilidad de los implicados.

La construcción, implementación y adecuaciones del dispositivo en estos años, han significado para equipo de Psicología Perinatal reflexiones conjuntas, discusiones teóricas- técnicas que nos han enriquecido, amplificado la cohesión grupal fortaleciendo el rol dentro de la institución.

3. ¿Cómo ha sido su experiencia en relación a este proceso de acompañamiento?

Mi experiencia en cuanto acompañar y sostener en el proceso de pérdidas gestacionales y neonatales como psicóloga perinatal, ha sido de un constante aprendizaje. Constituyendo unas de las situaciones más complejas en mi práctica diaria. Entender y comprender en cada caso particular, cómo acompañar, que decir y que no decir, en que momento es oportuno intervenir, como así también la importancia del silencio, del respeto de los tiempos de cada mamá, papá, familiares y personas significativas.

A su vez destaco, en los procesos de acompañamiento de pérdidas gestacionales y neonatales, la importancia del trabajo





De izquierda a derecha:
Lic. María Teresa Marchioni- Lic. Analía Ciampichini – Lic- Carolina Gioria – Lic- Luciana Griotti – Lic. María José Cid Luchini

interdisciplinario y en particular en cuanto al Equipo de Psicología Perinatal el acompañamiento, el compartir entre colegas y destinar un espacio de revisión y supervisión de los casos.

4. ¿Cómo las atraviesa personalmente la vivencia en esta situación particular de asistencia y contención?

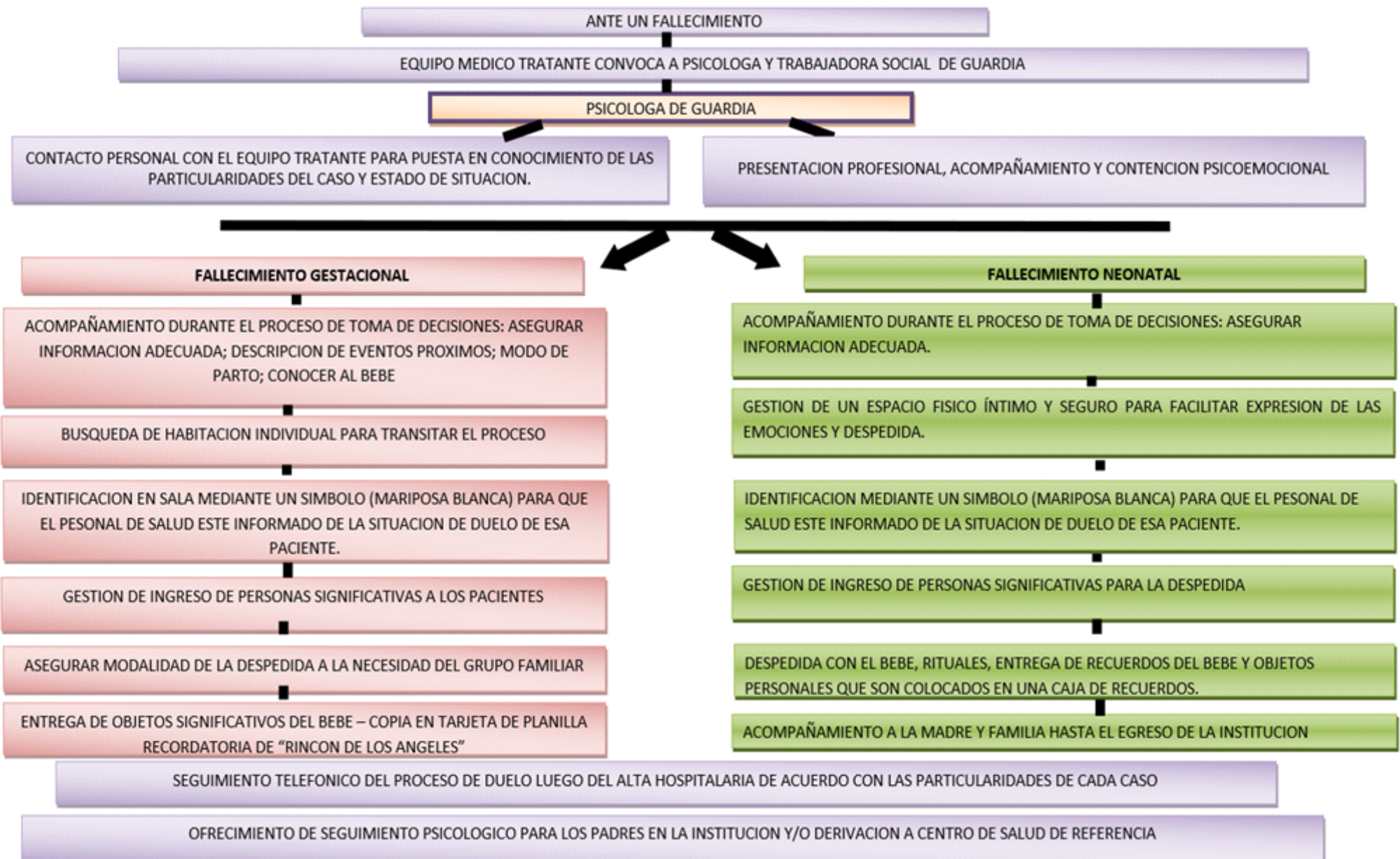
Recuerdo que, en el año 2007, fue la primera vez que acompañé una pérdida

neonatal, la cual fue de alto impacto emocional para mí...Comprender cuando el resultado de un proyecto familiar deviene en una pérdida la necesidad de encontrar respuestas se torna imprescindible tanto para la familia como para el equipo de salud.

Asimismo, en las intervenciones psicológicas que realicé en pérdidas gestacionales y neonatales, en algunos casos fueron de intervención única y otras de procesos. Es por ello tan necesario trabajar con un encuadre flexible en Psicología Perinatal.



Protocolo a seguir ante muerte gestacional y neonatal



En El Muelle

*No partiste hacia ningún lugar
más allá de mi propio pecho.*

Estás en el muelle de mi alma

como ave que nace

a la luz del silencio,

a la sombra de un ancla.

Iniciaste tu camino

pero no partiste.

Estás en mí pecho:

astillero de nostalgias,

presagio de reencuentros.

En el tiempo de tus señales,

pluma a pluma

te espero.

Jeremías Tosi

[Click aquí](#)

Muestra artística Día del Duelo Perinatal

"Los nacimientos sin vida también son sagrados"

Relato de experiencia/s a través de la fotografía.

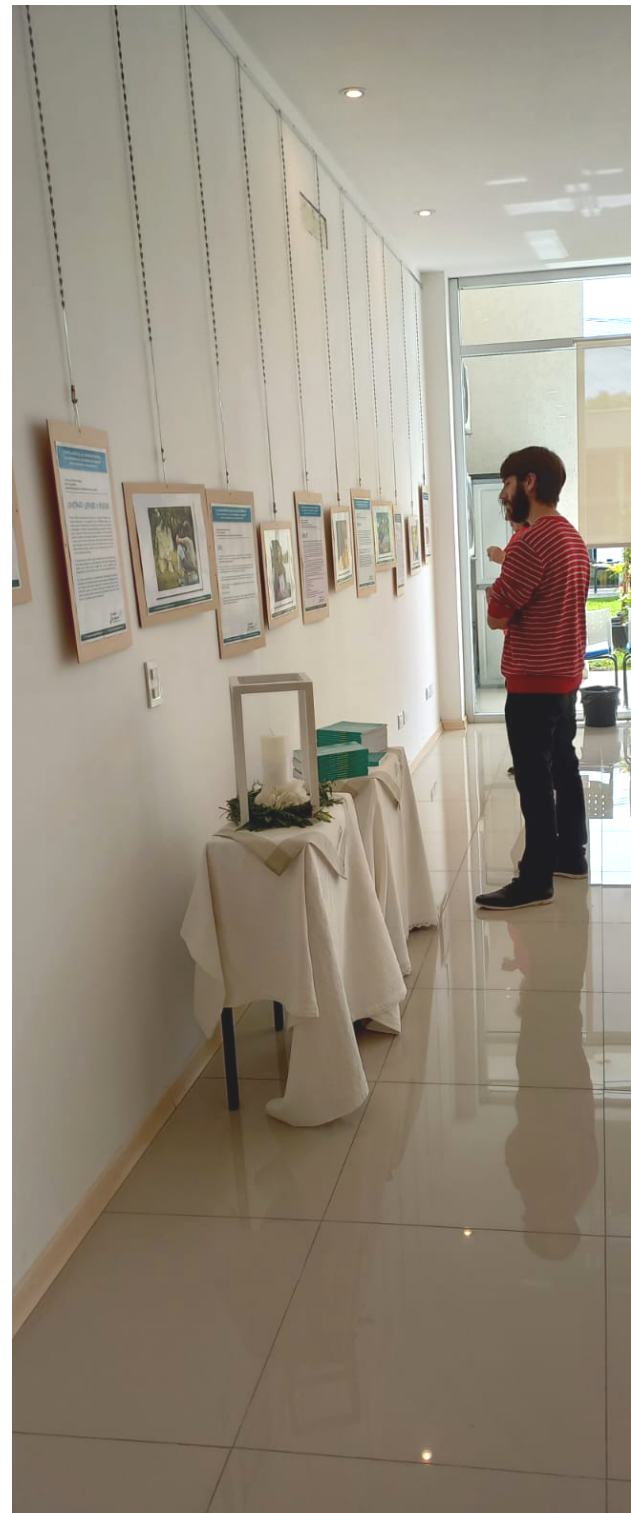
Ps. María Pusterla

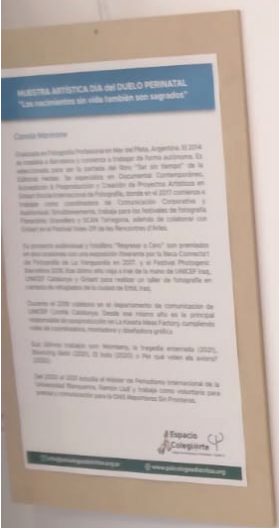
El presente escrito hace referencia al "Día Internacional del duelo perinatal", en ocasión de una muestra de fotografía, jornada realizada el 15 de octubre del 2022 en el Colegio de Ps. Distrito X, siendo esa la fecha de su conmemoración.

Podríamos decir que dicha fecha nuclea sentimientos encontrados, de profundo dolor por las pérdidas de los bebés reales, pero al mismo tiempo de celebración al abrir la posibilidad de resignificación simbólica de esas pérdidas a partir de lo que implica su visibilización.

Lebovici (1973) introduce el modelo mental de los tres bebés (real, fantasmático e imaginario). Surge la pregunta ¿Qué pasa con los bebés imaginario y fantasmático cuando el bebé de la realidad deja de estar o nunca llegó a conocerse? Dicho de otro modo, ¿de qué manera se resuelve, en ese caso, la interacción de esos tres bebés puestos en juego en los embarazos que presentan inscripción psíquica?

Los nacimientos sin vida y las muertes perinatales dejan en suspenso la libidinización de ese cuerpo real, de su baño e investidura de deseo (resultante de la distancia encontrada entre el bebé imaginario y real). Ahora bien, ¿Habrà lugar para la construcción del maternaje con la desaparición del cuerpo real del bebé? Escuchando relatos de personas que han atravesado la situación de pérdida gestacional o neonatal, emerge lo que Freud teoriza en "Duelo y melancolía" (1917[1915]). A partir del examen de realidad que muestra la pérdida del objeto amado, hay una renuencia a quitar toda libido con ese objeto, produciendo una retención del mismo por vía de una psicosis alucinatoria de deseo. Si





bien lo normal es que prevalezca el acatamiento de la realidad, no puede cumplirse enseguida. Se ejecuta pieza por pieza con un gasto de tiempo y de energía de investidura y entre tanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico” (p. 241).

Entonces la pérdida de interés del mundo exterior y de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor en reemplazo del perdido, como también el extrañamiento de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria, en este caso del hijo fallecido, precisa tiempo y sostén de calidad. Acompañar y sostener implica estar con distancia óptima y en silencio, disponible a lo que la persona en duelo vaya necesitando. El respeto por los tiempos, que se van gestando en ese paso a paso, hace a la diferencia de bregar o no por la salud mental materna/paterna.

Siguiendo a dicho autor (Freud, 1920-1922) el decurso de los procesos anímicos es regulado por el principio de placer. Es decir, a partir de una tensión displacentera (e incremento de excitación en el aparato psíquico), hay una tendencia a su disminución y a mantener lo más baja posible la excitación en él presente. Describe a la pulsión como la representación psíquica de estímulos que provienen del interior del cuerpo, ubicándola como concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático (Freud, 1915). Asimismo, considera cuatro elementos asociados al concepto de pulsión: **esfuerzo** (su factor motor), **fuerza** (punto de anclaje de la pulsión en el cuerpo), **meta** (satisfacción que sólo puede alcanzarse cancelando el estado de estimulación de la fuente de la pulsión) y el **objeto** que aparece como perdido, pero aparecen objetos sustitutos. En este sentido, hay una insuficiencia de la acción específica para cancelar la satisfacción de la necesidad, dando lugar al orden del deseo. Cabe destacar que dentro de los destinos de la pulsión (Freud, 1915), la sublimación es la capacidad de producir algo diferente a la represión, habilitando y resaltando, de esta manera, los logros culturales.

Siguiendo esta línea, el arte es una valiosa herramienta para procesos de duelo, permite simbolizar, tramitar, transformar y compartir con otros las heridas. Viktor Frankl en su libro "El hombre

en busca de sentido" (1946) trae a colación la importancia de descubrir lo que deja aquello que se perdió. En otras palabras, remarca que no hay vida posible sin un sentido para ella. Esa matriz teórica, de la logoterapia, aplica para cualquier "catástrofe" psíquica y tiene un alto significado restitutivo.

Entonces, a partir de los anteriores recorridos teóricos y volviendo al interrogante sobre la posibilidad de materner en duelo, claramente sí se puede. Pues una persona devenida madre, no deja de serlo por la muerte de su hijo/a (de hecho, éste queda inscripto en la cadena intergeneracional). La puesta en juego de dichas elucidaciones, una vez más, quedan del lado de la salud mental materna/paterna y es lo que podemos promover como psicólogos. Nuestro trabajo y militancia consiste en intentar abrir un andamiaje de transformación del dolor, al menos en alguno de sus matices, a través de acciones reparadoras. En este sentido, se materna, en nombre de ese bebé, para otros.

Retomando experiencias de familias que han atravesado la pérdida física de su hijo, estas señalan que algunas de esas formas pueden ser la donación de leche materna, la incorporación a redes de proyectos colectivos y cualquier forma de expresión.

En la línea de dar comprensión, de colaborar en la visibilización y de ser puentes de comunicación de familias que han atravesado el fallecimiento de un bebé en su seno interno, nos hemos reunido durante un año las subcomisiones de Ps. en Reproducción Humana y Fertilización Asistida y la de Ps. Perinatal del Colegio de Psicólogas y Psicólogos Distrito X. En ese recorrido conocimos a valiosas personas que se fueron sumando desde diferentes motivaciones y le fueron dando cuerpo al resultado final de la muestra artística. Lo curioso es que se fue elaborando, al modo de pintar un lienzo con variados colores y sin límites físicos, un cuadro de situación impactante por lo emotivo y porque participaron personas de diferentes puntos geográficos. Cabe destacar la labor tanto de las familias que se implicaron, tanto de manera individual con sus fotos, como de la



"Red Transdisciplinaria de Duelo Perinatal" y de las fotógrafas (Tamara Costanzo y Camila Marinone) quienes fueron el corazón de la muestra.

En las reuniones iniciales acordamos objetivos y de manera unánime imaginamos este proyecto como un punto de partida, no de culminación. Sería el primer punto del gran tejido que soñamos tejer en Mar del Plata. La certeza era "esto se tapa, se silencia, se naturaliza, no se le da lugar"; entonces cualquier escena que pudiéramos desplegar era condición de posibilidad, a modo de ceremonia mínima (Minnicelli, 2013) para que lo no dicho comience a circular y a su vez permitiría su inscripción en lo social e institucional. La mayor de las aspiraciones era la realización de una intervención artística en algún lugar público, al aire libre y cercano a algún Centro de Salud, quedando esa idea a concretarse para cuando seamos más los navegantes de este barco colectivo.

El colegio de Psicólogas y Psicólogos del Distrito X entró en escena, con su atinente lectura de que era necesario dar luz a la situación de duelo perinatal. Puso a disposición sus recursos humanos y económicos, formando parte de la planificación e implementación de la muestra que se sustentó en tres pilares: las familias, el acompañamiento y sostén profesional y lo artístico.

Desde la "Red Transdisciplinaria de duelo Perinatal" compartieron un proyecto que venían trabajando en el sentido de tramitación de las experiencias y del dolor a partir de la muerte de un hijo en gestación o neonatal. La consigna era realizar "la foto que no fue". De esa manera, la fotógrafa Tamara Costanzo ofreció, con el aval de las familias participantes, el material fotográfico que graficaba con precisión y estética el retrato de cada historia en su máxima expresión, acompañado con el relato vivencial de cada familia. Por su parte, la fotógrafa Camila Marinone, radicada en Barcelona, se sumó a la muestra con su proyecto "Regresar a Cero" (Marinone, C., 2017). Cabe destacar que dicho trabajo fue premiado por la Beca Connecta 't de Fotografía de la Vanguardia en 2017 y por el Festival Photogenic Barcelona (2018). "Regresar a Cero" retrata las vivencias de familias que atraviesan el duelo gestacional y perinatal. Un duelo del que, en nuestra sociedad actual, no se habla, no se conoce, no se informa. Un duelo desautorizado. "Donde se espera la vida, llega la muerte" (Marinone, C. 2017). Ha sido un honor contar con su material de alta calidad profesional.

Jeremías Tosi, autor del libro "Poemas para Gael" (2019), lo presentó en el marco de la muestra y compartió su experiencia vivida, con la claridad y serenidad de los que yacen en un plano superior.

El nombre de la muestra fue titulada "Los nacimientos sin vida también son sagrados"; frase emitida por la Red Transdisciplinaria de Duelo Perinatal que grafica la importancia de éstos para que no queden en el olvido.

El desarrollo de la jornada tuvo diferentes momentos; uno fue el silencio de la unión y el recuerdo, teñido de respeto por la memoria de los bebés, desde un abrazo simbólico fundido en una ceremonia con el encendido de un velón; otro fue el zoom entre todos los integrantes de la jornada, permitiendo dar voz y escucha a quienes pudimos estar en persona y a los que pudieron hacerlo a pesar de la distancia. Y por último es el que está siendo, la apertura a los diques que se formaron para transitar nuevos proyectos con la red construida.

Desde EPPICA (Equipo de Psicología Perinatal, Investigación, Capacitación y Asistencia)



consideramos que en nombre de cada familia en duelo, que no tiene consuelo, que sufre la carencia de sensibilidad institucional y profesional ya sea por la falta de protocolos traducidos en violencia obstétrica entre otras violencias, o la falta de concientización, les debemos girar el timón y dar un punto de inflexión para que al menos puedan valerse de un marco de abrigo y empatía. Mucho camino por recorrer... pero ya comenzamos!



Ps. María Pusterla - M.P. 46111

Con formación en Psicología Perinatal y de la primera Infancia y en Infancia e Instituciones.

BIBLIOGRAFÍA

Frankl, V.E (1985). *El Hombre en busca de Sentido* (6ta. ed.). Barcelona Herder

Freud, S. (1914-1916). *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Tomo XIV.* Amorrortu Editores.

Freud, S. (1920-1922). *Más allá del principio de placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras. Tomo XVIII.* Amorrortu Editores.

Lebovici (1973) *El lactante, su madre y el psicoanalista.* Amorrortu Editores.

Marinone, C. (2017) *Regresar a Cero.* <https://youtu.be/LoJv98Q64cU>

Minnicelli M. (2013) *Ceremonias mínimas. Una apuesta a la educación en el área del consumo.* Homo Sapiens Ediciones.

Tosi, J. (2019). *Poemas para Gael.* Reinaldo Cortés Editores.



Abordaje desde Salud Mental ante una muerte gestacional en una guardia obstétrica

Lic. Balconi, María Florencia

La muerte en las instituciones de salud suele ser leída como un signo de derrota y ello se acentúa en el ámbito perinatal. Allí donde el equipo médico se prepara para recibir la vida, confrontarse con que hay que acompañar la muerte se torna un desafío. En un área de urgencias, esto toma un lugar aún más relevante en tanto el equipo de salud se vuelve testigo del impacto que tiene la noticia para la familia y acompañan en sala de partos y/o quirófanos, según sea necesario, a la mujer en el encuentro con el bebé fallecido. Estar insertos en un área crítica como profesionales del campo de la salud mental introduce la dimensión subjetiva, y ello habilita a que nuestras intervenciones tengan como apuesta la emergencia de la singularidad y el armado de un relato propio, como lo evidencia un recorte clínico.

Palabras clave: muerte gestacional – guardia – salud mental

¿Cómo se le hace lugar a la muerte? ¿Qué lugar ocupa la muerte en el ámbito hospitalario y para los equipos de salud? ¿Qué lugar hay para la muerte en el ámbito perinatal, allí donde todo se prepara para recibir la vida? ¿A qué lugar somos convocados y desde donde operamos como psicoanalistas en el hospital? ¿Hay un único modo de hacerle lugar o se trata de cada quien pueda encontrar el modo singular para hacer con el lugar que deja la muerte?

Estos son algunos de los interrogantes que guían el presente artículo que se propone dar cuenta de una experiencia de trabajo como psicóloga en una guardia obstétrica de un Hospital Materno Infantil de la Ciudad de Buenos Aires ante un pedido de intervención por una muerte gestacional.

La muerte en las instituciones de salud suele ser leída como un signo de derrota y ello

se acentúa en el ámbito perinatal. En este sentido, Defey (1992) plantea que “la confrontación con la muerte fetal es vivida como un fracaso de la medicina y enfrenta al personal de salud con la frustración, la angustia y espeja la posibilidad de su propia muerte” (p. 120). Esto se encuentra en línea con que la imagen de un bebé que va a nacer representa el paradigma de la vida y, por tanto, es la imagen antitética de la muerte. Allí donde el equipo

*Hay que hacerle lugar a la muerte, para que la muerte no lo invada todo,
Catherine Mathelin.*



médico se prepara para recibir la vida, confrontarse con que hay que acompañar la muerte se torna un desafío. En un área de urgencias, esto toma un lugar aún más relevante en tanto, en múltiples ocasiones, es también la salud y la vida de la mujer la que puede estar en riesgo. Y a su vez, suele ser el área al que acuden las familias de forma inmediatamente posterior al diagnóstico de muerte fetal y donde el equipo médico debe decidir cuáles serán las intervenciones a seguir. Defey (1992) hace una mención especial sobre el manejo del equipo de salud en estas instancias, en tanto, se vuelven testigos del impacto que tiene la noticia para la familia y acompañan en sala de partos y/o quirófanos, según sea necesario, a la mujer en el encuentro con el bebé fallecido.

Formar parte del equipo de salud como profesionales del campo de salud mental es fundamental en tanto así queda incluida la dimensión subjetiva como parte de la atención y el cuidado integral que pueden brindar las instituciones. Ahora bien, estar insertos en el área de urgencias, implica revalorizar el concepto de interdisciplina como un posicionamiento ineludible. Azaretto y Ros (2015) en esta línea plantean que la interdisciplinariedad requiere que se establezca una posición frente a los otros campos de saber que reconozca lo que los otros saberes aportan y que también registre la incompletud y los límites del saber propio. En esta misma línea, Stolkner (2005) conceptualiza que el trabajo interdisciplinario es aquel en el que se consideran los aportes de diversas disciplinas y discursos para abordar una problemática. Es partiendo de estas conceptualizaciones que es posible pensar el rol del psicólogo en una guardia obstétrica, donde nuestra función es de escucha, y de establecer un necesario diálogo e interlocución con el equipo médico.

Ahora bien, como en todo sector de

guardia, la dimensión de la temporalidad es crucial al momento de pensar las intervenciones. Son los embarazos, las contracciones, los monitoreos y las evaluaciones y diagnósticos por parte del equipo médico y enfermería, las que van marcando el ritmo de trabajo posible. En el vaivén y movimiento que generan las posibilidades de espera y las situaciones de emergencia, en tanto requiere de atención inmediata, es que trabajamos como profesionales de salud mental. Podríamos pensar que es en la cadencia del tiempo cronológico, que estamos a la espera para proponer un nuevo ritmo: el del tiempo subjetivo.

El interrogante que nos atraviesa, es qué se hace con ese tiempo que se tiene que, en múltiples ocasiones, es breve y está acotado a la pausa entre las intervenciones médicas. Nuestra apuesta como psicoanalistas en el hospital es inaugurar otro tiempo, un tiempo lógico, donde frente a lo inexorable de la muerte, se apunte a lo más singular de su discurso en tanto sujeto.

Relato de una experiencia

Al sector de guardia, ingresa una mujer con un embarazo de 34 semanas de gestación; se detecta ausencia de signos fetales. La mujer es ingresada al área dado que se encuentra en trabajo de parto por presentar indicios de dilatación del cuello uterino. Luego de una primera valoración y atención por parte del equipo médico y de enfermería, se solicita la evaluación por parte del equipo de Salud Mental.

El tiempo de trabajo con la mujer, a quien llamaré Laura, se va dando y armando mientras permanece en el centro obstétrico y se va acomodando a sus tiempos, y al ritmo marcado por los controles que va realizando el equipo. El mismo es posible hasta que se decide operarla por cesárea de urgencia, por presentar desprendimiento de



placenta.

Ella relata que llegó al hospital porque durante la noche había notado ausencia de movimientos por parte de su bebé. Dice: "No entiendo cómo puede ser, hace dos días fui a un control y estaba todo ok, y ahora estoy así, con mi bebé adentro pero que no vive. No me explico lo que pasa."

Defey (1992) ubica que la muerte intrauterina del bebé confronta con un doble sentido de la noción de pérdida; en tanto a partir de ello hay un vacío interno como también externo, ya no hay un bebé adentro en tanto no vive, tal como lo expresa Laura, y no hay una presencia de un bebé afuera para sostener en los brazos. Ella se pregunta cómo se explica, cómo se entiende lo que sucede. No tiene palabras ni respuestas para nombrar la muerte de su hijo. Freud (1915) nos esclarece en este punto al conceptualizar que la muerte, en tanto forma de negación, es imposible de representar para el inconsciente. Y en esta misma línea, Ansermet (2014) plantea que cuando la muerte llega al mismo tiempo que el nacimiento, ello se convierte en una dialéctica difícil de situar y para la cual no hay representación posible. Dar la muerte, dando la vida, es el punto donde se entrecruzan la perplejidad y el horror, tal como lo define Freud (1915), en tanto el peligro adviene sin estar preparado para ello. ¿Es posible, en tal caso,

prepararse y anticipar lo que lógicamente es imposible de representar?

Laura continúa hablando y cuenta que tiene tres hijos, dos varones de 16 y 12 años y una niña de 6. La angustia pensar en cómo comunicarles la noticia, en particular a su hija menor quien al verla irse con el bolso, le preguntó si su hermano estaba pronto a nacer. ¿Cómo se cuenta la muerte de un hijo y un hermano, antes de nacer?



Tener que contar este desenlace a sus hijos, la confronta con otro interrogante que enigmático. “Hoy va a salir de mi panza, pero sin vida, no sé si se puede decir que nace. No sé ni cómo nombrarlo, ¿cómo le explico?”, dice. Laura se pregunta cómo se comunica aquello que no sabe siquiera cómo nombrarlo. ¿Qué es lo que se puede decir sobre la muerte? Sobre cualquier muerte, pero más aún sobre una muerte inesperada y a contrapelo del ideal del nacimiento. Se encuentra en este punto con lo que Ansermet (1995) también se ha preguntado y que es en tal caso la pregunta filosófica que introduce la muerte en el momento de nacer: ¿Cómo puede morir alguien que no ha vivido todavía?

Entre pausas, controles de salud, silencios, llanto, pedidos de Laura para continuar hablando, se arma el ritmo del trabajo posible como profesional de salud mental en la guardia obstétrica.

Rompe el silencio sostenido, diciendo: “ahora entiendo a mi mamá”. Relata que tuvo varias pérdidas gestacionales, y que ella recuerda “haberla visto con panza y que después llegara a casa sin el bebé”. Recuerda que, en el último embarazo de su madre, junto con su hermana menor, ya no se quisieron “ilusionar”, no sabían si nacería.

Laura puede re-situarse en su historia familiar al ubicar, en primer lugar, que ella como hija y como hermana también ha atravesado la pregunta sobre qué es lo que pasó con esos bebés que estaban en la panza pero que no llegaron a casa. Y es desde ese lugar, reconociendo ese interrogante en su historia, que comienza a trazar alguna respuesta posible a la pregunta acerca de cómo hablar con sus hijos, sobre todo con su niña, que es pequeña como era ella cuando su mamá volvió a su casa también sin un bebé.

En este sentido, Laurent (2004) propone

que la intervención, que a veces es única como en este caso con Laura, no debe apuntar a procurar el bien, sino más bien a propiciar el “bien-decir” del sujeto que pueda dar cuenta de su posición singular; para encontrar las respuestas de su propia historia. En este caso, para armar la historia que ella tiene para narrar: la de León, su cuarto hijo que vivió en su panza, como ella definió y eligió contar.

Algunas reflexiones

Ansermet (1995) introduce la pregunta sobre si acaso puede morir alguien que aún no ha vivido. También es posible preguntarse si puede vivir alguien que aún no ha nacido. ¿No hay acaso un hijo, un hermano, un bebé, en ese feto que muere intraútero? ¿No es posible pensar que ha vivido? ¿No es su inclusión en el entramado familiar un modo de no borrar su historia; sino inscribir su vida y también su muerte? Como psicoanalistas en el hospital, nuestra apuesta es a que, aún en momentos de perplejidad y de horror, como cuando una mujer se encuentra dando la muerte mientras da vida; podamos introducir la dimensión subjetiva para que cada quien pueda armar el relato de su propia historia. Porque incluir en la historia familiar lo acontecido, es lo que permite el inicio de un proceso de duelo, y eso es lo único posible ante la muerte.





Lic. Balconi, María Florencia - MN 61250

*Especialización en Psicología Clínica con orientación psicoanalítica (UBA).
Coordinadora del Programa Centros de Educación Temprana (CET) –
Gerencia Operativa de Inclusión Educativa – Ministerio de Educación del
GCABA.
Miembro de FunLarguía – Fundación Neonatológica A. Miguel Larguía*

Lugar de trabajo: Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

Correo electrónico: florenci.balconi@gmail.com

Breve resumen de CV:

Concurrencia finalizada en Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Atención clínica en el ámbito privado.

BIBLIOGRAFÍA

- Ansermet, F (1995) *¿De qué sufren los niños en neonatología? El niño, Revista del Campo Freudiano.* Barcelona.
- Ansermet, F. (2014) *La muerte antes del nacimiento. Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte.* Vol 10 (1) 6-15.
- Azaretto, C; Ros, B (2015) *Las relaciones del psicoanálisis y otros campos de saber en términos de multidisciplina- interdisciplina. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XII Jornadas de Investigación. XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.*
- Defey, D., et. al. (1992) *Duelo por un niño que muere antes de nacer: vivencias de los padres y los equipos de salud. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), 1173.*
- Freud, S. (1915). "De guerra y de muerte. Temas de actualidad". En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry (Trad.) *Obras Completas. Vol. XIV. Amorrortu, 1992*
- Laurent, E. (2004) *Principios rectores del acto psicoanalítico.*
https://elp.org.es/principios_rectores_del_acto_analitico_s/
- Mathelin, C. (2001) *Clínica psicoanalítica con niños. Nueva visión.*
- Stolkiner, A. (2005) *Interdisciplina y Salud Mental. XI Jornadas de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy. 7 y 8 de octubre de 2005. Posadas, Misiones, Argentina.*



Cuidados en el final de la vida.

Lic. Novaro, Natalia

Desde Revista Perinatal Argentina convocamos a la Lic. en Psicología Natalia Novaro, quien junto a su colega la Lic. Guadalupe Martín a través de la Red "Con la luna como cuna" visibilizan y acompañan en duelo perinatal y gestacional a personas y familias. Gracias Natalia por tu disponibilidad!

Lic. Carla Escobar

La muerte en el inicio de la vida

¿De qué hablamos cuando hablamos de duelo gestacional y perinatal? ¿Cómo acompañamos a aquellas familias que deben despedir a sus bebés en el inicio de la vida? ¿Por qué no hablamos de que los niños mueren incluso antes de nacer?

Estos y algunos otros interrogantes guiaron mi formación y mi recorrido y hoy comparto con uds. las respuestas que pude ensayar y mi vivencia como profesional y como madre.

De dónde partimos ¿Qué pasa cuando nos encontramos con la muerte en el inicio de la vida?

El postparto y el puerperio son momentos vitales de gran movilización de emociones. Se trata de una crisis vital que se atraviesa con una enorme vulnerabilidad y transparencia psíquica (Bydlowski, 2007). Cuando a esto se agrega atravesarlos en duelo la dificultad es aún mayor. Conllevan todos los procesos físicos y emocionales habituales, más los que agrega estar con los pechos llenos y los brazos vacíos. Se trata de un puerperio sin bebé. Una familia que aguarda un hijo y vuelve sin él a casa. Implica un corte disruptivo en sus vidas.

Los duelos gestacionales y perinatales son

duelos silenciados, poco visibilizados y desautorizados socialmente. Suceden mucho más frecuentemente de lo que creemos y deseamos. En países de América del Norte, Europa y Australia, la tasa de mortalidad perinatal se estima de 1 de cada 200 bebés. En los países en vías de desarrollo, 1 de cada 40 bebés morirán antes de nacer y 25 de cada 1.000 recién nacidos antes de los 30 primeros días de vida. En Latinoamérica y el Caribe diariamente mueren 255 bebés (Unicef, 2016; OPS, 2016). Pero, aun así, cuesta hablar de la muerte en el inicio de la vida.

Si bien se ha recorrido un camino importante en pos de la visibilización de este tema en los últimos años, queda mucho por hacer. Es necesario crear políticas sanitarias que favorezcan las acciones necesarias para que estos procesos sean más saludables. Solo por citar algunas acciones mencionamos, por ejemplo: alojar a las madres en espacios separados de aquellas que tienen sus hijos nacidos con vida, aconsejar que conozcan a sus bebés si así lo desean, ofrecer acompañamiento psicológico para estos momentos, favorecer algún tipo de ritual de despedida. Ayudar a crear marcas simbólicas que



le permitan luego hacer más llevadera la difícil tarea de elaborar la muerte de un hijo, que además probablemente nadie en su familia haya podido conocer. Estas son acciones entre otras posibles.

Es destacable que muchas de estas acciones no requieren de un gran presupuesto económico para ser llevadas a cabo. Son gestos humanitarios que se efectúan desde la amorosidad, el respeto y tratando de procurar cobijo a estas familias que en muchas ocasiones tienen apenas un par de minutos para conocer y despedir a su bebé.

Sin dudas cada familia vivirá desde su subjetividad esta situación, pero merece ser abordada profesionalmente con formación pertinente, con amor y mucha empatía. Es oportuno otorgarles la posibilidad de hacer registros simbólicos con este hijo. Recoger huellas de su paso por el mundo. Permitirles despedirse a solas, de ser posible guiarlos para que puedan recoger un mechoncito de cabello, tomar huellas plantares, tomar fotografías, etc. Todas estas acciones cobrarán sentido luego, durante el proceso de elaboración del duelo cuando la prueba de realidad, que aparece un tiempo después cuando el shock inicial cede, les devuelva a estos padres que la partida de su bebé es real y permanente. Que no se trata de una pesadilla sino de la realidad de sus circunstancias, y que de allí en más tendrán un enorme desafío para poder tejer una historia de amor a pesar del dolor.

Considerando la creación de marcas simbólicas como fundamental en el proceso de elaboración de este duelo, que muchas veces es sin cuerpo y sin imagen, y buscando dar identidad a este bebé e incluirlo en la narrativa familiar, fue que como grupo nos propusimos un proyecto: la



“Con la luna como cuna”... ¿Quiénes somos?

Mi nombre es Natalia Novaro, soy Lic. en psicología, con formación perinatal y especializada en duelo. Desde hace 6 años llevo adelante la Red de apoyo a familias en duelo gestacional y perinatal llamada “Con la luna como cuna”, con la intención de visibilizar la temática de duelo gestacional y perinatal. Esta idea surge en mí desde el deseo de poder dar luz a esta temática casi invisible. No solemos hablar de que los niños mueren, incluso antes de nacer, no hablamos de que los embarazos se detienen pensando en el dolor psíquico que esto puede producir.

Por momentos perdemos de vista que hay una preconcepción psíquica de nuestros hijos, que nos habitan desde el deseo, desde la ideación. El amor no nace el día del nacimiento, es durante la gestación que la ilusión crece y se instala, y cuando aparece la detención gestacional o la muerte perinatal toda esa ilusión se rompe en mil pedazos. Como sociedad debemos avanzar en este sentido y poder introducir esta incómoda idea de que los bebés pueden morir, y salir del sesgo de nuestro pensamiento en el que permanecemos creyendo



que solo mueren los enfermos y las personas mayores.

Como mujer atravesé esta situación en dos momentos de mi vida y el acompañamiento profesional fue fundamental para poder hacerlo en salud emocional. Fue por eso que decidí formarme de un modo bastante particular, con búsquedas bibliográficas y hallazgos en la literatura que era posible hace unos cuantos años. Hoy la Psicología Perinatal es una especialidad reconocida y en ese sentido el camino para las/os profesionales que desean dedicarse está más favorecido.

Desde ese momento acompañé familias que atraviesan estas situaciones en mi consultorio particular, habiendo sido parte del recorrido de más de 60 gestantes, pero además encontré la necesidad de crear este espacio de cobijo colectivo donde muchas más pudieran obtener ayuda, acompañamiento e información. Con la luna como

cuna es un proyecto que surgió en redes sociales y es llevado a cabo *ah honorem* (sin fines de lucro). Se ha consolidado en el tiempo y congrega actualmente en redes, más de 13 mil familias de Argentina y otros países. De ese espacio virtual, en 2018 surgió la demanda de armar grupos de padres que, en principio fueron presenciales en la ciudad de Bahía Blanca, y en el contexto del aislamiento por COVID-19, se realizaron de manera virtual. Esto nos permitió llegar a más familias, y en la actualidad realizamos encuentros mensuales en ambas modalidades, que guiamos junto a mi compañera también psicóloga, y en compañía de padres que están desde el inicio del grupo.

En los mismos se trabaja de modo esencialmente preventivo, favoreciendo la adecuada elaboración del duelo, con el plus del cobijo que sienten los padres y familias, al encontrarse con otros que atraviesan la misma



Créditos Diario La Nueva de Bahía Blanca



vivencia. Seguimos un lineamiento plural, en el cual es indistinta la causa de la detención gestacional o la muerte perinatal, como así también el tiempo que haya transcurrido de gestación o el tiempo que les tome a las familias arribar al grupo. Todos son alojados amorosa y respetuosamente.

Luego de que las familias están integradas al grupo, son invitadas a participar de distintos proyectos, los cuales tienen una doble función: por un lado, dar visibilidad del tema hacia la comunidad, y por otro, cumplen una función altruista, que permite otorgar algo de sentido a su dolor, generando y creando en nombre de sus hijos.

La caja de recuerdos

Uno de estos proyectos que llevamos adelante durante 2021 y 2022 fue la creación de la caja de recuerdos. La caja tiene una función muy importante en la elaboración del duelo ya que permite recoger algunos registros simbólicos, las huellas de palma y/o pie, mechoncito de cabello, pulsera, foto ecográfica, test embarazo, otros. Estos elementos, de importante valor para las familias son una herramienta para el tránsito del proceso de duelo, facilita la posibilidad de dar identidad a ese bebé que ha fallecido, y luego seguir historizando y haciéndolo parte de la familia. En las cajas también se incorporan objetos delicadamente diseñados por las manos de las familias del grupo, con información importante para ese momento, algunas recomendaciones, sugerencias y palabras de cobijo.

Las cajas se han pensado y elaborado a imagen de otras cajas de recuerdos, confeccionadas en otros países desde hace años. Y su implementación implica dos momentos fundamentales:

El inicial donde un miembro del equipo de salud, especialmente formado para ello, hace

entrega y acompaña idealmente su ejecución. En este primer tiempo funciona a modo de ritual de recibimiento y despedida del bebé.

Y un segundo momento, en el que se transforma en elemento facilitador de la narrativa de inscripción de este hijo en el linaje y de su inscripción única a lo largo del tiempo. Esto implica que las familias sigan incorporando elementos a la caja, transformándola en un objeto dinámico.

Personalmente permanezco en contacto con referentes que las llevan a cabo en España, y me he formado para luego capacitar al personal que cada servicio hospitalario destine para la implementación de este recurso.

Así, pusimos la Caja a disposición de los servicios que deseen contar con ellas, y una capacitación para su adecuada implementación.

Conocemos las múltiples dificultades que los equipos de salud sortean a diario en el ámbito público y privado y les garantizamos que, de ser necesario, los acompañamos no sólo con la capacitación, sino eventualmente acercándonos personalmente en la ejecución de la entrega a las familias. Consideramos muy adecuada la incorporación de esta herramienta, la sugerimos y apoyamos a partir de la capacitación correspondiente, con todo el peso de la experiencia recogida de aquellos países donde, desde hace años, es un hecho.

Nuestro proyecto surgió entonces desde el deseo de cubrir esta necesidad y se fue convirtiendo durante el proceso en un elemento de unión de las familias que se sumaron. Su elaboración incluyó encuentros para su diagramación, designación de tareas, distribución de roles, etc. Hubo que sortear inicialmente la dificultad de conseguir el recurso humano para poder materializar la idea. Para lo cual contamos con la colaboración de voluntarios y familias que





Créditos Diario La Nueva de Bahía Blanca

pintaron, cosieron, bordaron, diseñaron flyer. Juntos, y teniendo en cuenta sus vivencias, armamos un tríptico con la información que incluye la caja.

Dificultades en el camino...

Otro tema a resolver era el recurso económico con el que afrontar esta gesta. En nuestro caso decidimos destinar los aportes voluntarios que las familias hacen en nuestros encuentros mensuales y parte de los honorarios percibidos en el dictado de charlas y talleres.

Fue un largo proceso. Inicialmente me puse en contacto con otra red pionera en España, **“El Hueco de mi vientre”** para poder valerme de su experiencia. Ellos de manera absolutamente generosa se pusieron a disposición poniendo a nuestro alcance toda la información necesaria para la creación de las cajas y su implementación

posterior.

En el devenir tuvimos que sortear varias dificultades. Entre ellas las que añadió que nos encontrábamos aun en contextos de ciertos cuidados por la vigencia de protocolos vinculados a Covid-19. Esto sumado a la apretadísima agenda personal y la multiplicidad de compromisos particulares que cada integrante del grupo de trabajo poseía hizo bastante lento el avance del proyecto. Esta demora desmotivó y fue un gran factor de riesgo poniendo por momentos sobre la mesa la idea de abandonar su ejecución.

Otra dificultad a sortear se presentó también al momento de hacer entrega a los equipos de salud públicos y privados del recurso para que cuenten con él. Más allá de haber sido cálidamente recibido en su presentación formal presencial, de la bienvenida y celebración en redes y medios locales de difusión, se produjo en este momento de la



trasmisión cierta tensión en los servicios.

Es sabido que nuestro sistema de salud está precarizado y que ello implica para los profesionales desafíos cotidianos. Paradójicamente, el recurso que fue ofrecido de modo gratuito resultó un tanto resistido. De todos modos, no fue una completa sorpresa. Sabemos a priori que los servicios en muchos casos no cuentan con espacios donde se reflexione sobre el impacto emocional que tiene para ellos encontrarse con la muerte en el inicio de la vida. Por otro lado, al no formar parte de los equipos y ser un ofrecimiento externo también entendemos la amenaza que representa la incorporación en la práctica de una acción nueva que puede verse como compleja.

Para intentar disminuir estas resistencias, nosotros ofrecimos acercar la capacitación mencionada previamente para todos aquellos que desearan implementar la ejecución, les habilitamos la posibilidad de ajustar el contenido de la caja según la población que ellos tienen, retroalimentándonos de ese intercambio. Además, pusimos a disposición testimonios de familias que habían contado con el recurso y otras que no, y lo que había significado para ellas, de modo de que pudieran conocer de primera mano el impacto de la experiencia y observar claramente el factor protector que estaba en su manos suministrar.

Empoderar a los profesionales haciéndoles saber que su implicancia en este momento es fundante de la salud psíquica, sexual y reproductiva de las familias fue nuestro ordenador. Tejer un puente entre familias y profesionales. Con ese objetivo les transmitimos la enorme necesidad de que los cuidados en el final de la vida sean cálidos, empáticos, amorosos y humanizados, incluso en situaciones donde el final de la vida se produce junto al nacimiento, o incluso antes de él.

Otro aprendizaje fue la gestión de la continuidad del recurso económico y humano para lo cual tomamos estas dos acciones. Seguir incorporando voluntarios para las tareas artesanales de creación de los objetos y en adelante, la intención es que, si alguna familia desea una caja propia, podamos tener algunas disponibles para que la puedan adquirir mediante una colaboración. La idea es que, con lo que se recaude en estos casos, solventemos nuevas cajas para ser donadas a los hospitales. Encontrando de este modo otra manera de sustentar económicamente la continuidad del proyecto.

Por último, quiero señalar el plus de cobijo que resultó para las familias y voluntarios ejecutores, la puesta en acto del proyecto. Más allá de la satisfacción del trabajo terminado, de la consolidación como equipo, este proceso significó para ellos la posibilidad de honrar a sus hijos ejecutando acciones concretas por otros. Este acto altruista tuvo por resultado añadido todos los beneficios que estas instancias otorgan. Y les dio, según sus palabras, la posibilidad de ma/paternar aún en ausencia física. A título personal enriqueció mi trabajo clínico en una medida que no puedo cuantificar y le dio sentido también a mi dolor. Ya que como muchos profesionales que nos dedicamos a estos cuidados lo hago desde el lugar de conocer desde la piel como se siente despedir un hijo que uno gestó y parió pero que tuvo un paso fugaz por la vida pero que dejó una huella perenne como la hierba.



Reflexiones finales...

Para finalizar, les dejo un texto que escribí hace tiempo y que ilustra mi modo de pensar la muerte en el inicio de la vida:

"Recordar que el amor no termina con la muerte, pero tampoco nace con el alumbramiento".

"El vínculo entre los padres y los hijos precede largamente al día mágico de su nacimiento. Es desde muy temprano en la gestación que esta historia comienza a tejerse. Se funda en los deseos, en las ansiedades y hasta en los temores que habitan a esos padres desde la confirmación del embarazo. Podría decirse desde la búsqueda o desde la sospecha del mismo, según cada caso".

"Cuando un embarazo no llega a término y los padres no alcanzan a conocer físicamente a su bebé sufren como cualquier otro padre. No haberlo cargado en brazos, no haberlo llevado a casa no hace a la existencia de ese hijo menos real. Ni a la pena por su partida, menor. Muchas veces la hace más difícil aún y más incomprensible para el resto".

"Entonces, si ya eres padre, recuerda con qué sentimientos esperabas la llegada de tu hijo aún antes de haberlo tenido contigo".

"Si aún no lo eres, observa empáticamente todo lo que implica para otros esa espera".

"Y nunca de ningún modo juzgues ni minimices el dolor de aquellos padres que no pudieron vernacer a sus hijos".

"No olvides que un hijo se aloja primero en el corazón, luego en el vientre y si la vida lo permite más tarde en los brazos. Pero su existencia es real desde el comienzo mismo".





Lic. Novaro, Natalia - MP 1251

Psicóloga y supervisora clínica. Con formación en psicología perinatal, especializada en duelo.

Coordinadora del Área de psicología de Grinsiben, grupo interdisciplinario de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología.

Miembro fundadora de la Comisión de Psicología Perinatal del Colegio de Psicólogos Distrito I.

Miembro de la Comisión de Psicología Perinatal de ASAPER.

Fundadora de "Con la luna como cuna" Red de apoyo a padres en duelo.

Espacio de difusión para profesionales.

Docente tutora de Psicología Perinatal Argentina Instituto Interdisciplinario.

Docente de Diplomado de acompañamiento en duelo gestacional, perinatal y gestación arcoíris para Duelo y arcoíris Chile..

BIBLIOGRAFÍA

Bydlowski, (2007). La deuda de vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad. Biblioteca Nueva.

Con la Luna como cuna Duelo. [@conlalunacomocuna] (2022, 11 de Julio). [Video]. Instagram. <https://www.instagram.com/tv/Cf5HeTjOgjr/?igshid=YmMyMTA2M2Y=>

Gregoriotti, L. (2022). Un proyecto local busca acompañar a las familias tras la muerte de un bebé. La Nueva. <https://www.lanueva.com/nota/2022-7-10-6-30-13-un-proyecto-local-busca-acompanar-a-las-familias-tras-la-muerte-de-un-bebe>

Martín, G.; Novaro, N. (2022). Telefe Bahía. Muertes gestacionales o neonatales [video] YouTube. <https://youtu.be/MDXzEOxr6bU>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2021). La salud del recién nacido. <https://www.paho.org/es/temas/salud-recien-nacido>.

Unicef, (2016, Junio). Estado mundial de la Infancia 2016. Una oportunidad para cada niño. https://www.unicef.org/argentina/?language=es&paquete=DRTV¬a=GSBrand&utm_medium=GS&utm_source=DRTV&utm_term=&utm_content=&utm_campaign=DRTV&gclid=Cj0KCQqArsefBhCbARIsAP98hXQCB7A5kIfY5UtVo0Q5sty463WjgebXNCsjM6BKyrp8RCEiFaidJEaAu5IEALw_wcB



Una posible mirada integrativa y humanista para abordar el duelo gestacional y perinatal.

Lic. Verónica G. Pereda



RESUMEN

La dinámica del duelo gestacional y perinatal nos invita a reflexionar acerca de las múltiples posibles miradas y teorías de abordaje al tratarse de un duelo muy distinto a otros. Integrar la experiencia, aceptar la muerte dentro de la ciclicidad vida – muerte – vida, reconocer al hijo en el sistema familiar, transformar el dolor en amor, ponerlo al servicio de la vida posibilita a los dolientes ejercer su mapaternidad al construir una nueva forma de vincularse con ese hijo que no pudo tomar la vida.

Abrazar el proceso como oportunidad de reencontrarse con el propio sentir, con las emociones, con sus luces y sombras, con el derecho a ser acompañado por la sociedad, en un reconocimiento colectivo de ese hijo, así como en el sistema familiar, tiene como fin prevenir que el duelo se complejice, cuidando y

promoviendo la salud mental de los mapadres y sus descendientes.

PALABRAS CLAVE

Duelo gestacional perinatal– dimensiones del duelo - mapaternidades invisibles – transformación – cosmovisión

¿Es pertinente el modelo de etapas para abordar el Duelo Perinatal?

Desde el enfoque tradicional se conceptualiza al duelo como un afecto normal, una reacción a la pérdida de un ser amado, cuyo correlato es la pérdida del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de escoger otro objeto de amor en reemplazo y el extrañamiento de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del fallecido (Freud, 1917). Es así que la persona doliente se encuentra inmersa por el trabajo del duelo, el criterio de realidad demostró que su objeto amado ya no existe y ahora tiene como tarea quitar toda libido que lo enlaza a él. Este camino del duelo se realiza en 5 fases según el modelo de Kübler-Ross (1969). Inicia con la negación de su realidad, de la pérdida, acompañada por un estado de shock, le sigue una fase de ira, donde la persona se siente frustrada y enfadada para luego pasar por la 3er fase, que es la negociación, allí vislumbra la esperanza de que algo pueda cambiar realizando algún acto, pero al darse cuenta de



tal imposibilidad, la embargan sentimientos de tristeza y desolación, es en esta 4ta fase que su mundo ya pierde sentido, y va camino hacia la aceptación de su pérdida y de su proceso, como 5ta fase. ¿Se trata sólo de aceptar y seguir adelante? ¿El camino del duelo es ir pasando de etapa en etapa?

Múltiples dimensiones del Duelo Perinatal

Les invito a reflexionar en cómo será esa dinámica de aceptación de la realidad como tarea para esa mamá y ese papá que su hijo falleció en ese preciso momento cuando se estaba esperando la vida y en su lugar les sorprende la muerte como un hecho disruptivo. Hay una imposibilidad de tramitarlo en el momento de lo ocurrido, pues se quedan en pausa, con esa sensación de que todo se detiene, sin una debida despedida que les brinde paz y calma, al tratarse de un duelo inesperado (Parkes, 2001) donde todo su mundo interno, todo su futuro proyectado, sus ideales, sus creencias, su fe, todo se detiene, se rompe y cae con un estruendo silencioso. En ese gran vacío sólo cabe el dolor, la profunda tristeza y un desconcierto aterrador, se configura un trauma, ante la imposibilidad de que la experiencia sea tramitada y simbolizada y también por las circunstancias que la rodean, sumando más dolor al dolor. Pues se trata de un duelo invisibilizado por la sociedad y el sistema de salud, silenciado y desautorizado, se espera una inmediatez en su superación; esto conlleva consecuencias subjetivas que pueden ser devastadoras.

Así comienzan a transitar los mapadres el camino del duelo, la madre por su parte, en una situación de vulnerabilidad emocional, llamada "transparencia psíquica" (Bydlowski,

2007) frágil y sensible atraviesa un puerperio invisible, sin hijo. Vacío su vientre y vacía la cuna, pero sus pechos llenos de leche, de dolor y de amor. El padre no es ajeno a esta situación del duelo invisible, con un vínculo emocional y afectivo con su bebé inmerso en esta situación, la sociedad le pone un peso a sus espaldas, se le exige como mandato: "Tenés que ser fuerte". Esta realidad deja a ambos en soledad sin poder duelar como necesitan, sin poder expresarse, sin tener el derecho a sentir, vuelcan hacia adentro todo su dolor, se aferran a él como si fuera su hijo, como otra forma de demostrar su amor, se conectan al dolor. El deseo en la pareja también es tomado por el duelo, quedando así congelado. Si hay otros hijos en la familia realizan el duelo al igual que sus mapadres, también sufren, están desconcertados y necesitan explicaciones de lo sucedido, pues esperaban la vida, un compañero de juegos, la hermandad y todo se desmoronó para ellos.

Otras posibles miradas al duelo.

Alba Payás Puigarnau (2010) propone un modelo que integra estos aspectos de la vivencia, donde estas dimensiones y emociones conviven en simultáneo impactando en la persona de distintas formas con diversas maneras de afrontamiento, es el modelo integrativo-relacional que incluye la dimensión de crecimiento y transformación. Por su parte, en sintonía con ello, tanto Worden (1997) como Neimeyer (2007) proponen modelos donde el doliente forma parte activa de su propio proceso, basándose en tareas que tiene que realizar para poder elaborar la pérdida, aceptarla e integrarla. Estas nuevas propuestas de modelos de abordaje del



camino del duelo rescatan lo valioso y saludable que es atravesarlo, metiéndose de lleno en ese mar tempestuoso de las emociones, abrir el corazón y permitirse sentir, de poner palabras a esas emociones, de poder nombrarlas, nombrar lo sucedido, tomar este presente tal cual es, con todo lo que ello implica, considerándolo saludable. El duelo como olas de emociones que van y vienen, como una espiral, pudiendo atravesarlas varias veces, las que sean necesarias, en un movimiento circular y regresivo, no lineal, se avanza y retrocede, en un tiempo sin tiempo preestablecido.

Reinvención, Reconstrucción y Reconexión

Es en ese transitar que la madre y el padre en duelo pueden reconocerse en estos que hoy son, con sus luces y sombras, reconstruirse como personas, como padres, madres, como pareja, invocar a su bebé con la palabra y el corazón. Hellinger (2011) y Sellam (2010) teorizan sobre el valor de darle su lugar y reconocimiento en la familia para así mantener

el orden, la numeración de los hijos, la importancia que merece cada uno, el amor y el reconocimiento para cada hijo como un derecho, para no convertirse en tabú, en un secreto familiar, en un duelo congelado que obtura y para que un nuevo bebé no quede ligado a éste por sustitución o reemplazo, mas no podrá vivir su propia vida sino la de aquél. Entramar así la historia de cada miembro de la familia es sanador y reparatorio.

¿En un duelo invisible, es posible pensar en una mapaternidad también invisible? ¿Acaso esa ligazón emocional entre padres e hijos que se fue armando mucho antes incluso de la gestación culmina con la muerte? Refiero a la también llamada maternidad de brazos vacíos. Dado que un hijo lo es para toda la vida para quien lo recuerde, lo nombre, lo honre, pues una madre y un padre también lo son para toda la vida, en un vínculo que está fuera de la lógica del tiempo tal como la conocemos, incluso más allá de la vida, más allá de la muerte. Dar acogimiento y bienvenida a ese hijo, de pensar la despedida como





reencuentro, hacia el camino de la transformación y el crecimiento (García Medina, 2017) ya que son lazos incondicionales, conlleva una reconstrucción del vínculo tal como estaba dado, reconocer esta nueva realidad, integrarla, legitimarla permite resignificar este nuevo lazo que une a esa madre, a ese padre con este hijo. Mapaternar cuando no está la presencia física del hijo, lleva a los padres a la búsqueda de recursos para lograrlo. A través de la ritualización de la pérdida (Álvarez, 2009) como inscripción simbólica de la experiencia se puede seguir expresando lo que no se pudo, de hacer tangible lo intangible, de armar recuerdos por medio de la creatividad y toda expresión artística posible. Tamara Costanzo (2022) en este sentido, desde la fotografía aporta al tema el uso de la misma como recurso para acompañar la muerte, una herramienta de integración para dar presencia en la ausencia, como creación de recuerdos. Poder expresar posibilita a esos mapadres acunar a su hijo a través de rituales, de actos simbólicos, de honrar su corta memoria de la manera en que así lo dispongan y en sintonía con su sentir, de despedirlo de un modo amoroso, digno y respetuoso.

Junto a una sociedad que les reconozca y legitime colectivamente su dolor, el miedo y el amor, les da la posibilidad de que ellos se permitan duelar todo lo que tengan por duelar, siendo un tipo de duelo abierto, con múltiples micro duelos, y a su vez, celebrar la vida, abrazarla con sus luces y sombras. Es importante el contacto con un equipo

interdisciplinario de profesionales que acompañe de manera integral, abordando todas las dimensiones de la persona (Dominguez Prieto, 2017), desde el primer momento, escuchando, otorgando derechos y compartiendo herramientas para no dejarlos en la completa soledad, ni sumar más dolor al dolor, ya que puede complejizar el duelo.

En virtud de lo expuesto hasta aquí podemos pensar al duelo como la invitación a la transformación, a la oportunidad, atravesando la dimensión espiritual, de descubrir el potencial emocional, de abrirse paso a la búsqueda de la propia existencia, de los sueños y deseos, de cómo vivir la vida, incluso un cambio en la identidad. Esta transformación del dolor en amor y poner al servicio de algo mayor ese amor que quedó entre las manos, se convierte en un tesoro.

El duelo es solamente amor. Es todo el amor que quisieras dar, pero no puedes. Todo el amor que no expresaste se reúne en las esquinas de tus ojos, es el nudo en la garganta y el hueco en el pecho. El duelo es el amor que no tiene a donde ir.

(Anderson, Jamie)





Lic. Verónica G. Pereda - MP 82375

En formación constante en acompañamiento en duelo gestacional y perinatal y en crianza respetuosa, acompañando a las familias en el cuidado de la salud mental perinatal. Integrante de la Red Transdisciplinaria de Duelo Perinatal.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, M.; Claramunt, M. A.; Carrascosa, L.; Silvente, C. (2014). *Las voces olvidadas. OB STARE*
- Bowlby, J. (1983). *La pérdida (El apego y la pérdida). Vol III. Paidós*
- Bydlowski, M. (2007). *La deuda de la vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad. Biblioteca Nueva*
- Claramunt, M. A.; Álvarez, M.; Jové, R.; Santos, E. (2009). *La cuna vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo. La Esfera De Los Libros, S.L*
- Costanzo, T.; D'Aquino, M.; Felitti, K.; Fernández, M.; Johnson, C.; López, S.; Morgan, L.; Álvarez, A.; González, V.; Sakr, M.; (2022) *para Bebés muertos y no nacidos. Imaginarios, prácticas y políticas en torno a las interrupciones y pérdidas gestacionales en Argentina y España. CEILCONICET*
- Dominguez Prieto, X., (2017). *El arte de acompañar. PPC*
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía. Obras Completas. Tomo II. El Ateneo*
- García Medina, A. (2017). *Acunando la luna, despertando al sol. Autores de Argentina*
- Hellinger, B. (2011). *Órdenes del amor. Herder.*
- Kubler-ross, E., (1969). *Sobre la muerte y el morir. New York: Mac-Millan Publications*
- Neimeyer, R. A. (2007). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Paidós.*
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional. Paidós.*
- Sanabria, C. (2021), *Mapaternidades invisibles. Cuando la muerte perinatal invisibiliza, silencio y violenta a las mujeres, personas gestantes y sus familias. Gráfica América.*
- Sellam, S, (2010). *El síndrome del yacente, un sutil hijo de reemplazo. Berangel.*
- Worden, J. W, (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Paidós.*



Acerca del duelo perinatal: una articulación con retratos cinematográficos de la serie televisiva

Grey's Anatomy

Lic. Jazmín Alfie

En el presente trabajo se realiza una revisión de la temática del “duelo perinatal”. Se articulan imágenes de una serie televisiva a fin de visibilizar aspectos relacionados al tema en cuestión. Se realizan observaciones sobre la importancia del trabajo del profesional de salud mental perinatal en esta área.

Se concluye en la importancia de continuar visibilizando la problemática del duelo perinatal y de lo imprescindible de la figura del profesional de salud mental perinatal en el tratamiento de los mismos.

Palabras clave: duelo perinatal – procesos subjetivos – ejercicio profesional – visibilización.

Introducción

El siguiente trabajo consiste en una revisión de la temática del duelo perinatal y una articulación con escenas de la serie televisiva Grey's Anatomy, donde la conflictiva mencionada aparece en escena. La serie televisiva en cuestión relata historias del staff médico de un Hospital en Seattle (Estados Unidos), el equipo de salud y sus pacientes.

Se tomará como marco teórico para este trabajo el Modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF). Dicho modelo es fuente de referencia en el ámbito de la perinatología y la atención centrada en la familia. Se utilizará además bibliografía ampliatoria que da cuenta de los aspectos emocionales inherentes a procesos subjetivos propios del duelo.

Acerca de la muerte y el duelo perinatal

La muerte perinatal incluye tanto al período

gestacional como el neonatal. Ambas se suceden de un proceso de duelo, al que me referiré como “duelo perinatal”. Si bien éste es más amplio (ya que incluye otros duelos) aquí utilizaremos el término para referirnos a los mencionados escenarios con mayor facilidad y fluidez.

La muerte gestacional puede advenir de manera sorpresiva para los padres, también puede ocurrir luego de diagnósticos que la anticipan. Del mismo modo, la muerte de un recién nacido puede advenir luego de diferentes escenarios: muertes que acontecen luego de rápidas descompensaciones, muertes repentinas, muertes luego de largos períodos de anticipación y previsibilidad de dicho desenlace, muertes predecibles por diagnósticos antenatales.

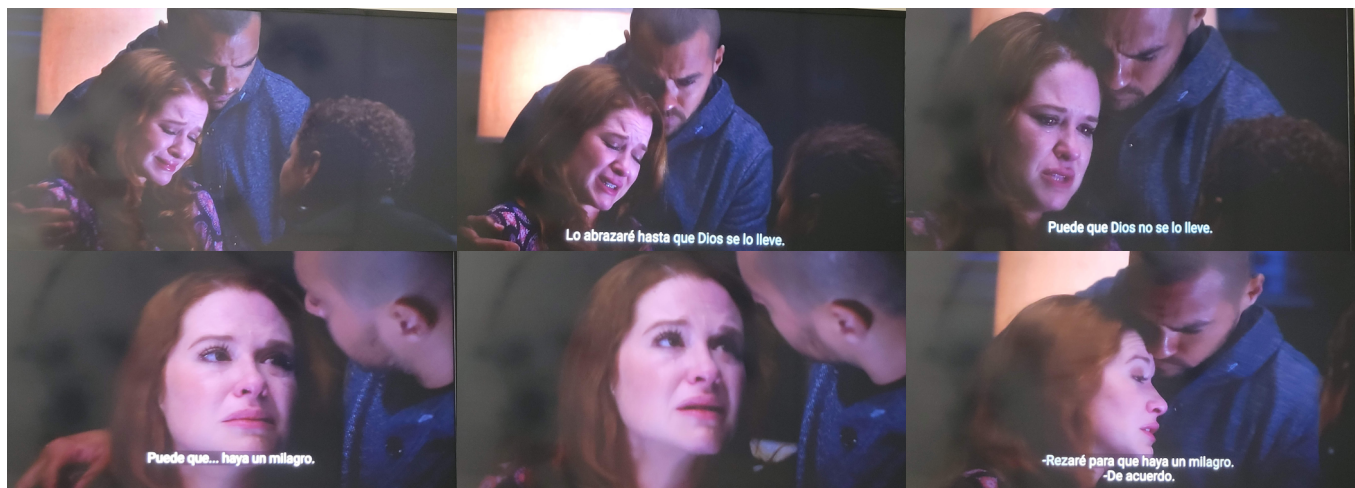
A.L Ruiz (2005) explica que los padres de un niño/a que va a morir se ven sacudidos por numerosos temores y preocupaciones, entre ellos el miedo a que sufra y al dolor. La autora da cuenta



de la negación, como la primera reacción de los padres ante la muerte. La negación consiste en una reacción defensiva usual en este contexto. Muchas veces se encarna bajo la figura de escenarios milagrosos esperados por los padres pese a diagnósticos y/o pronósticos ya conocidos y comunicados. Se observa tanto en internaciones

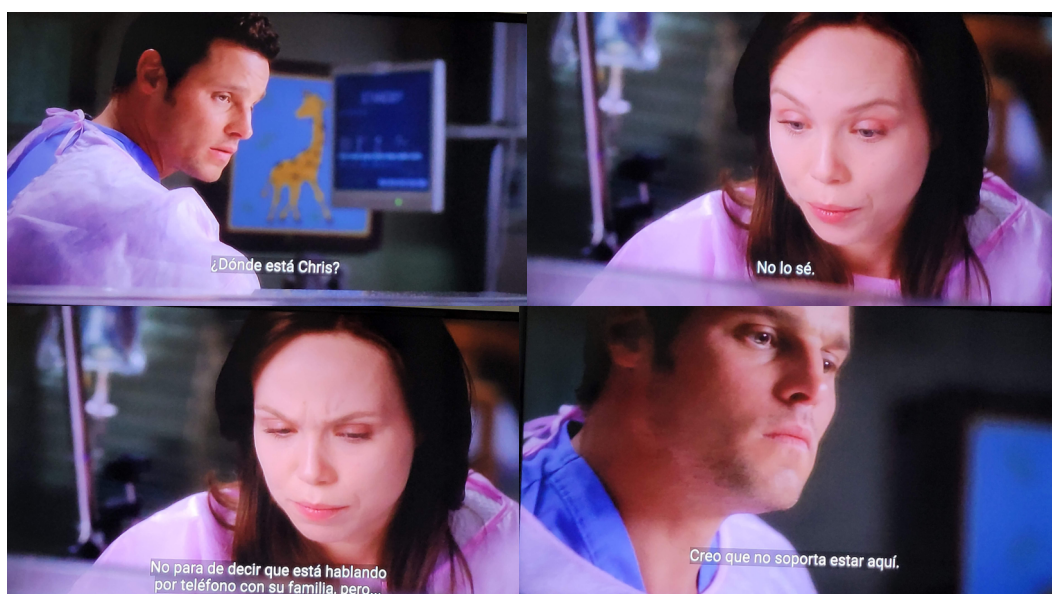
neonatales como en la comunicación de diagnósticos prenatales que prevén gravedad de salud, finitud y/o incompatibilidad con la vida.

Esto se observa en la imagen a continuación, donde la pareja parental recibe el diagnóstico prenatal de una patología incompatible con la vida y una muerte que se anticipa de manera certera.



La sensación de extrañamiento e irrealidad tan marcada que suele aquejar a los padres puede también conducir a otra reacción defensiva: la evitación, arraigada en un profundo

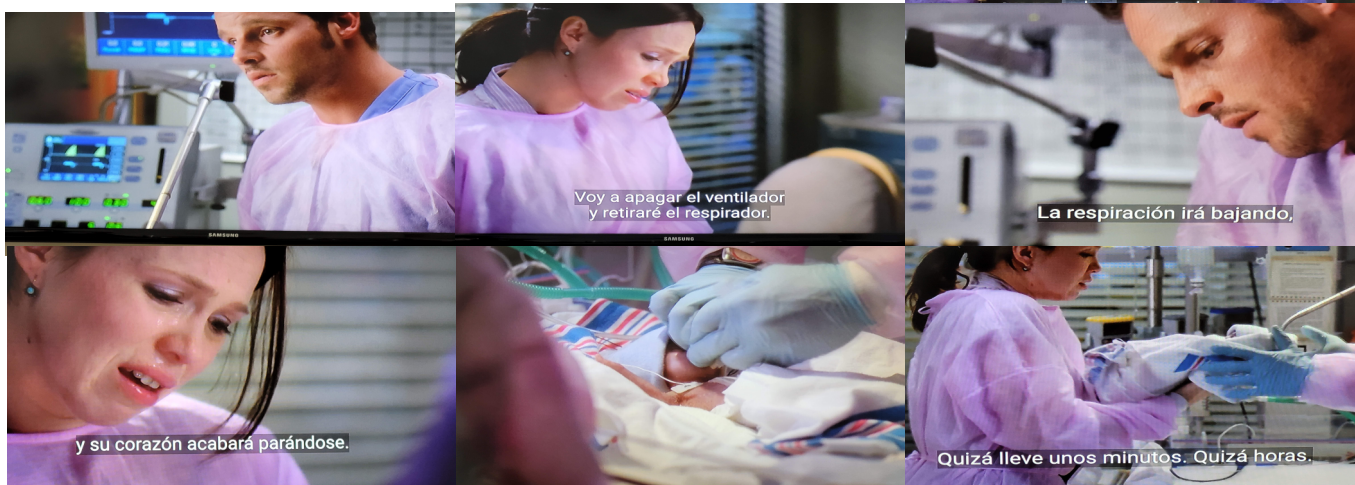
dolor y una marcada negación a la aceptación de finitud de vida de ese bebé. A continuación, se retrata una escena que lo refleja:



Sobre la muerte del recién nacido cuando ésta es inevitable, el modelo de MSCF (2012) explica:

Cuando las condiciones emocionales de los padres lo hacen posible (aceptación de la realidad y confianza en la información recibida), pueden apagarse las alarmas manteniendo los accesos endovasculares y la asistencia respiratoria mecánica, aunque sea con parámetros mínimos, con el único objetivo de que los padres no perciban un cese completo en la asistencia. Este procedimiento, que impresiona como contrario al juramento hipocrático o a los intereses del paciente, no es tal cuando se entiende que la muerte, cuando es inevitable, también debe ser respetada en su dignidad. Los padres expuestos a esta intervención, casi siempre final, participan con dolor, pero recuperan su rol protagónico de padres. Posibilitar la muerte de estos hijos en brazos de sus padres es comparable a la propuesta para los adultos de “morir en casa” (p180).

A. L Ruiz (2005) reconoce: “Hay por cierto una tarea asistencial, bien compleja y difícil que es la de ayudar a morir bien” (pág.144).



En las escenas se observa: las condiciones para una muerte en brazos, el acompañar en el morir y las reacciones más frecuentes de los padres cuando la muerte acontece. Es una buena práctica clínica dar al niño en brazos de sus padres para el momento del fallecimiento o dar al hijo/a y/o que los padres vean a su hijo si ha fallecido de manera

intrauterina o en el periparto. Poder ver al hijo/a y tener contacto físico con él, incluso luego de fallecido (siempre que los padres así lo quieran), es un aspecto que suele ser agradecido y reconocido por ellos y muchas veces resulta favorecedor del duelo.





Respecto de cuando la muerte acontece, A.L Ruiz (2005) explica: “La madre expresa su dolor psíquico en su postura, en su actitud, cuando permanece en la sala de internación y en la imposibilidad de poner en palabras lo que siente” (pág. 151). M Klaus y J Kennell (1978) también daban cuenta de esto, al describir que al principio puede existir un período de embotamiento o aturdimiento.

Los mencionados autores (1978) detallan cinco reacciones patognomónicas del duelo: malestar somático, preocupación con la imagen del difunto, culpa, reacción hostil, pérdida de las pautas de conducta usuales (pág. 190). Por su parte, E. Kubler Ross menciona cinco etapas: negación y aislamiento; ira; pacto o negociación; depresión y por último aceptación.

S. Freud (1915) define el duelo como la reacción que acontece luego de la pérdida de una persona amada.

El duelo perinatal se enmarca dentro de estas definiciones y caracterización: el duelo por un hijo/a que fallece es complejo a nivel subjetivo y representa a nivel emocional una tarea difícil.

Para su elaboración es necesaria y favorecedora la presencia de un profesional de salud mental perinatal que acompañe en cada etapa a la persona en duelo.

Acerca del rol del profesional en salud

mental perinatal acompañando los duelos

En cuanto a las pautas de trabajo para familias que cursan duelos perinatales, se seguirá el camino de la individualidad y la lógica del “caso por caso”, con el respeto a la singularidad de cada proceso. Sin embargo, resulta interesante un especial trabajo sobre ciertos aspectos puntuales.

En primer lugar, es fundamental saber que al encontrarnos con padres en duelo, nos enfrentamos a sujetos y familias que atraviesan numerosas reacciones emocionales.

Puede aparecer el sentimiento de impotencia y la sensación de frustración al no haberse podido dar otro destino y otras posibilidades para su hijo/a. También en este contexto suele aparecer la culpa. Ramírez y González (2016) dan cuenta de esto: “Conocer (...) los diagnósticos en juego, trae aparejada la emergencia de angustia en la mujer y el cuestionamiento acerca de los motivos que pudieron provocar esta nueva situación. Con frecuencia, el sentimiento de angustia se liga a cierta idea de culpa” (p. 1). Con frecuencia los padres, antes y luego del fallecimiento buscan alguien en quien depositar la responsabilidad por la situación que atraviesan: muchas veces se cuestionan qué se podría haber hecho distinto y allí es cuando la culpa suele aparecer en escena.

Es importante el rol del profesional de salud mental perinatal para acompañar a



los padres en dichas vivencias y construir en conjunto una imagen de sí y de la situación que permita una mejor elaboración del proceso.

En segundo lugar, puede ocurrir que, dado el desenlace, los padres se sientan vulnerados en su rol como padres y que sientan que no han podido darle a su hijo/a lo que esperaban para él/ella. Esto puede asociarse a la sensación de haber sido “poco útiles”, en un contexto de urgencia y/o alta complejidad médica.

Como explican M.A González, M. Larguía y C. Lomuto (2007) durante las hospitalizaciones de niños gravemente enfermos o en riesgo de morir, puede ocurrir que los padres se sientan en una postura pasiva con respecto a la actividad que observan del personal de salud, los esfuerzos que éstos realizan y la compleja asistencia tecnológica puesta a disposición del recién nacido. El cuidado quedaría, a sus ojos, como un cuidado relegado a otro/s y esto podría tener consecuencias en su vivencia y su sentir (se) en relación a sus hijos/as. Los mencionados autores (2007) explican:

Esa ‘cesión de competencias’ es solo transitoria, médicos, máquinas y enfermeras no pueden suplir jamás la intensidad de los afectos dirigidos al pequeño hijo. El deseo por la vida que anima a cada humano recién nacido debe sostenerse desde otro que no es cualquiera, otro que tiene un valor fundamental en su vida, para quién él representa un objeto de amor y de trascendencia, es decir: una madre y un padre, o quienes cumplan esa función (p. 177).

El trabajo del profesional de salud mental perinatal con las familias gira en torno al fortalecimiento del rol activo como padres, como cuidadores esenciales y a la validación de tal lugar e identidad (aún en el

fallecimiento del hijo/a). Es importante el reconocimiento de los actos de amor y cuidado para con su hijo/a, incluso y especialmente en su final de vida.

En tercer lugar, es necesario un trabajo de favorecimiento de la expresión de emociones tanto en los padres como en resto de la familia, como por ejemplo en los hermanos. M Klaus y J Kennell (1978) explican: “A los niños les resulta muy difícil interpretar y entender las reacciones de duelo de sus padres si éstos no les comunican lo que sienten ni les dan explicaciones” (pág. 196). Detallan “Las ideas que los niños se forman por la muerte de un hermano pueden ser devastadoras (...). Correspondería ayudarlos a que expresaran con palabras sus sentimientos” (p. 196).

Puede ocurrir que esto no resulte una tarea sencilla para los padres. Por ese motivo es que el profesional de salud mental perinatal puede acompañarlos en el armado conjunto de recursos y estrategias comunicacionales.

Por último, es menester considerar que cuando se presentaran signos de alarma en los padres que atraviesan duelos perinatales, un profesional de salud mental perinatal puede colaborar en esa detección temprana y en un tratamiento oportuno, para evitar que esos signos de alarma deriven en reacciones patológicas más acentuadas.

El rol del profesional consiste en acompañar hacia otros posibles modos de afrontamiento de la crisis, brindando recursos y herramientas.



Conclusiones

Tal como explican M Klaus y J Kennell (1978) el profesional de salud que acompaña a la familia tiene la tarea de “ayudar a los padres a procesar la pérdida y tornarla real; asegurar el comienzo de reacciones de duelo normales (...) y satisfacer las necesidades individuales de determinados padres” (p. 173). Los mencionados sostienen que es importante que los padres en duelo puedan dar lugar a todas las reacciones emocionales típicas del proceso en pos de un mejor desenvolvimiento del mismo.

Es en este sentido que resulta imprescindible la figura del profesional de salud mental perinatal en el tratamiento de los duelos perinatales: su abordaje debe acompañarse y apoyarse en profesionales idóneos, con formación específica y especializada.

De esta manera se concluye en la importancia de continuar visibilizando la problemática del duelo perinatal: por menos duelos en soledad y más duelos acompañados, donde las familias puedan sentirse habilitadas y acompañadas en su proceso y su dolor.

Lic. Jazmín Alfie - M.N 63724

Maternidad Sarda

jazalfie@gmail.com



Lic. en Psicología. Psicóloga con orientación perinatal.

Concurrencia completa en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Becaria Ministerio de Salud CABA HMIR Sardá.

En formación posgrado Psicología Perinatal (CIIPME-CONICET).

Carrera de especialización Psicología Perinatal – UBA (En curso).

Miembro de FUNLARGUIA.

Miembro y vocal del capítulo de Clínica en Salud Mental Perinatal (AASM).

BIBLIOGRAFÍA

Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. Tomo 14. Amorrortu Editores.

González, M.A.; Naddeo, S.J. (2007). Niños internados desde el comienzo de la vida. *Familia, internación neonatal y salud mental*. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 26(4), 155-158

González, M.A. (1996). Acerca de la conflictiva familiar en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, XV, N° 2

González, M. A., Larguía, M., & Lomuto, C. (2007). Contención de padres en crisis. *Comunicación y manejo de los padres de RN en riesgo de morir*. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 26(4), 177-181.

González, M.A; Ramírez, M.R. (2016). *Salud Mental y Prematuridad*. En Valenti, E; Larguía, M. *Perinatología Hoy y Mañana*. Ed. Ascune.

González Klaus, M.H; Kennell, J.H. (1978). *La relación madre-hijo. Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.

Larguía, A.M; González, M.A; Solana, C.; Basualdo, M.N; Di Pietrantonio, E.; Bianculli, P.; Ortiz, Z.; Cuyul, A; Esand, M.E. (2012). *Maternidad Segura Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural. Conceptualización e implementación del modelo*. Buenos Aires. http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=904:psicologia-perinatal-ayer-y-hoy-y-reflexiones-sobre-sus-especificidades-en-tiempos-de-pandemia-covid19&catid=11:alumnos&Itemid=1

Mathelin, C. (1998). *Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*. Ediciones Nueva visión

Ruiz, A.L. (2004). *El bebé prematuro y sus padres: creación de un programa de Intervención psicológico implementado en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales*. Miño y Dávila Ediciones



*“El arte no reproduce lo visible,
hace visible”*

Paul Klee



La Fotografía

Acompañando

el Duelo Perinatal

La Fotografía Acompañando el Duelo Perinatal

Tamara Costanzo

Ante la abrupta e irremediable realidad de la muerte de un hijo en el periodo de gestación, perinatal y/o neonatal, las familias se encuentran inmersas en un profundo y visceral dolor, con los brazos vacíos, los anhelos y proyecciones en pausa, y el silencio profundo al que lleva una sociedad que aún permanece en el oscuro tabú de la muerte¹ y el dolor.

Desde la fotografía podemos acompañar a las familias a hacer visible aquel amor que permanece, ese vínculo que no muere y se hace presente en el sistema familiar, y en el devenir de todos aquellos que lo aman y recuerdan.

Tomando como referencia 4 características² propias de este duelo, la falta de tiempo, el ser un duelo desautorizado, que será un proceso abierto y la falta de representación psíquica, haré un recorrido de cómo la fotografía puede ser una herramienta sanadora para la elaboración del proceso personal.

Palabras Clave: Fotografía, Duelo Gestacional, Duelo Perinatal, Duelo Neonatal, Acompañamiento.

Falta de Tiempo

“Vivir la eternidad en un instante y hacer de un instante una eternidad” Rosa de

Luxemburgo

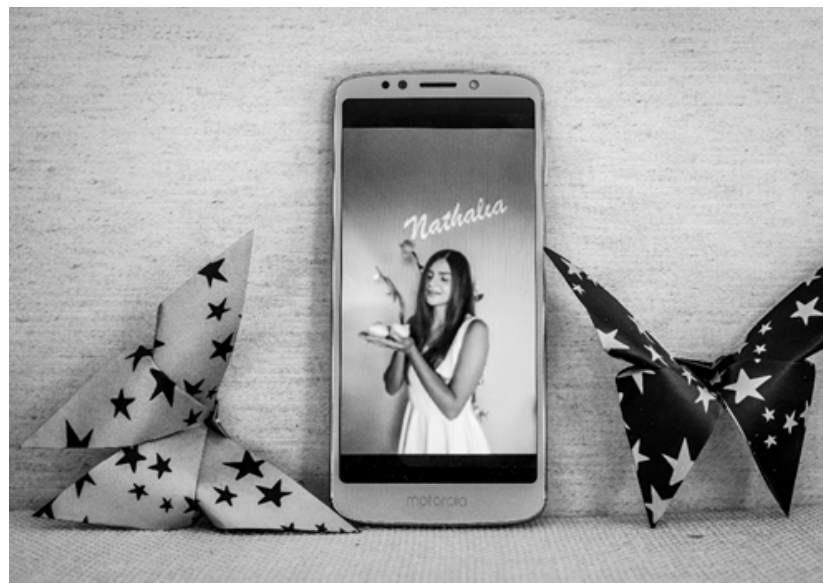
La fotografía permite capturar y congelar aquellos escasos momentos que podrán compartirse con el bebé, volviéndolos eternos, garantía de una memoria que puede verse afectada por el impacto del shock del acontecimiento de la muerte, por la sedación que se haya administrado a la madre, o por el mismo paso del tiempo.

Muchas veces aún se ve desprovista la familia del derecho a tomar contacto con su hijo, tenerlo en sus brazos, darle un beso, y sólo lo ven por pocos minutos, lo que genera que ni siquiera existe este registro corporal para evocar la memoria.

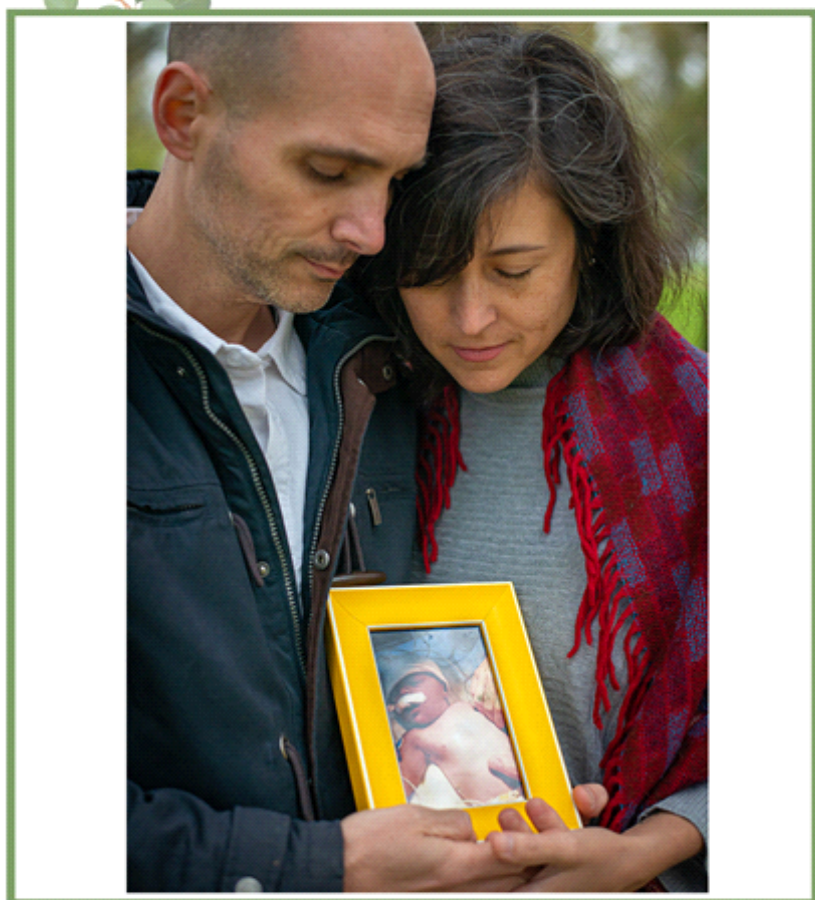
Muchas familias me han compartido la angustia y culpa que genera el miedo a olvidar el rostro de su hijo, y cómo la fotografía da alivio a este sentir. “Veo esta foto y puedo sentir su olor” comentaba la mamá de Briana en una Tribu de Mujeres en Duelo facilitada por la Red Transdisciplinaria de Duelo Perinatal, al presentarle a sus compañeras la foto que fue tomada en el nacimiento de sus hijas, en la que ella sostiene en sus brazos a su bebé que había fallecido hacía ya varias semanas en el vientre.

¹ Montse Morcate. "Duelo y fotografía post-mortem Contradicciones de una práctica vigente en el siglo XXI". Revista Sans Soleil Estudios de la Imagen, N°4. Barcelona. 2012

² Extracto de la lección del Módulo 2 de la formación "Acompañante en duelo perinatal" de María Andrea García Medina. 2021



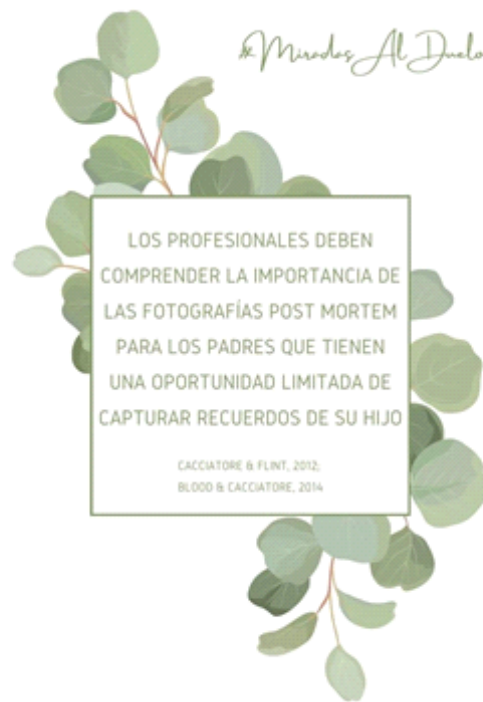
#Miradas Al Duelo



“Podemos observar cada rasgo de su carita y recordarla nítidamente a pesar del paso del tiempo” compartía la mamá de Emilia en la campaña “Miradas al duelo”³ realiza por fotografías de Latinoamérica y España para visibilizar la importancia de la fotografía en el duelo perinatal.

³ <https://www.instagram.com/p/CVYW0I8rt9r/?igshid=YmMyMTA2M2Y=>





Desautorizado

Vamos a partir de la premisa de que un hijo que falleció en cualquier etapa de su gestación es una persona, miembro de una familia, que merece la misma atención que cualquier otro miembro amado de la sociedad

Como he referido más arriba, este es un duelo en el cuál la sociedad condena a las familias a atravesarlo en silencio, sin la validación del vínculo en sí mismo que unía a la familia con ese bebé, sin permitir la expresión tanto del dolor que les habita, como del amor que permanece.

La posibilidad de tener fotografías del bebé y el compartirlas, permite sociabilizar al bebé, darle entidad y realidad para el entorno que no comprende o minimiza. Por otro lado, el hecho de que los profesionales de la salud validen la importancia de documentar gráficamente la existencia de este bebé, será de gran ayuda para enfrentar los posteriores comentarios desafortunados, en los que descreen de la significación que toman estas

imágenes para la familia, por crearlas morbosas o que los anclan en el dolor.

A la hora de realizar fotos conmemorativas, tiempo después de la muerte del bebé, tenemos a un fotógrafo, que concreta la posibilidad de reunirse con otro, a honrar y dar presencia a este bebé, lo que representa un momento único en medio de tanto silenciamiento.

La familia se ve reflejada en una foto, la imagen devuelve esa certeza que poseían: Mi bebé existió, soy su mamá, soy su papá, esta es nuestra familia completa.

Comparto la experiencia de la mamá de Eloy al colocar un portarretratos en su casa con la foto de todos los integrantes de la familia, que incluía una foto de Eloy con edición en su tonalidad de piel.





“Tener este cuadro de nuestra familia de 4, en nuestra casita, nos sana el alma, no saben lo lindo que es poder tener una foto con nuestra familia completa poder tenerlo a Eloy con nosotros en nuestra foto familiar, que muchas personas que no lo pudieron conocer, como su abuela materna, lo vea por primera vez y más allá de la emoción que provoca es algo que él se merecía, desde hace mucho tiempo queríamos mostrarlo a todos que nadie olvide su nombre y de ahora en más su carita.

Es tan importante tener su foto, agradezco desde lo más profundo de mi corazón a su papá, que en ese momento tan triste despidiéndose de su primer bebé tuvo la entereza de sacarle una foto para que yo, su mamá, no me olvidara su carita ya que cuando lo tuve en brazos estaba bajo los efectos de la anestesia y tengo recuerdos borrosos pero esa foto me ayuda a traerlo otra vez conmigo cada vez que lo necesito y ahora nuestra foto familiar con él, como debe ser, es el mejor regalo que la vida nos pudo dar”



Proceso Abierto

"Es importante recalcar que la madre en duelo perinatal, no considera haber terminado un ciclo aún, todavía se siente unida al hijo y su funcionamiento materno sigue recurrente, esto es, en pérdida gestacional o después de haber dado a luz." María José Aguilera

La familia queda como en un limbo, con la sensación de que algo quedó a medias, sin acabar, sin cumplir.⁴ Durante un cierto tiempo, se prepararon para recibir al bebé, proyectaron toda una vida en compañía de este nuevo miembro de la familia, por lo que no es sólo su ausencia presente la que duele y necesita ser integrada y resignificada, sino todos los proyectos y situaciones en las que se lo asoció. Este proceso se inscribe en un tiempo sin tiempo, espiralado, que acompañará a la familia

tanto en lo cotidiano, como en los momentos significativos.

Así, a través del acto poético y creativo que puede evocarse en la fotografía, con la compañía de algún objeto significativo y representativo para la familia, daremos presencia a este bebé, podremos traerlo y atestiguar este vínculo que permanece.

Los rituales marcan momentos de transición en la vida, nos permiten en estas situaciones "confirmar" que la muerte sucedió, y al mismo tiempo nos enseñan que nada nos impide seguir recordando a nuestro hijo. Por un lado, son un "cierre" necesario para nuestra mente, y por otro, nos permite seguir añadiendo vivencias relacionadas con nuestro bebé, pudiendo acunarlo, besarlo, honrarlo, en ese momento que compartimos al tomar las fotografías.

Estas fotos conmemorativas pueden realizarse en cualquier momento de la vida y tantas veces como sea necesario. Por diversos motivos podemos necesitar volver a resignificar su ausencia/presencia: Para despedir al bebé, para integrarlo como miembro de la familia y/o sociedad, reconocer su lugar en el sistema familiar, dar visibilidad, resignificar las fechas de aniversario o significativas (fecha probable de parto, nacimiento, fallecimiento), integrar a otros miembros de la familia, el nacimiento de un nuevo hermano, o simplemente por el extrañar.



⁴ En el libro *La Cuna Vacía* se hace referencia a que es la madre quien queda en este limbo. Extiendo el concepto a la familia, dado que en reiteradas ocasiones me he encontrado con padre, hermanos, abuelos que expresan este sentir.

Falta de Representación Psíquica

Por diversos motivos puede darse el caso de no llegar a ver al bebé en el nacimiento: o por ser pocas las semanas, o por complicaciones de salud de la madre, o por miedo a la imagen que puede representar un bebé sin vida y no contar con el acompañamiento adecuado para dar respuesta a esa incertidumbre.

Algunos teóricos consideran que este miedo a ver algo monstruoso proviene del medioevo en donde surge la idea de que al nacer un bebé y ser distinto al bebé rosado y gordito de un embarazo de término, esto es debido a un castigo divino, una culpa familiar, algo demoníaco, ya que ese ser no es a “imagen y semejanza de Dios” (Morcate, 2012). Vivimos en una sociedad donde la muerte y el dolor no son mirados, y nos inundan imágenes en redes sociales de familias felices y bebés perfectos.

Ante esta falta de representación psíquica de cómo es el bebé, cómo era su rostro, con qué imagen soñarlo, dónde representarlo, nuevamente se abre paso la poética y el arte para poder acompañar a este cuerpo que también necesita duelar desde lo sensorial.

Aquellos objetos significativos que la familia conserva, cobran el valor de un tótem, reliquia sagrada, semejante a las preservadas en los diversos cultos religiosos. “son un tesoro” he escuchado decir una y otra vez.

“El uso de artefactos, objetos y fotografías, funcionan a modo de repertorios que buscan recordar al niño fallecido y ayuda a construir y crear lo que Walter (1996) define como un “una biografía duradera” en la que la memoria de los fallecidos se reubica y reintegra en las vidas de los que quedan. Familia y amigos del difunto renegocian con sus seres queridos su biografía, como si de un “capítulo anterior” se tratase, y reconstruyen los recuerdos que tienen de ellos. De modo que el objetivo de esta nueva lección es “no seguir adelante sin los que han muerto, conservándolos en un lugar creado para ellos” (Walter, 1996: 20).”⁵

En el proceso de realización de las tomas de las fotos conmemorativas, buscamos junto con la familia aquel objeto que evoque a su bebé. En caso de no poseer ninguno, invito a la familia a adquirir uno nuevo. Muchas familias me han donado objetos para que acompañen a aquellas familias que no tienen uno propio, y esto cobra un gran significado para las familias. Su bebé, ese al que no pude ver, es representado para ellos y para otros a través de ese pequeño objeto lleno de amor.

⁵ Repertorios de objetos evocadores de recuerdos en padres y madres que perdieron hijos. García Hernández





Nahuel representado por las huellitas de Lucí y el corazón que tejió la mamá de Brian.





Mateo representado por su gorrito.

En conclusión, la fotografía acompañará en las distintas instancias del proceso de duelo a garantizar el recuerdo y la existencia del hijo fallecido, y resignificar la vida con su ausencia, que se hace presencia en el vínculo que permanece.

Acompañaremos a través de la cámara a validar la realidad de la experiencia, del sentir, del continuum vida-muerte-vida que se manifiesta en este mundito que es la familia real, con todos sus vivos y todos sus muertos.

Comparto distintos proyectos y voluntariados en el mundo que acompañan a las familias a poder conservar la imagen de sus bebés o representarles a través de la fotografía.

España

Fotografía y Duelo NormaGrau

https://www.instagram.com/stillbirth_bynormagrau/

<http://www.normagrau.com/>

Estados Unidos

Now I Lay Me Down to Sleep

<https://www.instagram.com/nowilaymedowntosleep/>

https://www.nowilaymedowntosleep.org/?utm_source=ig&utm_medium=link

Inglaterra

Remember My Baby

<https://www.instagram.com/rememembermybaby/>

<https://remembermybaby.org.uk/>

México

El Legado de Lila por Karina Bayli

https://www.instagram.com/ellegadodelilia_karinabayli

Brasil

Grupo Colcha- Paula Beltrao

https://www.instagram.com/grupo_colcha

https://instagram.com/paulabeltrao_photography



Tamara Costanzo

Fotógrafa de Duelo Perinatal
Río Ceballos, Córdoba
recordis@delpinofotografi.com

Creadora en 2017 del Proyecto Re Cordis, Fotografía de duelo perinatal, cofundadora en 2021 de Saudade, Red Argentina de fotógrafos de duelo perinatal, miembro desde 2020 de la Red Transdisciplinaria de duelo perinatal y desde 2021 de la Red latinoamericana de duelo gestacional, perinatal e infantil.

Formación en formación de recuerdos y fotografía de duelo con Norma Grau, en los aspectos jurídicos, psicológicos y de acompañamiento en el duelo gestacional y perinatal, así también como he participado en un curso de la Sociedad Iberoamericana de Cuidados Paleativos en el curso Cuidados al final de vida en neonatología y de fotografía terapéutica.

Acompañamiento a familias a través de la toma de fotografías conmemorativas y la edición de fotografías pos mortem

Acompañamiento en formaciones a profesionales de la salud, fotógrafos y público en general en la fotografía como recurso para el duelo e instrucción para la toma de las fotos al momento del nacimiento del bebé.

Realización de diversas campañas de visibilización y concientización como #EnTuNombre, #PechosLlenosDeAmorYDespedida, Día del Padre en Duelo



BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, M.; Jové, R.; Santos Leal, E.; Claramunt Armengau, A. (2009). *La cuna Vacía. La esfera de los libros.*

Bautista, P. (2013). *El duelo ante la muerte de un recién nacido. Revista Médica Enfermería Neonatal N°5.*
Fundasmin <https://revistamedica.com/duelo-muerte-recien-nacido/>

Defey, D.; Rossello Díaz, J.L.; Friedler, R.; Núñez, M.; Terra, C. (1997). *Duelo por un niño que muere antes de nacer. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Uruguay, CLAP N°1173- 2da Edición.*
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-375566?lang=es>

García Hernández, A. (2012). *Repertorios de objetos evocadores de recuerdos en padres y madres que perdieron hijos. Revista Cubana de Antropología Sociocultural. Vol II. Número 3. 35-51*

Guía de actuación y acompañamiento en la muerte gestacional tardía. (2018). Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). Murcia. Disponible en
<https://www.asociacionmatronasmurcia.es/guia-actuacion-y-acompanamiento-en-la-muerte-gestacional-tardia-hospital-clinico-universitario-virgen-de-la-arrixaca/>

Grau, N. (2017). *Fotografía y Muerte Perinatal. Revista Umamanita 2. Disponible en www.umamanita.es*

Morcate, M. (2012). *Duelo y Fotografía Post-Mortem. Contradicciones de una práctica vigente en el Sigo XXI. Revista Sans Soleil. <http://revista-sanssoleil.com/wp-content/uploads/2012/02/art-Montse-Morcate.pdf>*

Umamanita y El Parto es Nuestro. (2018). Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal.

Umamanita. <https://www.umamanita.es/guia-de-atencion-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal/>

Morcate, M. (2012). *Duelo y Fotografía Post-Mortem. Revista Sans Soleil. Estudios de la Imagen. N°4. Universidad de Barcelona. Disponible en <http://revista-sanssoleil.com/wp-content/uploads/2012/02/art-Montse-Morcate.pdf>*



Cómo acompañar un duelo perinatal

Lic. Carla Escobar

¿Cómo ofrecer un espacio de confianza para que la persona que está atravesando el duelo por la muerte de su hijo o hija pueda expresar su dolor y sentirse validada?

Ante una noticia tan triste a veces se hacen comentarios que, aunque bien intencionados, desestiman y culpabilizan a quienes sufren.

Quienes asistimos y acompañamos en duelo perinatal tenemos la responsabilidad de visibilizar y dar a conocer lo que hemos aprendido en nuestra práctica profesional, supervisiones, investigaciones e intercambio con colegas.

Este artículo pretende echar luz sobre qué decir, o qué hacer por quienes duelan a un niño o niña (sea que no haya nacido o haya muerto poco tiempo después).

Sin ánimo de reiterar (ya que el tema ha sido desarrollado en varios artículos de este número) solo se dirá que se está de acuerdo con la caracterización brindada: El duelo perinatal es un duelo invisibilizado, no hay rituales que lo acompañen, es un tema tabú al igual que la muerte y el sexo. Existe la creencia errónea de que el dolor por la pérdida puede tener una correlación con el tiempo de gestación o el tiempo que haya vivido la criatura. Además, no hay una definición unívoca del tiempo que abarca el periodo "perinatal".

En este trabajo se tomará la definición de Kowalski citada por Ana G de Medinabeitia

(1987) en su texto Duelo Perinatal: Un secreto dentro de un misterio. El autor considera como muerte perinatal a aquella acaecida desde la concepción hasta el primer año de vida, entonces nombra como muertes perinatales: al embarazo ectópico, al aborto sea espontáneo o inducido, a la reducción selectiva, a la muerte de un gemelo durante la gestación, al feto muerto intraútero o durante el proceso de parto, a la muerte del prematuro, a la del recién nacido y también a los bebés nacidos con anomalías congénitas.

Por supuesto que no es fácil acompañar en una situación de este tipo, aunque siempre podemos esforzarnos para brindar un espacio de escucha respetuosa que ayude a que el proceso de duelo se produzca de la manera más saludable posible.

María Angels Claramunt (2009), manifiesta que luego de haber dialogado con más de medio millar de mujeres que habían sufrido pérdidas perinatales ha aprendido, sobre todo, lo que "no" se puede decir, porque provoca desconsuelo y desasosiego. En un todo de acuerdo con la autora se sostiene que "No" es recomendable decir frases tales como:



“No te lo tomes así, tenés otros hijos”

“Tienes que olvidarlo”

“Mejor no hablemos de eso que es triste.”

“Mejor ahora que más adelante”

“Estas cosas pasan, es normal”

“Eres joven, tendrás otros”

“Tienes que salir, pensar en otra cosa. Esfuérzate”

“Ya tendrías que estar mejor, pasó hace “x” meses o días”

“Esto que te ha ocurrido no es nada comparado con...”

De la experiencia en consultorio de quien escribe, se pueden agregar otras frases como las siguientes:

“y bueno... con la edad que tenés...”

“pensá que ya tenés un hijo sano”

“Tomate algo para relajarte... no lo sufras”

“Pensá que por ahí tenía alguna malformación”

“Solo Dios sabe por qué lo hace”

“Muchas personas pasan por esto y salen adelante

Lamentablemente la lista podría seguir. Se tiene conocimiento por la escucha clínica que estos comentarios lejos de consolar, culpabilizan, desvalorizan y humillan. Rosa Jové (2009) en “La cuna vacía” brinda una orientación para quienes tienen que dar la noticia de una muerte perinatal:

- Informar cuanto antes lo que sucede. Cuando el embarazo no va bien, por lo general, la persona gestante es la primera que lo presiente; esto incrementa el miedo, el estrés

y la respuesta de alarma. Es recomendable informar cuanto antes lo que está pasando,

- Elegir cuidadosamente la persona que dará la noticia. Es recomendable que sea quien haya acompañado durante el embarazo o nacimiento y tenga la confianza de la familia.

- Elegir el lugar y el momento adecuado. Para comunicar la noticia, que sea dentro de lo posible tranquilo, silencioso, privado, para que quienes la reciban, cuenten con la intimidad que un momento así requiere.

- Quien comunica debe ser conciso, hablar de manera clara y empática, asegurándose de que quien recibe la información comprenda. Debe informar sin culpabilizar ni hacer juicios de valor.

“Una frase corta, sincera, que recoja lo sucedido sin entrar en valoraciones personales, ni depositando la culpa en nadie, suele ser la mejor manera. Así pues, un «lo sentimos, su bebé ha fallecido» siempre será mejor que «como estaba mal formado, no ha aguantado y se ha muerto».” (pág. 69-70)

- Comunicar a niños y niñas, lo que ha sucedido. Siempre es recomendable comunicarles la noticia de acuerdo a su nivel de entendimiento.





-Manifestar empatía y dar lugar a las posibles reacciones emocionales que pueden ser muy diversas, desde el desbordamiento emocional (llanto incontrolado, gritos, etc.), hasta en un estado de ausencia emocional (lentitud de movimientos, mirada perdida, embotamiento emocional, etc.)

-El personal de salud debe estar en condiciones emocionales y poseer información detallada sobre el hecho para poder responder preguntas. Luego de la reacción emocional inicial, es posible que la persona que haya sufrido la pérdida quiera saber más de lo ocurrido, necesite detalle o explicaciones, como se dijo antes se debe responder con la verdad, sin emitir juicios de valor y sin culpabilizar.

Ciertamente las personas que duelen suelen tener muchas preguntas, preguntas

para sí mismas, preguntas para el personal de salud y preguntas para su Dios (si lo tienen).

-Dar información de los hechos futuros para transmitir seguridad. Por ejemplo, en caso de una muerte intraútero, el o la profesional debe explicar cuáles son las alternativas, cuáles los procedimientos a seguir; si la persona seguirá internada; por cuánto tiempo, quién será el o la doctora que la atienda, etc.

-Luego de la reacción emocional inicial, posibilitar una adecuada toma de decisiones. Ante una muerte perinatal, pese al dolor y al desconcierto hay que tomar algunas decisiones muy difíciles, tanto si fue una muerte intra útero, un aborto o si el bebé ha nacido. También en el caso de que se haya producido la bajada de la leche en el seno de quien gestó, hay que decidir si se inhibirá la producción con medicación, o se donará la leche. Hay que



decidir qué pasará con el cuerpo del bebé, si se hará autopsia o no, y de acuerdo a lo que permita la legislación si se enterrará el cuerpecito o no....

García Martínez y Yagüe Frías (1999) agregan las siguientes recomendaciones:

-Favorecer el contacto visual y corporal con el bebé, ya que esto ha demostrado que favorece la superación del duelo. Hace relativamente poco tiempo se ven propuestas como ejemplo “La caja de recuerdos” que invita a quienes duelan a guardar algunos elementos como cabello, la huella plantar, alguna ropita, ecografías, etc.

-Asignar a la persona que ha perdido a su hijo o hija una habitación separada y en lo posible lejos del contacto con otras personas embarazadas o que han tenido a su bebé.

-Advertir al resto del personal sanitario sobre la situación de muerte perinatal que está viviendo la persona o familia afectada.

Familiares y amistades quizás no puedan hacer mucho por mitigar el dolor que se siente ante la pérdida de un hijo o una hija, pero sí merece el esfuerzo procurar tener una actitud lo más empática posible. Escuchar sin intentar cambiar de tema, no restar importancia al asunto. No juzgar la dimensión del dolor. No suponer que un padre o un varón en esa situación será siempre el más fuerte.

Podemos decir por ejemplo:

Lamento tu pérdida, ¿quierés contarme cómo te sentís?

¿Puedo hacer algo para ayudarte?

¿Necesitás que me ocupe de algo?

(trámites, quehaceres, otros hijos o hijas)

Preguntar si el bebé tenía nombre y

llamarlo por su nombre.

También podemos alentar a que nos cuenten si han hecho algún ritual de despedida.

Se les puede mencionar que existen grupos de apoyos para madres y padres en duelo perinatal, y que hay profesionales de salud mental que se han especializado para acompañarlos en estos momentos.

Muchas son las acciones que en la actualidad se unen para que esto comience a cambiar: campañas de visibilización, redes de apoyo para personas y familiares, formación en acompañamiento en duelo perinatal para profesionales y personal de salud, difusión a nivel comunitario.

En Argentina se puede citar como ejemplos concretos: la puesta en marcha de un protocolo de Actuación en caso de muerte perinatal, propuesto por el equipo de Psicología Perinatal de la Maternidad Teresita Baigorria en la provincia de San Luis; en el servicio de Neonatología del Hospital Dr. Raúl Matera de la ciudad de Bahía Blanca se entrega a la familia un sobre especialmente diseñado con el nombre del bebé o beba fallecido, la fecha de nacimiento, el peso y la huella del piecito; ésto fue iniciativa de la psicóloga Patricia Suklje y la Jefa de enfermería de Neo Marlen Saez Peña, pero todo el personal sabe cómo y en qué momento implementarlo, en Instagram La Red de apoyo y acompañamiento “@conlalunacomocuna”; y el apoyo social y la militancia por la Ley Johanna, son esfuerzos todos con el mismo objetivo: **otorgar a la muerte perinatal y al dolor que la acompaña visibilidad respeto y validación. Que así sea!**





Carla Escobar - M.P. 47.930

*Lic. en Psicología con formación en
Ps Perinatal*

BIBLIOGRAFÍA

- Bassi, C. (26-01-2012). *Perder a un hijo te obliga a tomar decisiones muy duras en muy poco tiempo. Entrevista a Patricia Pozo coautora de "Cuando la Cigüña se pierde"*. <https://www.consumer.es/bebe/perder-a-un-hijo-te-obliga-a-tomar-decisiones-muy-duras-en-muy-poco-tiempo.html>
- Claramunt MA, Álvarez M, Jové R, Santos E. (2009) *La cuna vacía: el doloroso proceso de perder un embarazo*. Madrid: La Esfera de Libros. file:///C:/Users/Carla/Downloads/LIBRO_La_cuna_vacia_El_doloroso_proceso.pdf
- Fernández-Alcántara, Manuel, Cruz-Quintana, Francisco, Pérez-Marfil, Nieves, & Robles-Ortega, Humbelina. (2012). *Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal*. *Índex de Enfermeria*, 21 (1-2), 48-52. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011>.
- García de Madinabeitia, A. (2011). *Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio*. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. vol.31 no.1 Madrid, España https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005#:~:text=El%20duelo%20perinatal,y%20reconforten%20a%20los%20progenitores.
- García Martínez, C., & Yagüe Frías, A. (1999). *Duelo perinatal*. <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/352/1999-10.pdf>
- Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (28-03-2019). *Establecer procedimientos médico asistenciales para la atención de la persona gestante frente a la muerte perinatal*. <https://www.diputados.gov.ar/proyectos/proyecto.jsp?exp=1240-D-2019>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales [Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241511223>.
- Real Academia Española (28-06-2022). *Definición de "Perinatal"*. <https://dle.rae.es/perinatal>



Dra. Gabriela Ferrero^{MP. 94095}

SUPRESIÓN DE LACTANCIA ANTE DUELO PERINATAL.

Médica Especialista en Neonatología.
Comisión de Lactancia de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón.
Médica a cargo del consultorio de Lactancia MGP.

Aunque la lactancia sea natural no siempre es algo fácil, suele ser aún más difícil cuando nos enfrentamos con familias que se encuentran ante una muerte neonatal. No hay forma agradable de escribir sobre esto, pero ¿cuánto sabemos como profesionales y personal de salud sobre este tema, de lo que le sucede a la persona que se enfrenta a esta difícil situación?. ¿Tenemos protocolos en los hospitales sobre la forma de actuar? Sin dudas, habrá otros modos de hacerlo más llevadero

Para entender lo que le sucede a esta persona gestante, debemos conocer sobre el proceso: El calostro se presenta a partir de la semana 16 de gestación hasta los dos o tres días posteriores al parto. El proceso de bajada o lactogénesis II es hormonal, es producido por el descenso rápido de progesterona al salir la placenta.

En función del momento de la muerte, (si es fetal ocurre antes del nacimiento con independencia de las semanas de gestación -abortos antes de las 22 semanas-, neonatal ocurre tras el nacimiento y antes de alcanzar los 28 días de edad o más allá de los primeros 28 días de vida), la madre se encontrará en una etapa diferente de su lactogénesis¹. De acuerdo a lo anterior, se podrá establecer cómo actuar y así acompañar a estas familias adecuadamente. Considero que la decisión tiene que ser informada a cada madre para poder tomar decisiones en conjunto.

La práctica más habitual es inhibir la lactancia de manera inmediata, muchas veces, sin preguntar a la gestante cuál es su deseo, dando por hecho que lo mejor es retirarla, vulnerando de manera inconsciente su derecho a decidir cómo quiere que actúe su cuerpo. En otras ocasiones, por el contrario, no se realiza dicha supresión pasando por toda la descarga hormonal y congestión, lo cual agrega un factor más de angustia.

Una opción sería donar la leche a algún banco de leche humana². Esta elección tiene un potencial beneficio para las mujeres en proceso del duelo. Diversos estudios señalan que el manejo fisiológico de la lactancia por parte de la madre le ayuda a sobrellevar mejor la situación y le da sentido a todo lo ocurrido. Sienten que están ayudando a otros bebés y eso es muy fructuoso para ellas.

¹ En la lactogénesis II, o famosa bajada, encontramos la llamada leche de transición, o calostrada como me gusta llamarla, que es una mezcla de calostro y leche madura, y entre los 14 y 21 días, podemos decir que se establece la lactancia con la leche madura.

² Esta opción no puede practicarse en nuestra ciudad ya que nuestro hospital no cuenta con banco de leche y los bancos de LH más cercanos están en la ciudad de La Plata y Bahía Blanca, haciendo imposible esta práctica en Mar de la Plata.



Además de beneficiar a todos los bebés receptores con este acto tan dolorosamente altruista, ayudan a aumentar el volumen en los bancos con todos los tipos de leche, calostro, leche de transición o madura, beneficiándose prematuros y bebés enfermos, ayudándoles en su desarrollo y recuperación.

Por otra parte, la Inhibición o supresión de la lactancia puede ser natural o farmacológica:

La forma natural: es un método más progresivo. La mama genera leche ante el estímulo de la succión. Si ese estímulo no existe la producción de leche disminuye hasta desaparecer por completo, por eso no se recomienda estimular salvo que sienta dolor y sea necesario extraer un poco para su confort. Recomendamos el uso de un corpiño que no sea excesivamente apretado (desaconsejado vendaje compresivo) pero que a su vez, mantenga la mama sujeta; no hacer restricción hídrica; hielo local; realizar analgesia y apoyo emocional. Este mecanismo está regulado por control local, el factor inhibidor de la lactogénesis (FIL) cuya función es que se deje de producir paulatinamente.

La inhibición farmacológica: la cabergolina es la droga de elección más utilizada, actúa a nivel central frenando a la hormona encargada de producir la leche (prolactina). Se administra a diferente dosis según en qué etapa de lactancia se encuentre. Tiene algunas contraindicaciones y siempre debe ser indicada por personal médico. Sigue siendo un tratamiento de primera elección porque un gran porcentaje de personas necesitan inhibirla para no soportar ni sentir los cambios que se producen en sus mamas y que su hijo esté muerto. Manos vacías, pechos llenos.

Resulta imprescindible darles herramientas a las gestantes y a su familia, escucharlos, informarlos de las posibles alternativas que tienen ante la lactancia, para que puedan tomar la mejor decisión y realicen el duelo de la manera más saludable.

De igual modo, y no menos importante, es capacitar al personal de salud, instaurar protocolos de acción en estos casos y aunque parezca muy lejano contar con banco de leche en nuestra ciudad para estas ocasiones y tantas otras más, con todos los beneficios que brinda la leche humana para los prematuros y bebés enfermos. Considero que sería algo extraordinario.



Dra Gabriela Ferrero.

Medica Especialista en Neonatología y Lactancia.

@Gabiferrero.lactanciamdp



Maternidades Diversas: Duelo Perinatal, el relato de un padre.

Lic. Carla Escobar

**Mi amor es tan grande para
mis hijos que abarca
el cielo con mi ángel GAEL y
la tierra con mi Princesita
BIANCA (Emanuel)**

Si bien el nombre de esta columna alude a “maternidades”, no es la primera vez que el testimonio de un varón relacionado a sucesos perinatales aparece en este lugar. Como se explicitó en números anteriores el objetivo de este espacio es mostrar los aspectos menos pensados o imaginados de un tema en particular, en este caso el duelo perinatal.

La muerte de un hijo o una hija durante la gestación, el nacimiento o poco tiempo después de nacer, es una de las experiencias más dolorosas que enfrentan quienes ilusionados con el milagro de la procreación se encuentran con la otra cara de la vida: la

muerte.

De un momento a otro, pasan de la dicha y la esperanza al desconcierto. Cada persona, cada pareja, cada familia atravesará esta experiencia de manera única e incomparable. Si bien los recursos emocionales de la pareja y la familia son importantes en este momento, no menos importante son la atención recibida por profesionales de la salud y el apoyo social.

Emanuel perdió a su hijo hace ya varios años, pero su recuerdo lo acompañará toda la vida, hoy nos abre su corazón...





"A finales de 2017 nos mudamos a nuestra casa, felices y con mucha más comodidad comenzamos el 2018 con la ilusión de tener un segundo hijo, ya que en ese momento teníamos a nuestra hija Bianca.

El periodo de gestación trajo un aire nuevo a nuestro hogar... toda la alegría y el amor que trae consigo un bebé. Durante los primeros meses de gestación los estudios correspondientes estuvieron perfectos, no hubo ninguna dificultad. La noticia del varón alegró mucho nuestros corazones, ya que teníamos a nuestra princesa.

"Cursando las 28 semanas, mi esposa dejó de sentir los movimientos de Gael. Inmediatamente acudimos al hospital para verificar si estaba todo bien. La obstetra que nos atendió en la guardia "Silvina" nos tranquilizó dándonos optimismo, en primer lugar hicimos un ultrasonido...pero los latidos del corazón no se oían, entonces nos indica hacer una ecografía, la que confirmó que el corazón de nuestro hijo ya no latía".



Al decir de López G. de Medinaveitia, (2011).

“Para los progenitores no es el peso, ni la edad gestacional lo que transforma al feto en hijo y lo dota de una identidad propia, sino que es el lugar que le han creado en su corazón, en su mundo afectivo, lo que condiciona que lo consideren hijo y persona.” (Pág.61)

“Lo que hoy puedo contar es básicamente lo que sentí y lo que cruzó por mi cabeza, el vacío y el derrumbe de mi mente, el saber que no íbamos a tener nuestro hijo y no íbamos a poder disfrutarlo como teníamos planeado. Además, el peso de ser yo quien comunique a mi hija esta noticia, e intentar ser fuerte para mí esposa”. Para mí fue el dolor más grande que pasé y obviamente lo fue para toda nuestra familia...”.

Cuando se produce una pérdida durante el embarazo, la vida y la muerte caminan juntas. Es una paradoja para la que nadie está preparado y por eso es tan delicado saber qué decir o hacer. Tampoco existen rituales religiosos que legitimen, faciliten y reconforten a los progenitores. Los familiares y amigos evitan hablar del tema por temor a causar más dolor que beneficio. Mientras, los padres viven su experiencia en soledad. (Medinaveitia, 2011. Pág. 57)

A pesar del dolor y el desconcierto hay procedimientos médicos y trámites que no



pueden postergarse. Situaciones cargadas de una emotividad que quienes no han vivido de cerca un duelo perinatal difícilmente puedan imaginar.

“Mientras yo hacía todo el papeleo para la internación, a mi esposa la dejaron en una sala para que pudiera estar tranquila... entró una pediatra que le preguntó si estaba todo bien... al contarle lo que estaba pasando esta mujer le pide permiso para abrazarla, le aconsejó que pidiera ver a Gael, que lo alzara que y le sacara fotos para tener un recuerdo suyo, también la orientó sobre cómo hablar con nuestra hija mayor que en ese momento tenía 10 años, fue muy amable.

Más tarde pasamos a la sala de parto con la obstetra (de la guardia) y la obstetra que llevó los controles durante el embarazo, fueron ambas muy atentas con nosotros.

Mi esposa escuchó cuando las doctoras, hablaban con el equipo



médico que realizaría la cesárea para que yo estuviera presente; ante la respuesta negativa del personal de quirófano ellas se mantuvieron firme en su postura sosteniendo que yo tenía que estar ahí, gracias a eso puede recibir a mi hijo. Silvina nos pidió permiso para decir una oración para Gael y lo puso sobre el pecho de mi señora, nos dieron un ratito para poder tenerlo con nosotros en sala de parto. Luego de la cesárea nos llevaron a una habitación para que estuviéramos los dos solos y nadie nos molestara. Ese fue el único día que vimos a Silvina, la obstetra de la guardia, fue una persona muy amable se puso en nuestros zapatos, su silencio decía mucho y la verdad es que eso ayudó muchísimo porque nuestro hijo fue bien atendido y recibido aunque nació sin vida.”

Quienes estamos cerca de una madre o un padre que se encuentran en un proceso de duelo perinatal (profesionales, personal de salud, familiar o porque la vida nos puso fortuitamente allí), no podemos cambiar los hechos, ni evitar el dolor que sienten, pero sí podemos acompañar con respeto, empatía, sin minimizar, quizá con un abrazo o hasta con un silencio.

“Con mi esposa nos sostuvimos mutuamente, gracias a Dios, y entre los dos sostuvimos a nuestra hija. Luego de un tiempo de elaborar nuestro duelo, tomamos la decisión de recordar a nuestro HIJO de la mejor manera, atesorando lo que nos dio en los meses que estuvo en nuestro hogar: felicidad, amor y unidad y esa fue nuestra fortaleza. Después encontramos otro respaldo más "con luna cómo cuna" dónde nos brindaron escucha y comprensión. Para



mí dar testimonio hoy es una forma de honrar la memoria de mi hijo. (Esa es mi motivación más interna).”

Desde hace un tiempo profesionales de la salud mental alertamos sobre la necesidad de dar reconocimiento y acompañamiento adecuado al Duelo Perinatal. Asimismo, este tema está siendo objeto de estudio e investigaciones y nuevas teorizaciones, y es foco de distintas acciones llevadas a cabo por instituciones, profesionales, y grupos de madres y padres quienes nucleados ofrecen espacios de contención y sostén.

E m a n u e l m e n c i o n a a

“@conlalunacomocuna”, ésta es una Red de apoyo a familias en duelo gestacional y perinatal, que desde hace un tiempo lleva adelante un importante trabajo de visibilización y asistencia. (En este mismo número se publica un artículo escrito por su fundadora la Esp. Natalia Novaro).

Desde EPPICA, asistimos, investigamos, y formamos a profesionales, para que cada madre o padre en duelo encuentre un lugar seguro donde elaborar su dolor ...y ese lugar seguro será siempre nada más y nada menos que los brazos y el corazón compasivo de otro ser humano.

Muchas Gracias Emanuel, por brindarnos tu testimonio.

BIBLIOGRAFÍA

- Bassi, C. (2012) “Perder a un hijo te obliga a tomar decisiones muy duras en muy poco tiempo” Entrevista a Patricia Pozo coautora de “Cuando la Cigüeña se pierde” Recuperado de <https://www.consumer.es/bebe/perder-a-un-hijo-te-obliga-a-tomar-decisiones-muy-duras-en-muy-poco-tiempo.html>
- Claramunt MA, Álvarez M, Jové R, Santos E. (2009) *La cuna vacía: el doloroso proceso de perder un embarazo*. Madrid: La Esfera de Libros. file:///C:/Users/Carla/Downloads/LIBRO_La_cuna_vacia_El_doloroso_proceso.pdf
- Fernández-Alcántara, M.; Cruz-Quintana, F.; Pérez-Marfil, N. & Robles-Ortega, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *Índice de Enfermería*, 21 (1-2), 48-52. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011>.
- García Martínez, C. & Yagüe Frías, A. (1999). *Duelo perinatal*. <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/352/1999-10.pdf>
- López García de Madinabeitia, Ana (2011) *Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio* Rev. Asociación Especialistas Neuropsiquiatras., 2011; 31 (109), 53-70.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales [Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241511223>.
- Real Academia Española (28-06-2022). *Definición de “Perinatal”*. <https://dle.rae.es/perinatal>.





Jeremías Tosi, papá de Gael y autor del libro Poemas para Gael (ver en sección "Libros y series"), escribió con tanto dolor como claridad estas líneas a pocos días del nacimiento y partida de su hijo. Hoy, cinco años después, continuamos al encuentro de numerosas experiencias en las que vuelve a evidenciarse la ausencia de aplicación de protocolos para la atención integral de personas y familias en los primeros momentos de un duelo gestacional, perinatal y neonatal. Es nuestra responsabilidad abogar por la adecuada intervención de la Psicología Perinatal en estos tiempos y espacios; la formación y capacitación de personal e instituciones de salud para su abordaje de manera específica y humanizada, y una legislación acorde que sustente el derecho de toda persona y familia a recibir información, contención y tratamiento digno ante estos duelos.

*Lic. Ana Marinone - Editora Asociada
Revista Perinatal Argentina*



PROTOCOLO DE ACCIÓN

CUANDO UN HIJO MUERE DENTRO DEL VIENTRE MATERNO: LA SUERTE.

Cuando un hijo muere dentro del vientre materno, podés tener la suerte de que alguien venga y te lo diga, o darte cuenta porque la situación se convierte en una catástrofe, donde nadie sabe qué hacer o decir. Una vez que comienza esta especie de mal sueño del que nunca vas a despertar, te llevan a una habitación ubicada en el piso de maternidad. En ese piso encontrás otros padres con sus hijos recién nacidos, donde oírlos duele. No es que la felicidad de esos padres o que el llanto de sus bebés estén mal. Sencillamente te recuerdan que tu bebé se fue sin llorar, que cada deseo de sentirlo quedó trunco, que tu bebé no está con vos.

Si seguís con suerte, aparecen esporádicamente varios médicos lamentando la pérdida. Algunos parecen sinceros, su dolor es puro y sin respuestas. Otros médicos se acercan para atribuirte la culpa, no sé si por narcisismo o estupidez. A esto se suma que no existen profesionales dedicados específicamente a contenerte, escucharte, acompañarte e informarte. Por eso, si seguís con suerte, se acercan tus amigos, conocidos, familiares y toda clase de almas sensibles. Ellos son la base de cada segundo durante la internación. Como todo lo que va ocurriendo depende de la suerte, puede pasar que alguien te cuente donde está tu bebé, te pregunte si querés verlo y te anticipe que vas a lidiar con la burocracia de la muerte para rendirle homenaje y agradecerle su existencia. Pero, también podés tener la mala suerte de que no pase absolutamente nada de eso, y nadie te cuente nada. Ya lejos de la suerte, una vez, en algún lugar del universo, a un grupo de personas, se les ocurrió que estaba bien llamar N.N. a los niños que mueren en el vientre materno. Esto significa que tu hijo no tendrá su nombre en el certificado de defunción. También, creo, significa otras cosas. Por ejemplo, que según la ley tu hijo no es una persona. Vos lo cuidaste desde que supiste que comenzó su vida. Le hablaste, conversaste por horas con él, le cantaste, te reíste con él, sentiste sus movimientos, sus latidos. Así, él se convirtió en hijo y vos en padre o madre. Pero esto no tiene importancia, para la ley tu hijo es un "sin nombre". Volviendo a la suerte, si seguís con suerte, varias personas se atreven a escribirte, llamarte, hablarte y escucharte. Cada palabra, cada abrazo, cada silencio compartido, te da ánimo para buscarle sentido a la tragedia. Sin embargo, por lo general, el tema (es decir, la muerte



de un bebé) me da la sensación de que es un tabú. Si la muerte en sí misma se esconde debajo de la alfombra, la muerte en el nacimiento se oculta en un agujero que tiene aproximadamente 1000 metros de profundidad. Probablemente, esto hace que el dolor y el vacío de los padres se vuelva más difícil de transitar. En conclusión, la experiencia de perder un hijo durante el parto conlleva un poco de deshumanización médica, otro poco de insensibilidad legal, y algo de tabú social. Escribo esto porque, además de ayudarme a transitar la ausencia de mi hijo, es una situación que sucede en muchos lugares. Creo que hay muchas cosas por cambiar cuando un hijo se va. El protocolo de acción en un momento así no puede ser la suerte.

Jeremías Tosi

01/03/2018



Marco Legal de la Muerte perinatal

Lic. Marcela Vallejo

El presente artículo pretende recorrer dos ejes fundamentales en relación al marco legal que encuadra la muerte perinatal: El primero relacionado a los procedimientos médico asistenciales y el segundo en relación a la inscripción de los hijos e hijas fallecidas antes de nacer.

Rápidamente surge el primer interrogante ¿Para qué es necesario legislar los procedimientos asistenciales intervinientes en la muerte perinatal?

En la práctica profesional escuchamos relatos sobre prácticas innecesarias, frases inadecuadas, falta de información, desatención, descuidos en espacios comunes carentes de intimidad; como así también manifestaciones de agradecimiento a esa persona, profesional o personal de salud que supo tomar la mano, mirar a los ojos, sostener el silencio y/o brindar una palabra respetuosa. Sin embargo, cada vez que aparece esa "figura de sostén", las palabras que la enmarcan son: suerte, privilegio, casualidad, destino, ventaja. ¿y los derechos?

Es por esto que se considera necesario un marco que normatice y regule, para que no sea una cuestión sujeta a la "buena suerte" o la "buena voluntad". Por el contrario, para que los profesionales intervinientes cuenten con la formación adecuada sobre su quehacer

cuando en lugar de la vida llega la muerte; así como garantizar las mismas oportunidades para las personas que atraviesan la muerte perinatal.

Se consideran muertes fetales aquellas que se producen a partir de la 22ª semana de gestación. De acuerdo a lo expresado por la Dirección Nacional de Estadísticas de Información de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (2020), hubo cambios en la definición. En 1950 la Organización Mundial de la Salud definió la muerte fetal como "la muerte antes de la expulsión completa de su madre de un producto de la gestación, independientemente de la duración del embarazo; el feto no respira o muestra algún otro signo de vida...". En 1975 se revisó la definición y se adoptó la que continúa vigente hasta la actualidad. También se estableció que el período perinatal se inicia en la semana 22ª de gestación (cuando el peso del feto es normalmente de 500 gramos) y termina cuando se completan siete días después del nacimiento.

Según López García de Madinabeitia, A (2011), cuando se produce una pérdida durante el embarazo, la vida y la muerte caminan juntas. Es una paradoja para la que nadie está preparado y por eso es tan delicado saber qué decir o hacer. Por otra parte,



Figuroa Ibarra y Aranda Gallego (2022) realizaron una revisión sobre las experiencias del personal de enfermería frente a la muerte perinatal en Latinoamérica. Según las autoras son escasos los estudios realizados, de todas maneras, concluyeron que existe escasa o nula formación sobre la muerte y el duelo perinatal, lo cual es una de las limitaciones más mencionadas por el personal. En el mismo texto se menciona que las familias que sufren de una muerte perinatal consideran que la continuidad del cuidado, la comunicación con los profesionales de la salud, la atención que se brinde al momento del nacimiento y el trato digno hacia el bebé, son fundamentales y podrían impactar positiva o negativamente en ellos.

De lo anterior se desprende la necesidad de proteger las condiciones para que las personas y familias puedan atravesar esta experiencia profundamente dolorosa en un ambiente de contención, cuidado y respeto. Es en este sentido, que algunas provincias, como Neuquén y San Luis, cuentan con protocolos de actuación y/o guías de las buenas prácticas que pretenden orientar las intervenciones hacia el cuidado integral de las personas en proceso de pérdida gestacional y neonatal, y se proponen como base para futuros protocolos adecuados a cada institución.

El 24 de Noviembre de 2022 el proyecto "Ley de procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal", conocido como "LEY JOHANNA" obtuvo media sanción al ser tratada en cámara de diputados a pocos días de perder estado parlamentario. Este proyecto recibe el nombre

de su propulsora, Johanna Piferrer, quien sufrió violencia obstétrica en el nacimiento sin vida de su hijo Ciro, de 33 semanas de gestación. La violencia obstétrica se enmarca dentro de la Ley 26.485 - "Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres" y la describe como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 - Ley de Parto Humanizado. Johanna Piferrer, se convirtió en la voz de muchas personas que atravesaron situaciones de destrato y violencia en el nacimiento sin vida de su hijo o hija, transformándose en un reclamo colectivo y un proyecto de ley.

¿Qué propone la Ley Johanna?

Principalmente propone que el personal de salud reciba formación adecuada sobre la muerte perinatal, cómo tratar y acompañar a quienes atraviesan por esa situación. También establece que la persona gestante tiene derecho a estar informada y decidir sobre las distintas opciones y tratamientos, a estar acompañada por quien desee, a decidir si quiere ver o no a su hija o hijo, a estar internada en un área distinta al de maternidad, a recibir información sobre la lactancia, decidir el destino final del cuerpo de su hijo/hija, y a poder asignarle un nombre en el certificado de defunción.

Esto nos lleva a reflexionar sobre el segundo eje relacionado con la inscripción de los hijos e hijas fallecidas antes de nacer. Hoy en nuestro país si un bebé fallece antes de nacer no recibe identificación, sólo se realiza certificado de defunción fetal si fallece una vez



nacido a partir de la semana 22 de gestación y si pesa más de 500 gr. Cuando se cumplen esas condiciones se lo inscribe y se puede disponer de su cuerpo. El certificado que se expide puede contener el nombre de la gestante o las siglas "N.N"¹ del latín "Nomen Nescio", expresión utilizada para nombrar una persona sin nombre o desconocida. ¿qué implicancia tiene este hecho para las psiquis de las personas que transitan esta experiencia?

Actualmente existen varios proyectos de ley relacionados, uno de ellos propone ampliar la ley 25.929 ya que no contiene especificaciones en torno a los nacimientos sin vida. Lo que se busca es incluir en los protocolos de atención las muertes gestacionales y perinatales, así como crear un registro de defunciones fetales para inscribir a quienes han fallecido dentro del vientre materno cualquiera sea la causa de la muerte, la edad gestacional o el peso que tuvieron al momento de la expulsión.

Hoy la ley interpreta que: si no nació, no murió. Por lo tanto, si no murió no hay nadie a quien duelar. ¿Podemos pensar a estos duelos como duelos invisibilizados, silenciados, desautorizados? Martínez Osta y col. (2012) describen los duelos desautorizados como aquellos que no son socialmente reconocidos ni públicamente expresados. La sociedad no

está preparada para sostener ese sufrimiento y no acepta el duelo, por lo que no autoriza a la persona doliente durante su proceso de pérdida. ¿Cómo se duela a una persona que ha sido alojada psíquicamente y no es reconocida? ¿cómo se duela a quien nadie quiere nombrar?

Si bien no es la intención de este artículo profundizar sobre el apoyo del entorno o la falta de éste, lo que sí podemos señalar es que la falta de reconocimiento social y jurídico desautorizan el duelo gestacional. El marco legal actual no aloja a quienes transitan por esta experiencia, no otorga la posibilidad de recibir asistencia y acompañamiento adecuados, ni concede la posibilidad de nombrar a ese hijo/hija, como prueba de su existencia. Los proyectos de ley se dirigen en otra dirección, en busca de un marco que contenga y reconozca.

Como psicólogas podemos dar fe de la importancia de la palabra y el valor de lo nombrado. En palabras de Oiberman, A (2013)

“...la psicología perinatal recupera un espacio perdido en la noche de los tiempos: el de la palabra en el nacimiento. La palabra inaugurada por el nombre de la mujer y de un niño. Por el nombre que entrega en el compromiso solidario del encuentro íntimo un hombre que da el apellido” (p. 23).

¹<https://es.wikipedia.org/wiki/NN>





Marcela Vallejo - MP.47002

Lic. en Psicología con formación en Psicología Perinatal.

Miembro de la subcomisión de Psi. Perinatal.

Terapeuta de Adultos, abordaje Individual y Grupal.

Coord. de grupos acompañamiento en la maternidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Bernardo, G. et.al. (2021). *Guía de abordaje integral a las personas en proceso de duelo gestacional y neonatal*. Subsecretaría de Salud. Provincia del Neuquén. Neuquén. <https://www.saludneuquen.gov.ar/wp-content/uploads/2021/09/Gu%C3%ADa-de-abordaje-integral-a-las-personas-en-proceso-de-duelo-gestacional-y-neonatal.pdf>
- Congreso de la Nación Argentina (2009). *Ley 26485. Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155/texto>
- Figueroa Ibarra, C. Aranda Gallegos, P. (2022). *Experiencias del personal de enfermería ante la muerte perinatal*. *Revista Cubana de Enfermería*. Vol 38 Nro 1. La Habana, Cuba http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000100016
- García de Madinabeitia, A. (2011). *Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio*. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. vol.31 no.1 Madrid, España https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005#:~:text=El%20duelo%20perinatal,y%20reconforten%20a%20los%20progenitores.
- Guevel, C. et.al. (2020). *Ministerio de Salud. Estadísticas vitales. Información básica*. Buenos Aires, Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero64_web.pdf
- Honorable Cámara de diputados de la Nación Argentina. *Proyecto de Ley (2019) 1240-D-2019. Establecer procedimientos médico asistenciales para la atención de la persona gestante frente a la muerte perinatal*. <https://www.diputados.gov.ar/proyectos/proyecto.jsp?exp=1240-D-2019>
- Martínez Osta, N. et.at. (2012). *El duelo desautorizado: muerte perinatal Pechos llenos, brazos vacíos*. <https://www.cop.es/uploads/PDF/DUELO-DESAUTORIZADO-MUERTE-PERINATAL.pdf>
- Oiberman, A. *Comp* (2013). *Nacer y acompañar*. Editorial Lugar.

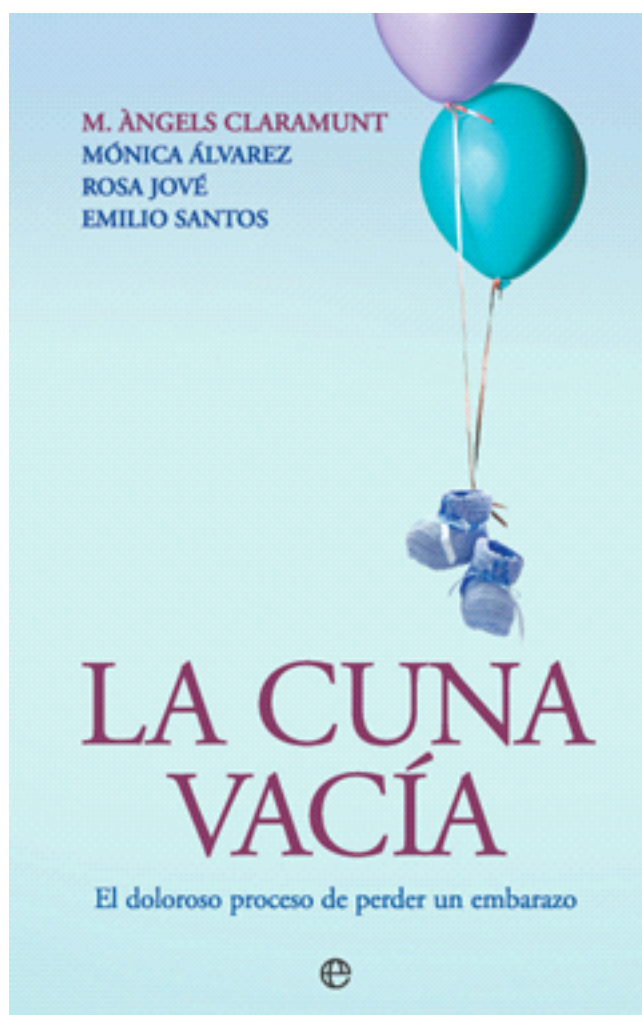


LIBROS Y SERIES RECOMENDADOS

La cuna vacía: *El doloroso proceso de perder un embarazo.*

Claramunt, M. Á., Álvarez, M. , Jové, R. y Santos, E. (2009).

Este libro nace de la necesidad de hablar, sin temor ni falsos mitos, acerca de una realidad que viven muchas parejas y para la que nadie está nunca preparado: la pérdida de un bebé en algún momento del embarazo, los hijos que nunca llegan a nacer. Cuando esta dura experiencia tiene lugar, es preciso abordarla desde diferentes perspectivas, que en estas páginas se desarrollan con la intención de aportar luz sobre un tema casi siempre relegado a la sombra: la correcta información, el buen acompañamiento y el apoyo del entorno, la intervención psicológica, la despedida y los rituales de la pérdida, los estudios médicos posteriores... Aspectos que no deben ser tratados como tabúes, porque en tal caso sólo contribuyen a añadir un dolor innecesario a un dolor de por sí inevitable.



Poemas para Gael

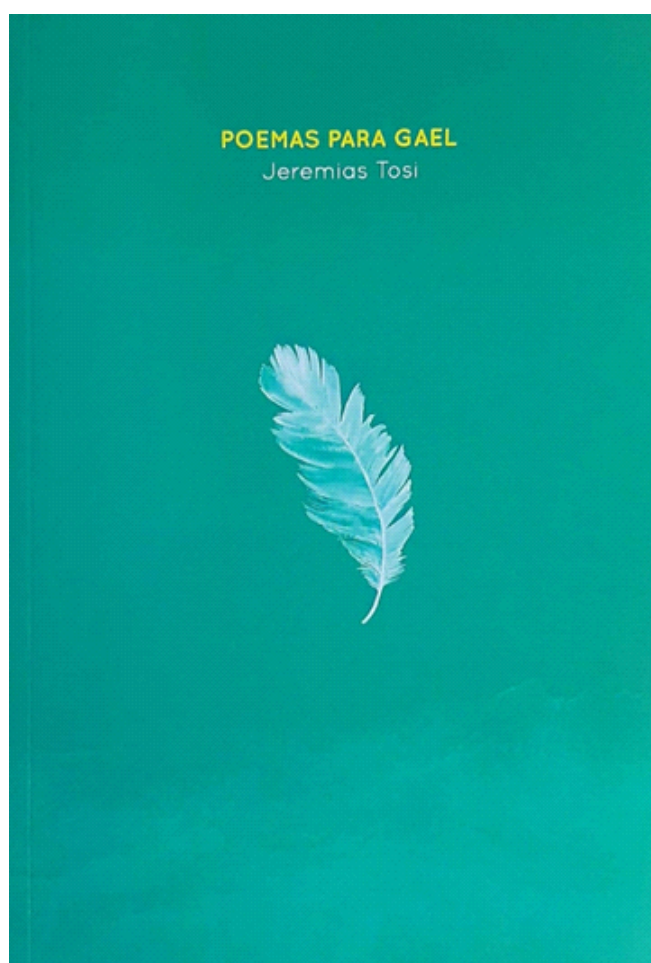
Tosi, J. (2020)

Editado por Reinaldo Cortés

Este libro surge a partir de una experiencia difícil de verbalizar: el nacimiento y despedida de un hijo. Nuestro hijo, Gael, falleció en el último minuto del parto. Podemos revisar ese instante y repetir la secuencia sin cansancio, tratando de encontrar un motivo que explique lo sucedido. Pero es una experiencia que se aleja de las palabras. Y este libro representa ese hecho sin lenguaje.

¿Son letras de nuestro hijo, caricias en papel, trazos de historia que no fueron, restos de universo donde encontrarnos? No lo sé.

Estas palabras muestran todo lo que trajo nuestro hijo, todo lo que dejó, cuánto amó y cuánto amamos. El libro es nuestra gratitud hacia Gael por su existencia. Porque somos padres gracias a él, porque su ser nos transformó para siempre. Tal vez estos poemas también sean un canal de expresión para aquellos padres que, como nosotros, han despedido a sus hijos –si es que existe una despedida–.



Lxs Niñxs del Agua

Adriana Marcus (2018)
Editorial Madreselva

Quando se "pierde un embarazo", el vacío es tan doloroso que muchas veces se trata de olvidar u ocultar, rellenoando ese hueco con actividad redoblada, nuevas relaciones sociales o más estímulos desde el afuera para acallar la voz del adentro que aún está llorando. La mujer que pone el cuerpo y se juega la vida ya no será la misma que unos meses atrás. Y además -en general sin saberlo conscientemente- ¡está atravesando un puerperio!, invisible tanto para el sistema médico como para la familia; incluso para la producción del trabajo, al no poder mostrar el "producto de su reproducción": sin bebé no hay puerperio, aunque en el cuerpo de la mujer esté ocurriendo lo contrario. En la sociedad de la eterna belleza y juventud, de la sonrisa obligada, del éxito y la fama, están mal vistos la tristeza, el duelo y el dolor, porque se les teme. Adriana nos pone ante un espejo y, en la era del plástico y las pantallas, dialoga con nuestra propia vida.



PRIME EXCLUSIVE



Es una serie norteamericana de drama médico, se estrenó en el 2018 finalizando su quinta temporada en enero 2023. Actualmente puede verse por la plataforma Amazon Prime.

*La serie está basada en el libro *Twelve Patients: Life and Death at Bellevue Hospital* de Eric Manheimer y está ambientada en un hospital público en EEUU.*

Su protagonista, el Dr. Max Goodwin es el nuevo director del hospital más antiguo de Nueva York. Su llegada impulsará un cambio radical en el sistema de salud, aportando una perspectiva idealista y emocional.

En el capítulo 8 de la temporada 2, llamado "lo que quiere el corazón", una mujer embarazada se ve obligada a dar a luz a su hijo mortinato. El Dr Max Goodwin intenta consolarla y hacer que sostenga al niño como un esfuerzo para decir adiós y llorar la pérdida, respetando el tiempo que necesita para hacerlo.

*En este episodio puede verse una cuna especial conocida con el nombre de *cuddle cots* o "cunas de abrazos". Por su funcionamiento permite a las familias despedirse de su bebé fallecido sin prisas, respetando el tiempo para un último adiós.*



THIS IS US

Es una serie norteamericana que se estrenó en el 2016 y finalizó su sexta y última temporada en el 2022. Actualmente puede ser vista por la plataforma Amazon Prime.

Cuenta la historia de la familia Pearson y está ambientada en 1980. Al inicio de la primera temporada Jack y Rebecca están esperando trillizos y sucede lo impensado, cuando uno de ellos no sobrevive. Ese mismo día un bebé es abandonado en una estación de bomberos y llega al hospital donde se encuentra la familia Pearson. Jack decide llevarlo a casa con ellos. Los días posteriores muestran cómo Jack y Rebecca atraviesan el duelo de la pérdida de su hijo. El amor, las pérdidas y el dolor atraviesan la vida de los Pearson durante más de 40 años y cinco generaciones. Lo que atrae a los televidentes es la posibilidad de sentirse identificado con los personajes, lo que sucede o les sucede a los Pearson podría suceder en cualquier hogar. Los vínculos, las peleas entre hermanos, los secretos oscuros, la muerte perinatal, los embarazos de riesgo, los trastornos de la alimentación, el alcoholismo, el deterioro cognitivo, la pandemia, la discriminación, la adopción y el sinfín de dilemas que presentan las relaciones familiares acompañan a los Pearson a lo largo de las 6 temporadas. que permiten a grandes y peques repensar las relaciones familiares y visibilizar los miles modos de ser familia.

Y tu familia como es? Y las de tus amigos y vecinos?. Este libro es una invitación a pensarnos más allá de las fronteras, los límites y los bordes para que pueda surgir la potencia amorosa como sustancia inclasificable y vital. Por ello resulta un libro imprescindible. Con pocas palabras y muchas imágenes busca hacer visible lo que aún a la sociedad le cuesta abrazar.

Realización: general Mariana Nieva y Bárbara Bernasconi

Ilustraciones: Brenda Daniela Lozan



ACTIVIDADES E.P.P.I.C.A.



Sabias que...

La Revista Perinatal Argentina es una publicación de gran valor para profesionales de la salud, investigadores, estudiantes y cualquier persona interesada en el campo. En ella, visibilizamos y concientizamos sobre la salud mental Perinatal.

Porque sabemos lo que la misma aporta al campo, desde E.P.P.I.C.A decidimos que su acceso debe ser libre y gratuito, **para** así, garantizar que el conocimiento científico llegue a una amplia audiencia, y contribuya a mejorar la calidad de la atención perinatal en Argentina y en todo el mundo.

A través de nuestro sitio web www.eppica.ar, accede al contenido completo, incluyendo los artículos de las últimas ediciones, así como los números anteriores. Además, los podés descargar en formato PDF y compartirlos libremente con colegas y amigos.

Si te parece importante lo que hacemos puedes aportar un cafecito. **¿Cómo?** mediante Cafecito.app creada por el argentino Damián Catanzaro. Es un sistema de financiamiento colectivo, en donde las personas que quieren apoyar este proyecto y desarrollo del servicio que brindamos, nos invitan uno o los cafecitos que quieran con un monto propuesto por Revista Perinatal Argentina.



Cafecito es a voluntad.



Para las personas del exterior que quieran también apoyar nuestro proyecto, pueden colaborar con nosotras mediante la plataforma de pago Paypal,

Todo el contenido de la revista permanecerá de Acceso Abierto, y la donación contribuirá a financiar costes de edición, sostenimiento web, publicidad, etc. Cultura y conocimiento al alcance de todas las personas.





CONVOCATORIA “ARTISTA DE TAPA”

CAMILA MARINONE
camilamarinone@gmail.com
@camilamarinone

AGRADECEMOS A...

Graduada en el 2013 en Fotografía Profesional en Mar del Plata, Argentina. Un año más tarde se traslada a Barcelona y comienza a trabajar como freelance. En 2015 es seleccionada para ser la portada del libro Ser sin tiempo de la editorial Herder. Se especializa en documental contemporáneo, diseño & posproducción y creación de proyectos artísticos en Grisart Escuela Internacional de Fotografía Barcelona, donde en el 2017 comienza a trabajar como coordinadora de comunicación y realizadora audiovisual. Simultáneamente, trabaja para los festivales de fotografía Panoràmic Granollers y SCAN Tarragona, además de colaborar con Grisart en el Festival Voies Off de les Rencontres d'Arles.

Su proyecto audiovisual y fotolibro Regresar a Cero son premiados en dos ocasiones con una exposición itinerante por la Beca Connecta't de Fotografía de La Vanguardia en 2017, y el Festival Photogenic Barcelona 2018. Ese último año viaja a Irak de la mano de UNICEF Irak y UNICEF Cataluña para realizar un taller de fotografía en campos de refugiados de la ciudad de Erbil, Irak.

Del 2020 al 2021 estudia el Máster de Periodismo Internacional de la Universidad Blanquerna Ramón Llull y trabaja como voluntaria de prensa y comunicación para la ONG Reporteros Sin Fronteras.

En el 2022 dirige el equipo de vídeo de la universidad EU Business School y realiza el proyecto NEOM de Mediapro para Arabia Saudí. Su último trabajo es Megaestructuras Franquistas de Discovery Channel que se estrenará este 2023.





REGRESAR A CERO

Youtube: Regresar a cero

La Organización Mundial de la Salud calcula que se producen más de 3,2 millones de nacimientos de bebés sin vida en todo el mundo. En el 70% de los casos ni siquiera es posible saber qué ha ocurrido. Regresar a cero retrata las vivencias de familias que atraviesan el duelo gestacional y perinatal. Un duelo del que, en nuestra sociedad actual, no se habla, no se conoce, no se informa. Un duelo desautorizado. Donde se espera la vida, llega la muerte. "Se han quedado sin nada, eternos días de espera y al final, se han quedado sin nada". Transformar el dolor, hablar para cambiar. Hay historias que me las puedo imaginar, intento acercarme al sentimiento vivido o hacer un gran ejercicio de empatía. Hay historias que nunca llegaré a comprender profundamente, si no es viviéndolas en primera persona. El dolor es algo muy personal. He querido acercarme a ese sentimiento aportando mi escucha y transformándolo en un recuerdo. Este proyecto nace de la necesidad de memorar, de conectarme con la gente y sentirme así, más humana.

¿Quieres saber más? Escanea el código QR y podrás ver las piezas audiovisuales que contienen las entrevistas a las familias que participaron en el proyecto.



Número 3, MARZO 2023

ISSN 2953-4429



E.P.P.I.C.A

Equipo de Psicología Perinatal
Investigación, Capacitación y Asistencia

WWW.EPPICA.AR

REVISTA PERINATAL
— ARGENTINA —