

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

PSICÓLOGA CLÍNICA

**DISEÑO DE UN DISPOSITIVO CON FUNDAMENTACIÓN PSICOANALÍTICA PARA
ACOMPañAR A MUJERES EN LA ELABORACIÓN DE DUELO POR ABORTOS
ESPONTÁNEOS REGISTRADOS DURANTE LAS PRIMERAS VEINTE SEMANAS DE
EMBARAZO.**

**Estudio interdisciplinario realizado con profesionales en la ciudad de Quito en el periodo julio-
diciembre de 2022**

NOMBRE: VICTORIA ARELÍ PUEBLA SANTANDER

DIRECTORA: VERÓNICA EGAS PhD.

QUITO, 2022

*A lo femenino,
por animar mis preguntas*

AGRADECIMIENTOS

*A quienes escucharon mi propuesta desde los primeros bocetos,
Gracias.*

A Lorena y Gustavo L., por el hogar que construyeron para nosotros.

*A Melany y Gustavo E., porque con ustedes
mis palabras, mis lágrimas y mis carcajadas
son siempre auténticas.*

A Verónica Egas, por las luces en este camino.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I	10
DISPOSITIVO	10
Definición Y Etimología De Dispositivo.....	10
Dispositivo Desde La Teoría Psicoanalítica	12
CAPÍTULO II	19
LO FEMENINO Y LO MATERNO.....	19
Algunas Aproximaciones A Lo Femenino Desde El Psicoanálisis	19
Algunas Aproximaciones A La Maternidad Desde El Psicoanálisis	24
CAPÍTULO III.....	30
ABORTO Y DUELO.....	30
Abortos Espontáneos	31
Duelo.....	34
CAPÍTULO IV.....	40
METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	40
Marco Metodológico.....	40
Diseño De La Investigación.....	40
Instrumentos.....	40
Procedimiento	41
Universo o Muestra.....	41
Técnicas De Recolección De Datos	42
Discusión y análisis de resultados.....	42
CAPÍTULO V	56
Propuesta Teórica De Dispositivo.....	56
<i>Propuesta Del Dispositivo.</i>	57
Cuadro Comparativo 1	60
Una interlocución de espacios	64

Conclusiones	65
Recomendaciones	68
REFERENCIAS.....	69
ANEXOS	74
Anexo 1: Tablas De La Codificación Abierta De Los Resultados.....	74
Anexo 2: Tabla De La Codificación Axial De Los Resultados	94
Anexo 3: Transcripción De Las Entrevistas A Expertos	95
Anexo 4: Guía De Entrevistas.....	122

RESUMEN

Este trabajo de disertación en su conjunto se trata del diseño de un dispositivo para acompañar en la elaboración de duelo a mujeres que hayan vivenciado un aborto espontáneo durante las veinte primeras semanas de gestación. Todo el proceso de investigación está inspirado en los aportes de la teoría psicoanalítica e inscrito en una metodología cualitativa, la misma que implica un proceso dinámico entre la revisión bibliográfica y los datos conseguidos de entrevistas a expertos que trabajen de cerca con la población de interés para este estudio.

Los resultados obtenidos de estos dos momentos, uno teórico y otro práctico, dan cuenta la necesidad de alternativas de acompañamiento dirigidas principalmente a mujeres que en algún momento vivenciaron la pérdida temprana de su embarazo, de ahí surge la relevancia teórica de esta propuesta. Así, finalmente surge *Con-moverse*, un dispositivo con fundamentación psicoanalítica que acoge a lo interdisciplinario, lo grupal y lo individual. Se trata de tres espacios distintos en su modo de intervención que acompañan a diversas poblaciones como el equipo médico, profesionales del campo psi, otros expertos interesados y por supuesto, a mujeres confrontadas por un aborto espontáneo.

Palabras clave: psicoanálisis, dispositivo, lo femenino, maternidad, abortos espontáneos, duelo

INTRODUCCIÓN

Es ineludible no pensar en la natalidad como un evento que históricamente se ha querido disciplinar. De ahí que, el momento en el que una mujer decide conscientemente acoger su embarazo se trata de un acto subversivo, en tanto su deseo y decisión se enfrentan a un escenario que pretende colonizar la reproducción, la sexualidad femenina y la crianza. Sin embargo, el deseo no es garantía suficiente para que ocurra el primer encuentro extrauterino entre una mujer y su bebé. Así pues, el aborto espontáneo podría ser en uno de los destinos del embarazo.

Según datos recuperados por un conocido periódico ecuatoriano, *El Comercio* (2020), de enero a agosto de 2020 se asistió a 162 mujeres por aborto espontáneo en el hospital Isidro Ayora, uno de los cuatro centros obstétricos del país, pero estos datos son solo aproximaciones estadísticas ya que Ecuador no cuenta con un registro oficial, ni actualizado de esta realidad.

Además, aun cuando se ha explorado la temática de los abortos espontáneos y los efectos psíquicos a los que quedan expuestas las mujeres que transitan por esta experiencia, tampoco hay suficiente evidencia sobre espacios de intervención clínica dispuestos a reconocer y acompañar esta vivencia desde una escucha libre de prejuicios morales. En este sentido, se puede resaltar la novedad de la presente investigación cualitativa, así como su relevancia teórica, en tanto se trata de una modesta contribución al campo investigativo.

De acuerdo con lo propuesto, esta disertación se inscribe en el objetivo uno del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 *Toda una vida* (2017), el mismo que busca “garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas” (pág. 45). Sin lugar a duda, la salud mental se constituye como un elemento fundamental que debe ser atendido para que todos y todas podamos alcanzar, en palabras de Judith Butler (2004) “una vida vivible y una muerte lamentable” (pág. 183).

Ha sido esta particularidad de nuestra realidad nacional, descrita brevemente en los párrafos anteriores, aquello que se articula con la propuesta del presente estudio. Específicamente, se trata del diseño de un dispositivo pensado desde el psicoanálisis para acompañar a mujeres que hayan vivenciado un aborto espontáneo durante las veinte primeras semanas de gestación. Específicamente, lo que busca esta propuesta es hacerle un espacio distante de los juicios morales a las historias de mujeres que hayan transitado por esta experiencia, quedando abierta la posibilidad de poner en palabras algo de lo que

podría significar la pérdida de aquello que aun siendo acogido y esperado en la lógica de lo vivo tuvo un destino distinto.

Desde este sentido, el presente dispositivo podría implementarse en instituciones públicas o privadas cuya práctica clínica esté relacionada con la atención a mamás o futuras mamás. De esta manera, habilitar un lugar pensado desde la teoría psicoanalítica para acompañar a mujeres que han transitado por la experiencia de un aborto espontáneo podría tener efectos positivos tanto en el plano individual, así como en lo colectivo.

Ciertamente, el estudio da cuenta del interés personal de la investigadora en tanto, su aproximación a la teoría psicoanalítica y a estudios con perspectiva de género le han permitido pensar, repensar, cuestionar y aprender de los dilemas y las tensiones que se suscitan entre la feminidad, la maternidad y aquellas expectativas sociales que están aliadas a una ideología marianista. Dentro de esta encrucijada se ubica al desmerecimiento de la feminidad y a la culpabilización social de mujeres que han vivenciado una pérdida temprana de su embarazo como factores que dificultan la elaboración de duelo y que, por ende, ponen en riesgo a sus psiquismos. Ha sido esta verdad de la vida de algunas mujeres, este silencio tan ruidoso con el que cargan, aquello que finalmente ha inspirado esta disertación.

Este estudio interdisciplinario se ocupa principalmente de la subjetividad de mujeres confrontadas por la pérdida temprana de un embarazo. Se tomará en consideración a mujeres que habían acogido consciente e inconscientemente su embarazo. Quedando fuera del estudio la población de mujeres que han vivenciado abortos voluntarios, duelos por muerte perinatal, la misma que, según la OMS ocurre entre la semana 22 de gestación y los siete primeros días de vida del bebé. Así también, no se incluye a parejas o familiares de estas mujeres.

Desde la reflexión de este contexto se abre espacio para la interrogante que guiará al presente estudio cualitativo. Se trata de: ¿Qué alternativa de acompañamiento en la elaboración de duelo se podría proponer a mujeres que han vivenciado abortos espontáneos?

En este sentido, el objetivo principal de este estudio es proponer el diseño de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica para el acompañamiento en la elaboración de duelo a mujeres con experiencias de abortos espontáneos registrados durante las veinte primeras semanas de embarazo.

La presente investigación tiene cinco capítulos y se anticipa que todos serán trabajados principalmente desde la teoría psicoanalítica.

El primer capítulo inicia con una revisión bibliográfica de lo que se entendería como dispositivo, un concepto amplio del que en ocasiones la psicología, el psicoanálisis y otros campos del conocimiento se sirven para pensar en aquellos modos de trabajo particulares que se dispondrían en situaciones específicas para “permitir y favorecer procesos de simbolización o, como se ha hecho común, llamar *apalabramiento*” (Vaca, 2016, pág. 138). A la vez, es también el propósito del capítulo uno explorar algunas experiencias de trabajo con dispositivos. Entre ellas, por su puesto, se encontrará la propuesta de intervención de la psicoanalista francesa Françoise Dolto, quien fundó el dispositivo *La Maison Verte* (1985) que en español se traduciría como *La Casa Verde*. Este capítulo cuenta además con otras valiosas experiencias localizadas en Argentina, Bélgica y Ecuador.

En el segundo capítulo se propone una revisión de lo que autores como Françoise Dolto, Sigmund Freud, Jaques Lacan y Silvia Tubert, pensaron al respecto de lo femenino y la maternidad. El mayor interés de este capítulo es descubrir cuáles podrían ser las articulaciones y tensiones entre estas nociones.

Avanzando con el desarrollo de esta disertación está el tercer capítulo, el cual se divide en dos partes. En el primer apartado se pretende una aproximación a los efectos psíquicos que podrían devenir de la vivencia de abortos espontáneos. Esto, en relación a la construcción subjetiva de la feminidad y la maternidad, dos nociones exploradas en el capítulo anterior. Luego, en la segunda parte se propone una aproximación a la noción de duelo, para comprender mejor las particularidades que devienen en este proceso cuando una mujer ha vivenciado una pérdida temprana de su embarazo.

En el cuarto capítulo se presenta la metodología de investigación de la disertación, todo esto, desde una visión cualitativa. A través de una revisión bibliográfica y de la aplicación de entrevistas semiestructuradas a expertos, pasando luego por el proceso de codificación, análisis y discusión de los resultados, se obtienen pistas valiosas para avanzar con el quinto capítulo, en el cual se propone diseño de un dispositivo con inspiración psicoanalítica para el acompañamiento en la elaboración de duelo de mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo y finalmente, se expondrán algunas conclusiones y recomendaciones como parte del producto de la investigación.

CAPÍTULO I

DISPOSITIVO

Definición Y Etimología De Dispositivo

La intención del presente capítulo es reflexionar sobre el concepto dispositivo a la luz de las respuestas que la etimología, la literatura y el psicoanálisis puedan dar al respecto.

Las primeras pistas que podrían responder a la pregunta qué es un dispositivo se encuentran en la etimología y la definición castellana de la palabra en cuestión. De la procedencia de dispositivo se sabe que se origina del latín *dispositus* y que da cuenta de la capacidad de disponer que tendría un elemento o lugar (Real Academia Española, s.f). A su vez, la Real Academia de la Lengua Española (s.f) define como dispositivo a un “mecanismo o artificio para producir una acción prevista”.

Tal parece que estas primeras coordenadas, logradas por la RAE y por la etimología para referirse a un espacio en el que se produce algo, no revelan sino apenas la superficie de este concepto. Asimismo, nos anticipan la falta de una definición específica, de una respuesta más verdadera que otra para explicar lo que es un dispositivo.

Ahora bien, la filosofía podría permitirle a esta investigación una aproximación interesante al concepto de dispositivo. Foucault y Deleuze son dos autores destacados en este campo, el de la filosofía, quienes a partir de sus propias historias, reflexiones y cuestionamientos se aventuraron a proponer algo más que definiciones sobre este concepto.

Para comprender a mayor detalle lo que el francés Michel Foucault entendía por dispositivo hace falta recordar sus palabras en una entrevista concedida en 1977:

Lo que trato de situar bajo ese nombre [dispositivo] es, en primer lugar, un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos. En segundo lugar, lo que querría situar en el dispositivo es precisamente la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos heterogéneos. Así pues, ese discurso puede aparecer bien como programa de una institución, bien por el

contrario, como un elemento que permite justificar y ocultar una práctica, darle acceso a un campo nuevo de racionalidad. Resumiendo, entre esos elementos, discursivos o no, existe como un juego, de los cambios de posición, de las modificaciones de funciones que pueden, éstas también, ser muy diferentes. En tercer lugar, por dispositivo entiendo una especie —digamos— de formación que, en un momento histórico dado, tuvo como función mayor la de responder a una urgencia. El dispositivo tiene pues una posición estratégica dominante. (Foucault, 1977, como se citó en Dallorso, 2012)

Una posible lectura de esta entrevista revela que para Foucault el concepto de dispositivo no solo da cuenta de la multiplicidad de sus elementos ya sean estos discursos, instituciones, instalaciones, enunciados científicos y/o propuestas filosóficas, por nombrar a algunos; sino que también, se pone en evidencia la “red que puede establecerse entre estos” (Foucault, 1977, como se citó en Dallorso, 2012). Y es justamente esta relación, vínculo o dinámica que los elementos (discursivos o no discursivos) mantienen entre sí, aquello que da permite que se desarrollen relaciones de saber en estas redes.

Continuando con la reflexión de la entrevista, también es importante destacar que un dispositivo responde a una urgencia; es decir que, a la par del resto de reflexiones del concepto en cuestión, un dispositivo sería una respuesta a un suceso histórico, cultural, económico y/o político que se presenta como urgente. Al respecto, el experto Luis García Fanlo (2011), en su artículo *Notas sobre el uso del concepto de dispositivo para el análisis de programas sociales*, nos invita a pensar que el dispositivo no es algo externo a la sociedad, así como esta no es externa al dispositivo (pág. 2), de manera que, los dispositivos están constantemente dispuestos a acoger a lo contingente.

Por otro lado, el filósofo, sociólogo y también francés Gilles Deleuze, apoyado en las ideas foucaultianas, incorpora nuevos aportes sobre este concepto y describe de manera metafórica a un dispositivo como si fuese un ovillo de lana en el que se distinguen cuatro líneas de pensamiento que se trenzan entre sí. Estas son las de visibilidad, las de enunciación, las de fuerza y finalmente las líneas de subjetivación (Deleuze como se citó en Dallorso, 2012).

Las primeras líneas, las de visibilidad, dan cuenta de que en los dispositivos se establece lo que será visible e invisible, en otras palabras este llamado “régimen de luz describe una arquitectura de la realidad, haciendo visibles ciertas partes y dejando otras en penumbra” (Dallorso, 2012, pág. 52).

Enseguida se encuentran las líneas a las que Deleuze nombraría como líneas de enunciación. Estas revelan la producción de un espacio en el que se determina lo enunciable o aquello que puede ser dicho en el campo del dispositivo, así como lo no enunciable. Siguen las líneas de fuerza, mismas que tienen que ver con la dimensión del poder. Ya lo había pensado Foucault, toda relación, es una relación de poder; y los dispositivos no están fuera de esta lógica. Es así como las líneas de fuerza demuestran las asimetrías esperables en las relaciones que irán surgiendo en los dispositivos. Por último, están las líneas de subjetivación. Estas hablan de la existencia de una particular producción que tiene lugar en los dispositivos, la subjetividad. Se puede sugerir entonces que los dispositivos son espacios privilegiados para el campo psi, en tanto aparece un sujeto (Deleuze como se citó en Dallorso, 2012).

En suma, antes de iniciar con el siguiente apartado, podría decirse que las aproximaciones revisadas en esta parte de la disertación no solamente nos acercan a destacados autores y sus construcciones intelectuales sobre los dispositivos, sino que también dejan abierta la posibilidad que tendría esta noción de ser más que una teoría que reposa en bibliotecas. Al contrario, en la presente disertación se sostiene la idea de que los dispositivos están atravesados por y en la sociedad.

Dispositivo Desde La Teoría Psicoanalítica

¿Qué podría decir el psicoanálisis sobre los dispositivos? Si bien algunos enfoques de la psicología tienden a criticar y (des)calificar al psicoanálisis como si se tratara de una práctica clínica abstracta, elitista y reservada a un consultorio, existen varias experiencias del trabajo de psicoanalistas y psicólogos clínicos con orientación psicoanalítica, documentadas en libros, artículos y seminarios, que objetan esta lectura reduccionista y que además dan cuenta de la posibilidad de trabajar desde el psicoanálisis más allá del diván.

Continuando con esta apertura del psicoanálisis a lo social, Egas y Salao (2011) sugieren que esta práctica clínica, la del psicoanálisis, no es ajena a la cotidianidad que nos atraviesa. Su propuesta de un trabajo comunitario con instituciones socio-educativas que intervienen en la erradicación del trabajo infantil en Ecuador nos permite pensar que, en efecto, hay intervenciones clínicas con corte psicoanalítico que responden a problemas sociales actuales. De ahí que, se puede considerar a este dispositivo de las ETF como una evidencia importante de la posibilidad de crear espacios pensados

desde el psicoanálisis que contribuyan a introducir la función de humanización en la sociedad (págs. 899 - 911).

En el mismo campo de los dispositivos con fundamentación psicoanalítica, se ubica el trabajo de Ximena Faundez, Marcela Cornejo y Jean-Luc Brackelaire (2014), tres investigadores clínicos con orientación psicoanalítica interesados en abordar los traumas psicosociales en nietos de expresos políticos de la dictadura chilena.

A primera vista, la investigación respalda la posibilidad de trabajar a partir de la hipótesis del inconsciente en lugares que no necesariamente son un consultorio o tienen un diván. Pero sobre todo, lo destacable de este trabajo tiene que ver con el método que Faundez, Cornejo y Brackelaire (2014) manejaron en su investigación; pues en su dispositivo, las narraciones de los participantes fueron las “vías privilegiadas para la construcción de conocimiento relevante respecto a ciertas temáticas” (pág. 205).

Sin lugar a duda, las propuestas de Egas y Salao (2011) así como la de Faundez, Cornejo y Brackelaire (2014) son una invitación para pensar en el psicoanálisis más allá de las ideas que circulan en el imaginario social, así como en las particularidades del trabajo que se hace en los dispositivos de base psicoanalítica. Si bien los participantes y asuntos de los que se ocupa cada estudio son diferentes, estos coinciden cuando reconocen al movimiento de la palabra como un elemento privilegiado de estos espacios en tanto se apuesta por la emergencia del sujeto a partir de su discurso.

En función de este importante elemento, la palabra, el concepto de dispositivo podría pensarse como aquellos modos de trabajo particulares que se disponen en situaciones específicas para “permitir y favorecer procesos de simbolización o, como se ha hecho común, llamar *apalabramiento*” (Vaca, 2016, pág. 138). Dicho de otra manera, el apalabramiento se convierte en aquella manera privilegiada que tienen los participantes de un dispositivo para poner en otro registro algo de sus avatares psíquicos.

Además del uso de la palabra, otro elemento que circula en la clínica con orientación psicoanalítica es el de la transferencia, un fenómeno esperable en la relación paciente-psicoterapeuta, pero que en la lógica de los dispositivos tiene matices diferentes.

Gracias a la investigación y publicación que Egas y Salao (2011) hicieron, se puede advertir que en el mundo de los dispositivos con corte psicoanalítico se pone en juego otro tipo de transferencia, la misma que recibe el nombre de “transferencia sobre el lugar” (pág. 907).

Los autores del dispositivo de *Estrategias de Trabajo con Familias* (2011) toman a la noción “transferencia sobre lugar” (pág. 907), que surgió principalmente en los espacios de prevención con fundamentación psicoanalítica como lo fue *La Casa Verde*, para explicar un fenómeno que aparece debido a que la presencia de profesionales durante el funcionamiento del dispositivo suele ser variada. Por lo que, los asistentes no hacen una transferencia con una persona en específico sino con el dispositivo en sí; lo que quiere decir que, la transferencia se hace de sujeto a espacio y no únicamente de paciente a psicoterapeuta.

Aunque esta aproximación a la transferencia, específicamente a la transferencia de lugar, y al apalabramiento como componentes necesarios para la puesta en marcha de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica podrían dejar varias preguntas abiertas. Es importante reflexionar sobre el rol de los garantes de estos espacios.

Ya nos lo advierten Egas y Salao (2011), “los acompañantes del proceso realizan su labor de “acompañamiento y escucha” sin posicionarse en calidad de filtro moral o con un saber predeterminado” (pág. 910). Este tan importante detalle es fundamental para los interesados e interesadas en trabajar desde la práctica clínica que supone el psicoanálisis en tanto permitirá que cada sujeto, sujeto de deseo, pueda producir su propio saber y se responsabilice de su palabra así como de su proceso.

Esta revisión que se hace desde la mirada del psicoanálisis a los dispositivos revela, entre otras cuestiones, las particularidades fundamentales (transferencia, apalabramiento, acompañamiento y escucha) que posibilitan que un espacio de acompañamiento pase a ser un dispositivo con inspiración psicoanalítica. A continuación, se situarán algunas experiencias puntuales de dispositivos en los que se trabaja con madres y bebés a partir de la práctica clínica que supone el psicoanálisis.

Ejemplos De Dispositivos De Base Psicoanalítica Enfocados En El Acompañamiento De Mamás Y Bebés

Dentro de los dispositivos con fundamentación psicoanalítica pensados para el acompañamiento de mamás y bebés podemos situar el trabajo que hizo Dolto. Esta reconocida psicoanalista francesa creó un espacio dispuesto para el acompañamiento de niños y sus padres en los avatares que podrían devenir del tan particular inicio de la vida escolar.

A finales de los 70, Françoise Dolto junto a sus colegas (psicólogos, psicoanalistas y trabajadores sociales) propusieron un modo de trabajo diferente a la práctica clínica psicoanalítica individual. Desde entonces, *La Casa Verde* se convirtió en uno de los primeros lugares en París que apostaba por la construcción grupal de saberes a partir de las circunstancias problemáticas que se espera que aparezcan durante el periodo de transición casa-escuela.

Este dispositivo de prevención se aleja de cualquier práctica que imponga estilos de crianza rígidos. De hecho, se trataba de un espacio de alteridad en el que la palabra circulaba de manera que las mamás, papás o adultos responsables terminaban por hilar memorias y construir sus propias estrategias para atenuar el impacto psíquico de la creación de lazos por fuera del núcleo familiar en sus hijos o hijas (Dolto F. , 1985).

Posteriormente, este dispositivo de intervención temprana infanto parental ha logrado hacerse espacio en otras latitudes. Es el caso de la *Fundación Argentina Por la Causa de los Niños* dirigida desde 1995 hasta 1999 por la psicoanalista y discípula directa de Dolto, Aída Chernicoff de Saks.

Fue en esta fundación que se instaló la primera adaptación latinoamericana de *La Maison Verte* y desde entonces, *Casa Verde de los Niños* en Argentina se ha convertido en un espacio de socialización temprana que acoge a bebés, niños y niñas junto a padres, madres o adultos tutores con la intención de vestir con palabras sus encuentros y desencuentros (Uttaro & Saks, 2013).

Es de aclararse que, si bien *La Casa Verde de los Niños* es una extensión de la propuesta doltoniana en la que se reconoce que los más pequeños de la familia no siempre encuentran las palabras para expresar su sufrimiento y no les queda más que hacerlo a través de actos, la psicoanalista argentina Aída Chernicoff de Saks no dejó de lado las propias particularidades que atraviesan la cotidianidad latinoamericana, especialmente la normalización de la violencia infantil en la crianza. De ahí que, el

despliegue de *La Casa Verde en Argentina* y en otros territorios del sur de América tenga en cuenta “como una extrema prioridad la prevención de situaciones vinculadas con la violencia, el delito y el abuso de menores” (pág. 20).

Avanzando con la localización de experiencias de trabajo con dispositivos de base psicoanalítica enfocados en el acompañamiento de mamás y bebés, está la propuesta de intervención perinatal pensada y trabajada por Eunice González (2013), quien puso en marcha un dispositivo con fundamentación psicoanalítica para el acompañamiento de mujeres hospitalizadas por diagnósticos de pérdida gestacional.

Ciertamente, hay casos en los cuales ocurre la pérdida súbita del hijo o hija que se esperaba, y es a partir de este panorama que la autora propone una forma de hacerle espacio a la práctica clínica psicoanalítica dentro de un contexto hospitalario, tomando en cuenta la demanda institucional, pero sin dejar de lado las demandas de las pacientes, quienes en sus palabras estaban atravesadas generalmente por “el dolor, la incertidumbre, la angustia y la culpabilidad” (pág. 53).

En términos generales, el trabajo de González (2013), habilita un espacio de contención y acompañamiento individual en el que se propicia la emergencia de la palabra y la escucha analítica. Este posicionamiento es lo que le permite a la autora identificar las particularidades de la población con la que trabajó, es decir, mujeres que por su experiencia en torno al diagnóstico de pérdida gestacional tienen a su Yo debilitado como consecuencia de un conflicto interior. Por lo que la puesta en marcha de este dispositivo busca, específicamente, acompañarlas en la creación de las significaciones que cada una puede presentar ante esta inesperada experiencia.

Hasta esta parte del primer capítulo se han ilustrado algunas novedosas formas del quehacer psicoanalítico que dan cuenta, entre otras cuestiones, de la posibilidad de disponer un espacio mediado por la palabra para el acompañamiento de mamás y/o bebés; sin embargo el trabajo de Claudine Uwera Kanyamanza, Jean-Luc Brackelaire y Naasson Munyandamutsa (2012) con niños sin padres después del genocidio en Ruanda es un paréntesis necesario en esta disertación.

Evidentemente, el genocidio ruandés ha sido uno de los episodios más oscuros en la historia. Aunque no hay una cifra exacta de las víctimas mortales de este conflicto, se estimó que 800 mil personas habían sido torturadas, abusadas y luego asesinadas. Entre los sobrevivientes del horror de

Ruanda, se hallaban niños, niñas y adolescentes que además de haber quedado expuestos a una situación de orfandad, fueron testigos directos del genocidio.

Una de las respuestas a la trágica modificación de la estructura familiar post-genocidio fue la creación de los *hogares infantiles*. Se trata de un forma de organización familiar para niños huérfanos que viven en hogares sin padres, ni adultos, pero que están encabezados por otro niño casi siempre mayor, sin que entre ellos (niño jefe de hogar y niños acogidos) exista necesariamente algún tipo de parentesco previo.

Este otro modelo de organización familiar, su composición, funcionamiento, pero especialmente los recursos y efectos psíquicos de los niños jefes de hogar y los niños en situación de acogida evocan el interés de la investigación llevada a cabo en el 2012 por Claudine Uwera Kanyamanza, Jean-Luc Brackelaire y Naasson Munyandamutsa. Sirviéndose de entrevistas a profundidad, así como del interanálisis de los relatos de los participantes, fue como este grupo de investigadores, además de retratar algo de los avatares psíquicos de los llamados niños del genocidio, resaltan su intento particular por seguir existiendo y curar el mal de des-pertenencia a partir de la creación de nuevos vínculos en los que apuestan por una restauración de lo que ha sido destruido y no su sustitución por una equivalencia (pág. 71).

Con estas ideas se vuelve posible, pero sobre todo importante reflexionar sobre las familias de niños sin padres en Ruanda a la luz de las particularidades de los dispositivos psicoanalíticos en razón de que estos hogares se disponen como espacios abiertos a la palabra y la escucha, como también lo hacen las experiencias descritas en los párrafos anteriores.

Una posible conjetura sobre la importancia de habilitar espacios como estos, en los que la palabra circula, especialmente en aquellos contextos tan desalentadores como el de Ruanda después del genocidio, tiene que ver con la posibilidad de los dispositivos psicoanalíticos para devolver algo del orden de lo simbólico a quienes han estado expuestos a situaciones que ponen en extremo riesgo a sus psiquismos.

Aun cuando las reflexiones expuestas a lo largo de este primer capítulo nacen de distintos campos del conocimiento como la literatura, la filosofía y el psicoanálisis, en todas ellas ha prevalecido la idea de que los espacios llamados dispositivos, especialmente aquellos cuya fundamentación es la

del psicoanálisis, están dispuestos a acoger la palabra de quien lo necesite y le hacen un lugar a las urgencias sociales que con frecuencia son minimizadas por los sectores en los que se concentra el poder y los privilegios. De ahí que se podría ubicar a los dispositivos en la lógica de lo subversivo, al demostrar por sí mismos que el campo psi (psicología, psiquiatría y psicoanálisis) está más allá de aquel imaginario social que lo asocia con un consultorio y el silencio, casi inercia, del experto a cargo ya sea psicólogo clínico, psicoanalista o psiquiatra. En este sentido, los dispositivos en tanto espacios que insisten en que la palabra circule podrían tener efectos tanto en el plano individual, así como en lo social.

Ahora bien, continuando con esta reflexión final es preciso anticiparle al lector que en el siguiente capítulo se encontrará con algunas aproximaciones a otras nociones tales como lo femenino, la maternidad y el duelo, especialmente desde los lentes del psicoanálisis. Esto, con el objetivo de trazar poco a poco el diseño de un dispositivo pensado desde la teoría psicoanalítica para acompañar a mujeres que han transitado por la experiencia de un aborto espontáneo.

CAPÍTULO II

LO FEMENINO Y LO MATERNO

Dentro del campo psicoanalítico lo femenino y la maternidad forman parte de un debate controversial que, menos mal, ha dejado de lado las certezas para pensar en las posibilidades de estas nociones más allá de la biología y reflexionarlas justo allí, donde lo inconsciente insiste. En este segundo capítulo se propone una aproximación a lo femenino y lo materno desde los lentes de algunos psicoanalistas como Dolto, Freud, Lacan y Tubert, por citar solo algunos.

Algunas Aproximaciones A Lo Femenino Desde El Psicoanálisis

En función de lo planificado, el interés de este primer apartado del capítulo II es aproximarse a la noción de lo femenino apostando por un encuentro entre las reflexiones freudianas, lacanianas y doltonianas que se han convertido en hitos trascendentales en la transmisión de la teoría psicoanalítica.

Es suficiente darle un vistazo a la historia del psicoanálisis para reconocer que desde sus inicios ha sido controversial y lo que Freud pensaba sobre lo femenino no es la excepción, especialmente si se tiene en cuenta que sus propuestas surgieron durante la época victoriana como si se tratara de un nuevo giro Copérmico.

Precisamente, la sexualidad femenina ha sido retratada en las obras freudianas a manera de un acertijo sin respuesta; al punto que el mismo Freud en sus últimos trabajos llegó a calificar a la mujer como “el continente oscuro del psicoanálisis” (1931/1979).

Una posible primera pista al respecto de la sexualidad femenina se encuentra en aquellos aportes freudianos que revelan que el pensamiento infantil es vivaz y que los niños desde muy pequeños se preguntan y crean sus propias teorías sobre la diferencia de los sexos, el nacimiento de otros bebés y la escena primaria.

Es el caso del artículo *Sobre las teorías sexuales infantiles*. En este momento teórico Freud explora detenidamente algunas de las teorías sexuales infantiles más típicas; sin embargo, fue la primera teoría infantil: “Atribuir a todos los seres humanos, incluso a las mujeres, un pene” (pág. 192) la que le permite reflexionar sus hipótesis a la luz del Complejo de Edipo y Castración, así como marcar la particularidad con la que las niñas recorren estas travesías.

Al respecto de los efectos psíquicos que devienen del atravesamiento del Edipo en las mujeres, Freud (1923/1925) en su texto *Algunas consecuencias psíquicas sobre la diferencia anatómica de los sexos* comenta que “a más de los problemas del complejo de Edipo en el varón, el de la niña pequeña oculta otro” (pág. 270). El instante en el que el niño posee algo que ella no (pene/órgano) “lo discierne como el correspondiente, superior, de su propio órgano, pequeño y escondido” (pág. 270). A partir de este evento la niña pequeña nota una repartición “injusta” del mundo, en palabras de Freud “cae víctima de la envidia del pene” (pág. 270).

Freud (1923/1925), le da el nombre de “envidia del pene” (pág. 264) a esta constatación asociada a una amenaza de pérdida de un órgano valioso que en el caso de la niña ya ha sido ejecutada. Continuando con esta propuesta freudiana se tiene que, como consecuencia psíquica de la llamada “envidia del pene” (pág. 264) deviene un permanente estado de reivindicación femenina en el que se encontraría inmiscuida la niña desde que es muy pequeña y que además, podría ser un obstáculo para el logro de la feminidad. Esta inconformidad de la niña, quien ha percibido una especie de mala distribución del mundo, podría manifestarse por ejemplo en el menosprecio por su sexo o en la poca simpatía hacia la madre, un personaje clave en la novela edípica que queda responsabilizado por la falta de pene.

En un contexto tal, con destinos no muy favorables, los caminos para alcanzar la feminidad podrían ser menos hostiles para la niña si ella es capaz de aceptar que su órgano está atrofiado y desiste de la manera más eficaz posible a la actividad fálica, es decir, si logra renunciar tanto al placer clitoriano como a la esperanza de obtener un pene a futuro. Por último, otra posibilidad que abre Freud (1927/1931) para que la niña logre alcanzar la feminidad es a través de la maternidad, en tanto un hijo vendría a ser el sustituto de su deseo inconsciente de pene. De lo contrario, si la niña renuncia demasiado o muy poco, correría el riesgo de la inhibición, del desistimiento de la actividad sexual o podría devenir en ella un complejo de masculinidad.

Ahora bien, dando un salto en la historia del psicoanálisis y en sus elaboraciones sobre lo femenino se encuentra el francés Jacques Lacan. Aproximarse a sus obras implica necesariamente repasar su contexto ya que como buen hijo de su época, en su enseñanza además de argumentos teóricos también se pueden leer argumentos personales.

Sin duda, además de apoyarse en la psiquiatría clásica francesa y en la filosofía, Lacan retoma las propuestas freudianas y propone nuevas hipótesis desde los lentes del momento histórico, político, económico y social que le tocó vivir. Tal es así, que sus hipótesis respecto a lo femenino están atravesadas por ciertas ideas de los movimientos feministas que se abrían paso en la Francia de los años 50. Esta particularidad de su época marcará una diferencia entre el concepto de mujer trabajado por Freud y el concepto de mujer que propondrá Lacan.

Dentro de este orden de ideas, es justo mencionar que su enseñanza, más aún cuando se trata de lo femenino, se ubica más allá de sentencias universales y al contrario de Freud quien proponía que “la anatomía es el destino” (pág. 185), Lacan piensa a esta afirmación freudiana en forma de pregunta. ¿La anatomía es el destino? No necesariamente.

En efecto, para este destacadísimo psicoanalista, Jaques Lacan, hay algo de lo anatómico que deja estragos. Sin embargo, pone un acento especial en las consecuencias psíquicas que devienen de la diferencia anatómica de los sexos a la luz del falo, un “significante privilegiado” (pág. 659). De modo que la diferencia anatómica entre los niños y las niñas no estaría atravesada únicamente por el conocimiento de sus órganos (pene o vulva), sino también por la lógica de la ausencia-presencia de un mismo órgano (el pene) al que se le ha otorgado históricamente un valor simbólico; basta con fijarse en la cantidad de producciones artísticas que representan el poder con un pene erecto.

Notablemente su interés, el de Lacan, se centra en la implicación subjetiva del sexo o lo que podría entenderse como “la relación del sujeto con el falo que se establece independientemente de la diferencia anatómica de los sexos” (pág. 654).

De esta reflexión se puede inferir que para Lacan, quien claramente remite sus hipótesis al lenguaje, el falo en tanto significante privilegiado es aquello que marcará una diferencia simbólica para ambos sexos. Se trata de la imagen ilusoria de la potencia, no del órgano propiamente; en otras palabras, el falo es un símbolo de lo que no se tiene, de la falta, aquella que funda al deseo.

En tal caso, si lo femenino y lo masculino están más allá de la anatomía y el falo es aquello que marca una diferencia simbólica para ambos sexos y no solamente para las mujeres, ¿qué es lo que permite identificar a lo femenino y distinguirlo de lo masculino?

Antes de continuar con el desarrollo de este apartado, es de suma importancia advertir a quienes estén acompañando a esta disertación con su lectura que Lacan extendió su propuesta respecto a lo femenino y las mujeres a lo largo de su enseñanza. Sin embargo, en esta parte de la disertación se tomó en cuenta principalmente el artículo *La significación del falo* (2009), sobre todo, porque su contenido en gran parte marca una independencia teórica importante con las ideas de Freud; en tanto el psicoanalista en cuestión pasa del énfasis freudiano situado en la genitalidad femenina para aproximarse a lo femenino como si se tratara de una posición subjetiva a ocupar frente al cuerpo mismo.

Ahora bien, desde la apuesta psicoanalítica por la singularidad es posible insistir en que no existen expertos en un saber inconsciente, de ahí que sería muy poco probable, sino absurdo, encontrarse con conocedores absolutos de lo femenino. En base a lo dicho, es posible que las propuestas de la también psicoanalista Françoise Dolto entreguen algunas pistas más respecto al enigma de lo femenino.

¿Qué es entonces una mujer? (pág. 31) no se trata de una pregunta que se la hizo únicamente Dolto. Al contrario, el interés por descifrar a lo femenino se ha sostenido a lo largo de la historia del mundo.

En la conferencia titulada *Lo femenino*, Dolto (2000) expresó:

Así pues, la mujer tiene ya al comienzo de su vida mucho menos miedo que el varón, porque una vez que el nacimiento y el destete han pasado, ella deja a su madre y, si está en un medio familiar sano en el que cada miembro de la familia da seguridad al bebé, podrá arriesgarse, pero no como el varón que tiene la intuición natural de que su sexo es algo muy precioso.²¹ Esa intuición de su sexo, la tiene también la niña, pero el suyo está en su interior y ella no lo ve en los mismos peligros que lo puede ver el varón, porque una dentellada no le suprimiría nada, mientras que el varón, en la edad oral, siente y tiene la intuición precisa de que lo que una dentellada le suprimiría sería un genocidio.

Creo que eso es lo que da, en el secreto de su fisiología, una seguridad tan grande a las niñas pequeñas, poseídas de su derecho a seducir, a ser coquetas, a hablar muy bien, a tener, como se dice, mucha labia. (pág. 33)

Si bien para Dolto (2000), igual que pasa con Freud y Lacan, el despertar de la feminidad en la niña surge a raíz de un momento trágico habida cuenta de que ella, no puede dejar de notar que su

compañero de juegos es el “dueño” de un símbolo social de poder. Esta psicoanalista se topa con ciertas paradas astutas en el recorrido del devenir mujer.

Es posible que la osadía o la autorización que las niñas desde muy pequeñas se dan a sí mismas para lograr alcanzar la feminidad, apunte a un saber hacer con la falta. Un saber hacer que de cierto modo podría considerarse como aventajado en relación al del varón; sobre todo porque ella a diferencia de él no depende en su vida sexual de la erección momentánea del órgano.

Además, tal parece que en esta conferencia Dolto (2000) coloca del lado de las mujeres el riesgo. ¿Qué podría perder una mujer si desde niña ha notado que los varones eran los poseedores de aquel símbolo socialmente valioso? Ya lo dice la misma autora, una mujer desde muy pequeña tiene mucho menos miedo que un varón. Ella se arriesga porque a diferencia de algunos hombres que cuidan su sexo como algo muy precioso, para la mujer una equivocación, un error, una dentellada no le suprimiría nuevamente de aquello que no tuvo.

En efecto, esta propuesta doltoniana subraya una paradoja interesante sobre lo femenino, pues si bien una parte importante del devenir mujer se basa en la “aceptación” de la falta, existe otra que revela que hay algo de la sexualidad femenina que se excede, que sabe hacer astutamente con lo que le falta. De modo que, autorizarse el derecho a seducir, a ser coqueta, o hablar muy bien podrían ser, de acuerdo a Dolto (2000), astucias de lo femenino. Así pues, podría decirse que Dolto toma partido por lo femenino al proponer una superioridad de la mujer en cuanto al dominio sexual y a una cierta facilidad con la palabra.

Finalmente, las propuestas elaboradas por Freud, Lacan y Dolto, cada uno desde un espacio distinto en el campo del psicoanálisis, son la evidencia de la imposibilidad de definir a las mujeres y sus avatares para alcanzar la feminidad de una sola forma. Además, si bien las reflexiones escritas en los párrafos anteriores dan cuenta de ciertas rupturas teóricas. Claramente Lacan y Dolto no abandonan la enseñanza freudiana sobre las mujeres; todo lo contrario, la retoman pensando en el momento de la historia que los atraviesa. Esta posibilidad de explorar lo femenino más allá de querer sostener la autoridad de enunciación de Freud, padre del psicoanálisis, es aquello que le permite a esta dupla de psicoanalistas franceses pensar en lo femenino como un indicio de particularidad, mas no de homogenización. En otras palabras, aun cuando hay algo que prevalece del cuerpo sexuado en el devenir

mujer, cada una, cada mujer desde muy pequeña inventa su propia manera de transitar por la continua experiencia de lo que significa ser mujer.

Ahora bien, con estas ideas finales se vuelve posible pero sobre todo necesario para alcanzar el objetivo de esta disertación, reflexionar sobre la asociación que generalmente se hace entre lo femenino y la maternidad. De este asunto, igualmente controversial, se encargará el siguiente apartado.

Algunas Aproximaciones A La Maternidad Desde El Psicoanálisis

Aparentemente parecería menos complicado responder a la interrogante ¿qué es ser madre? en lugar de ¿qué es ser una mujer?, sobre todo porque de mujer a madre hay un indicador imposible de no observar, un hijo o una hija. Sin embargo, esta disertación apuesta por ir más allá de lo que se pensaría como evidente. Desde este interés por ir más allá de sentencias universales, es como el presente apartado se aproximará a algunas elaboraciones teóricas sobre la maternidad que han sido construidas por destacados psicoanalistas que, como se verá, no necesariamente por estar ubicados en el psicoanálisis tienen las mismas ideas.

El punto de partida de esta aproximación a la maternidad es Freud. Para comprender a mayor detalle lo que el padre del psicoanálisis había elaborado sobre lo materno hace falta recordar una de sus conferencias.

En la conferencia número 33, titulada *La Femenidad*, Freud (1927/1931) sugiere a propósito del desarrollo psicosexual de la niña que:

El descubrimiento de su castración es un punto de viraje en el desarrollo de la niña. De ahí parten tres orientaciones del desarrollo: una lleva a la inhibición sexual o a la neurosis; la siguiente, a la alteración del carácter en el sentido de un complejo de masculinidad, y la tercera, en fin, a la feminidad normal (pág. 117).

Así pues, queda claro que para Freud (1927/1931) el primero de los tres destinos de la sexualidad femenina tiene que ver con cierta ausencia de sexualidad, o más bien, una sexualidad no compartida. Del segundo destino el mismo autor advierte el devenir de un afianzamiento de la masculinidad. Sin embargo, en este corto fragmento de la conferencia en cuestión, Freud no es del todo preciso al mencionar que habría un camino posible a tomar por la niña para alcanzar “la feminidad

normal” (pág. 117). ¿A qué se refiere Freud con esta última propuesta?, ¿qué es para él la feminidad normal?

De hecho, continuando con la mirada en la conferencia *La Feminidad* (1927/1931) y también en el texto *Sobre la sexualidad femenina* (1931/1979), la vía para que la niña logre alcanzar la “feminidad normal” (pág. 117) o “la feminidad definitiva” (pág. 233) es la maternidad ya que, siguiendo a Freud, cuando una mujer se vuelve madre, su deseo de poseer un pene es sustituido por uno nuevo, el deseo de tener un hijo.

Desde esta mirada a lo materno, la sustitución pene por hijo solamente podría ser posible si la niña se permite abandonar a su madre como objeto de amor y dirigirse a su padre, quien ciertamente se vuelve una especie de amor imposible. Por lo que a ella, a la niña pequeña, no le quedará más opción que aguardar la promesa edípica de maternar al hijo de algún sustituto del padre (pág. 119). En resumen, de acuerdo con esta propuesta freudiana, una niña logrará alcanzar “la feminidad definitiva” (pág. 233) por medio de la maternidad y a su vez, con la maternidad una mujer podría encontrar cierta plenitud.

Ahora bien, aun cuando Freud se esforzó oír pensar en la maternidad más allá del plano biológico e insistió en los procesos inconscientes que intervienen en ella, es esperable que su propuesta, en la que claramente asocia maternidad=feminidad normal/definitiva, no sea del todo respaldada por otros psicoanalistas. Es el caso de Silvia Tubert.

En su libro *Figuras de la madre*, Tubert (1996) se aproxima a lo materno sin olvidar que gran parte de las culturas, especialmente aquellas con estructuras patriarcales, demandan a las mujeres convertirse en madres al menos una vez en su vida para alcanzar cierto prestigio social. Así, este conjunto de prácticas discursivas en su intento por definir a la maternidad como la única manera de realización femenina terminan destruyendo y limitando la subjetividad femenina de manera tal, que la mujer que decide ser madre va desapareciendo mientras ejerce su función materna.

A razón de esta reflexión sobre lo materno, la misma autora propone:

La necesidad de deconstruir los ideales, las identidades, que obturan ilusoriamente la singularidad del sujeto, para abrir un espacio donde se pueda resituar la maternidad en relación con la dimensión del deseo —de la multiplicidad de deseos— opuesta a una identidad que no puede sino ser mítica (Tubert, 1996, pág. 10).

Este panorama que acusa de míticos y alienantes a los ideales culturales que determinan que solo se podría llegar a ser una verdadera mujer por vía de la maternidad, da pie para pensar en aquellas mujeres utilizadas por la política, la historia y la religión como referentes de lo que sería una buena y una mala madre.

Así, en la religiosidad popular aparece María de Nazaret, la madre de Jesús, quien a diferencia de las demás mujeres permanece “virgen” antes, durante y después del parto. De ahí que no sea una novedad que su figura y todo lo que su historia representa en relación a la maternidad sea un asunto altamente polémico; especialmente la suposición de que la sexualidad debería mantenerse ausente en lo materno. En palabras de la investigadora sobre asuntos de género, política y psicoanálisis, Norma Fuller (1996) “la virgen, en tanto representante de lo femenino, es siempre madre y por lo tanto conserva, de algún modo, más ataduras con su identidad sexual” (pág. 18).

Ahora bien, en la contraportada de esta historia protagonizada por la Virgen María, ejemplo de abnegación, amor y sacrificio por los hijos, pero sobre todo de una evidente ausencia de sexualidad, están Eva y María Magdalena, dos mujeres que tienen una vida sexual libre y por lo tanto problemática, si se las mira con los lentes del marianismo.

Respecto a ellas dice Fuller (1996) que se vuelven el “negativo de la madre” (pág. 17), se convierten en la viva representación de la rebeldía y la marginalidad por haber enfrentado al orden social y a la autoridad masculina. Además, como lo dice la misma autora, a estas mujeres se les encargaba un interesante rol social, el de darle cauce al erotismo y al deseo sexual para que estos no irrumpan en el espacio doméstico y así, las madres puedan seguir siendo “vírgenes”.

Continuando con este revés de las determinaciones rígidas que piensan a la maternidad como la única manera de realización femenina, están aquellas mujeres sancionadas por la historia por una supuesta falta de “instinto materno” al dejarlo todo, incluso a sus hijos, en nombre de la pasión y el amor hacia un hombre.

Así, en Quito durante el siglo XIX y comienzos del XX aparece un grupo de mujeres nombradas por los quiteños conservadores de aquella época como las *guarichas*, una expresión despectiva para referirse a las “queridas de los soldados” (Pérez, 1999, como se citó en Kingman, 2006) o en otras palabras, a sus amantes.

Una posible lectura sobre el impacto social, cultural e incluso político que han tenido las *guarichas* en la historia del Ecuador, no corresponde esencialmente a su participación durante las luchas independentistas como sujetos políticos activos, como unas heroínas de la patria. Al contrario, lo que no deja de sorprender es que estas mujeres, especialmente quienes eran madres, se atrevieron a abandonar sus hogares. De hecho, tan pronto como aparecieron en la historia, las *guarichas* fueron culpadas como malas mujeres, malas madres, como incapaces de soportar la soledad y el abandono de un hombre, al punto de arriesgar hasta sus vidas (Taxin, 1999).

Desde esta perspectiva, podría pensarse que Eva, María Magdalena y las *guarichas* comparten cierta similitud con Medea de Eurípides, la mujer mítica que asesina a sus hijos por celos hacia su marido (Eurípides, 2010, como se citó en Marín, 2019); en tanto todas ellas ponen en tela de juicio la ecuación feminidad=maternidad. Así pues, estas mujeres y sus historias dan cuenta de que tras la maternidad marianista, tan socialmente valorada, se antepone la demanda femenina del amor y la pasión erótica. Después de todo, “una madre es, en primer lugar, la mujer de su partenaire. Es decir, tras la maternidad de una mujer siempre se descubre la interpelación femenina del deseo y el amor” (Marín, 2019, pág. 181).

Hasta aquí, las reflexiones propuestas en este apartado se han encargado de retratar a la maternidad como una experiencia de alteridad entre las nociones madre y mujer; también es cierto que se ha rescatado su lado subjetivo al colocar al discurso del instinto materno entre signos de interrogación. Todo esto con el propósito de hacerle un espacio en este apartado a la pregunta por cómo se construye lo materno.

Ahora bien, hay toda una discusión teórica detrás de esta propuesta psicoanalítica que insiste en la maternidad más allá del acto fisiológico de engendrar. Se trata de un recorrido cuyo punto de partida es el cuerpo de la mujer; sin embargo, no lo convoca desde su fisiología, no se detiene exclusivamente en él, ni mucho menos excluye de lo materno a otras experiencias como la adopción o cualquier técnica de reproducción asistida. De esta manera, los aportes de Françoise Dolto y Donald Winnicott podrían orientar la pregunta por cómo se construye lo materno, en tanto a partir de su evidente interés por el vínculo madre-hijo dan cuenta de que la maternidad se trata de una operación no

automática en la que el bebé se irá gestando en la psique de su madre así como lo hace dentro de su útero.

La “preocupación maternal primaria” (Winnicott, pág. 1364) es un concepto winnicottiano que describe un estado de elevada sensibilidad que las madres experimentan durante el embarazo y que ocurre con cierta intensidad durante el periodo final de este, incluso se extiende unas pocas semanas después del nacimiento del bebé. Así pues, esta sospecha de la existencia de un vínculo prematuro madre-bebé le permite teorizar a Winnicott, entre muchas otras propuestas, que el hijo o hija que se espera surge en las fantasías conscientes e inconscientes de la madre, mucho antes de la posibilidad de fecundación. Pero no es solamente el bebé quien preexiste en la vida psíquica de una mujer, también hay fantasías respecto de su maternidad.

Esta disposición psíquica no es gratuita, ella se teje de temores, esperanzas, recuerdos y poderosas mitologías inconscientes hasta que en algún momento lo psíquico, en palabras de Natalia Torres (2006) “se expresa en lo biológico, consciente o inconscientemente, y una mujer permite que un nuevo ser se albergue en ella” (pág. 210).

Por otro lado, del trabajo de Françoise Dolto respecto a la construcción de lo materno también se podrían obtener pistas valiosas, pero sobre todo novedosas. De hecho, sus propuestas se alejan de cualquier intento por describir a una madre como una criatura pasiva gestante o como una mujer consciente de haber traído hijos reales al mundo; más bien lo materno de acuerdo con Dolto (2000) tiene una íntima relación con la creatividad, con la disponibilidad de crear, de construir, en sus palabras es “el símbolo mismo de la fertilidad” (pág. 59).

Pero ¿qué es lo que se crea?, siguiendo las pisadas de esta psicoanalista francesa quizá la posibilidad de crear no tiene que ver el acto de concebir hijos reales, en su lugar podría tratarse de la creación de un espacio psíquico en la mujer que se prepara para ser madre, un espacio en el que surgen, pero asimismo se reactualizan fantasías y angustias que, debe aclararse, no solamente son sobre el bebé al que se espera, también se fantasea con la madre que se espera ser (Dolto F. , 2000).

Ciertamente la maternidad es un tema que se da por sentado, en términos de expectativas sociales no solo se espera que una mujer, por el hecho de serlo, elija a la maternidad como símbolo de realización, sino que también se espera que ella se adapte automáticamente a su rol de madre. Sin

embargo, esta propuesta doltoniana permite sostener la idea de que lo materno es una experiencia que se construye de los procesos psíquicos, conscientes e inconscientes, de la mujer que está gestando.

Desde este sentido es posible sospechar que el inicio de la maternidad no está en la anatomía del cuerpo de una mujer; para una madre, el principio está en la intimidad de su psiquismo, es decir, en el deseo inconsciente por el que terminó aproximándose a la maternidad, un deseo que no siempre resulta tan claro. En todo caso, las pistas que se desprenden de las reflexiones trabajadas en los párrafos anteriores dan cuenta en primer lugar que lo materno al igual que lo femenino se ubica más allá de la biología, siendo así que la decisión de maternidad o la de no maternidad será siempre una decisión en la que se manifiesta algo de lo inconsciente. Además, hay que señalar que aun cuando algunas mujeres encuentran en el ejercicio de lo materno cierta plenitud, no es posible universalizar a la maternidad como la única vía para convertirse en mujer, asimismo como tampoco existe una única manera de ser madre, en otras palabras, tanto el camino del devenir mujer como el de la maternidad serán siempre experiencias particulares.

Ahora bien, siguiendo a estas reflexiones finales sobre lo femenino y lo materno, las mismas que apuntan al reconocimiento de que, como lo dijo Adrienne Rich (1986) “nacemos de mujer” (pág. 11), resulta necesario preguntarse qué de lo inconsciente se devela cuando una mujer atraviesa por la experiencia de un aborto espontáneo.

CAPÍTULO III

ABORTO Y DUELO

Se habla de los embarazos cuyo fin es el nacimiento de una niña o de un niño, pero no ocurre así con aquellos que terminan en un aborto. Voluntario o espontáneo, el acto de abortar se trata de un evento censurado ya que “al poner en jaque el orden social, cuestiona las lógicas patriarcales de dominación y supone un conflicto, inherente al pensamiento y la acción política” (Gutiérrez, 2021, pág. 192). Y qué más conflictivo para la cultura que el sexo y la muerte, dos asuntos que evocan el principio y el fin, dos asuntos que se harán notar en las vivencias de abortos.

Asimismo, suele articularse en el imaginario social al aborto espontáneo con la gratuidad, con la idea de que no hay efectos psíquicos después de una pérdida temprana. Sin embargo, la revisión bibliográfica a la que se ha comprometido esta disertación, así como las reflexiones propuestas a continuación dan cuenta de que ocurre todo lo contrario pues de las vivencias de abortos, sea cual sea su procedimiento, devienen consecuencias psíquicas incluso varios psicoanalistas como Françoise Dolto (2000) y Dinora Pines (1990) refiriéndose específicamente a los abortos espontáneos, sugieren que en algunos casos su etiología responde a un deseo de muerte del feto, un deseo que “produce muchos efectos diferentes: deseo de muerte simbólica, deseo de muerte afectiva, deseo de muerte psíquica, deseo de muerte fisiológica” (Dolto F. , 2000, pág. 197), hace falta aclarar que todo esto subyace en una lógica inconsciente. Y si bien esta disertación no se ocupará de la etiología psíquica de los abortos espontáneos aunque se trate de un tema de mucho interés, estas pistas permiten seguir apostando por la existencia de una dimensión subjetiva en los casos de abortos, ya sean estos espontáneos o voluntarios, una dimensión que quizá podría ser más investigada.

Ahora bien, siguiendo esta propuesta, el presente capítulo se propone una aproximación a los abortos espontáneos y los posibles efectos psíquicos que devienen de este evento de borde, especialmente a aquellos que podrían articularse con las nociones que ya fueron discutidas en esta disertación, la maternidad y la feminidad. Seguido a esto, se propone una revisión de la noción de duelo, para finalmente obtener algunas pistas sobre las particularidades que devienen en este proceso psíquico cuando una mujer se ve confrontada por la experiencia de un aborto espontáneo.

Abortos Espontáneos

De los abortos espontáneos se sospecha principalmente lo que el discurso médico transmite. Así pues, desde los lentes de la medicina se considera como un aborto espontáneo a la pérdida temprana e involuntaria del embarazo que ocurre antes de las veinte semanas de gestación. Las causas asociadas a estas pérdidas tempranas tienen que ver principalmente con problemas orgánicos ligados con el embrión o con su origen materno o paterno, asimismo la medicina reconoce que hay un pequeño porcentaje de abortos espontáneos cuya etiología no corresponde con problemas orgánicos (Arteaga & García, 2013/2017).

Efectivamente, esta interesante clasificación etiológica de los abortos espontáneos podría ser motivo de apasionantes discusiones e investigaciones; sin embargo, esta disertación, desde sus primeros esbozos, ha buscado conocer y reflexionar cuales podrían ser los efectos psíquicos a los que podría quedar expuesta una mujer que habiendo acogido a su embarazo se ve confrontada con la pérdida temprana del mismo. Todo esto, para lograr el diseño del dispositivo que se ha venido proponiendo a lo largo del presente estudio.

Ahora bien, en contraste con el discurso médico que centra su atención y praxis en lo concreto del cuerpo (los órganos) está el psicoanálisis, una práctica clínica que apuesta por la articulación entre lo psíquico y lo corporal. A partir de esta propuesta psicoanalítica, el cuerpo es pensado como una superficie atravesada por el lenguaje, que encarna los significantes y hace eco de estos (Ortiz & Rostagnotto, 2019). Dada esta articulación cuerpo-psyque, se puede entender que los abortos así como los embarazos y la menstruación sean experiencias que no solo ocurre en el cuerpo de las mujeres, sino que también tienen lugar en sus inconscientes.

En un estudio cualitativo a cargo de un grupo de psicoanalistas brasileños se proponen dos posibles e interesantes campos de significación de los abortos espontáneos. Todo esto a partir de la recolección e interpretación de los relatos de mujeres que han vivenciado la pérdida temprana de un embarazo. Así el primer campo tiene que ver con una fantasía de culpa, la misma que pone a la mujer en una situación imaginativa en la que la madre es la responsable de la muerte del feto. Por otro lado, el segundo campo sugiere que esta experiencia, la de un aborto espontáneo, está generalmente atravesada por sentimientos de vacío y angustia (Visintin et al., 2020).

Sobre esta fantasía de que el aborto espontáneo es de alguna manera causado por la madre, también escriben Besoain y Ardito (2021), dos psicoanalistas latinoamericanas comprometidas con la investigación. En su publicación titulada *Con todo, la vida. Notas sobre la pérdida de un embarazo* sugieren que en “el inconsciente no operan las explicaciones: espontáneos o intencionados, se trata de la muerte. Y para todo aborto, para toda muerte, se debe encontrar una culpable” (pág. 4), pero evidentemente, la culpa no se encarna en cualquiera. Entonces, ¿a quién más se puede culpar si no es a aquellas mujeres cuyos cuerpos fueron testigos directos de que lo que recién comenzaba a latir se detuvo?

Desde este sentido se puede entender un poco mejor a esta fantasía de culpa, pues en un entorno en el que la maternidad claramente está atravesada por mandatos marianistas, no es difícil que las pérdidas tempranas estén asociadas al fracaso personal, como si un aborto espontáneo fuera el resultado de la incapacidad de una mujer, de su matriz, de su deseo en el desempeño de una tarea, la de sostener la vida (Visintin et al., 2020). No es una sorpresa entonces, encontrarse en este punto con el desmerecimiento de la femineidad de una mujer que no haya “cumplido” a cabalidad la tarea de ser madre.

Así, de estas reflexiones se puede deducir que la fantasía de culpa que se devela desde lo inconsciente, además de tratarse de un efecto psíquico post aborto espontáneo en el que una mujer podría percibirse a sí misma como la culpable de la muerte de su bebé, como si se tratara de la mismísima Medea de Eurípides, también evoca la experiencia de castración femenina en tanto que, quien gestaba se ve confrontada repentinamente con su impotencia frente a la vida y la muerte, dándole a su pérdida un significado de castigo.

“A las preñadas nos bendicen” (pág. 3), escriben las psicoanalistas chilenas Carolina Besoain y María Paz Ardito (2021), “porque en la espera, junto con la fe, siempre ronda la tragedia” (pág. 3), lo que en otras palabras implicaría que en el imaginario social existe la sospecha de que no todos los embarazos terminan con un recién nacido vivo. Sin embargo, ante esta sospecha llama la atención, el poco reconocimiento que se le da al sufrimiento psíquico de las mujeres que han vivenciado una pérdida temprana de su embarazo, especialmente cuando sucede en las primeras semanas de gestación, como si el tiempo cronológico fuese aquello que determinara si se puede o no sufrir (Visintin et al., 2020).

De hecho, el embarazo es un período en el que algunas mujeres, desde que se confirma el embarazo, fantasean al feto como un bebé completamente formado, le otorgan un nombre, una identidad sexual e incluso ellas fantasean con escenarios en los que ejercen la función materna (Pines, 1990). Se puede entender mejor que para estas mujeres el aborto sea una experiencia muy dolorosa caracterizada por sentimientos de vacío y gran angustia (Visintin et al., 2020).

Sobre este tema, se profundiza en la investigación *Imaginarios de mujeres que vivieron la pérdida de un embarazo*, en la que Visintin, Inacarato y Aiello-Vaisberg (2020) sugieren que esta sensación de vacío que experimentan las mujeres que pierden un embarazo está asociada con la construcción real e imaginaria de la maternidad que se desarrollaron a lo largo de su periodo de gestación, de manera que un aborto espontáneo genera no solamente la sensación de pérdida del hijo o hija a la que se esperaba, sino también de todo lo que se soñó, fantaseó, idealizó o imaginó durante el tiempo que haya durado el embarazo.

Así lo ilustra con mucha claridad el siguiente relato presentado en la investigación de este equipo de psicoanalistas brasileños:

Nunca en mi vida me imaginé que pasaría por tal sufrimiento. Mi sueño había sido destruido. Sabía que nunca más volvería a tener a Miguel conmigo, que nunca le daría el pecho, que nunca lo olería. Me sentí muerta por dentro. (M8). (Visintin et al., 2020).

Por otro lado, en función de que la presente disertación se acoge a la insistencia del psicoanálisis por el respeto absoluto de la singularidad con la que cada sujeto significa sus experiencias, resulta un trabajo arduo aproximarse a todos los efectos psíquicos que podrían devenir después de vivenciar un evento de borde como lo es la pérdida temprana de un embarazo; sin embargo, los trabajos citados en este apartado se han convertido en pistas valiosas que iluminan el camino trazado para cumplir el objetivo del presente estudio. Es el caso del artículo trabajado por la investigadora peruana Romina Bouquet (2012).

De acuerdo con Bouquet (2012), un aborto espontáneo se trata de un evento desagradable, siempre subjetivo, en la que una mujer debe pasar por un trabajo de parto, aunque en menor medida; en otras palabras ella deberá parir un hijo no desarrollado desde lo biológico y muerto desde lo simbólico. La interesante perspectiva de esta investigadora latinoamericana Romina Bouquet respecto al aborto

espontáneo abre una interesante discusión. ¿Dónde suceden los abortos espontáneos, si estos eventos de borde muchas veces toman por sorpresa a las mujeres que los vivencian?, ¿el lugar importa?, ¿por qué es importante el lugar?, ¿qué ocurre con aquellas mujeres cuya pérdida se suscitó en medio de jornadas laborales?, ¿cómo lo vivirá la mujer que requirió un legrado y fue atendida en un hospital público junto a otras mujeres que a diferencia de ella, no dieron a luz a la muerte?

Finalmente, estas preguntas permiten mirar con más claridad un detalle extremadamente significativo sobre el asunto en cuestión. Se trata de la particularidad con la que un aborto espontáneo, una pérdida o un arrojito como se le conoce coloquialmente a este evento de borde, se inscribirá en la biografía de la mujer que lo vivencia. Asimismo, en base a las aproximaciones logradas en el desarrollo de este apartado, se podría resaltar el lado paradójico de un aborto espontáneo pues de la muerte, de la pérdida inesperada y temprana de un embarazo, nace una mujer que se (des)encuentra con la imposibilidad de ser madre, o al menos la de ese bebé al que su cuerpo sostuvo por algunas semanas, pero que quizá ya existía en su inconsciente, incluso mucho antes de la concepción. También es cierto que el poco reconocimiento social que se le da al sufrimiento psíquico de estas mujeres, cuya expresión siempre será subjetiva, podría ser un factor importante que les impida la elaboración del duelo y que, por ende, ponga en riesgo a sus psiquismos. Así, en el siguiente apartado se propone una reflexión de a la noción del duelo a partir de las pistas encontradas sobre los abortos espontáneos y sus efectos psíquicos.

Duelo

Desde un reconocimiento a Freud como el padre del psicoanálisis, este apartado se escribirá especialmente a partir de las luces que el autor en cuestión entrega a sus lectores sobre la temática del duelo. No sin dejar de interesarse por otros autores, otros psicoanalistas que también han hecho contribuciones teóricas desde sus interpretaciones de la teoría psicoanalítica, desde sus espacios, reflexiones y apuestas.

Una Aproximación Freudiana A La Noción De Duelo

¿Qué pensaba Freud sobre el duelo? En 1917 este autor publicó un conocido artículo en el que presentó el concepto de duelo para diferenciarlo de la melancolía. En este momento teórico, el padre del psicoanálisis define al duelo como “[...] la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de

una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (pág. 241), es decir que el duelo únicamente se juega en relación a un objeto de amor, no es posible hacerlo por cualquier cosa.

Asimismo, Freud (1917 [1915]) insistió en el peligro que se corre al patologizar o perturbar un duelo, señalando que la mayoría de personas confrontadas por una pérdida lograrán sobreponerse a ella luego de un cierto periodo de tiempo. Sin embargo, aunque el duelo desde esta mirada freudiana se trata de una respuesta esperable y temporal frente a la pérdida, no se transita por ella sin dolor, ni conflicto. De hecho, el duelo da cuenta de un trabajo psíquico que implica tiempo y energía.

Pero ¿en qué consiste este trabajo que el duelo opera? Tal como lo propone el autor de *Duelo y Melancolía* (Freud, 1917 [1915]), cuando el examen de realidad da cuenta de que el objeto amado ha dejado de existir, entonces no queda más remedio que retirar toda libido de sus enlaces con ese objeto. Pero esto no es un proceso inmediato, el examen de realidad se verá confrontado por una comprensible rebelión del yo, pues un sujeto no renuncia fácilmente a sus investiduras libidinales, en otras palabras eso amado que se perdió en la realidad, persistirá psíquicamente durante un tiempo y lo hará causando dolor. Así pues, en el estado de duelo es muy común que el sujeto confrontado con la pérdida sufra de los recuerdos, los mismos que serán localizados y sobre investidos. Esto, para lograr introducir poco a poco la desligadura libidinal de las reminiscencias. Solo así, al final del trabajo del duelo, el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido para encontrar un nuevo objeto de amor (Freud, 1917 [1915]).

A esta propuesta freudiana se la podría calificar como esperanzadora, sobre todo si se considera que luego de una reorganización libidinal es posible encontrar un nuevo objeto de amor, un sustituto, un reemplazo. Sin embargo, la psicoanalista chilena Daniela Dighero (2012) en su investigación de maestría explora una interesante versión freudiana sobre el duelo, una versión no muy conocida quizá porque a diferencia de la primera, esta no es del todo comfortable. Se trata de una correspondencia de Freud con Binswanger, en la que se ilustra al duelo de una manera muy personal e íntima. Enseguida la cita:

“Se sabe que el duelo agudo se terminará luego de una tal pérdida, pero quedaremos inconsolables, nunca se encontrará un reemplazo. Todo lo que viene en su lugar, incluso si logra llenar ese lugar completamente, se mantendrá como otra cosa. Finalmente, está bien que así sea.

Esa es la única manera de continuar con el amor que no se quiere abandonar” (Freud, 1929, como se citó en Dighero, 2012).

¿Acaso este fragmento de la carta no es un intento de Freud por corregir su primera hipótesis sobre el duelo?, ¿una sutileza con la que el autor se percata de la presencia de una parte inconsolable en el duelo?

Daniela Dighero (2012) se detiene en este detalle y se permite sugerir a partir de esta revelación freudiana que el duelo tomaría otra ruta, la de la imposibilidad del reemplazo. Esto, como consecuencia de la particularidad con la que se teje el vínculo de amor con el objeto perdido, de manera que lo que queda es la posibilidad de volver amar, invertir a otros objetos, pero nunca de la misma manera, “de ahí lo inconsolable del duelo” (pág. 27).

Finalmente, después de procurar una aproximación a lo propuesto por Freud (1917 [1915]) respecto al duelo, así como a las valiosas reflexiones y hallazgos de la psicoanalista e investigadora Daniela Dighero (2012), queda pendiente una exploración del duelo cuando se vivencia una pérdida temprana del embarazo.

Duelo Y Pérdidas Tempranas En El Embarazo

Como se ha venido proponiendo en este trabajo de disertación, un aborto espontáneo tiene más de un nombre, pero es el de pérdida temprana, aquel da paso a la pregunta: ¿qué es lo que pierde una mujer cuando se ve confrontada por este tipo de eventos?

Si se tiene en cuenta la definición freudiana de duelo, en la que se aclara que lo perdido puede tomar varias formas, desde una persona amada hasta un ideal, entonces se puede entender mejor que en el caso de abortos espontáneos además de la pérdida del bebé, también está en juego la madre que se esperaba ser y junto a ella, el lugar que socialmente se le reconoce a una mujer que materna.

De hecho, la psicoanalista Dinora Pines (1990), responsable del artículo *Pregnancy, miscarriage and abortion. A psychoanalytic perspective*, propone que un aborto espontáneo se vuelve una dolorosa pérdida para quien atraviesa esta vivencia, tanto como si se tratara de la muerte de un bebé a término, pues más allá del deseo por el cual una mujer se dirige a la maternidad, cuando ha sido capaz de hacerle un espacio en su vida a ese hijo o hija que espera, ella comenzará a invertir libidinalmente al feto que acoge en su cuerpo, incluso en sus sueños y fantasías conscientes e inconsciente le otorgará

una apariencia física, una identidad sexual, de ser posible también construirá expectativas sobre su maternidad.

Estos primeros esbozos permiten constatar que, en efecto, una mujer que vivencia un aborto espontáneo se ve confrontada por varias pérdidas. Así pues, lo más esperable es que luego de una vivencia como esta, devenga un trabajo de duelo. Sin embargo, en un contexto social que no reconoce esta verdad de la vida de muchas mujeres o que a su vez subestima este sufrimiento, transitar por un duelo podría convertirse en una especie de tortura psíquica. Así pues, en este apartado se abre un espacio para la discusión sobre la importancia del reconocimiento simbólico de las pérdidas tempranas de un embarazo en el proceso de duelo.

A partir de un evidente interés por entender la noción del duelo, Daniela Dighero (2012) y Rodolphe Adam (2017) se aproximan a las reflexiones lacanianas sobre la importancia del ritual luego de que ha sucedido una muerte, específicamente vuelven su mirada al análisis que Lacan (1958-1959) hace sobre el duelo de Antígona, una mujer de la mitología griega que desafió al rey para poder dar sepultura a su hermano y así evitar que sus restos sean devorados por los pájaros y animales.

Dighero (2012) siguiendo a Lacan (1958-1959) sostiene que la salida trágica del duelo de Antígona, el suicidio, se debe a la prohibición de los ritos funerarios en tanto esta acción ocasiona un borramiento simbólico del objeto amado o lo que es igual a la aplicación de una segunda muerte en tanto no hay un lugar simbólico que permita elaborar la pérdida.

Desde el contexto de esta reflexión se podría pensar en riesgo que corren los psiquismos de las mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo como consecuencia del no reconocimiento simbólico de las pérdidas por las que muchas de ellas se ven confrontada en el proceso de duelo (fantasías, sueños, angustias en relación al hijo que se ha acogido y a la madre que se espera ser).

Si bien la salida del duelo para Antígona fue el suicidio, ¿qué podría pasar con una mujer que habiendo vivenciado un aborto espontáneo, se ve confrontada con esta dificultad, la del no reconocimiento de su pérdida? Al respecto, Alicia Monserrat (2016) en su tesis doctoral propone que en los casos de abortos, espontáneos o voluntarios, “los bebés muertos a los que se les impide volver adentro de la madre, al ser enterrados en las heces se convierten en fantasmas perseguidores, en objeto de un terror paralizante” (pág. 161).

De esta idea es preciso señalar el sentido metafórico y real que la autora le da a la expresión “enterrados en las heces” (Montserrat, 2016, pág. 161), pues si se considera que los abortos espontáneos irrumpen en la cotidianidad sin advertir absolutamente nada, entonces se puede entender un poco mejor como este lugar de “desecho”, de borramiento de sentido, de indiferencia, que se le da a aquello que se pierde en un aborto espontáneo, podría alterar el proceso de elaboración del duelo. Como lo sugiere Montserrat (2016), los bebés que no logran nacer continúan viviendo en una especie de limbo inconsciente y aparecen en sueños, actos fallidos o en síntomas como formaciones sustitutivas de simbolización del conflicto inconsciente que deviene de una pérdida temprana del embarazo.

En este punto es importante retomar nuevamente las propuestas de Carolina Besoain y María Paz Ardito (2021). Ya lo escriben en su artículo, lo pasa en la vida de una mujer después de la pérdida temprana de un embarazo es una pregunta abierta, pero siempre deja alguna huella. Asimismo, es una pregunta si este evento, quedará inscrito más del lado de la vida porque “lo que evanesce puede abrir también espacio a la vida” (Besoain & Ardito, pág. 5) o de la muerte como ocurre en la historia de Antígona.

Finalmente, las discusiones desarrolladas en este apartado buscan sobre todo ser una invitación para reconocer que los abortos espontáneos y sus posibles duelos se tratan de eventos de alteridad, de encuentros y desencuentros de mujeres con otros y consigo mismas. Queda claro entonces, que si bien la forma en la que se hará hospitalidad en la propia psique a un aborto espontáneo es singular para cada mujer; no se debería dejar de lado la importancia de darle luz a este acontecimiento en “esa locura simbólico-imaginaria colectiva que sitúa también el duelo en lo social” (pág. 54). De ahí que esta disertación, además de estar comprometida con su objetivo, también tiene la intención de visibilizar algo de esta dolorosa verdad de la vida de algunas mujeres para que se susciten preguntas abiertas y sea posible el intercambio de opiniones.

Asimismo, es necesario abrir un paréntesis en esta sección de consideraciones finales para hablar sobre las dificultades al momento de encontrar propuestas teóricas interesadas en estudiar el asunto de los abortos espontáneos y sus avatares psíquicos. Y aunque en esta disertación se lograron algunas aproximaciones para comprender a este evento de borde, el asunto de las particularidades al

momento de la elaboración del duelo se mantiene en una especie de territorio no explorado, casi oscuro. Así pues, quedan sueltas varias preguntas como por ejemplo: ¿el momento del embarazo en el que ocurre la pérdida tiene algún impacto particular en la elaboración del duelo?, de ser así ¿cuáles son estas particularidades? Además, insistiendo en el caso por caso ¿hay particularidades clínicas que permitan diferenciar a este tipo de duelos de otros?

En fin, hasta aquí se ha cumplido con la aproximación teórica sobre la problemática de interés para este estudio, en el capítulo siguiente se propone una descripción de la metodología de investigación y su desarrollo.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

En este capítulo iniciará la parte práctica de esta disertación. De los datos recolectados aquí, se espera lograr una articulación con las aproximaciones y reflexiones que fueron trabajadas en el desarrollo teórico del presente estudio.

Marco Metodológico

De acuerdo con el objetivo al que responde la presente disertación y al carácter y tipo de conocimiento que se buscaba lograr, se propuso una metodología cualitativa, la misma que implica un proceso dinámico entre la revisión bibliográfica y los datos conseguidos. Asimismo, este estudio estuvo inscrito en una lógica y proceso inductivo de la investigación (explorar, describir, y luego generar perspectivas teóricas), es decir, caso por caso, dato por dato, hasta llegar a una perspectiva más general (Sampieri et al., 2014).

Además, es importante agregar que dentro de esta lógica cualitativa se trabajó con dos técnicas que serán descritas más adelante. Se trata de la revisión bibliográfica y entrevistas semiestructuradas expertos.

Diseño De La Investigación

El diseño de la investigación fue del tipo fenomenológico en tanto se priorizó la exploración, descripción y comprensión de las experiencias de profesionales de la salud con respecto al fenómeno de los duelos suscitados después de una pérdida temprana del embarazo, para finalmente, descubrir los elementos en común de tales vivencias (Sampieri et al., 2014).

Instrumentos

Revisión Bibliográfica

En la primera parte del presente trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica que a su vez permitió una aproximación y discusión de las nociones con las que se tejió este estudio (dispositivo, lo femenino, la maternidad, duelo). La fundamentación de la revisión bibliográfica fue la teoría psicoanalítica, sin perder de vista otras investigaciones y publicaciones, cuyo campo no necesariamente es el psicoanálisis.

Entrevistas Semi Estructuradas a Expertos

Otro instrumento del cual se sirvió el presente estudio fueron las entrevistas semi estructuradas. Se trató de “una experiencia de diálogo única y sin estandarización” (pág. 460), es decir que no se calificaron las respuestas obtenidas como correctas o incorrectas. Asimismo, es necesario describir que la aplicación de este tipo de entrevistas fue individual y con una duración límite de tiempo, 60 minutos.

Procedimiento

En este estudio previamente se hizo una revisión bibliográfica y de archivo, luego se puso en marcha la parte práctica del mismo. Para esto en primer lugar se elaboró una pequeña base de datos de los posibles expertos/candidatos a participantes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se armó el grupo oficial de participantes conformado por al menos un profesional de cada especialidad; es decir: al menos un psicólogo clínico con orientación psicoanalítica, un psicoanalista, un médico ginecólogo, una doula y un sociólogo.

Una vez aceptada la cooperación de los actores clave o expertos, se aplicaron las entrevistas semi estructuradas, a través de la plataforma zoom, las mismas que fueron grabadas en audio y video de manera consentida. Después fueron transcritas para su posterior interpretación a través de un análisis a profundidad.

Finalmente se propuso una discusión de la información recabada a la luz de la revisión bibliográfica para la obtención de resultados y en base a esto se obtuvieron pistas para proponer un modelo de dispositivo.

Universo o Muestra

Se trató de una muestra de expertos (Sampieri et al., 2014). La elección fue intencional, no aleatoria, basada en los criterios expuestos a continuación:

Criterios de Inclusión

- Psicólogo/a clínico/a de orientación psicoanalítica.
- Psicoanalista con experiencia en el trabajo con mamás y bebés.
- Médico especializado en el área de ginecología.
- Doulas con experiencia en el acompañamiento a mujeres durante el embarazo y el parto.
- Sociólogo/a con experiencia en la elaboración de proyectos relacionados con la maternidad.

Criterios de Exclusión

- Se prescindió principalmente en este estudio de expertos que no hayan dado su aprobación.
- Se omitió la participación de cualquier experto cuyo ejercicio profesional o recorrido teórico no se inscriba en el campo de lo femenino, así como en el de la maternidad.

Técnicas De Recolección De Datos

En primer lugar, para lograr la revisión bibliográfica se procedió a hacer una investigación y selección de los autores más destacados con relación a la línea de trabajo psicoanalítica y al enfoque cualitativo que atravesaron principalmente a esta disertación. Así mismo, a partir de las aproximaciones teóricas (dispositivo, lo femenino, aborto espontáneo y duelo) que se alcanzaron en esta primera parte del estudio, se llevó a cabo un análisis y articulación de los resultados obtenidos en las entrevistas semiestructuradas a expertos.

Por otro lado, para la aplicación de estas entrevistas se realizó una guía para cada participante con preguntas cuya temática estuvo atravesada por los conceptos más relevantes de este estudio. En estas entrevistas de aproximadamente 60 minutos, cada participante firmó un consentimiento informado y aceptó tener una grabación (audio y video). Los resultados obtenidos fueron transcritos, archivados y analizados para continuar con la propuesta del dispositivo.

Finalmente, la información recogida en la parte teórica de esta investigación, así como los datos recolectados en las entrevistas pasaron por los tres niveles de codificación: la codificación abierta, codificación axial y finalmente la codificación selectiva de la información.

Discusión y análisis de resultados

De las dos técnicas de recolección de datos, es decir de la revisión bibliográfica y de archivo y también las entrevistas a expertos se desprendieron tres temas generales. El primero de ellos fue denominado como *Efectos psíquicos de la pérdida temprana de un embarazo*, el segundo *El trabajo psíquico del duelo por una pérdida temprana y sus dificultades* y finalmente el tercer tema es *La necesidad de un trabajo interdisciplinario*.

Es necesario anticiparle al lector que se topará con varios fragmentos de las entrevistas, sin embargo, la transcripción completa de las mismas se encuentra en el apartado de anexos.

1. Efectos Psíquicos De La Pérdida Temprana De Un Embarazo

En términos generales, la temática *Efectos psíquicos de la pérdida temprana de un embarazo* le ha permitido a esta investigación aproximarse a las consecuencias psíquicas que han podido identificar los expertos durante sus intervenciones con mujeres que en algún momento se han visto confrontadas por un aborto espontáneo. Todo esto, sin perder de vista la advertencia de la psicóloga clínica, una de las expertas que durante su entrevista insistió en que “(...) la manera de enfrentar la pérdida siempre dependerá de las particularidades psíquicas de estas mujeres” Tabla 12 - Código P12E4. Así pues, antes de iniciar con el desarrollo de esta amplia temática es importante anticipar que aun cuando el tema de los abortos espontáneos tiene un mismo destino anatómico, su impacto psíquico siempre será particular.

Ya en la lógica de lo psíquico, ¿a qué se enfrentan las mujeres cuando pierden prematuramente aquello que esperaban? Si bien se insistió en el caso por caso, durante la revisión de las entrevistas se encontró un despliegue de puntos en común al respecto de esta pregunta. Los expertos propusieron a la culpa como el efecto psíquico que más temprano deviene, así lo ilustra el siguiente extracto de una de las entrevistas:

“(...) lo primero que pasa cuando una mamá pierde a su bebé es que ella intenta buscar culpables y es la primera que se culpa por lo que pasó. La mayoría pregunta: ¿será algo que yo hice?, ¿qué pasó conmigo?, ¿qué pasó doctor?” Tabla 2 - Código P2E5.

Ahora bien, si se trata de un aborto espontáneo, de un evento involuntario e inesperado ¿por qué habría de devenir la culpa? Tal como se sugería en la parte teórica de esta disertación, en “el inconsciente no operan las explicaciones: espontáneos o intencionados, se trata de la muerte. Y para todo aborto, para toda muerte, se debe encontrar una culpable” (Besoain & Ardito, 2021, pág. 4).

Teniendo en cuenta esta pista tan importante que además deja ver que en términos de lo inconsciente, ante una desgracia se necesita encontrar un culpable, lo que sigue en el hilo conductor de esta parte de la disertación, apunta a encontrar las particularidades que permitan diferenciar a la culpa que deviene de las pérdidas tempranas, de la culpa que podría haber aparecido en algún otro tipo de situaciones. Al respecto, el siguiente extracto tomado de la entrevista que se le hizo al psicoanalista podría ser útil, el experto sugirió: “(...) El hecho de no poder contener ese embarazo genera mucha

culpa y cualquier clase de fantasías, la fantasía de ser abandonada, de que no la van a querer” Tabla 2 - Código P2E1.

Ciertamente la maternidad es un tema que se da por sentado, de ahí que se haya normalizado suponer que el cuerpo de una mujer adulta está siempre listo y disponible para acoger y proteger a otro, desconociendo a lo mejor etiologías fisiológicas que se vuelven obstáculos para lograr un embarazo y finalizarlo de una manera socialmente aceptada, es decir con un bebé saludable lactando del pecho de su madre. Estos casos, en los que contener un embarazo no ha sido posible, la mujer podría posicionarse del lado de la culpa.

Desde este sentido se puede entender un poco mejor que en las pérdidas tempranas cuya causa es orgánica, la mujer se encuentre así misma como culpable en tanto su cuerpo, un cuerpo al que socialmente se le ha asignado la tarea de la reproducción, no le permite concluir con su embarazo. Sin embargo, desde la particularidad de cada caso y la apuesta del psicoanálisis respecto a los deseos inconscientes, se podrían pensar en todas aquellas pérdidas tempranas cuya etiología está estrechamente relacionada con el psiquismo de las madres.

Esto, también lo propuso el experto psicoanalista durante la entrevista:

“(.) Pudo haber sido una cuestión hormonal, pero no hay nada concluyente. Uno puede pensar también en todas las hipótesis ligadas a su propio psiquismo y al hecho de poder contener algo internamente como un embarazo (...) Lo importante es poder trabajar en esto y de pronto poder reconocer luego que era muy conflictiva la situación, que en realidad no se quería ese embarazo y la culpa que esto puede generar” Tabla 2 - Código P2E1.

Así pues, aun cuando esta investigación no se ha ocupado de la etiología psíquica de los abortos espontáneos sin causa orgánica, es necesario tener en cuenta que estas explicaciones conflictivas por su contenido, el cual podría decirse que es socialmente inconfesable, también deben ser acogidas, escuchadas y acompañadas por los profesionales a cargo del caso, sobre todo por la culpa que podría devenir al reconocer el deseo de la no maternidad.

Continuando con esta reflexión, es importante aclarar que lo inconfesable no necesariamente se trata siempre del deseo de no maternidad, hace falta insistir en lo particular de cada caso. El siguiente fragmento que también fue recolectado durante una de las entrevistas ilustra algo de esta insistencia:

“(…) El dolor de la no maternidad implicaba un cierto nivel de locura en el sentido de que se me cruzaban por la cabeza ideas que cuando las digo, pienso: ¡Ay perdón por qué las cuento!, pero por ejemplo, si estaba en un centro comercial o algo así y veía a un niño en un cochecito, yo decía de pronto: ¿y si me robo este bebé?” Tabla1 – Código P1E3.

Dada la complejidad psíquica a la que se ven confrontadas quienes han vivenciado un pérdida temprana de su embarazo, conviene darle espacio a otros efectos psíquicos que también podrían devenir, pues en palabras del psicoanalista entrevistado, “lo que deviene del inconsciente nunca es lineal, es siempre particular, es un a posteriori” Tabla 6 – Código P6E1.

A todo esto y considerando que en el imaginario colectivo, la maternidad es símbolo de la realización femenina y que además, el ser madre le permite a una mujer ganar o perder cierto grado de reconocimiento social, se puede entender que las mujeres que pierden prematuramente su embarazo podrían experimentar el desmerecimiento de su feminidad, sobre todo porque en un entorno atravesado por mandatos marianistas, las pérdidas tempranas parecerían el resultado de la incapacidad de una mujer, de su matriz, de su deseo en el desempeño de una tarea, la de sostener la vida (Visintin et al., 2020). De hecho, durante las entrevistas realizadas, los expertos coinciden en que otro de los efectos psíquicos que deviene de un aborto espontáneo es el desmerecimiento de la feminidad. Así lo ilustra el siguiente extracto de la entrevista hecha a la socióloga. A juicio de la experta: “(..) Al no haber un hijo de por medio, un aborto espontáneo o no deseado es vivido desde la negación con el no fui madre, no soy mujer. El no va por delante de los otros sustantivos” Tabla1 – Código P1E3.

Aquí es preciso hacer una articulación entre la reflexión propuesta en las líneas anteriores y lo desarrollado en la primera parte de esta disertación, pues al mantenerse vigentes discursos en los que se determine a la mujer y su existencia en función de la maternidad, una pérdida temprana podría tropezarse con la idea de que hubo cierta incompetencia en el desempeño de una tarea, la de ser madre. Así pues, cuando no se ha podido acceder a la maternidad, especialmente si sucede un aborto espontáneo, una mujer podría preguntarse ¿quién soy si no soy madre?, dejando entrever las dificultades detrás de una identificación con el ideal de la maternidad.

Siguiendo a Tubert (1996) esta identificación que no puede ser sino mítica “ofrece la ilusión de ser que aliena al sujeto, encubriendo las carencias que harían posible el deseo” (pág. 11), en otras

palabras, los ideales culturales que determinan que solo se podría llegar a ser una verdadera mujer por vía de la maternidad obturan la multiplicidad de deseos, de manera que los deseos de una mujer terminan siendo relevados por uno solo, el de ser madre, y por consiguiente, si la maternidad se ve detenida como ocurre en el caso de abortos espontáneos, entonces deviene un constante cuestionamiento de la feminidad.

Ciertamente este particular efecto psíquico, el desmerecimiento de la feminidad, abre posibilidades para pensar las pérdidas tempranas de un embarazo en relación a lo femenino y lo que podría develarse del inconsciente por ejemplo, “el tema de cómo se ubica esta mujer ante su sexualidad, ante su deseo, el deseo de su madre, las fantasías que se construyen o reactualizan como la de ser abandonada o rechazada” Tabla 6 – Código P6E1.

“Ante una pérdida, especialmente si ocurre en las primeras semanas del embarazo aparecen estados depresivos importantes y la sensación de no fui lo suficientemente mujer para sostener a mi hijo dentro de mí, por lo tanto no sirvo. Se supone que el rol social de la mujer es poder tener hijos y yo soy incapaz de esto, entonces no soy digna de ser madre otra vez, no soy buena mujer” Tabla 13 – Código P13E4.

En efecto, este fragmento tomado de una de las entrevistas ilustra al desmerecimiento de la feminidad como un devenir psíquico de la vivencia de un aborto espontáneo, pero además frente a esta idealización de la maternidad como la única vía para ser mujer aparece el tema del castigo.

Al respecto del castigo, es preciso citar un interesante trabajo logrado por un grupo de psicoanalistas latinoamericanos, en este se sugiere que no poder sostener en el vientre a hijo se trata de una falta grave ante los ojos de lo social, una falta social pero que psíquicamente es vivida desde la lógica de la culpa y el castigo (Visintin et al., 2020).

Pero ¿cómo podría ser castigada una mujer que ya se ha enfrentado a una pérdida? Tal como lo contaba uno de los fragmentos de las entrevistas, en estos casos es esperable encontrarse con la fantasía de ser abandonada o rechazada como si se tratara de un castigo por no haber logrado sostener el embarazo hasta el fin.

Sigmund Freud (1979) en su obra *El Malestar en la Cultura* tiene algunas pistas respecto a la culpa y al castigo que luego se podrían pensar en relación con la temática de las pérdidas tempranas.

Siguiendo a este autor, los padres les heredan a sus hijos desde que son muy pequeños un acuerdo: solo recibirán amor a cambio de su renuncia a la satisfacción pulsional, todo esto a nivel inconsciente por su puesto. En otras palabras, los padres como representantes de la autoridad enseñan a sus hijos que transgredir pactos socialmente valiosos pone en riesgo el amor que los otros podrían tenerle.

Ahora, considerando que la maternidad es una de las expectativas sociales depositadas en las mujeres desde que son pequeñas, entonces se puede terminar de entender mejor este miedo de ser abandonada luego de haber vivenciado una pérdida temprana pues el superyó de la cultura ha plasmado sus ideales en los cuerpos de las mujeres y por consiguiente, ante un aborto espontáneo plantea sus reclamos.

Entonces, en esta misma lógica en la que tener lo uno implica renunciar a lo otro, ¿qué ocurre con las mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?, ¿a qué renuncian por miedo a perder el amor que circula entre ellas y las personas que encarnan sus vínculos más cercanos? Responder objetivamente sería olvidar uno de los principios fundamentales de la clínica psicoanalítica, el caso por caso, el respeto por la subjetividad. Sin embargo, se puede destacar un elemento que circuló con mucha frecuencia tanto en la información recolectada durante la revisión bibliográfica así como en las entrevistas a expertos. Se trata de la renuncia a la posibilidad de hablar, a que la palabra circule, muy probablemente una pérdida prematura se convierte en un secreto, en algo de lo que no se debe hablar por miedo a dejar de ser amada. Así pues, desde el otro lado, desde el lugar de espectadores de una realidad dolorosa para algunas mujeres, quizás habría que cuestionar un poco más el valor social que se les da o retira a las mujeres en relación a la maternidad.

Recapitulando, las pérdidas tempranas del embarazo están asociadas con un intenso sufrimiento psíquico, evidentemente el dolor que deviene y sus consecuencias serán siempre particulares. Sin embargo, la culpa y el desmerecimiento de la feminidad fueron los efectos psíquicos que más resaltaron en la investigación.

La culpa pone a la mujer en una situación imaginativa en la que la madre es la responsable de la muerte del feto, como si un aborto espontáneo fuera el resultado de la incapacidad de su matriz, incluso de su deseo en el desempeño de una tarea, la de sostener la vida. Además, la culpa también trae consigo el retorno de fantasías como la de ser abandonada o no amada, en tanto que quien gestaba se

ve confrontada repentinamente con un hecho detestable en términos sociales. No es una sorpresa entonces, encontrarse en este punto con el desmerecimiento de la feminidad cuando de por medio está una mujer que no ha “cumplido” a cabalidad la tarea de ser madre.

Finalmente, si bien la culpa y el desmerecimiento de la feminidad son solo algunos de los efectos psíquicos de todo lo que podría devenir luego de un aborto espontáneo, se trata de pistas valiosas, no solamente para lograr el objetivo de este estudio, sino que también dan cuenta de la fragilidad psíquica que evoca una pérdida temprana y de la importancia de abrir espacios para la investigación y otros dispuestos a acompañar esta vivencia tan dolorosa para algunas mujeres.

2. El Trabajo Psíquico Del Duelo Por Una Pérdida Temprana Y Sus Dificultades

El sufrimiento que deviene de un aborto espontáneo no siempre es reconocido, de hecho, suele circular en el imaginario colectivo la idea de que la mujer que vivencia una pérdida temprana no tuvo el tiempo suficiente para crear un vínculo con su bebé y por consiguiente no tendría por qué, ni por quién llorar. Sin embargo, la literatura explorada en la primera parte de esta disertación es una muestra de que, incluso en estos casos en los que la pérdida es prematura, la mujer se siente madre de un niño que murió. Así también lo consideraron los expertos entrevistados, el siguiente fragmento lo ilustra:

“(…) mucha gente dice que no es lo mismo perder a un bebé que está listo para nacer, que cuando esté así de chiquito, pues yo lo que le puedo decir y lo que he evidenciado es que no es cierto, que la pérdida es pérdida y el luto es el luto y esto es algo muy terrible en la vida de una mujer” Tabla 1 - Código PIE5.

De hecho esta propuesta se vuelve mucho más sólida si se recuerda el trabajo de la psicoanalista Dinora Pines (1990). Para esta autora, cuando una mujer se muestra disponible para hacerle un espacio en su cuerpo y en su vida a ese hijo o hija, poco a poco irá cargando libidinalmente al feto, en sus sueños y fantasías conscientes e inconsciente le otorgará una apariencia física, una identidad sexual, un nombre e incluso depositará expectativas, pues como ya lo proponían Françoise Dolto (2000) y Donald Winnicott (1956) esta construcción imaginativa es lo que le permitirá a la madre constituir un espacio psíquico para recibir al recién nacido en la vida real.

Por consiguiente, lo más esperable es que luego de un aborto espontáneo, devenga un trabajo de duelo por el hijo o hija que se esperaba, por esa madre que se estaba construyendo psíquicamente,

entre otras pérdidas que podrían tener relación con los vínculos de pareja o el lugar en la estructura social que pasa a ocupar una mujer cuando es madre, solo por nombrar algunas.

Ahora bien, luego de esta corta reflexión y la aproximación teórica lograda en la primera parte del presente estudio, podría volverse redundante insistir en las razones por las que luego de una pérdida temprana del embarazo deviene un trabajo de duelo, más bien aparece un interés por saber cuáles serían las particularidades que permitan distinguir este tipo de duelo, de otros.

A criterio de todos los expertos entrevistados, la manera de enfrentar la pérdida siempre dependerá de las particularidades del caso, es decir, de la edad de esa mujer, de la historia que hay detrás de ese embarazo, de si hubo o no otros abortos previos (espontáneos o voluntario), de sus redes de apoyo, incluso del lugar en el que ocurrió la pérdida y de las primeras palabras con las que fue atendida esa mujer, en el caso de que haya acudido a un hospital. Sin embargo, hilando más fino podría decirse que cada uno de los entrevistados, desde sus distintos campos de experticia, se han encontrado con detalles que permiten distinguir este tipo de duelo de otros, especialmente cuando se referían a las dificultades con las que se ven confrontadas las mujeres que han vivenciado en algún momento un aborto espontáneo.

Por ejemplo, señalaba la Doula que el duelo por una pérdida temprana “(...) es un duelo que se vive con mucha soledad, quizá de ahí también viene el dolor, de sentirse separado, desplazado de lo social” Tabla 2 – Código P2E2.

Asimismo lo reconoció la socióloga en varias ocasiones durante su entrevista. El siguiente fragmento lo ilustra:

“(...) la pérdida temprana es un dolor que se vive en lo privado (...) En cambio, la maternidad es extremadamente pública, la gente lo percibe, lo exige, lo clama (...) pero esta otra dimensión de la salud sexual y reproductiva de las mujeres se vive en silencio, se vive desde el mundo de lo privado y esto lo que hace es que uno se sienta desconectado del contexto social, de esa red, de ese entramado social” Tabla 2 – Código P2E3.

A esto se suman también la palabras de la psicóloga clínica, quien se preguntaba:

“(...) cómo es posible que a una mujer que ha vivenciado un aborto espontáneo se le ponga en la sala de posparto junto a mujeres que dieron a luz, donde escuchan llorar a bebés, donde hay

mamás que dicen no sé cómo darle el seno a mi hijo. Ellas están ahí, sin tener a su bebé, sin poder dar de lactar e incluso sin una explicación muy clara de qué fue lo que pasó, sin un reconocimiento de su pérdida” Tabla 4 – Código P4E4.

Ahora bien, como elemento invariable en estos fragmentos tomados de las entrevistas se puede distinguir la falta de reconocimiento, un elemento que vendrá a marcar una diferencia entre este tipo de duelo y otros.

Pues si bien el duelo por una pérdida temprana inicia como en cualquier otra situación, es decir, cuando el examen de realidad da cuenta de que el objeto amado ya no existe (Freud, 1917 [1915]) , durante el desarrollo de este trabajo psíquico llamado duelo, el examen de realidad no solamente se ve confrontado por una comprensible rebelión del yo, sino que también entra en juego el no reconocimiento de esta pérdida en cualquiera de sus expresiones, ya sea ignorando el dolor que podría causar un evento de borde como este , subestimándolo o incluso negándoles a estas mujeres su maternidad, por muy corto que haya sido el periodo del embarazo.

En este sentido, la falta de reconocimiento, la no existencia de un lugar social para las maternidades que no se han hecho efectivas dentro de la lógica marianista tiene consecuencias, los vínculos, las redes de apoyo, la posibilidad de alteridad se vuelve limitada, casi inexistente y ahí radica el peligro, en que no hay un otro dispuesto a reconocer que se ha perdido un objeto de amor.

Al respecto, la psicoanalista chilena Daniela Dighero (2012) reflexiona sobre las propuestas freudiana y lacaniana del concepto de duelo y esto a su vez permite que los lectores de su tesis doctoral encontremos una interesante elaboración teórica sobre el reconocimiento de una pérdida, entre lo social y lo particular.

Siguiendo a Freud (1917/1915, 1929), Dighero (2012) destaca la importancia de que cada sujeto, luego del examen de realidad reconozca en medida de lo posible que el objeto amado ha dejado de existir y que ante su falta, quedará inconsolable, nunca se encontrará un reemplazo. Todo lo que viene en su lugar, incluso si logra llenar ese lugar completamente, se mantendrá como otra cosa (Dighero, 2012), obviamente todo esto es un trabajo psíquico que no es lineal y que además toma tiempo y energía. Se puede pensar que asimismo ocurre en el caso de las pérdidas tempranas del embarazo,

pues que un hijo no llegase a nacer no significa que no haya existido, lo hizo porque tuvo un lugar en el psiquismo de su madre, en su cuerpo, en su deseo por lo que aunque generalmente estos bebés no suelen tener un espacio en el árbol genealógico, ningún otro hijo o hija que venga después lo reemplazará, “de ahí lo inconsolable del duelo” (pág. 27).

Por otro lado, la misma autora pero esta vez siguiendo a Lacan (1958-1959) sostiene que la falta de un lugar simbólico que permita elaborar la pérdida causa el borramiento simbólico del objeto amado o lo que es igual a la aplicación de una segunda muerte y esto a su vez, pone en riesgo al psiquismo de quien habiendo perdido a su objeto de amor no encuentra a otro capaz de reconocer el dolor y la angustia de su pérdida. Precisamente Lacan (1958-1959) lo transmitió en su enseñanza tomando como ejemplo a Antígona, una mujer de la mitología que tras la prohibición de sepultar a su hermano, tras quedar desprovista de un lugar simbólico que le permita elaborar la pérdida, decide suicidarse.

Ahora bien, en el caso de los abortos espontáneos se ha venido insistiendo en la falta de reconocimiento social que se les da a estas pérdidas, de las cuales muchas veces debido a la extrañeza del evento no queda mucho, no suele haber un cuerpo al que se le pudiera ofrecer ritos funerarios y la evidencia de la vida de ese hijo es escasa, quizá unas pocas ecografías o la prueba de embarazo. De ahí la dificultad en este tipo de casos, pues al no haber un reconocimiento a nivel social, un otro dispuesto a extender sus palabras de pésame y mucho menos un espacio para que la madre pudiera hacer algún rito que acompañe la pérdida de su hijo, los duelos podrían volverse patológicos. Lo ilustra de manera muy acertada el siguiente fragmento: “(...) Un duelo que se patologiza puede tener consecuencias terribles en su fisiología, por ejemplo hay mujeres que no logran quedarse embarazadas por nada, incluso con tratamientos no lo logran, porque ahí hay una cuestión latente que es totalmente psicológica” Tabla 12 – Código P12E4.

Finalmente, el panorama o lo que podría pasar con una mujer que habiendo vivenciado un aborto espontáneo se ve confrontada con el no reconocimiento de su pérdida, no es alentador. Todo lo contrario, hay un psiquismo altamente en riesgo, de ahí la necesidad de un acompañamiento en este tipo de situaciones, de alguien que reconozca su dolor, angustia o lo que fuere pues en palabras del

psicoanalista entrevistado no se trata de que “la persona encuentre solo una salida, sino una buena salida” Tabla 1 – Código P1E1.

3. *La Necesidad De Un Trabajo Interdisciplinario*

En términos generales, las respuestas de los expertos entrevistados fueron una suerte de vía para conocer aquellos modos de trabajo particulares que se disponen ante las vivencias de abortos espontáneos y a la vez, permitieron explorar las articulaciones y tensiones que podrían devenir de la interacción de las distintas especialidades convocadas por un mismo interés, la atención a mujeres que han vivenciado abortos espontáneos.

Ahora bien, el pensamiento es el “producto del interjuego de las distintas especialidades reunidas en un espacio físico común convocadas por un mismo interés y decididas a poner en marcha una dialéctica que movilice los saberes y permita la incertidumbre que invade a cada uno” (Koatz & Lenarduzzi, Septiembre, 2002).

De la reflexión del material recolectado de las entrevistas a expertos surgen tres elementos importantes que requieren ser explorados. Se trata de la complejidad que implica lo interdisciplinario, la importancia de esta lógica de trabajo en los casos de pérdidas tempranas y también las posibles alternativas de trabajo.

¿Por qué lo interdisciplinario podría tornarse complejo? De acuerdo a los expertos entrevistados, la lógica interdisciplinaria los pone en una situación de alteridad compleja en tanto se trabaja con lo diverso, diversidad en la formación de los profesionales de otras disciplinas, diversidad en sus epistemológicas, en sus intervenciones, diversidad de pacientes sobre todo. El siguiente fragmento capta algo de esta dificultad:

“(…) Acá en Ecuador lastimosamente es difícil trabajar en equipo. Creo que esto podría cambiar, no tiene por qué ser así. Con médicos por ejemplo el trabajo es difícil trabajar porque la formación no es una formación en equipo. Entonces, a veces, cuando uno trata de devolverles información con respecto a determinados campos uno recibe toda clase de respuestas” Tabla 4 – Código P4E1.

Esta investigación se suma a las palabras del experto entrevistado, pues si bien el trabajo interdisciplinario ha sido asociado con el paradigma de la complejidad, esto no tendría que ser un

obstáculo que lo detenga. Al contrario, la interdisciplina podría tratarse de un ejercicio necesario para pensar la incompletud de las herramientas de cada disciplina, sin que esto a lograr una totalidad abarcativa, más bien se apunta a la emergencia de nuevos planos del saber, partiendo de la diversidad (Ponce de León, 2008).

Al margen de estas reflexiones, ¿qué podría decirse sobre lo interdisciplinario y las pérdidas tempranas de un embarazo? ¿por qué el acompañamiento interdisciplinario podría proponerse como una alternativa en estos casos?

Ciertamente, hasta este punto las aproximaciones teóricas de la primera parte de esta disertación y también las experiencias de los expertos entrevistados han insistido en el sufrimiento psíquico que podría devenir de la vivencia de un aborto espontáneo, así pues, al margen de esta propuesta podría sostenerse que estos eventos de borde y sus avatares psíquicos se vuelven una realidad compleja. En este sentido, por razones que ya han sido desarrolladas, el trabajo interdisciplinario sería una respuesta compleja frente a una realidad compleja, tal como lo ilustra el siguiente fragmento: “(...) en estos casos es importante, porque cada profesional carga con los casos que atiende, pero la pérdida de un hijo es una carga muy grande como para que una sola persona lo haga” Tabla 4 Código P4E5.

Ahora bien, se ha desarrollado una aproximación a lo interdisciplinario, a la importancia de esta lógica de trabajo cuando ha ocurrido una pérdida temprana, pero quedan pendientes las alternativas de trabajo. Al respecto, todos los entrevistados coincidieron en que ante esta vivencia, el equipo médico es el primero en intervenir, concuerdan también en que muchas veces el diagnóstico y tratamiento médico se vuelve un proceso automático en el que la paciente se convierte en ovarios, trompas de Falopio y útero. De ahí, la propuesta de la psicóloga clínica entrevistada:

“(...) el médico ginecólogo, obstetras, el personal de limpieza que está en las zonas hospitalarias, tengan el conocimiento de que se trata de mujeres que están atravesando un duelo por una pérdida y que tiene que ser manejado su dolor con un respeto particular y con una consideración específica” Tabla 4 – Código P4E4.

Este fragmento da cuenta de que en los casos en cuestión, lo primero en lo que hay que pensar es en la mujer y en su bienestar fisiológico, por todo lo que implica un aborto espontáneo y sus tratamientos, los mismos que pueden variar, pues se podría recetar una medicación especial o hacer un

legrado. Lo dice muy bien el ginecólogo entrevistado: “(...) Todo esto es muy frío, los tratamientos médicos son muy fríos en estos casos, pero hay que hacerlo, alguien debe hacerlo” Tabla 17 – Código P17E5, de ahí la importancia de un trabajo interdisciplinario.

Desde un lenguaje médico, se espera que luego del tratamiento una mujer que ha vivenciado un aborto espontáneo se recupere. Evidentemente esto apunta al tiempo cronológico, pero ¿qué pasa con los tiempos lógicos del inconsciente?, ¿acaso dos mujeres que han vivenciado una pérdida temprana pueden recuperarse de su dolor al mismo tiempo?, ¿dónde queda la particularidad de sus historias, de sus fantasías, de sus miedos?

Así pues aparece toda una dimensión que necesita ser acogida, escuchada, acompañada. Desde el campo psi, los expertos entrevistados, el psicoanalista y la psicóloga clínica, reconocen la importancia de disponer un espacio libre de prejuicios en el que se pueda acompañar esta situación, con todo lo esto pueda conllevar. Así lo ilustran los siguientes fragmentos:

Desde su campo de trabajo, la psicóloga clínica sugirió que:

“(...) se podrían plantear varias cosas pero es fundamental el escuchar la subjetividad de esa persona (...) para entender que significado particular tenía este hijo que se perdió, qué lugar tenía en la subjetividad de la madre. (...) También hay otras posibilidades por ejemplo espacios más grandes que son espacios de palabra con personas que han vivido situaciones similares (...) Conocer que alguien más ha sufrido una pérdida, de alguna manera contiene porque se genera una nuevas redes de apoyo” Tabla 3 – Código P3E4.

Desde otro campo psi, específicamente el del psicoanálisis, podría complementarse la propuesta anterior, pues la complejidad de los efectos psíquicos que devienen de una pérdida temprana cuyo contenido muchas veces está situado en la lógica de lo inconfesable, evoca al concepto psicoanalítico de la transferencia. Al respecto, el entrevistado insistió:

“Cuando hablamos de transferencia se genera una relación con el otro de tal naturaleza que permite, que posibilite que algo de ahí surja que la persona logre un cambio psíquico. Si nosotros colocamos una máquina que haga las interpretaciones no sirve de nada. Si no se ha construido ese vínculo que posibilite no hay cambio psíquico. Puede ser una persona que

interprete de manera maravillosa los sueños o lo que fuere, pero si no hay ese vínculo no pasa nada” Tabla 3 – Código P3E1.

Ahora bien, desde otros campos del conocimiento se insiste en la necesidad de darle luz en lo social a este evento de borde que atraviesa la vida de muchas mujeres, pues la falta de reconocimiento simbólico de las pérdidas tempranas es un reflejo de la escasez de dispositivos así como de políticas públicas que se hagan cargo de esta dimensión de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Los fragmentos propuestos a continuación captan esta reflexión:

“(…) No hay una política que permita asistir a esas mujeres que tienen dificultad de concebir o que vivenciaron un aborto espontáneo o que tienen pérdidas numerosas. (…) Aquí los servicios de salud pública están centrados en lo materno y lo infantil. Esta dupla inseparable madre e hijo son los que marcan la prestación de los servicios y se descuidan otras áreas importantes también (…) en cosas tan sencillas como que las mujeres que acaban de sufrir una pérdida están en la cama junto con la mamá que sí tiene su hijo y le está dando de lactar. (…) Luego por ejemplo, no se podría pedir permiso en el trabajo por una pérdida, se tendría que declarar como un problema de salud o cualquier otra cosa pero no específicamente por una pérdida de embarazo e igual hay que lidiar con un montón de cosas, cambios hormonales, la tristeza, la noticia en sí”

Tabla 11 – Código P11E3.

Finalmente, a este fragmento se podría agregar una suerte de limitación teórica que se interese en explorar la temática de los abortos espontáneos y los efectos psíquicos a los que quedan expuestas las mujeres que transitan por esta experiencia. En este sentido, se puede resaltar la novedad de la presente investigación cualitativa, así como su relevancia teórica.

Para concluir este apartado es preciso anticipar que luego de las pistas obtenidas con estos tres temas, a continuación se propondrá el diseño teórico del dispositivo.

CAPÍTULO V

Del trabajo logrado en los capítulos que preceden a este, se obtuvieron pistas que finalmente permiten realizar la propuesta teórica de diseño con inspiración psicoanalítica para el acompañamiento en la elaboración de duelo a mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo. Además se expondrán algunas conclusiones y recomendaciones recogidas durante la elaboración de esta investigación.

Propuesta Teórica De Dispositivo

Introducción

Pensar en un dispositivo únicamente como la construcción intelectual de destacados autores como Foucault y Deleuze, solo por nombrar algunos, podría ser un error. Un dispositivo no es un concepto abstracto que reposa en bibliotecas, mucho menos una teoría ajena a lo social. Todo lo contrario, los dispositivos solo pueden emerger de un suceso histórico, cultural, económico y/o político que se presenta como urgente, los dispositivos acogen lo contingente y saben hacer con ello. Este espacio para la producción no obedece a una lógica de producción capitalista, más bien apunta a la producción de subjetividad, a que de los discursos, instituciones o contingencias aparezca un sujeto (Foucault y Deleuze como se citó en Dallorso, 2012).

Ahora bien, el tema de las pérdidas tempranas, lo que de ellas deviene a nivel psíquico y los avatares con los que se tropiezan los procesos de duelo, definitivamente dejan ver a los abortos espontáneos como sucesos urgentes por consiguiente, una manera de responder a estos eventos de borde podría ser a través de la propuesta de un dispositivo. Así pues, esta investigación va encontrando su espacio y tomando sentido cada vez más.

El diseño del dispositivo que se propondrá en los siguientes párrafos se ha nutrido de las pistas recogidas en el desarrollo teórico y práctico de esta disertación. De los autores citados en la parte teórica se recogieron reflexiones sobre conceptos valiosos para este estudio, como: dispositivo, lo femenino, lo materno y el duelo. Además, todas estas reflexiones estuvieron atravesadas por el evidente interés de conocer qué podría decir el psicoanálisis sobre los abortos espontáneos.

En cuanto a la parte práctica de este estudio se recogieron pistas sobre algunos efectos psíquicos que devienen de una pérdida temprana, también sobre las particularidades de los procesos de duelo en

este tipo de vivencias y además sobre las posibles alternativas de acompañamiento que se podrían disponer a mujeres confrontadas por un aborto espontáneo.

Finalmente, en base a la articulación y reflexión de estos dos momentos del estudio, uno teórico y otro práctico, se propone el diseño de un dispositivo con inspiración psicoanalítica pensado para el acompañamiento de mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo.

Título del dispositivo

El nombre del dispositivo obedece a un juego de palabras: *Con-move*.

Propuesta Del Dispositivo.

Antes de continuar con la propuesta final de esta disertación, se adelanta a quienes estén acompañando con su lectura que el presente dispositivo está construido por tres espacios, el primero prioriza el intercambio interdisciplinario, el segundo apunta a un acompañamiento en la producción grupal de saberes y finalmente el tercero se trata de un acompañamiento individual.

A continuación, se propone una descripción de estilo narrativa sobre estos espacios mencionados y luego, a través de un cuadro comparativo se expondrán sus particularidades.

Espacio de Intercambios Interdisciplinarios. En términos generales, la intención de este espacio es proponer encuentros entre profesionales que formen parte del equipo médico, del campo psi, sociólogos u otros expertos interesados para que a partir de un intercambio de saberes, viñetas clínicas e interrogantes se puedan construir nuevas posibilidades de intervención y acompañamiento a mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo.

Ciertamente, esta primera propuesta surge luego de evidenciar en las entrevistas a expertos que los hospitales, consultorios ginecológicos y las maternidades se constituyen como los primeros lugares en tener contacto con mujeres que han vivenciado una pérdida temprana, pues ante un evento como este se despliega todo un equipo médico, cuya prioridad es estabilizar la salud de las pacientes. Sin embargo, tal como lo señala la información recolectada, el equipo médico no solo se encarga del diagnóstico y del tratamiento, también son quienes reciben las primeras reacciones y las invisten con sus palabras mucho antes que otros profesionales, de ahí la importancia de un trabajo interdisciplinario en el que a través de la escucha al otro sea posible reflexionar sobre la propia práctica, sobre la importancia de

reconocer que las pacientes que ha confrontado una pérdida temprana están sufriendo porque han perdido a un objeto amoroso importante tanto como si se tratara de la muerte de un bebé a término.

Además este espacio del dispositivo también está diseñado para acoger y escuchar las angustias que podrían devenir en el equipo médico y otros expertos cuando se atienden estas emergencias de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Esto evidentemente da cuenta de la pertinencia de que estos encuentros sean para el intercambio interdisciplinario de experiencias, de reflexiones, de propuestas e interrogantes. No se trata de un espacio de capacitación o formación.

Así pues, el trabajo grupal y lo interdisciplinario son las particularidades de este primer espacio y a la vez una de sus fortalezas, pues al estar dirigido a cualquier profesional que se sienta interesado, deseante de participar en este intercambio y no solamente al personal de salud, entonces la construcción de nuevos saberes se nutre de las particularidades de varios campos para finalmente posibilitar una reflexión sobre la propia práctica.

Espacio Grupal de Palabra. A grandes rasgos lo que se propone para este espacio es habilitar encuentros grupales de palabra que convoquen a mujeres que en algún momento hayan vivenciado un aborto espontáneo. Esto, para que a través de la escucha y el reconocimiento de sus historias se pueda construir nuevos saberes respecto a temáticas que surjan del interés del mismo grupo.

Durante las entrevistas, los expertos señalaban lo significativo que podría ser para una madre que acaba de perder a su bebé, conocer que alguien más ha transitado por un camino similar, nunca igual. A primera vista, hacerlo, de alguna manera contiene a esa mujer en tanto se generan una nuevas redes de apoyo, pero hilando más fino, este espacio grupal de palabra tiene además otra función, la de posibilitar un reconocimiento simbólico de las pérdidas tempranas y por consiguiente permitir que las salidas del proceso de duelo, salidas siempre particulares por supuesto, se abran, que estas no necesariamente tengan el mismo fin trágico que tuvo Antígona.

Así pues, el segundo espacio está dedicado a encuentros grupales entre mujeres que en algún momento se vieron confrontadas por un aborto espontáneo. Estos a su vez, estarán moderados por expertos del campo psi y se trabajará a partir de los temas propuestos por el mismo grupo. Y es justamente esta disponibilidad de acoger y acompañar lo que vaya surgiendo de la dinámica grupal, lo que marca la particularidad de estos encuentros grupales en los que se apuesta porque la construcción

grupales de saberes, el intercambio de ideas, los encuentros y también los desencuentros posibilitan la emergencia de subjetividades.

Finalmente este espacio es una manera muy modesta de responder a las necesidades que deja un contexto que se resiste a darles un lugar, a escuchar y reconocer las historias de maternidades que no terminaron con el nacimiento de un bebé. Se trata de apostar por que en cada encuentro la palabra circule, de manera que se susciten preguntas abiertas que movilicen a las participantes.

Espacio de Acompañamiento Psi. La complejidad de los efectos psíquicos que devienen de una pérdida temprana cuyo contenido muchas veces está situado en la lógica de lo inconfesable, evoca la necesidad de habilitar espacios individuales dispuestos a acompañar esta verdad de la vida de algunas mujeres desde una escucha psicoanalítica que acoja aquello que deviene del inconsciente, que como se ha venido insistiendo en el desarrollo de esta disertación puede estar en la lógica de lo inconfesable.

Ahora bien, en su conjunto este espacio tiene un corte psicoterapéutico inspirado en el dispositivo psicoanalítico como tal, sin embargo esta propuesta también toma como referente el trabajo de Eunice González (2013), una autora que puso en marcha un dispositivo de corte psicoanalítico para el acompañamiento de mujeres hospitalizadas por diagnósticos de pérdida gestacional. Lo que se acoge de este trabajo es la posibilidad de hacerle un espacio a la práctica clínica psicoanalítica dentro de un contexto hospitalario sin que ello signifique acoger las demandas institucionales e ignorar las demandas de las pacientes.

Precisamente esta reflexión permite abrir un tema importante para la propuesta de este dispositivo, se trata de lo institucional, pues como lo sugería González (2013) la institución, ya sea en nuestro contexto un hospital, una clínica o una maternidad, es el primer lugar en el que se acoge a pacientes que vivencian una pérdida temprana de su embarazo y por consiguiente ya hay una transferencia allí. Por eso la importancia de darle crédito a lo institucional ya que desde esta lógica se podrían abrir espacios de acompañamiento individual para las mujeres que formen parte del dispositivo. Además, al evidenciar desde lo institucional la magnitud de lo podría significar para una mujer atravesar por la pérdida temprana de su hijo, entonces se entendería mucho mejor la pertinencia de la creación de políticas públicas a favor de esta parte de la vida sexual y reproductiva de las mujeres.

Cuadro Comparativo 1

Descripción de las particularidades de los espacios del dispositivo

	Primer espacio	Segundo espacio	Tercer espacio
OBJETIVO	Proponer encuentros entre profesionales de distintos campos del conocimiento para que a partir de un intercambio de saberes y experiencias se puedan construir nuevas posibilidades de intervención y acompañamiento a mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo.	Habilitar espacios grupales a mujeres que hayan vivenciado un aborto espontáneo para que a través de la escucha y el apalabramiento se pueda construir nuevos saberes.	Habilitar un espacio de acompañamiento individual desde una escucha con orientación psicoanalítica a mujeres que hayan vivenciado un aborto espontáneo.
PARTICIPANTES	Este espacio interdisciplinario está diseñado para el intercambio entre profesionales de varios campos que se sientan interesados, deseantes de participar de estos encuentros. Además, hace falta mencionar la flexibilidad de este espacio respecto a los participantes, pues si bien se acoge a trabajadores del sector público	Este espacio está pensado para acompañar de manera grupal a mujeres que hayan vivenciado en algún momento la pérdida temprana de su embarazo. En cuanto a los responsables del acompañamiento y sostenimiento de estos encuentros grupales se espera que sean expertos del campo	Este espacio está pensado en el acompañamiento individual a mujeres que hayan vivenciado en algún momento un aborto espontáneo. Los responsables de esta propuesta deberían ser expertos del campo psi, ya sea un psicólogo clínico o un psicoanalista.

	<p>en la multiplicidad de sus funciones, no deja de lado a otros profesionales interesados que trabajan en su consulta privada.</p> <p>Por otro lado, los responsables del acompañamiento y sostenimiento de este espacio deberían ser expertos del campo psi.</p>	<p>psi, ya sea un psicólogo clínico o un psicoanalista.</p>		
<p>ENCUADRE</p>	<p>1. Tiempo</p>	<p>En cuanto al tiempo se propone que la frecuencia de los encuentros sea una vez al mes con una duración de 90 minutos, en tanto que la agenda de los profesionales interesados en asistir a estos encuentros interdisciplinarios podría verse limitada debido a sus demandas laborales.</p>	<p>Para este espacio del dispositivo se propone que la frecuencia de los encuentros sea quincenal con una duración de 60 a 90 minutos.</p>	<p>Principalmente se propone que la frecuencia de los encuentros sea semanal con una duración de 45 a 60 minutos. Ahora bien, el manejo del tiempo es otra de las particularidades de este espacio, pues si bien hay un límite, no necesariamente todos los encuentros deben tener la misma duración, en tanto en este espacio se apuesta por una suspensión del tiempo cotidiano, de lo cronológico, para que surja otro tiempo, el tiempo del inconsciente.</p>

	<p>2. Espacio</p>	<p>Se propone que los encuentros interdisciplinarios se lleven a cabo en los auditorios de las instituciones hospitalarias interesadas en poner en marcha este dispositivo. Ahora bien, sin olvidar que los encuentros podrían verse interrumpidos en cualquier momento por la pandemia o cualquier otra situación que requiera confinamiento, entonces se propone que ante estas contingencias, los encuentros cambien su modalidad presencial a virtual.</p>	<p>Al igual que los encuentros interdisciplinarios, se propone que los encuentros grupales de palabra se lleven a cabo en los auditorios de las instituciones interesadas en poner en marcha este dispositivo. Así mismo, ante cualquier interrupción por motivos que requieran confinamiento social, entonces se propone que los encuentros cambien a modalidad virtual.</p>	<p>Para este espacio de acompañamiento individual se propone por asuntos éticos como la confidencialidad y la privacidad de cada caso, que los encuentros tengan lugar en consultorios o lugares que cumplan su función. Así mismo, ante cualquier contingencia que exija la interrupción de la presencialidad se propone que los encuentros cambien su modalidad.</p>
	<p>3. Materiales</p>	<p>Para los encuentros de este primer espacio cuya modalidad sería la presencial, se propone el uso de sillas, un infocus y un computador portátil. En lo que respecta a la modalidad virtual, los materiales requeridos son los dispositivos tecnológicos de los participantes</p>	<p>Para los encuentros de este espacio cuya modalidad sería la presencial, se propone únicamente el uso de sillas. En lo que respecta a la modalidad virtual, los materiales requeridos son los dispositivos tecnológicos de las</p>	<p>Pensando en la modalidad presencial se propone únicamente el uso de sillas y en lo que respecta a la modalidad virtual, los materiales requeridos serían los dispositivos tecnológicos de las participantes junto con la aplicación Google Meet.</p>

		junto con la aplicación Google Meet, la misma que es gratuita y fácil de descargar.	participantes junto con la aplicación Google Meet.	
	4. Financiamiento	Si bien no hay una cifra exacta sobre los gastos que implica poner en marcha este espacio, se estima que los gastos serían mínimos pues los materiales que se necesitan generalmente ya están incluidos en los auditorios. Por otro lado, la movilidad de los participantes del dispositivo tampoco generaría gastos, pues los encuentros podrían incluirse en sus horarios de trabajo.	Se estima que los gastos serían mínimos pues los materiales que se necesitan ya están incluidos en las instalaciones.	Se estima que los gastos serían mínimos pues los materiales requeridos suelen estar incluidos en las instalaciones.

(Puebla Santander, Areli, 2022)

Una interlocución de espacios

Con-move es el nombre del dispositivo, es un juego de palabras que da cuenta de la apuesta general que se hizo durante toda esta investigación, se trata del movimiento. Teóricamente este estudio se ha movido entre varios autores, clásicos y contemporáneos, unos lejanos y otros mucho más cercanos a las realidades latinoamericanas. Sin duda, el movimiento también estuvo presente en la parte práctica de esta disertación, especialmente con la propuesta del dispositivo. Aquí se apostó porque la palabra circule, se mueva, en los diferentes espacios de intercambio grupal que acogen a diversos actores, así también ocurre con el espacio de acompañamiento individual, pues una de las intenciones es habilitar las condiciones clínicas necesarias para que surja la posibilidad de moverse psíquicamente. Finalmente, son todos estos movimientos los que mantienen vivo a un dispositivo. Además, este juego de palabras *Con-move* también evoca la importancia de mantenerse sensibles, de conmove, de no mostrarse indiferentes ante realidades olvidadas o subestimadas por discursos sociales hegemónicos.

Finalmente, luego de la descripción de cada uno de los espacios propuestos en este dispositivo es preciso hacer un recuento de los elementos más importantes de cada uno de ellos. Así pues, en lo que respecta al espacio de encuentros interdisciplinarios y al espacio grupal de palabra hay que insistir en que ambos están inspirados en el dispositivo doltoniano *La Casa Verde*, uno de los primeros lugares en París que apostaba por la construcción grupal de saberes a partir de las circunstancias problemáticas que podrían aparecer durante el periodo de transición casa-escuela (Dolto F. , 1985).

Siguiendo esta idea, el primer y segundo espacio al igual que la *Casa Verde* buscan ser lugares de alteridad en el que la palabra circule entre los participantes. Así, en el caso de los encuentros interdisciplinarios la expectativa es que los miembros del equipo médico, expertos del campo psi (psicoanalistas y psicólogos clínicos), sociólogos y otros profesionales interesados en participar en el espacio sean quienes a partir de un intercambio de saberes construyan nuevas posibilidades de intervenir y acompañar a mujeres que vivencian una pérdida temprana de su embarazo. Mientras que en los espacios grupales de palabra, la expectativa es que el intercambio ocurra entre mujeres que en algún momento se vieron confrontadas por una pérdida temprana.

En cuanto al tercer espacio, la propuesta es un acompañamiento individual en el que las participantes tengan la posibilidad de poner en sus propias palabras, con su voz y a su tiempo algo de los avatares psíquicos que han devenido luego de la pérdida de ese hijo o hija que esperaban.

Ciertamente, aun cuando estos espacios que se proponen son distintos en su modo de intervención, hay elementos que se espera que aparezcan y que dan cuenta de la fundamentación de este estudio. Ocurre por ejemplo que tanto los encuentros interdisciplinarios, así como los espacios grupales de palabra y también el acompañamiento individual están advertidos de lo indispensable de que acontezca la transferencia, de que circule la palabra, de que el acompañamiento y la escucha se haga sin posicionarse en calidad de filtro moral o con un saber predeterminado.

De hecho, esta investigación sigue la propuesta de Egas y Salao (2011), autores del dispositivo de *Estrategias de Trabajo con Familias*, para ellos existe un principio fundamental e innegociable durante la puesta en marcha de un dispositivo de corte psicoanalítico. Se trata del respeto por la particularidad de cada sujeto, sujeto de deseo, de su historia, de sus decisiones, de su palabra, solo así será posible la producción de un saber propio y por consiguiente, habrá lugar para una responsabilidad subjetiva.

Ahora bien, luego de repasar la información recogida del momento teórico de esta disertación así como del momento práctico se considera que lo ideal sería que los tres espacios que se describieron funcionen simultáneamente. Sin embargo, acogiendo la reflexión del experto Luis García Fanlo (2011) en la que nos invita a pensar que el dispositivo no es algo externo a la sociedad, así como esta no es externa al dispositivo (pág. 2) o en otras palabras, un dispositivo siempre es vivo, nunca se queda quieto, entonces estos espacios estarán dispuestos a acoger lo contingente, a surgir juntos o por separado, dependiendo de las demandas que vayan surgiendo.

Conclusiones

Para concluir este trabajo, se situarán algunos elementos que han aparecido durante el momento teórico y el momento práctico de esta disertación.

- El concepto de dispositivo podría ser ubicado en la lógica de lo subversivo al tratarse de un espacio que acoge las urgencias sociales, las mismas que con frecuencia suelen ser minimizadas por los

sectores en los que se concentra el poder y los privilegios. Además, si bien este concepto tiene un recorrido teórico importante en el campo de las ciencias sociales, políticas y humanidades, cuando un dispositivo es pensado desde la práctica clínica del psicoanálisis surgen investigaciones y propuestas de intervención que dan cuenta de que el trabajo que se hace desde el campo psi (psicología, psiquiatría y psicoanálisis) está más allá de aquel imaginario social que lo asocia con la psicoterapia individual.

- Al respecto de lo femenino, si en algo coinciden varios psicoanalistas es en que el despertar de la feminidad en la niña surge a raíz de un momento trágico, ella no puede dejar de notar que su compañero de juegos es el “dueño” de un símbolo social de poder. Sin embargo, no todas las propuestas sobre lo femenino siguen el mismo camino. Sigmund Freud, por ejemplo, asociaba al devenir mujer con la maternidad pero Dolto y Lacan, tomaron una ruta diferente sin dejar de reconocer el valor de las hipótesis freudianas.

Como lo sugiere Dolto (2000), ante esta falta anatómica, la niña sabrá hacer, es probable que de este reconocimiento venga la osadía femenina pues qué podría perder una mujer si desde muy pequeña ha notado que los varones eran los poseedores de aquel símbolo socialmente valioso, de modo que se arriesga porque a diferencia de algunos hombres que cuidan su sexo como algo muy precioso, para la mujer una equivocación, un error, una dentellada no le suprimiría nuevamente de aquello que no tuvo. En otras palabras, aun cuando hay algo que prevalece del cuerpo sexuado en el devenir mujer, cada una, cada mujer desde muy pequeña inventa su propia manera, algunas más astutas que otras, de transitar por la continua experiencia de lo que significa ser mujer.

- Al respecto de lo materno se puede concluir que, con esfuerzo, desde los lentes del psicoanálisis, se cuestiona la escena de la maternidad que dibuja a una madre como si se fuese una criatura pasiva gestante, y más bien se destaca su cercanía con la creatividad, con la posibilidad de crear algo nuevo o como lo dirá Dolto (2000) la maternidad es “el símbolo mismo de la fertilidad” (pág. 59) y esto, no necesariamente tiene que ver con el hecho concreto de engendrar hijos, es mucho más profundo. Pues si en algo están de acuerdo varios autores destacados del psicoanálisis es que la decisión de maternidad o la de no maternidad será siempre una decisión en la que se manifiesta algo de lo inconsciente. Esto, permite sostener la idea de que lo materno es una experiencia que se construye

de los procesos psíquicos conscientes e inconscientes de la mujer que está gestando de modo que, el inicio de la maternidad no estaría en la anatomía del cuerpo de una mujer; para una madre, el principio está en la intimidad de su psiquismo, es decir, en el deseo inconsciente por el que terminó aproximándose a la maternidad, un deseo que no siempre resulta tan claro.

- De la temática de los abortos espontáneos y sus duelos se puede ultimar que en el imaginario social la vivencia de un aborto espontáneo está articulada con la gratuidad, es decir, con la idea de que no hay efectos psíquicos después de una pérdida temprana, pero ocurre todo lo contrario y es precisamente el psicoanálisis, una práctica clínica, que viene a dar cuenta de la existencia de un dimensión subjetiva en los casos de abortos, ya sean espontáneos o voluntarios. Desde este sentido, se recogen elementos que aparecen con frecuencia en estos casos como por ejemplo la fantasía de que la madre sería la responsable de la muerte de su bebé o el desmerecimiento de la feminidad, solo por nombrar a algunos de los efectos psíquicos; sin embargo, también se insiste en la particularidad con la que este evento de borde se inscribirá en la biografía de la mujer que lo vivencia. Asimismo, se podría resaltar el lado paradójico de un aborto espontáneo pues de la muerte, de la pérdida inesperada y temprana de un embarazo, nace una mujer que se (des)encuentra con la imposibilidad de ser madre, o al menos la de ese bebé al que su cuerpo sostuvo por algunas semanas, pero que ya existía en su inconsciente, incluso mucho antes de la concepción.

Finalmente, siguiendo con esta idea, una mujer que vivencia un aborto espontáneo se ve confrontada por varias pérdidas, la del bebé que esperaba, sus expectativas y fantasías sobre la maternidad, entre otras pérdidas porque estas siempre dependerán del caso. Sin embargo, ante este escenario lo más esperable es que luego de una vivencia como esta, devenga un trabajo de duelo.

- Al respecto de las alternativas de acompañamiento en el caso de abortos espontáneos es importante precisar en que el tema de las pérdidas tempranas, lo que de ellas deviene a nivel psíquico y los avatares con los que se tropiezan los procesos de duelo, definitivamente dejan ver a los abortos espontáneos como un suceso social importante que debe ser atendido, así se evidencia la pertinencia del dispositivo *Con-moverse*. Se trata de una respuesta compleja ante a una realidad compleja como lo son las vivencias de abortos espontáneos. Son tres espacios los que se construyen desde un interés por el psicoanálisis y que se fortalecen mutuamente de sus particularidades, del intercambio

interdisciplinario, del acompañamiento en la producción grupal de saberes así como de un acompañamiento individual. Todo esto, no hace sino dar cuenta de que un dispositivo siempre es vivo, nunca se queda quieto pues los objetivos propuestos en el diseño de este dispositivo procuran un intercambio de saberes y una producción subjetiva.

Recomendaciones

- En un contexto en el que no hay espacio para el reconocimiento de estos eventos de borde, en el que no existe un lugar social para las maternidades que no se han hecho efectivas dentro de la lógica marianista, entonces las pérdidas tempranas y sus efectos psíquicos no suelen ser un tema importante en las agendas políticas, de ahí la ausencia protocolos, guías, políticas públicas que tengan en cuenta esta parte de la vida sexual y reproductiva de las mujeres. Así pues, es importante que los interesados en aproximarse a este tema no se detengan, la investigación también es una manera de darle luz en lo social a los abortos espontáneos e insistir en la sensibilidad de estas vivencias y en los derechos que no están siendo cubiertos.
- En esta misma lógica de la investigación como una respuesta ética y política ante la situación del no reconocimiento de los abortos espontáneos, se recomienda que las investigaciones además de explorar en las consecuencias psíquicas de los abortos espontáneos, también se enfoquen en su etiología psíquica, especialmente cuando las pérdidas tempranas no tienen una causa orgánica.
- Asimismo, sería interesante aproximarse a lo que deviene psíquicamente en los profesionales que atienden estos casos de acuerdo al campo profesional en el que estén inscritos. Por ejemplo, ¿qué es lo que deviene psíquicamente para un médico cuando practica un legrado?
- Finalmente, se recomienda a los próximos investigadores no olvidar que los apasionantes temas a los que se dedicarán tienen un nombre, un rostro, son sujetos y por ello es necesario que cualquier trabajo que se emprenda esté atravesado por la ética.

REFERENCIAS

- Adam, R. (2017). Défaire le deuil. *La Cause du Désir*, 96(2), 51-56.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3917/lcdd.096.0051>
- Arteaga, S., & García, M. (2013/2017). *Embriología Humana y Biología del Desarrollo*, 2 a Ed. Editorial Medica Panamericana.
- Besoain, C., & Ardito, M. P. (2021). Con todo, la vida. Notas sobre la pérdida de un embarazo. *Colectivo Trenza: Clínica, Psicoanálisis, Género*.
- Bouquet, R. (2012). Aborto Espontáneo. *Liberabit. Revista de Psicología*, 18(1), 53-57.
- Brackelaire, J.-L., Munyandamutsa, N., & Uwera Kanyamanza, C. (2012). La fratrie dans les ménages d'enfants sans parents au Rwanda... après le génocide. *Dialogue*, 196(2), 61-72.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3917/dia.196.0061>
- Butler, J. (2004). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Paidós .
- Dallorso, N. (Agosto de 2012). Notas sobre uso del concepto de dispositivo para el análisis de programas sociales. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, 19(54), 43-74.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-05652012000200002&script=sci_abstract
- Dighero, D. (2012). *Clínica psicoanalítica del duelo. Perspectivas freudiana y lacaniana*.
- Dolto, F. (1985). *La causa de los niños*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Dolto, F. (2000). Lo Femenino. Artículos y conferencias.
- Donzino, G. (s.f.). Aída Chernicoff de Saks in memoriam. *Cuestiones de Infancia*, 16, 19-22.
 Retrieved 12 de 3 de 2022, from Revista de psicoanálisis con Niños y Adolescentes
- Egas, V., & Salao, E. (2011). Trabajo comunitario desde una perspectiva psicoanalítica. Un acompañamiento en la construcción. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2(9), 899-911. Retrieved 8 de diciembre de 2021, from
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77321592027>
- Faundez, X., Cornejo, M., & Brackelaire, J.-L. (2014). Transmisión y Apropiación de la Historia de Prisión Política: Transgeneracionalidad del Trauma Psicosocial en nietos de ex presos políticos de la dictadura militar chilena. *Terapia Psicológica*, 32(3), 201 - 216. Retrieved 12 de Diciembre de 2021, from

https://www.academia.edu/10184069/Transmisi%C3%B3n_y_Apropiaci%C3%B3n_de_la_Historia_de_Prisi%C3%B3n_Pol%C3%ADtica_Transgeneracionalidad_del_Trauma_Psicosocial_en_nietos_de_ex_presos_pol%C3%ADticos_de_la_dictadura_militar_chilena

- Freud, S. (1906/1908). *Sobre las teorías sexuales infantiles. Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. IX). Amorrortu editores S.A.
- Freud, S. (1917 [1915]). *Duelo y Melancolía. Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. XIV). Amorrortu editores S.A.
- Freud, S. (1923/1925). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. IX). Amorrortu editores S.A.
- Freud, S. (1923/1925). *El sepultamiento del complejo de Edipo. Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. XIX). Amorrortu editores S.A.
- Freud, S. (1927/1931). *La Feminidad. 33º Conferencia, Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. XXI). Amorrortu editores S.A.
- Freud, S. (1931/1979). *Sobre la sexualidad femenina. Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. Vol. XXI). Amorrortu editores S.A.
- Freud, S. (1979). *El Malestar en la Cultura. Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. XXI). Amorrortu editores S.A.
- Fuller, N. (1996). En torno a la polaridad machismo-marianismo. *Hojas de Warmi*, 7, 11-18. Retrieved 15 de mayo de 2022, from <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/61641/2.pdf?sequence=1>
- García, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deluze, Agamben. *A Parte Rei Revista de Filosofía*, 74(6), 1 - 8. Retrieved 5 de Septiembre de 2021, from <https://philarchive.org/rec/FANQE>
- Gonzalez, E. (2013). *Atención clínica psicoanalítica a mujeres diagnosticadas con pérdida gestacional. Procesos psíquicos desencadenados durante el pasaje hospitalario. [Tesis de Maestría]*. Repositorio institucional de la Universidad de San Luis Potosí. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/3197>

- Gutiérrez, M. A. (2021). Del Aborto y otras interrupciones. *Psicoanálisis, Mujeres y Política. Mora(27)*, 191-194. http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:_19ezhh-PWsJ:scholar.google.com/+ISSN+1853-001x&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2021&as_vis=1
- Heredia, V. (29 de septiembre de 2020). Hospital Isidro Ayora de Quito atendió 402 pacientes de 10 a 50 años, por casos de aborto, en este 2020. *El Comercio*.
<https://www.elcomercio.com/tendencias/sociedad/hospital-quito-atencion-casos-abortos.html>
- Kingman, E. (2006). *La ciudad y los otros. Quito 1860-1940. Higienismo, ornato y policía*. FLACSO, Sede Ecuador.
- Koatz, S., & Lenarduzzi, H. (Septiembre, 2002). Interdisciplina: Un modelo de abordaje en situaciones en situaciones críticas. *XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis*. Montevideo: FEPAL. Retrieved 24 de Abril de 2021, from http://www.fepal.org/images/congreso2002/adultos/koatz_s___lenarduzzi.pdf
- Lacan, J. (1958-1959). *Seminario 6: El deseo y su interpretación*. Psikolibro.
<https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/08%20Seminario%206.pdf>
- Lacan, J. (2009). *La significación del falo. En Escritos II*. Siglo Veintiuno.
- Marín, N. (2019). L/a madre no existe: Lacan, Medea y la posición femenina de la “verdadera” mujer. *Revista Affectio Societatis*, 16(31), 171-191. <https://doi.org/Doi:10.17533/udea.affs.v16n31a07>
- Montserrat, A. (2016). *El aborto provocado en relación a la temática de la feminidad desde una perspectiva psicoanalítica*. <https://core.ac.uk/download/pdf/42950104.pdf?repositoryId=417>
- Ortiz, M., & Rostagnotto, A. (2019). Cuerpo y Pulsión. III Congreso Internacional de Psicología “CIENCIA Y PROFESIÓN”: Desafíos Para La Construcción de Una Psicología Regional. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 4(2), 1-12.
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/25173/24435>
- Pines, D. (1990). Pregnancy, miscarriage and abortion. A psychoanalytic perspective. *The International journal of psycho-analysis*, 71 (Pt 2), 301–307.

- Ponce de León, E. (2008). Equipo interdisciplinario y clínica psicoanalítica de niños. Abordajes interdisciplinarios y análisis de un caso clínico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 28, 109-124. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2579369>
- Real Academia Española. (26 de 08 de s.f). *Dispositivo*. En *Diccionario de la lengua española*. Retrieved 26 de 08 de 2021, from <https://dle.rae.es/dispositivo>
- Rich, A. (1986). *Of Woman Born. Motherhood as*. WW Norton & Company.
https://literariness.org/wp-content/uploads/2020/04/Adrienne-Rich-Of-Woman-Born_-_Motherhood-as-Experience-and-Institution-1995-W.-W.-Norton-Company.pdf
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2017). Eje 1: Derechos para Todos Durante. En *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021*. https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
- Taxin, A. (1999). La participación de la mujer en la independencia: El caso de Manuela Sáenz. *ProcesoS, Revista Ecuatoriana de Historia* (14), 85-113.
- Torres, N. (2006). Reflexiones acerca del desarrollo emocional de la madre, a partir de la obra de Winnicott. *Persona*(9), 203-215. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147112814009>
- Tubert, S. (1996). *Figuras de la madre*. Ediciones Cátedra.
- Uttaro, M., & Saks, A. (2013). Casa Verde. *Programa radial Psi*. (M. d. Mora, Entrevistador)
Retrieved 22 de abril de 2022, from <https://www.youtube.com/watch?v=a73rhx7eOus>
- Vaca, C. (2016). ¿Psicoanálisis con la comunidad? Del efecto de lo grupal al lazo social asistido por otros. *Revista PUCE*(103), 127-147.
<https://doi.org/https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i103.37>
- Visintin, C. D., Inacarato, G., & Aiello-Vaisberg, T. (2020). Imaginários de mulheres que sofreram perda gestacional. *Estilos Da Clinica*, 25(2), 193-209.
<https://doi.org/https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v25i2p193-209>

Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. En *Winnicott Obras Completas* (págs. 1364 - 1368). Psikolibro. <https://ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Tablas De La Codificación Abierta De Los Resultados

Tabla 1

Codificación Abierta de la primera pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos		
Pregunta N°1: ¿Cuál es para usted el rol del (psicólogo, psicoanalista, sociólogo, médico, dula) en la intervención con mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?		
Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
7 Expertos (3 mujeres y 2 hombres). Psicoanalista, Doula, Socióloga, Psicóloga Clínica con orientación psicoanalítica, Ginecólogo.	<p>Psicoanalista: PIE1</p> <p>D.AL: “En la clínica nos encontramos con una serie de conflictos internos que no se manifiestan sino a partir de determinado tipo de expresión, síntomas, sueños, lapsus, actos fallidos. Cuando accedemos a esa temática tan compleja o al problema de lo psicosomático podemos también encontrar situaciones de la índole de los abortos espontáneos (...) Y uno se queda pensando ¿qué suerte de situación se generó ahí? (...) Hipotéticamente podríamos plantear que pasa algo con la persona que ha perdido prematuramente su embarazo con quien además, no podemos trabajar de una manera tan directa en la interpretación sino que el timing tendría que ser modificado y trabajar y acompañar a esta persona de una determinada manera porque de pronto una interpretación o un señalamiento podría generar una actuación (...) hay que cuidar muy bien las intervenciones, para que la persona no encuentre solo una salida, sino una buena salida”.</p> <p>Doula: PIE2</p> <p>D.AL: “(.) la palabra doula viene del griego que significa la que sirve, la que asiste, la que está ahí para servir funciones que tienen que ver con el cuidado y el sostén de la vida (...) Una doula acompaña a la embarazada en aquello que ella traiga como propuesta, como</p>	<p>D.AL: Dispositivo - Alternativas de acompañamiento</p> <p>D.AL: Dispositivo - Alternativas de acompañamiento</p>

necesidad, como inquietud, como miedo. (...) Se acompaña todo el proceso, puede ser durante la gestación y también en el posparto (..) pero para estar en un momento tan íntimo con una mujer, con una pareja tiene que haber una conexión previa”.

Socióloga: P1E3

D.AL: “Creo que el rol de un sociólogo por un lado es ir deconstruyendo esos constructos sociales, esas premisas que van determinando a la mujer y su existencia en función a la maternidad.

EP.DF: “(...) En relación a los abortos espontáneos o a las maternidades interrumpidas (...) hay un ejercicio importante de poder identificar la expectativa social vs la expectativa propia y también digamos la expectativa de asumir una no maternidad que llegaría a ser una negación de la feminidad y por ende del ser mujer (..) Al no haber un hijo de por medio, un aborto espontáneo o no deseado es vivido desde la negación con el no fui madre, no soy mujer. El no va por delante de los otros sustantivos”.

D.AL: “(...) Poder construir feminidades más integradas, más amplias, es una opción frente a esta lógica de asumirnos como mujeres en este gran imaginario social de lo que las mujeres deben ser”.

EP.LI: “(...) El dolor de la no maternidad implicaba un cierto nivel de locura en el sentido de que se me cruzaban por la cabeza ideas que cuando las digo pienso: Ay perdón por qué las cuento, pero por ejemplo si estaba en un centro comercial o algo así y veía a un niño en un cochecito y decía de pronto: ¿y si me robo este bebé?”.

D.AL: Dispositivo - Alternativas de acompañamiento

EP.DF: Efectos psíquicos de la pérdida temprana - Desmerecimiento de la feminidad

EP.LI: Efectos psíquicos de la pérdida temprana-Lo inconfesable

Psicóloga Clínica: P1E4

D.AL: “Yo creo que nuestro rol fundamentalmente se sostiene en la escucha. El que una mujer que ha vivido una situación así pueda poner en palabras y que estas puedan ser reconocidas es importante”.

D.AL: Dispositivo - Alternativas de acompañamiento

d.DI: Duelo - Dificultades para la elaboración del duelo

d.DI: “(...) Normalmente este tipo de casos dentro de la lógica médica se maneja como un caso más (...) Si la intervención es con pastillas, la siguiente vez que se ve al médico es para el seguimiento (...) Si es que se hizo un legrado lo que se hace, al menos en el ámbito público, es ponerle a la paciente en la sala donde hay otras mujeres que han dado a luz, que tienen a sus bebés, sus bebés están llorando y estas mamás que han perdido están ahí mismo pero sin su hijo, sin un reconocimiento de su pérdida y por lo tanto con una necesidad importante de ser escuchadas, de que su palabra tenga un valor para ellas mismas, pero también que haya el reconocimiento por parte de otro, que en este caso seríamos nosotros como clínicos”.

Ginecólogo: PIE5

d.TP: “(...) mucha gente dice que no es lo mismo perder a un bebé que está listo para nacer que cuando esté así de chiquito, pues yo lo que le puedo decir y lo que he evidenciado es que no es cierto, que la pérdida es pérdida y el luto es el luto y esto es algo muy terrible en la vida de una mujer”.

D.AL: “(...) nuestro rol comienza generalmente con el diagnóstico. Nosotros empezamos a tener contacto con algunas mujeres cuando descubrimos que ellas están embarazadas, se hacen controles médicos, monitoreos, pero cuando hay una pérdida del embarazo también somos quienes damos la noticia y eso es algo muy difícil (...) Entonces se trata de acompañar en todo momento, cuando las cosas están bien, pero también cuando aparecen las malas noticias y tenemos que por ejemplo vaciar el útero. Esta es una situación bien fea a la que nos vemos confrontados los ginecólogos pero hay que hacerlo, hay que atender a estas mujeres”.

d.TP: Duelo – El duelo como trabajo psíquico

D.AL: Dispositivo - Alternativas de acompañamiento

Tabla 2

Codificación Abierta de la segunda pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos		
Pregunta N°2: ¿Cuáles han sido las mayores dificultades que ha encontrado en su trabajo con mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?		
Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
7 Expertos (3 mujeres y 2 hombres). Psicoanalista, Doula, Socióloga, Psicóloga Clínica con orientación psicoanalítica, Ginecólogo.	<p>Psicoanalista: P2E1</p> <p>EP.CUL: “Hay complicaciones de diversa índole. Yo creo que al inicio está el tema de ¿qué va a pasar?, (...) mi marido me va a dejar, quizá yo tenga algo malo (..) Pudo haber sido una cuestión hormonal, pero no hay nada concluyente. Uno puede pensar también en todas las hipótesis ligadas a su propio psiquismo y al hecho de poder contener algo internamente como un embarazo (...) Lo importante es poder trabajar en esto y de pronto poder reconocer luego que era muy conflictiva la situación, que en realidad no se quería ese embarazo y la culpa que esto puede generar”.</p> <p>EP.LI: “(...) Estas situaciones, estas explicaciones conflictivas que se da la paciente solo podrían ser manejadas en este contexto, el de la consulta privada”.</p> <p>d.DI: “(...) cuando no hay un espacio para hablar o vislumbrar lo que está en juego, de pronto porque son cosas que pasan por este ámbito de lo inconfesable, la persona al no poder hacerlo podría ser psiquiatrizada, medicalizada para salir de esa situación pero no irá más allá”.</p> <p>EP.CUL: “(...) El hecho de no poder contener ese embarazo genera mucha culpa y cualquier clase de fantasías, la fantasía de ser abandonada, que no la van a querer. (...) Lo ideal sería que eso pueda ser procesado”.</p>	<p>EP.CUL: Efectos psíquicos de la pérdida temprana - Culpa</p> <p>EP.OTR: Otros efectos psíquicos</p> <p>d.DI: Duelo - Dificultades para la elaboración del duelo</p> <p>EP.LI: Efectos psíquicos de la pérdida temprana-Lo inconfesable</p>

EP.OTR: “(...) aparece todo el tema de un pensamiento mágico, por ejemplo dicen: no hay que contarle a nadie del embarazo hasta cierto tiempo porque no es de buena suerte. Uno podría preguntarse: ¿en qué medida decirlo podría afectar el curso de ese embarazo?”

Doula: P2E2

d.DI: “(...) la mayor dificultad que aparecen en estos casos es la falta de espacios de diálogo para poder compartir esta experiencia traumática (...) de estas cosas no se hablan (...) y eso perjudica mucho al duelo”.

EP.CUL: “(...) Muchas mujeres con esa pérdida gestacional pueden enfrentar una culpa y al no compartirlo, al no hablarlo (...) creen que es algo que solo les ha pasado a ellas”.

d.DI: “(...) Es un duelo que se vive con mucha soledad, quizá de ahí también viene el dolor de sentirse separado, desplazado de lo social (...) Me parece que saberlo le da mucha más liviandad a la situación”.

d.DI: Duelo - Dificultades para la elaboración del duelo

EP.CUL: Efectos psíquicos de la pérdida temprana-Culpa

Socióloga: P2E3

d.DI: “(...) la pérdida temprana es un dolor que se vive en lo privado (...) atravesar por estos abortos espontáneos se vive desde el mundo de lo privado. No es un tema público. En cambio, la maternidad es extremadamente pública, la gente lo percibe, lo exige, lo clama (...) pero esta otra dimensión de la salud sexual y reproductiva de las mujeres se vive en silencio, se vive desde el mundo de lo privado y esto lo que hace es que uno se sienta desconectado del contexto social, de esa red, de ese entramado social”.

d.DI: Duelo - Dificultades para la elaboración del duelo

Psicóloga Clínica: P2E4

d.DI: “(...) cuando hay una pérdida de ese tipo lo que ocurre es que esa mujer expulsa los restos de su bebé en el inodoro de su casa o le hacen un legrado y el producto de ese legrado es enviado a patología para ser analizado, no se le entrega a esta madre el cuerpo real de un hijo que aunque esté en un proceso de formación o esté muy tierno

d.DI: Duelo - Dificultades para la elaboración del duelo

d.TP: Duelo – El duelo como trabajo psíquico

todavía, es concebido por esta madre desde la lógica clínica como un cuerpo imaginado, como un ser completo”.

d.TP: “(...) Tienes un tiempo de reposo hasta que te recuperes físicamente, pero nunca nadie habla del tiempo que una mujer necesita para recuperarse psíquicamente”.

d.DI: “(...) la mayor dificultad es ese no reconocimiento de que la mujer está sufriendo, de que ha perdido a un objeto amoroso importante (...) casi tienes que asumirlo como si nunca existió, pero sabemos que en psiquismo de estas mujeres si existió”

Ginecólogo: P2E5

EP.OTR: “Después de atender a estas mujeres, del diagnóstico y la intervención queda toda la cuestión psicológica abierta, el dolor está ahí, muchas de ellas al enterarse dicen que prefieren morir o muchas de ellas enmudecen ese rato y se aguantan para luego descargar todo lo que están sintiendo”.

EP.CUL: “(...) Otra de dificultad que aparece es que lo primero que pasa cuando una mamá pierde a su bebé es que ella intenta buscar culpables y es ella la primera que se culpa por lo que pasó. La mayoría pregunta: ¿será algo que yo hice?, ¿qué pasó conmigo?, ¿qué pasó doctor?”

D.AL: “(...) Una mujer que tiene una pérdida se siente devastada. Las palabras, las primeras palabras son importantes. Es una situación triste pero no por eso se le puede mentir a una paciente, ella tiene derecho a saber cuál es el tratamiento, qué pasará en el futuro, cuánto tiempo debe esperar para intentar otro embarazo o si al momento no es viable que lo haga y por esta razón es importante que se le acompañe a esta mujer durante el diagnóstico, su familia principalmente, su pareja”.

EP.OTR: Otros efectos psíquicos

EP.CUL: Efectos psíquicos de la pérdida temprana-Culpa

D.AL: Dispositivo - Alternativas de acompañamiento

Tabla 3

Codificación Abierta de la tercera pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos		
Pregunta N°3: ¿Qué alternativa de acompañamiento en la elaboración de duelo se podría proponer a mujeres que han vivenciado abortos espontáneos?		
Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
7 Expertos (3 mujeres y 2 hombres). Psicoanalista, Doula, Socióloga, Psicóloga Clínica con orientación psicoanalítica, Ginecólogo.	<p>Psicoanalista: P3E1</p> <p>D.AL: “(...) ¿usted ha leído la eficacia simbólica del antropólogo Levis Strauss? Aquí el autor dice ¿y esto no es lo que hace el psicoanálisis? (...) Ese invocar, ese poner en presente, traer toda una serie de figuras, es lo que compara Levis Strauss con el psicoanálisis, porque se crea un ámbito determinado que permite que algo nuevo aparezca. (...) Cuando hablamos de transferencia se genera una relación con el otro de tal naturaleza que permite, que posibilita que algo de ahí surja que la persona logre un cambio psíquico. Si nosotros colocamos una máquina que haga las interpretaciones no sirve de nada. Si no se ha construido ese vínculo que posibilite no hay cambio psíquico. Puede ser una persona que interprete de manera maravillosa los sueños o lo que fuere, pero si no hay ese vínculo no pasa nada. (...) La alternativa sería el acompañamiento (...) Ir junto al otro, acompañándole en esta situación, con todo lo esto pueda conllevar”.</p> <p>Doula: P3E2</p> <p>D.IT: “La verdad es que las propuestas siempre van a cambiar, van a ir amoldándose según la terapeuta o acompañante y sus habilidades y también la demanda de la consultante”.</p> <p>D.AL: “(...) Para mí darle lugar a la palabra (...) Poder hablar del tema me parece muy importante (...) porque en realidad una pérdida gestacional también se puede considerar un parto prematuro (...) igual</p>	<p>D.AL: Dispositivo - Alternativas de acompañamiento</p> <p>D.IT: Dispositivo - Lo interdisciplinario</p> <p>D.AL: Dispositivo - Alternativas de acompañamiento.</p>

la mujer se encontraba gestando y atraviesa una especie de puerperio, que es un momento bien delicado para una mujer porque hay muchos cambios hormonales y todo lo que conlleva haber estado embarazada y creyendo que vas a tener a tu bebé en brazos y de repente está enterrado en algún lado o no”.

D.AL: “(...) Está todo este cambio que es necesario abordar y hacer cierres, (...) me parece muy necesario hacer rituales de entierro porque al final murió ese bebé y es necesario enterrarlo, darle su lugar en el árbol genealógico, darle lugar en tu vida, no rechazar eso”.

Socióloga: P3E3

D.AL: “Yo creería que grupos de palabra porque es importante encontrar a otras mujeres que estén viviendo lo mismo (...) poder encontrar un espacio para procesar el dolor en común”.

D.AL: “(...) Algo hay que hacer con ese dolor, con lo que uno siente, hay que plasmarlo en algo que le dé sentido, algo simbólico que le dé significado, que logre resignificar esa situación de vida (...) Hacer algo que signifique poder cerrar un ciclo para que se abra uno nuevo porque si no nos quedamos al compás de la espera. Se posponen otras dimensiones pensando ya vendrá y tengo que estar lista, preparada”.

d.DI: “(...) Es importante darles un lugar a esos hijos no nacidos porque ese ejercicio de maternidad sí lo hubo, lo que pasó es que no se concluyó. Es como un tren bala. Entonces negarnos esa posibilidad de ser llamadas madres porque el producto final no es lo que socialmente se espera (...) anula la vivencia y por lo tanto esa vivencia no puede ser hablada, expresada, vivida socialmente”.

Psicóloga Clínica: P3E4

D.AL: “(...) Cuando hablamos de un acompañamiento se podrían plantear varias cosas pero yo creo que es fundamental el escuchar la subjetividad de esa persona (...) para entender que significado

D.AL: Dispositivo - Alternativas de acompañamiento
d.DI: Duelo - Dificultades para la elaboración del duelo

D.AL: Dispositivo-Alternativas de acompañamiento

particular tenía este hijo que se perdió, qué lugar tenía en la subjetividad de la madre”.

D.AL: “(...) Hay otras posibilidades por ejemplo espacios más grandes que son espacios de palabra con personas que han vivido situaciones similares (...) Conocer que alguien más ha sufrido una pérdida, de alguna manera contiene porque se genera una nuevas redes de apoyo”.

Ginecólogo: P3E5

D.AL: “Bueno, primero hay que saber y respetar las decisiones de la mujer, su voluntad y las diferencias de estas mujeres. Es importante que el profesional a cargo sepa si es el primer hijo que se esperaba, si hubo otros abortos antes, si es una mujer soltera, casada, adolescente o una adulta, una mujer recién casa, etc., etc., porque hay muchas situaciones en juego.”

D.AL: “(...) El acompañamiento inicial debe ser realmente una persona muy cercana porque este es un momento muy íntimo, muy doloroso, alguien debe acompañarla (...) porque si una mujer no está siendo acompañada (...) podría volverse loca. La depresión que podría tener sería terrible”

D.AL: Dispositivo - Alternativas de acompañamiento

Tabla 4

Codificación Abierta de la cuarta pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos		
Pregunta N°4: En su opinión, ¿es necesario un trabajo interdisciplinario para acompañar a mujeres confrontadas por un aborto espontáneo?, ¿cómo sería la articulación de estos profesionales?		
Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
7 Expertos (3 mujeres y 2 hombres). Psicoanalista, Doula, Socióloga, Psicóloga Clínica con orientación psicoanalítica, Ginecólogo.	<p>Psicoanalista: P4E1</p> <p>D.IT: “(...) Acá en Ecuador lastimosamente es difícil trabajar en equipo. Creo que esto podría cambiar, no tiene por qué ser así. Con médicos por ejemplo el trabajo es difícil trabajar porque la formación no es una formación en equipo. Entonces, a veces, cuando uno trata de devolverles información con respecto a determinados campos uno recibe toda clase de respuestas”.</p> <p>D.IT: “(...) Hay una teoría sobre la interconsulta que es fundamental y que podría ayudar mucho en beneficio del paciente. (...) Ya es terapéutico el momento en el que hay un acercamiento del médico al paciente de una determinada manera. (...) Una cosa muy sencilla, que no son la gran interpretación, pero que tiene que ver con conectarse con el otro. Ahora, si la persona no se conecta no pasa nada. En un análisis no pasa nada si no hay esa posibilidad de trabajo. Crear esa condición es importante (...) Decirle a la paciente: mire, yo estoy aquí. Si usted necesita algo por favor avíseme (...) es como en tres ensayos de la teoría sexual. El niño que le dice a la tía. Si tú me hablas se hace la luz. Ese momento es fundamental (...) El acompañamiento es estar ahí y acompañar lo que va surgiendo”.</p> <p>Doula: P4E2</p> <p>D.IT: “(...) a la final depende mucho de la mujer (...) Hay mujeres que aunque hagan el ritual se quedaban pensando ¿me curaré? o ¿no me curaré? Y en esos caso yo las derivaba con esta médica por ejemplo”.</p>	<p>D.IT: Dispositivo - Lo interdisciplinario</p> <p>D.IT: Dispositivo - Lo interdisciplinario</p>

Socióloga: P4E3

D.IT: “Creo que un punto clave para que lo interdisciplinario en estos casos funcione son los médicos ginecólogos porque para ellos se vuelve como un proceso automático. Uno se convierte en ovarios, trompas de Falopio y útero. (...) Luego evidentemente están los psicólogos, el trabajo con ellos es clave. Creo que es super importante porque a veces cuesta poner en palabras (...) y también podría intervenir la sociología para ayudar al colectivo social a entender estos contextos”.

D.IT: Dispositivo - Lo interdisciplinario

Psicóloga Clínica: P4E4

D.IT: “(...) en estos casos es fundamental que el médico ginecólogo, obstetras, el personal de limpieza que está en las zonas hospitalarias, tengan el conocimiento de que se trata de mujeres que están atravesando un duelo por una pérdida y que tiene que ser manejado su dolor con un respeto particular y con una consideración específica (...) desde el mismo hecho de que el personal que interviene en estos caso se cuestione cómo es posible que a una mujer que ha vivenciado un aborto espontáneo se le ponga en la sala de posparto junto a mujeres que dieron a luz, donde escuchan llorar a bebés, donde hay mamás que dicen no sé cómo darle el seno a mi hijo. Ellas están ahí, sin tener a su bebé, sin poder dar de lactar e incluso sin una explicación muy clara de qué fue lo que pasó, sin un reconocimiento de su pérdida”.

D.IT: Dispositivo - Lo interdisciplinario

Ginecólogo: P4E5

D.IT: “(...) en estos casos es importante, porque cada profesional carga con los casos que atiende, pero la pérdida de un hijo es una carga muy grande como para que una sola persona lo haga, (...) lo primero que se debe hacer es intervenir médicamente para luego sí hacer un abroche interdisciplinario, porque lo primero en lo que hay que pensar es en la mujer y en su bienestar (...) Eso es importante y lo más agudo que hay que hacer clínicamente hablando, pero después viene la parte más difícil, que es por ejemplo la aceptación de la pérdida y todo lo que deviene pero a largo tiempo. Ahí el apoyo psicológico es importantísimo”.

D.IT: Dispositivo - Lo interdisciplinario

Tabla 5

Codificación Abierta de la quinta pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos		
Pregunta N°5: En su experiencia ¿ha encontrado particularidades clínicas que permitan distinguir este tipo de duelo, de otros?		
Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
1 Experto. Psicoanalista	Psicoanalista: P5E1 d.TP: “Hay elementos que en general se podrían ubicar a posteriori (...) por ejemplo el cómo se ubica esta mujer en su familia, frente al deseo de su propia madre, (...) cómo se sitúa frente a su propia sexualidad y su propia identidad, cómo se mira, cómo se reconoce, cómo reconoce su propio deseo”.	d.TP: Duelo – El duelo como trabajo psíquico
(Puebla Santander, Areli, 2022)		

Tabla 6

Codificación Abierta de la sexta pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos		
Pregunta N°6: ¿Qué es lo que se devela del inconsciente cuando una mujer que había acogido conscientemente a su embarazo sufre una pérdida temprana?		
Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
1 Experto. Psicoanalista	Psicoanalista: P6E1 EP.OTR: “El tema de cómo se ubica la mujer ante su sexualidad, ante su deseo, el deseo de su madre, las fantasías que se construyen o reactualizan como la de ser abandonada o rechazada, pero hay que tener en cuenta especialmente que lo que deviene del inconsciente nunca es lineal, es siempre particular, es un a posteriori”.	EP.OTR: Otros efectos psíquicos
(Puebla Santander, Areli, 2022)		

Tabla 7

Codificación Abierta de la séptima pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos		
Pregunta N°7: ¿Cuál es la razón del protagonismo que los rituales y los espacios de palabra tienen en su acompañamiento a mujeres confrontadas por un aborto espontáneo?		
Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
1 Experta. Doula	Doula: P7E2 d.TP: “(...) los rituales son una especie de gran complemento (...) Por ejemplo, hacer un ritual de entierro, de cierre de caderas (...) es como volver el alma al cuerpo (...) Un ritual es importante porque permite cerrar”.	d.TP: Duelo – El duelo como trabajo psíquico
(Puebla Santander, Areli, 2022)		

Tabla 8

Codificación Abierta de la octava pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos		
Pregunta N°8: En su experiencia, ¿ha encontrado particularidades entre las mujeres que simbolizan a través de rituales su vivencia de aborto espontáneo de quienes no lo han hecho?		
Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
1 Experta. Doula	Doula: P8E2 d.DI: “Sí, (...) he conocido mujeres que luego de un aborto espontáneo nunca más quisieron probar quedar embarazadas por el trauma y el miedo de repetir la misma historia. Y yo en el interior digo cómo haber estado en el momento preciso o que le hubiese llegado esta información quizá podría haber cambiado algo”.	d.DI: Duelo - Dificultades para la elaboración del duelo EP.OTR: Otros efectos psíquicos

EP.OTR: “(...) También esto tiene consecuencias (...) a veces uno cree que la mente y el cuerpo están desconectados, pero somos unidad. Lo que la mente a veces niega el cuerpo expresa”.

(Puebla Santander, Arelló, 2022)

Tabla 9

Codificación Abierta de la novena pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos

Pregunta N°9: A nivel de lo social, ¿cuál es el lugar que se les da los abortos espontáneos y a las mujeres que han transitado por estas vivencias?

Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
1 Experta. Socióloga	<p>Socióloga: P9E3</p> <p>d.DI: “Yo creo que no tenemos lugar porque dentro de los casilleros de lo que se espera que sea una mujer no hay uno que diga madre de un no nacido”.</p> <p>d.DI: “(...) Socialmente es muy difícil ubicarnos (...) porque no se hace efectiva la maternidad según la sociedad judeocristiana como la nuestra, marianista, donde esta lógica de la maternidad está asociada a la virgen María, su bondad y demás”.</p>	<p>d.DI: Duelo - Dificultades para la elaboración del duelo</p>

(Puebla Santander, Arelló, 2022)

Tabla 10

Codificación Abierta de la décima pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos		
Pregunta N°10: ¿Cómo impacta la pérdida temprana de un embarazo en los lazos sociales de una mujer?		
Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
1 Experta. Socióloga (Puebla Santander, Arellí, 2022)	Socióloga: P10E3 d.DI: “(...) Al no haber una categoría social, los lazos sociales son muy limitados, las redes de apoyo se limitan, casi son inexistentes y eso es lo peligroso”.	d.DI: Duelo - Dificultades para la elaboración del duelo

Tabla 11

Codificación Abierta de la onceava pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos		
Pregunta N°11: En su experiencia, ¿existen una preocupación social como dispositivos, políticas públicas o institucionales interesados en asistir a mujeres que hayan vivenciado un aborto espontáneo?		
Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
1 Experta. Socióloga	Socióloga: P11E3 d.DI: “No hay, yo creo que no existen o al menos yo no he encontrado espacios, ni políticas públicas. (...) No hay una política que permita asistir a esas mujeres que tienen dificultad de concebir o que vivenciaron un aborto espontáneo o que tienen pérdidas numerosas. Se puede entender que esto	d.DI: Duelo - Dificultades para la elaboración del duelo

sucede por lo que implica, los altos costos que esto tiene y ningún sistema público pudiera sostenerlo continuamente si es que abre la puerta en el caso del Ecuador o de países latinoamericanos”.

d.DI: “(...) Aquí además los servicios de salud pública están centrados en lo materno y lo infantil. Esta dupla inseparable madre e hijo son los que marcan la prestación de los servicios y se descuidan otras áreas importantes también (...) en cosas tan sencillas como que las mujeres que acaban de sufrir una pérdida están en la cama junto con la mamá que sí tiene su hijo y le está dando de lactar”.

d.DI: “(...) Luego por ejemplo, no se podría pedir permiso en el trabajo por una pérdida, se tendría que declarar como un problema de salud o cualquier otra cosa pero no específicamente por una pérdida de embarazo e igual hay que lidiar con un montón de cosas, cambios hormonales, la tristeza, la noticia en sí”.

(Puebla Santander, Arellí, 2022)

Tabla 12

Codificación Abierta de la doceava pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos

Pregunta N°12: En su experiencia ¿ha encontrado particularidades clínicas que permitan distinguir este tipo de duelo, de otros?

Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
1 Experta. Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica: P12E4 d.TP: “Sí, va por el lado del deseo. Hay mujeres por ejemplo que desean tener un hijo y se preparan para recibirlo, entonces el dolor está a flor de	d.TP: Duelo – El duelo como trabajo psíquico

<p>piel, y dependiendo de su entorno, su dinámica relacional, ellas se culpan o se victimizan (...) Y ese posicionamiento es complicado en ambos casos”.</p> <p>EP.OTR: “(...) Aunque siempre es el caso por caso (...) la manera de enfrentar la pérdida siempre dependerá de las particularidades psíquicas de estas mujeres, por eso en la clínica siempre se habla del caso por caso”.</p> <p>d.DI: “(...) Debemos tomarnos el tiempo de escuchar quién es el interlocutor que está al frente, reconocer esos sentimientos se tristeza, de culpa. De lo contrario, alrededor de la culpa podría generarse todo un duelo patológico, (...) un duelo que se patologiza puede tener consecuencias fisiológicas, mujeres que no logran quedarse embarazadas por nada, incluso con tratamientos no lo logran, porque ahí hay una cuestión latente que es totalmente psicológica”.</p> <p>EP.OTR: “(...) Otras mujeres entran en procesos depresivos importantes que terminan en divorcios, separaciones, intentos autolíticos por cómo están manejando su dolor frente a la pérdida, ellas se quedaron muy retraídas en sí mismas y su relación con el resto se vuelve compleja”.</p>	<p>EP.OTR: Otros efectos psíquicos</p> <p>d.DI: Duelo - Dificultades para la elaboración del duelo</p>
<p>(Puebla Santander, Arelí, 2022)</p>	

Tabla 13

Codificación Abierta de la treceava pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos		
Pregunta N°13: ¿Cuáles podrían ser los posibles efectos psíquicos que devienen de un aborto espontáneo?		
Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
1 Experta. Psicóloga Clínica	<p>Psicóloga Clínica: P13E4</p> <p>EP.DF: “Ante una pérdida, especialmente si ocurre en las primeras semanas del embarazo aparecen estados depresivos importantes y la sensación de no fui lo suficientemente mujer para sostener a mi hijo dentro</p>	<p>EP.DF: Efectos psíquicos de la pérdida temprana-</p>

<p>de mí, por lo tanto no sirvo. Se supone que el rol social de la mujer es poder tener hijos y yo soy incapaz de esto, entonces no soy digna de ser madre otra vez, no soy buena mujer. Incluso también pasa mucho la pregunta de por qué a mí. Es muy común escuchar por qué a mí si lo estaba esperando tanto, si me preparé, si me cuidé, si lo deseaba con tantas fuerzas o la pregunta de por qué no pude sentirlo, por qué no pude verlo crecer sobre todo porque estamos hablando de embarazos tempranos.</p> <p>Esto se desenvuelve en la lógica del no fui capaz y no sé si pueda hacerlo una vez más, más aún si hay una pérdida tras pérdida, esto agudiza las complicaciones psíquicas de esas mujeres”.</p> <p>(Puebla Santander, Areli, 2022)</p>	Desmerecimiento de la feminidad
--	---------------------------------

Tabla 14

Codificación Abierta de la catorceava pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos		
Pregunta N°14: ¿Cuál cree usted que es el lugar de la familia, de los vínculos más cercanos con relación de esta problemática?		
Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
1 Experta. Psicóloga Clínica	<p>Psicóloga Clínica: P14E4</p> <p>D.AL: “(...) La red de apoyo es lo que permitirá sostener a esta mujer anclada un poco más a lo real, porque si una mujer no cuenta con una red de apoyo, con un espacio de contención, le puede terminar pasando lo que le comentaba de esta paciente. Quien le contenía a ella era su hijo muerto, al punto que le provoca ciertos momentos casi psicóticos, donde la mujer alucinaba ese soporte que necesita y que no encontraba en su entorno real, en su red de apoyo. Por eso es tan importante que en estos casos la mujer pueda contar con un apoyo lo suficientemente consistente como para poder</p>	D.AL: Dispositivo-Alternativas de acompañamiento

llorar su pérdida siendo acogida, siendo entendida e incluso empujada para salir adelante”.

(Puebla Santander, Areli, 2022)

Tabla 15

Codificación Abierta de la quinceava pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos

Pregunta N°15: Desde su experiencia ¿cuál es la percepción que tiene sobre las reacciones que han tenido sus pacientes al enterarse de la pérdida temprana de su embarazo?

Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
1 Experto. Ginecólogo	Ginecólogo: P15E5 “En general es una situación terrible. (..) La primera reacción es la negación y desesperación: ¡No puede ser, véale bien! ¡todo estaba bien hasta bien hasta ayer! Esa es la primera reacción. La negación de la pérdida”.	EP.CUL: Efectos psíquicos de la pérdida temprana-Culpa

(Puebla Santander, Areli, 2022)

Tabla 16

Codificación Abierta de la dieciseisava pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos

Pregunta N°16: Después del diagnóstico de aborto espontáneo, ¿usted ha podido registrar algún tipo síntoma en sus pacientes? De ser así, ¿cuáles han sido?

Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
1 Experto. Ginecólogo	Ginecólogo: P16E5 “Inicialmente se deprimen, son muy frágiles, tienen llanto fácil. Cuando vienen al control lo primero que hacen al verme es llorar. (...) Siempre se	EP.OTR: Otros efectos psíquicos

queda en ellas una tristeza inmensa y una depresión grande. Muchas de ellas no pueden dormir durante mucho tiempo, no comen como cuando alguien está deprimido por haber perdido a un familiar muy cercano”.

(Puebla Santander, Arelí, 2022)

Tabla 17

Codificación Abierta de la diecisieteava pregunta

Herramienta: Entrevistas a expertos

Pregunta N°17: ¿Cuáles son los tratamientos desde el punto de vista médico con los que se manejan los casos de abortos espontáneos? En esta misma lógica, ¿qué otro tipo de tratamientos, además del médico, cree usted que son necesarios en estos casos?

Descripción de la muestra	Unidades	Categorías
1 Experto. Ginecólogo	<p>Ginecólogo: P17E5</p> <p>D.AL: “Yo prefiero ahora no hacer legrados a nadie porque es muy frío el asunto. Yo lo trato clínicamente, hay unas pastillas que mantiene a las mujeres en casa y se les va viendo cada dos días hasta que se limpie el útero. Es como una menstruación muy fuerte. Cuando esto no resulta, porque no todo resulta en la vida, entonces hago un legrado. (...) Todo esto es muy frío, los tratamientos médicos son muy fríos en estos casos, pero hay que hacerlo, alguien debe hacerlo”. “(...) Es algo terrible como se maltrata a las mujeres en algunos hospitales. No todo es política pública, también se trata de la formación.</p> <p>D.IT: “(...) el médico no lo puede todo, uno debe apoyarse en alguien, especialmente con mujeres luego del parto o que han perdido a sus bebés. Por eso es importante el trabajo interdisciplinario, hay que hacerlo”.</p>	<p>D.AL: Dispositivo- Alternativas de acompañamiento</p> <p>D.IT: Dispositivo - Lo interdisciplinario</p>

(Puebla Santander, Arelí, 2022)

Anexo 2: Tabla De La Codificación Axial De Los Resultados

Tabla 18

Presentación de categorías, subcategorías y temáticas

Categorías	Subcategorías	Temáticas
Efectos psíquicos de la pérdida temprana:	• Culpa.	1. Efectos psíquicos de la pérdida temprana de un embarazo.
	• Desmerecimiento de la feminidad.	
	• Lo inconfesable.	
	• Otros efectos psíquicos.	
Duelo:	• El duelo como trabajo psíquico.	2. El trabajo psíquico del duelo por una pérdida temprana y sus dificultades.
	• Dificultades para la elaboración del duelo.	
Dispositivo:	• Alternativas de acompañamiento.	3. La necesidad de un trabajo interdisciplinario.
	• Lo interdisciplinario.	

(Puebla Santander, Arellí, 2022)

Anexo 3: Transcripción De Las Entrevistas A Expertos

Tabla 19

Entrevista N° 1: Psicoanalista

Fecha: 22 y 23/06/2022

Pregunta	Respuesta
<p>¿Cuál es para usted el rol del psicoanalista en la intervención con mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?</p> <p>CÓDIGO: PIE1</p>	<p>Entrevistadora: Buenos días. Le agradezco por aceptar esta entrevista, me adelanto un poco para decirle que seguramente sus respuestas serán pistas valiosas para mi disertación. Si le parece podemos empezar.</p> <p>Entrevistador: No se preocupe Arelí, que gusto poder conversar sobre temas tan interesantes.</p> <p>Entrevistadora: Mi investigación busca proponer un modelo de dispositivo psicoanalítico para acompañar en la elaboración de duelo a mujeres confrontadas por la vivencia de un aborto espontáneo. Desde este sentido, ¿cuál sería para usted el rol del psicoanalista en estos casos?</p> <p>Entrevistador: Hablo de la complejidad de lo psíquico. En la clínica nos encontramos con una serie de conflictos internos que no se manifiestan sino a partir de determinado tipo de expresión, síntomas, sueños, lapsus, actos fallidos. Cuando accedemos a esa temática tan compleja o al problema de lo psicossomático podemos también encontrar situaciones de esa índole. Por ahí en algunas personas aparecen determinado tipo de cuestiones que tienen una complejidad que claro, habla de lo crítico que es el tema.</p> <p>Viñeta clínica: Mire, yo trabajé una época con grupos en instituciones. Era toda una metodología de trabajo metalúrgica. Era un trabajo bastante complicado por la exposición de los obreros y de todo el personal. Un accidente de trabajo significaba la invalidez. El tema es que se hacía todo un encuadre en el que se trabajaba con cada grupo eliminando el tema jerárquico. Lo cual suena muy complicado, pero se lograba.</p> <p>Una persona en un momento dado que reclama algo y frente a la respuesta del jefe de área, que además era un hombre que tenía un poder enorme pero que en el grupo respondía al encuadre que se había propuesto. Bueno, este hombre que era un preparador señala al tipo (jefe) y le dice: “pero usted ha mentado”. Bueno, ese día este dedo (el dedo índice) acusador se molió en una máquina. Y uno dice ¿qué pasó con este hombre allí?</p> <p>Fíjese el significado de enfrentar a esta persona, semejante personaje (el jefe). ¿Qué pasó?, ¿qué cosas se jugaron? Muy significativo además.</p> <p>Bueno, ahí vemos la complejidad, que las personas se pueden jugar en la vida en cierto tipo de situaciones de conflicto.</p>

Por ejemplo, todo el tema de accidentes de tránsito o accidentes en general. Uno diría bueno, son una cantidad de circunstancias azarosas pero qué le llevo a actuar a esa persona a hacer ese movimiento, en un momento de ofuscación, hacer una maniobra que va a llevarlo a la muerte a él y a su familia.

En un trabajo analítico uno pide a la persona que no tome decisiones trascendentes sin haber, de alguna manera, llevado esto a análisis. Y de pronto aparece una persona con la cual uno viene trabajando unas semanas y de repente dice: “mire me caso, yo lo tenía pensado hace rato”. No es que yo se lo prohíba o que haga esta cara (cara de sorpresa), pero si pienso ¿qué le ha llevado a esa persona tomar cierta decisión?

O por ejemplo, al iniciar el tratamiento con una mujer joven y de pronto pun el embarazo. Y uno se queda pensando ¿qué suerte de situación se generó ahí?

O después de una sesión, especialmente crítica, la persona se choca, pero nos solo se chocó ahí. Es alguien que vive chocándose. Hay personas que se viven cayendo, chocando. Es una cosa curiosa.

Entrevistadora: Esto podría ser controversial, especialmente en el caso de abortos espontáneos podría culparse a la madre con sentencias como por ejemplo: “Quizá no deseaste a ese hijo lo suficiente”.

Entrevistador: Hay determinado tipo de cosas que uno requiere callar. Tampoco se trata de ubicarse en un lugar omnipotente y pensar que desde aquí, desde la práctica psicoanalítica, surge todo en la vida, pero hipotéticamente podríamos plantear que pasa algo con la persona que ha perdido prematuramente su embarazo con quien además, no podemos trabajar de una manera tan directa en la interpretación sino que el timing tendría que ser modificado y trabajar y acompañar a esta persona de una determinada manera porque de pronto una interpretación o un señalamiento podría generar una actuación. Mire, disculpe si me doy las vueltas (risas). En este trabajo en la planta, se creó una mampara para poder trabajar, para eliminar el ruido. Otro sitio de mucho conflicto eran los comedores. Había unas obreras, eras fuertes, realmente unas mujeres enormes y muy maltratadas por los obreros. Entonces se estructuró un grupo con el supervisor del área para ir trabajando determinado tipo de malestares, en estos grupos se podían abordar todo tipo de situaciones desde lo salarial hasta lo personal. Y en algún momento, al señalar este tipo de maltrato que ya estaba asumido como que era parte de su trabajo, como que ni siquiera era escuchado por estas mujeres, Al señalar: “Usted está siendo maltratada, ¿usted toleraría que alguien en la calle le diga lo que le dijo a esta persona?” son esas cosas que parecen obvias pero no lo son. Ese mismo día la mujer metió por la ventana al obrero y con una especie de pala empezó a golpearle en la cabeza. Todo el mundo agarró a esta mujer. Luego ella dijo: “no podía tolerar esta violencia”.

Por más justificado que podría pensarse que esté un acto, hay que cuidar muy bien las intervenciones, para que la persona no encuentre solo una salida, sino una buena salida.

¿Cuáles han sido las mayores dificultades que ha encontrado en su trabajo con mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?

CÓDIGO: P2E1

Entrevistadora: Cuando lo escucho hablar sobre su trabajo en esta fábrica me queda la sensación de que usted ha identificado dificultades en este trabajo. En el caso que le propongo, el de los abortos espontáneos ¿cuáles serían las posibles dificultades?

Entrevistador: Hay complicaciones de diversa índole. Yo creo que al inicio está el tema de ¿qué va a pasar? Eso se entiende como una primera reacción, decir ¿qué va a pasar?, mi marido me va a dejar, quizá tenga algo malo y de pronto, la respuesta médica tampoco es una respuesta concluyente. Pudo haber sido una cuestión hormonal en la que no se fijó, pero no hay nada concluyente. Uno puede pensar también en todas las hipótesis ligadas a su propio psiquismo y al hecho de poder contener algo internamente como un embarazo. Si bien aparece malestar a ratos también podría aparecer un manejo omnipotente: “bueno es una pena, ya me volveré a embarazar”, pero no sé si eso se pueda dejar así. Lo importante es poder trabajar en esto y de pronto poder reconocer luego que era muy conflictiva la situación, que en realidad no quería ese embarazo y la culpa que esto puede generar. Pero si esto se saca de este contexto, el del psicoanálisis, imagínese lo mal que podría ser manejado. Estas situaciones solo podrían ser manejadas en este contexto.

Viñeta clínica

El caso de los abusos sexuales y su relación con la culpa. Le pregunto a una joven que se sentía culpable ante un abuso sexual ¿por qué tendría la culpa, si usted fue agredida?, entonces de pronto aparece en este momento una confesión. En algún momento de la agresión sintió placer. Y esto es inconfesable para la misma persona, inconcebible.

Estas cosas también deberían ser trabajadas, la confusión, el malestar, la angustia que esta confesión podría generar. El malestar que pueden sentir lleva a que muchas personas no quieran hablar de esto. En las crisis de pánico por ejemplo, hay que preguntarse ¿qué contenido hay ahí?

Pero cuando de alguna manera no hay un espacio para hablar o vislumbrar lo que está en juego, de pronto porque son cosas que pasan por este ámbito de lo inconfesable, la persona al no poder hacerlo podría ser psiquiatrizada, medicalizada para salir de esa situación pero no irá más allá.

Viñeta clínica

Se trata de una chica, muy simpática, regresa del extranjero luego de estudiar y aquí se le presentan ataques de pánico. Empieza a haber un notable cuadro de angustia, va a donde varios médicos y finalmente busca ayuda en mi consulta. Es muy fóbica tan solo al topar el tema del contenido de sus crisis.

Sueña cosas pero no se acuerda, cuando se le pregunta dice que prefiere hablar de otras cosas, de alguna manera exigía que yo le diera las soluciones.

En una escena en la discoteca se ve confrontada con su crisis. Luego ella relata algo de esto inconfesable. Aparece la fantasía compulsiva en la que ella haría una felación masiva a todos los hombres de la discoteca. Ella sentía que se desbordaba. Uno podía pensar en una beata.

Ahora, esto da cuenta del cuidado que hay que tener en estos casos de la pregunta que me hacía, el cuidado con la culpa que puede surgir. La culpa es terrible. El no deseo de quedarse embarazada en un momento dado que puede estar presente por sus síntomas físicos como el vómito, el malestar, la sensación de “me siento mal”, no soportar a la pareja, todo ese malestar, esas cuestiones fisiológicas y del cuerpo que parecería normal en las embarazadas. Pero nadie se pregunta: ¿por dónde va todo ese malestar? ¿qué eje tiene esto?

El hecho de no poder contener ese embarazo genera mucha culpa y cualquier clase de fantasías, la fantasía de ser abandonada, que no le van a querer.

Es también interesante pensar algo de esto en relación al no deseo de su propio embarazo. Ella no fue deseada. Es una identificación de ese inicio.

Lo ideal sería que eso pueda ser procesado. A veces, no hay mayor cuestión, pero de pronto en un nuevo embarazo aparece todo lo anterior y el temor de que la pérdida se repita. Hay abandonos de tratamiento y una cuestión que llaman la atención, podría culparse al analista de la pérdida. Poner distancia de todo.

Entonces una pregunta, ¿en qué medida yo podría haber provocado la pérdida de su embarazo?

Y aparece todo el tema de un pensamiento mágico, aunque no es el término exacto. Dicen por ejemplo: “no hay que decir nada del embarazo hasta cierto tiempo porque no es de buena suerte, algo podría salir mal”. Uno podría preguntarse: en qué medida decirlo podría afectar el curso de ese embarazo.

El psicoanálisis tiene sus límites, pero a veces esos límites pueden ser los límites del propio analista.

¿Qué alternativa de acompañamiento en la elaboración de duelo se podría proponer a mujeres que han vivenciado abortos espontáneos?

Entrevistadora: Esta invitación para desubicarnos de sitios de omnipotencia de conocimiento, me permiten abrir la siguiente pregunta ¿qué alternativa de acompañamiento en la elaboración de duelo se podría proponer a mujeres que han vivenciado abortos espontáneos?

Entrevistador: ¿Usted ha leído la eficacia simbólica del antropólogo Lévi Strauss? Aquí el autor dice ¿y esto no es lo que hace el psicoanálisis?

En este libro el autor cuenta que una mujer que trata de ayudar a otra durante el parto se da cuenta de que la cosa no anda muy bien y llaman al Chaman. Finalmente logran que el canal del parto se dilate.

Este Chaman crea las condiciones para que pueda nacer ese niño. Apela a toda una serie de elementos que le permiten a esta mujer entrar en ese proceso y terminar el embarazo y el nacimiento con éxito.

Ese invocar, ese poner en presente, traer toda una serie de figuras, es lo que dice Lévi Strauss comparando con el psicoanálisis, se crea un ámbito determinado.

Cuando hablamos de transferencia se genera una relación con el otro de tal naturaleza que permite, que posibilita que algo de ahí surja que la persona logre un cambio psíquico. Si nosotros colocamos una máquina que haga las interpretaciones no sirve

CÓDIGO: P3E1

de nada. Si no se ha construido ese vínculo que posibilite no hay cambio psíquico. Puede ser una persona que interprete de manera maravillosa los sueños o lo que fuere, pero si no hay ese vínculo no pasa nada. Pero también hay que cuidar la omnipotencia profesional. Se pueden escuchar interpretaciones que no respetan ninguna consideración de otra disciplina. Ahí el analista se pone en una posición omnipotente terrible, tan parecida al que se ubica dentro del campo del pensamiento mágico.

En este caso, el tema de la culpa. Muchos dicen “yo sé que usted me va a juzgar” y yo sé (risas) a mí no se me ha ocurrido estar juzgando a mis pacientes. El poder trabajar con esto es fundamental.

La función sería el acompañamiento. Ir cabalgando a lado del Yo. Ir junto al otro, acompañándole en esta situación, con todo lo esto pueda conllevar.

En su opinión, ¿es necesario un trabajo interdisciplinario para acompañar a mujeres confrontadas por un aborto espontáneo?, ¿cómo sería la articulación de estos profesionales?

Entrevistadora: Todas estas pistas que ahora me da, especialmente cuando topa el trabajo de este antropólogo tan famoso, me llevan a preguntarle por lo interdisciplinario, ¿es necesario un trabajo interdisciplinario para acompañar a mujeres confrontadas por un aborto espontáneo? Y en el caso de que así lo piense ¿cómo sería la articulación de estos profesionales?

Entrevistador: Acá en Ecuador lastimosamente es difícil trabajar en equipo. Creo que esto podría cambiar, no tiene por qué ser así. Con médicos por ejemplo el trabajo es difícil trabajar porque la formación no es una formación en equipo entonces. A veces cuando uno trata de devolverles información con respecto a determinados campos uno recibe toda clase de respuestas. Hay una teoría sobre la interconsulta que es fundamental y que podría ayudar mucho en beneficio del paciente. El médico también está inserto en una situación en la cual puede incidir de forma muy positiva en la situación del paciente. Pero a veces hay esta dificultad de “este es mi campo ese es su campo, respetemos eso porque yo no me quiero meter en su campo ni usted en el mío”

CÓDIGO: P4E1

Yo he logrado trabajar con médicos por cercanía, pero no por una situación propiamente de apertura para crear un equipo para trabajar sobre ciertos temas.

Creo que la interdisciplina es fundamental. Es fundamental también percibir como esto se juega porque se puede ver, a veces, como algunas personas hacen depositarios a uno a otro, de diferentes cuestiones que quedan dispersas pero que necesitan ser unidas. De pronto, una persona pone en el médico el cuerpo y del cuerpo no habla nunca.

Hay personas que requieren medicación y que sin ella no podrían por ejemplo trabajar.

Ya es terapéutico el momento en el que hay un acercamiento del médico al paciente de una determinada manera. Como me decía una compañera doctora: si mis colegas al menos fueran amables con sus pacientes tendrían mejores resultados. Hay médicos que tratan a sus pacientes de una manera sorprendente.

Entrevistadora: Si me permite creo que es importante destacar lo que ocurre con las mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo en relación a la atención médica de nuestro país, especialmente en sectores públicos. Muchas de ellas son atendidas en el mismo lugar en el que otras mujeres que sí han podido terminar su embarazo reciben a sus bebés. El protocolo es muy parecido, son depiladas, usan batas. Es una especie de maltrato al que son sometidas.

Entrevistador: Hablando de la maternidad, es un sitio de maltrato terrible a las mujeres. Uno piensa que los hombres que trabajan ahí son misóginos, es terrible. Aquí hay algo que es fundamental, el trabajo en grupo. Por ejemplo llegan a la consulta mujeres jóvenes angustiadas, sintiéndose muy mal porque piensan que sus bebés quieren más a sus madres a las abuelas porque por diversas cuestiones pasan más tiempo con ellos. Entonces, usted le puede dar un manual de procedimiento pero nada funciona, nada. El mejor manual del mundo no funciona, pero si usted puede acompañarle a esa persona a que situé su malestar ha dado un paso gigante.

Una cosa muy sencilla, que no son la gran interpretación pero que tienen que ver con conectarse con el otro. Ahora, si la persona no se conecta no pasa nada. En un análisis no pasa nada si no hay esa posibilidad de trabajo. Crear esa condición es importante y apostar porque esas mujeres saben pero están tan ansiosas, tan angustiadas que prefieren que venga otro y les organice.

Viñeta clínica

Mire, yo estoy aquí. Si usted necesita algo por favor avíseme. Esa presencia le devolvió la vida. Es como en tres ensayos de la teoría sexual. El niño que le dice a la tía. Si tú me hablas se hace la luz. Ese momento es fundamental. El acompañamiento es estar ahí y acompañar lo que va surgiendo.

En su experiencia ¿ha encontrado particularidades clínicas que permitan distinguir este tipo de duelo, de otros?

Entrevistadora: A propósito de acompañamiento, en su experiencia acompañando a mujeres confrontadas con la pérdida temprana de su embarazo, ¿ha encontrado particularidades clínicas que permitan distinguir este tipo de duelo, de otros?

Entrevistador: Hay elementos que en general se podrían ubicar a posteriori. Hay elementos que nos llevan a pensar en esa persona y el vínculo con su propia madre. Yo sé, esto es muy amplio, yo sé, y habría que precisar mucho pero nos llevan a pensar cosas importantes por ejemplo: cómo se ubica esta mujer en su familia, cómo esta mujer frente al deseo de su propia madre. Hay algo muy primario ligado con esto.

Uno podría pensar que hay embarazos que podrían parecer dificultosos por las condiciones porque la pareja no está, porque le abandona, porque fue un embarazo de una relación casual y no sabe quién es el padre. Parecería que estos embarazos serían los complicados, pero no y en otros casos en los que se han planificado durante años, dentro un matrimonio, terminan en la pérdida.

CÓDIGO: P5E1

Cuestión también importante es cómo se sitúa la mujer frente a su propia sexualidad y su propia identidad, cómo se mira, cómo se reconoce, como reconoce su propio deseo. Todo el tema premenstrual, cómo se juega esto, más allá de los problemas

fisiológicos, es toda una cuestión que lleva a la mujer a reclamar por qué tuvo que nacer mujer, me parece terrible la menstruación. Esta es una cuestión muy tormentosa con su propia relación con la sexualidad, con lo femenino.

¿Qué es lo que se devela del inconsciente cuando una mujer que había acogido conscientemente a su embarazo no logró consolidar su maternidad? **Entrevistadora:** Bueno, su respuesta estaría un poco articulada a lo que se devela del inconsciente, ¿podría ser así? o corrijáme por favor si me equivoco. Sobre todo lo digo por las pistas que durante la entrevista nos ha venido dando, el tema de cómo se ubica la mujer ante su sexualidad, su deseo, el deseo de su madre, las fantasías de ser abandonada o rechazada tras el aborto.

Entrevistador: Bueno sí, como le había dicho en anteriormente las preguntas por cómo se sitúa a esta mujer frente a su sexualidad, a su deseo, a su vínculo con su madre, al deseo de su propio embarazo son elementos que aparecen, las fantasías que se construyen o reactualizan como la de ser abandonada o rechazada, pero hay que tener en cuenta que lo que deviene del inconsciente nunca es lineal, es siempre particular, es un a posteriori.

CÓDIGO: P6E1

(Puebla Santander, Areli, 2022)

Tabla 20

Entrevista N° 2: Doula

Fecha: 28/06/2022

Pregunta	Respuesta
<p>¿Cuál es para usted el rol de una doula en la intervención con mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?</p> <p>CÓDIGO: P1E2</p>	<p>Entrevistada: Yo me formé como trabajadora social en Argentina inicialmente, y bueno, trabajé muchos años en cosas vinculadas a cuestiones de género, infancia y salud mental pero la verdad es que cuando salí de viaje con otros intereses, queriendo recorrer el mundo, la espiritualidad y demás pensaba ¿qué voy a hacer con este título? Porque la verdad es que hoy por hoy no sé si volvería a trabajar de nuevo en el ámbito estatal. Sin embargo la vida igual, nos lleva a ciertos lugares y tuve el privilegio de poder juntar intereses que pensaba yo que eran opuestos. Fruto del viaje fui investigando muchas cuestiones que tienen que ver con el útero, la ginecología natural, los ciclos de la mujer, la importancia de conocer tu cuerpo y todo el empoderamiento que eso te da, poder decidir y también el nacimiento.</p> <p>Entonces, bueno me contactaron y me dijeron: “bueno tú que eres trabajadora social y te interesan estos temas de sexualidad, ¿no querrías dar alguna charla?” y la verdad es que ni lo dudé. Si hay una necesidad, hay un derecho a cubrir allí. Entonces hago uso de herramientas que me ha brindado la profesión, la licenciatura en trabajo social y bueno un poco ahí nació el proyecto Anfibia menguante.</p> <p>Luego por necesidades económicas y el afán de difundir métodos ecológicos para la recolección de sangre, empecé a vender y asesorar sobre las copas menstruales, las toallas de tela, el sangrado libre y bueno, a partir de ahí se armó una especie de proyecto que busca brindar estos conocimientos sobre el cuerpo y la mujer. Luego fui animándome, a raíz de otras formaciones que tengo a brindar círculos de mujeres, talleres de autoconocimiento. Y bueno, si bien este proyecto es unipersonal termina siendo del mundo al mismo tiempo.</p> <p>Entrevistadora: Tu proyecto y recorrido es realmente interesante. Lo que me ha conectado es esta articulación entre lo femenino y lo materno. Escuchándote ahora quisiera preguntarte ¿cuáles son las particularidades del trabajo como doula?</p> <p>Entrevistada: Una doula es una persona que acompaña a la embarazada en aquello que la embarazada traiga como propuesta, como necesidad, como inquietud, como miedo. Entonces finalmente lo que la doula haga concretamente va a estar un poco adaptado a lo que ese vínculo con la consultante le trae y también a las habilidades. Hay Doulas que además de serlo son profesoras de yoga o son masajistas o cantan o hacen meditaciones. Se acompaña todo el proceso, puede ser durante la gestación, pero también puede ser antes de quedar embarazada, durante la labor de parto o la cesárea dependiendo del caso y también en el posparto, pero como te digo al final va a depender de las habilidades y de lo que la doula también pueda ofrecerle. Yo he conocido escuelas de doulas en donde te forman para acompañar la labor de parto, pero yo digo también para estar en</p>

un momento tan íntimo con una mujer, con una pareja tiene que haber una conexión previa, una relación armada entonces que mejor que poder acompañarla durante su embarazo con todos los cambios físicos, emocionales, económicos, con la pareja, las hormonas.

La escuela que yo elegí que está en Ecuador formaba con más herramientas, no solo para el parto. Muchas veces solo se habla de la gestación y el parto, y el parto es un portal enorme para una mujer pero también se necesita mucho apoyo, mucho acompañamiento, mucho sostén en el posparto. Estas herramientas te permiten estar ahí mucho más asertiva. Entonces sí, la doula está ahí para lo que la mujer lo necesita, hay mujeres que necesitan conversar, organizarse cómo va a ser su ida cuando ese bebé nazca, entonces viene bien que alguien vaya a tu casa y organice el espacio. Me ha tocado acompañar a mujeres con maridos que viajan mucho, hijas únicas, padres fallecidos, entonces estamos junta o bueno, también hay gente que necesita una doula para explicarle al marido cómo hacerle masajes o dudas de cómo tomar una entrevista que le de tranquilidad frente a un ginecólogo o el obstetra que le va a acompañar y poder tener esa sutileza en las preguntas para ver si el doctor es más pro-cesárea. Entonces se acompaña para que esta mujer pueda tomar decisiones que le den más calma y que resuelvan su propia búsqueda.

Entrevistadora: Me quedo pensando en una cosa, yo escucho doula, nunca doulo. ¿Quizá otra particularidad de este trabajo sería que las doulas son solo mujeres? (risas)

Entrevistada: (Risas) No necesariamente, eso va a depender mucho de la escuela. Yo he dado con escuelas que no forman a doulas que no han sido madre. Yo nunca estuve embarazada entonces esas escuelas no eran para mí; sin embargo, cuando si con otra escuela que me gustó mucho que también tenía una visión bastante social de la vida. Entonces bueno, la verdad también es que la palabra doula viene del griego que significa la que sirve, la que asiste, la que está ahí para servir. Creo que uno podría jugar desde el español, desde el castellano, pero la verdad es que muchas funciones que tienen que ver con el cuidado y el sostén de la vida, por una cuestión social y quizás también biológica, han sido ocupados por mujeres, ahí entramos un temas más debatibles. Lo mismo pasa con enfermería, maestras parvularias. Son roles que históricamente fueron dados a mujeres, luego uno puede elegir qué hacer, pero siempre hay algo de la biología, de la vida que a la mujer le resulta más cómodo estar ahí.

¿Cuáles han sido las mayores dificultades que ha encontrado en su trabajo con mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?

Entrevistadora: Este punto me permite hacerte la siguiente pregunta. La gestación y el alumbramiento solo suceden en la anatomía de una mujer; sin embargo no todos los embarazos terminan en un nacimiento. Yo le hago un espacio en mi disertación a tema de las pérdidas tempranas, abortos espontáneos. ¿cuáles han sido las mayores dificultades que ha encontrado en su trabajo con estas mujeres?

Entrevistada: Creo que la mayor dificultad que aparecen en estos casos es la falta de espacios de diálogo para poder compartir esta experiencia traumática. La verdad es que siempre es que una pérdida siempre es una experiencia traumática, obviamente

CÓDIGO: P2E2

todo va a depender de cómo la mujer lo viva, de si fue un embarazo deseado o no, planificado o no, de si ha podido hablar con alguien más del tema o es un secreto. Uno de los mayores problemas es que estas cosas no se hablan porque vivimos en una sociedad un poco superficial a mi gusto donde muchas veces se habla del éxito de lo bárbaro que nos va, de las vacaciones pero las malas noticias, lo triste, la sombra lo oscuro queda a un lado y eso perjudica mucho al duelo. La mente es un poco paradigmática, contradictoria y muchas mujeres con esa pérdida gestacional pueden enfrentar una culpa y al no compartirlo, al no hablarlo es algo que duele mucho, creen que es algo que solo les ha pasado a ellas. Es un duelo que se vive con mucha soledad, quizá de ahí también viene el dolor de sentirse separado creer que solo a mí me pasa esto.

Cuando yo acompaño a mujeres que están viviendo esto, yo las aliento a hablarlo y de repente en su círculo social aparece este tema mucho más de lo que ellas se imaginaban (primas, hermanas, tías). Me parece que saberlo le da mucha más liviandad a la situación

¿Qué alternativa de acompañamiento en la elaboración de duelo se podría proponer a mujeres que han vivenciado abortos espontáneos?

Entrevistadora: ¿Ha pensado en qué alternativa de acompañamiento en la elaboración de duelo se podría proponer a mujeres que han vivenciado abortos espontáneos?

Entrevistada: La verdad es que las propuestas siempre van a cambiar, van a ir amoldándose según la terapeuta o acompañante y sus habilidades y también la demanda de la consultante. En mi caso yo además de formarme en estas cosas que te conté, también hice una formación para ser terapeuta en biodecodificación.

Entrevistadora: ¿y de qué se trata la biodecodificación?

Entrevistada: La biodecodificación es una terapia donde a partir de un conflicto que una persona trae que puede ser desde una enfermedad física hasta un problema de tipo mi marido me engañó, lo que se hace es que a partir de un protocolo de intervención se llega a ver la causa emocional que le lleva a la persona a experimentar este conflicto. Entonces a mí, me parece que esto es muy bueno porque hay veces que uno inconscientemente hace cosas siguiendo patrones, creencias que a veces son ideas que ni siquiera son tuyas, es algo que alguna vez te dijeron de chiquito y a partir de eso uno se arma toda la vida. Este descubrimiento le permite a la persona salirse de ese lugar de víctima, dejar de ese lugar y des identificarse. Hay veces que la gente se queda lamiéndose las heridas y se arma toda una identidad a partir de un trauma. Desde mi opinión personal me parece que es quitarse la oportunidad de vivir una vida diferente porque uno no es lo que le pasó solamente. Es la responsabilidad la que nos permite quizá mirar el problema con más objetividad, saber qué se hizo o no en determinado momento. De forma inconsciente a veces uno hace cosas que lo llevan a determinado punto.

Y en las pérdidas gestacionales pasa bastante eso, porque hay de todo. Quizá hay chicas que entes tuvieron un aborto provocado y luego un embarazo deseado que termina en aborto espontáneo por culpa. Decir: “no soy merecedora de este bebé porque maté uno antes”, “que mala madre seré” y bueno, el cuerpo entra en conflicto. El cuerpo, la propia biología no es ajena. Por eso es importante revisar caso por caso.

CÓDIGO: P3E2

Para mí darle lugar a la palabra, la posibilidad de hablar lo doloroso, qué fue lo que pasó, quién te acompañó, cómo reaccionó tu pareja, lo hablaste con tu mamá o con tu papá, te apoyaron o no, cómo abordó el tema el médico que te acompañó porque a veces hay mucha frialdad en esto. Entonces poder hablar del tema me parece muy importante.

Yo he acompañado esto en bastantes oportunidades, he hecho encuentro grupales, cierres de cadera que es como este acompañamiento posparto que te conté, porque en realidad una pérdida gestacional también se puede considerar un parto prematuro. No siempre se expulsa el bebé intrauterino de forma vaginal, hay veces que interviene la ciencia y se hacen aspiraciones, legrados o pastillas, depende del caso. Pero igual la mujer se encontraba gestando y atraviesa una especie de puerperio, que es un momento bien delicado para una mujer porque hay muchos cambios hormonales y todo lo que esto conlleva de haber estado embarazada y creyendo que vas a tener a tu bebé en brazos y de repente está enterrado en algún lado o no. Está todo este cambio que es necesario abordar y hacer cierres de cadera, que influye mucho a nivel físico pero también emocional. Un ritual sostenido por muchísimas culturas como la ayurveda, la medicina china, la cosmovisión andina. Siempre dependerá del caso, pero a mí me parece muy necesario hacer rituales de entierro porque al final murió ese bebé y es necesario enterrarlo, darle su lugar en el árbol genealógico, darle lugar en tu vida, no rechazar eso. Desde las constelaciones familiares también se habla de los hijos no nacidos y que es necesario darles su espacio en el árbol genealógico, a veces piensas que eres el primer hijo, pero luego te enteras de que tu madre tuvo dos pérdidas antes y eso ya te ubica entro lugar.

Los rituales de entierro son necesarios, las despedidas son necesarias aunque sean simbólicas porque de repente no tienes nada de esa experiencia, por ejemplo si pasó en el hospital, en un inodoro, igual podés tomar una piedrita, honrarle, rezarle.

Incluso he hecho simulaciones de partos, que la mujer se ponga ese objeto en el vientre y respire, como un role playing del parto, las mujeres lloran mucho, algunas escriben una carta. Hay muchas cosas que se pueden hacer, pero dependerá de la creatividad de quien acompañe el proceso y de lo que a la mujer le resulte. Todas son distintas.

En su opinión, ¿es necesario un trabajo interdisciplinario para acompañar a mujeres confrontadas por un aborto espontáneo?, ¿cómo sería la articulación de estos profesionales?

Entrevistadora: Justamente esta diversidad de casos de la que me hablas me permite hacer la siguiente pregunta: ¿es necesario un trabajo interdisciplinario para acompañar a mujeres confrontadas por un aborto espontáneo?, ¿cómo sería la articulación de estos profesionales?

Entrevistada: Que buena pregunta. Sí podría llegar a ser. Ahí se me sale la dicotomía. En el trabajo social es una labor ultra interdisciplinaria. Trabajé años con abogados, psicólogos, los médicos, pero en este caso creo que a la final depende mucho de la mujer.

Yo he trabajado con algunos médicos, con una médica en especial cuando estaba en Perú. Muy linda ella y teníamos una admiración mutua y conversábamos mucho desde veredas supuestamente opuestas. Hay mujeres que aunque hagan el ritual se quedaban pensando en ¿me curaré? ¿no me curaré? Y en esos caso yo las derivaba con esta médica por ejemplo. En ese caso me parece que es necesario pero al final va a depender mucho de lo que a la mujer le resuene.

CÓDIGO: P4E2	<p>Entrevistadora: Cuando te escucho me da la impresión de que el vínculo en lo interdisciplinario no solo es experto-paciente, sino que también es necesario cierto vínculo o relación entre profesionales ¿es así?</p> <p>Entrevistada: Sí totalmente, lo que pasa es que yo generalmente termino trabajando solo con la consultante por lo íntimo de estos momentos.</p>
<p>¿Cuál es la razón del protagonismo que los rituales y los espacios de palabra tienen en su acompañamiento a mujeres confrontadas por un aborto espontáneo?</p> <p>CÓDIGO: P7E2</p>	<p>Entrevistadora: He podido acercarme a tu trabajo a través de tus publicaciones y textos y me surge una pregunta ¿cuál es la razón del protagonismo que los rituales y los espacios de palabra tienen en su acompañamiento a mujeres confrontadas por un aborto espontáneo?</p> <p>Entrevistada: A mí me parece que es importante entender que hay cosas que se pueden resolver de manera consciente pero hay veces que esto consciente está muy viciado pero estos eventos, estos rituales dan respuestas inconscientemente. Hay veces que hay gente que está muy cerrada en hablar pero si uno la lleva como de la manito por estas vías la persona lo termina resolviendo. Entonces a mí me parece que los rituales son una especie de gran complemento y hay veces que esto también sirve para no quedarse solo en el plan racional. Por ejemplo, hacer un ritual de entierro, tú te quedas solo con la verborragia de hablar sobre el problema, no lloras y escribes algo, pero siempre se queda en el plano muy del neocórtex, entonces, darle espacio al silencio también es necesario. Poder abordar dificultades, confiar un poco en que todo eso que desaparece es creado por uno también, entonces también por uno mismo se puede resolver.</p> <p>Entrevistadora: Mencionaste el cierre de caderas. Me parece interesante este nombre porque en el caso de las pérdidas tempranas por el silencio y la soledad con la que se vivencian estos hechos, no hay la posibilidad de hacer un cierre. ¿De qué se trata este procedimiento? ¿es un ritual? ¿se lo podría llamar así?</p> <p>Entrevistada: Este sí, en realidad es un ritual, un ceremonia donde se trabaja a nivel físico y también a nivel emocional y lo que se hace es que se trabaja con reboso. Todo depende de las formaciones de quien lo va a hacer, del lugar geográfico, de la consultante. Hay gente que usa por ejemplo emplastos que se colocan en el abdomen, como en el útero, en la zona lumbar en la espalda. Hay veces que se hacen rezos, en otras ocasiones se hacen baños o masajes. Luego para el encaderamiento en sí, se usan rebozos o una faja. Se coloca primero en la cabeza, luego en los hombros, en el abdomen, la cadera, las piernas, los pies y se va haciendo como un cierre como con la tela se cierra y a medida que uno cierra también se puede hacer una oración o rezo. Lo que se hace es como recoger el cuerpo. La mujer cuando está embarazada segrega una hormona que se llama relaxina y la relaxina les permite a las articulaciones estar mucho más laxas, más flexibles, más abiertas y todo eso es parte de la biología para preparar al cuerpo para la labor de parto. En el tercer trimestre es cuando más relaxina se segrega y hay veces en que las mujeres pueden experimentar dolores en las articulaciones, en las manos, hay mujeres que te cuentan que tienen recuerdos de sus madres. Desde la visión del kundalini se cree que el aura de la mujer se expande durante el embarazo, cosas difíciles de entender desde el plano de lo racional. El encaderamiento le permite recogerse a la mujer, muchas veces ella</p>

se queda con una faja o envuelta como un tamalito durante algunas horas y bueno, durante ese tiempo de cierre, de estar consigo misma es como volver el alma al cuerpo. Se quita el calor excedente también y las mujeres luego se sienten con mucha más calma, con mucha paciencia, más predisposición de sostener a otras vidas. Es un apapacho. Un ritual para cerrar.

En su experiencia, ¿ha encontrado diferencias entre las mujeres que simbolizan a través de rituales su vivencia de aborto espontáneo y quienes no lo han hecho?

Entrevistadora: En tu experiencia, ¿has encontrado particularidades entre las mujeres que simbolizan su pérdida temprana a través de rituales como el del cierre de caderas o los rituales de entierro de otras mujeres que no lo han hecho?

Entrevistada: Sí, de hecho mujeres que han tenido varios partos y han tenido diferentes cuidados y ellas mismas te cuentan lo diferente que han vivido esas maternidades y esas recuperaciones haciendo este tipo de rituales o no haciéndolo. Entonces de ahí es de donde yo me agarro para difundir este tipo de acompañamientos para la mujer.

Entrevistadora: Pero en el caso específico de abortos espontáneos, ¿has notado alguna diferencia entre quienes simbolizan de cualquier manera esta pérdida y quienes no?

Entrevistada: Sí, también la verdad. He conocido mujeres que luego de un aborto espontáneo nunca más quisieron probar quedar embarazadas por el trauma y el miedo de repetir la misma historia. Y yo en el interior digo cómo haber estado en el momento preciso o que le hubiese llegado esta información quizá podría haber cambiado algo porque al final si el deseo de esa mujer o de una pareja es engendrar me parece que es un deseo mu válido y que no se haga por miedo puede ser doloroso. También esto tiene consecuencias a nivel biológico, primero lo sospeché pero luego lo fui estudiando porque me llegaban casos de mujeres que tenían quistes en sus ovarios, o sea no poliquistosis ovárica sino un solo quiste creciéndole y pensaba bueno quizá hubo un embarazo y se interrumpió por lo que fuere. Entonces hay que acompañarlas a hacer un cierre y unos meses después el quiste desaparece. A veces uno cree que la mente y el cuerpo están desconectados pero somos unidad. Lo que la mente a veces niega el cuerpo expresa.

CÓDIGO: P8E2

(Puebla Santander, Arellí, 2022)

Tabla 21

Entrevista N° 3: Socióloga
Fecha: 3/07/2022

Pregunta	Respuesta
<p>¿Cuál es para usted el rol de una socióloga en la intervención con mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?</p> <p>CÓDIGO: PIE3</p>	<p>Entrevistada: Yo soy socióloga, luego hice una maestría en estudios de género, mucho también por querer entenderme a mí misma y a esta lógica de las estructuras sociales que nos van marcando y después me dediqué mucho tiempo al tema de desarrollo social y en los últimos 10 años he estado trabajando temas de salud y estuve trabajando en el ministerio de salud pública en el área de promoción de la salud donde algo de lo que nos tocaba mirar era precisamente el parto humanizado por ejemplo y ahora estoy trabajando en la PUCE a cargo del instituto de salud pública de la facultad de medicina.</p> <p>Creo el rol de un sociólogo por un lado es ir deconstruyendo esos constructos sociales, esas premisas que van determinando a la mujer y su existencia en función a la maternidad. Creo que hay todo un aparataje que se va construyendo en la educación de las mujeres desde que somos bebés, incluso antes de nacer ya se nos va identificando si somos niños o niñas y en función de eso todo lo que se espera que sean las mujeres. Entonces creo que en relación a los abortos espontáneos o a las maternidades interrumpidas es importante ir comprendiendo en qué medida el deseo de la maternidad tiene que ver con una expectativa propio o con una expectativa social. Es muy difícil poder separar estas dos expectativas pero creo que hay un ejercicio importante de poder identificar la expectativa social vs la expectativa propia y también digamos la expectativa de asumir una no maternidad que llegaría a ser una negación de la feminidad y por ende del ser mujer.</p> <p>Entonces me parece que ese sentido el rol del sociólogo, nosotros no trabajamos con individuos, trabajamos con el colectivo social y de alguna manera se puede ir trabajando esto en el sentido grupal para visibilizar por un lado que no somos las únicas a las que nos pasó esto, que los sentimientos que tenemos, a veces encontrados son propios del proceso, que necesitamos hacer un cierre y que tenemos derecho a vivirlo de otra manera que no sea en la lógica de la negación.</p> <p>Entrevistadora: Cuando usted dice negación, ¿a qué se refiere?</p> <p>Entrevistada: Lo más duro a mi forma de ver. En el caso de que no haya niños o de que ya haya siempre está la lógica de la negación atrás que es lo que no permite cerrar un ciclo y avanzar al siguiente periodo.</p> <p>Hay algunos niveles de negación. La negación de la maternidad pero la negación también del ser mujer o de la feminidad. Entonces quitar como estos grandes imaginarios o constructos sociales alrededor de lo que significa la maternidad y la feminidad. De alguna manera al no haber un hijo de por medio, un aborto espontáneo o no deseado es vivido desde la negación con el no fui madre, no soy mujer. El no va por delante de los otros sustantivos. Entonces, en ese sentido yo creo que es importante que este dolor se pueda procesar de manera colectiva con otras mujeres.</p>

Entrevistadora: Si el no va por delante, el fui madre, el no soy mujer entonces ¿qué le queda a una mujer que ha vivenciado abortos?

Entrevistada: Yo considero que el poder construir feminidades más integradas, más amplias, es una opción frente a esta lógica de asumirnos como mujeres en este gran imaginario social de lo que las mujeres deben ser. Poder ir sumando otras dimensiones que existen pero que muchas veces no son reconocidas socialmente. Es muy curioso como la sociedad reconoce a las mujeres a través de un acto o de otro, entonces somos mujeres en tanto somos madres de alguien, hijas de alguien, esposas de alguien, hermanas de alguien pero no por nuestra propia existencia. Incluso en esta dimensión tan fea de si eres señorita o señora, que con los hombres no pasa ellos son señores independientemente de su estado civil o de su vínculo con otra persona. Entonces, me parece que ir visibilizando la importancia de darle peso a esas otras dimensiones.

Y por otro lado algo que en mi propio proceso he vivenciado. Ha sido muy duro asumir esas pérdidas y tratar de estar medio cuerda porque creo que el dolor que produce nos lleva hasta la locura y poder trabajarlos es complejo, depende mucho de las herramientas que haya alrededor, pero también de los apoyos sociales. Entonces creo que algo que me ayudó mucho fue una doula. Ella me decía “no puedes vivir desde la negación de no soy madre. Eres madre de un niño que no nació, que no está aquí pero hubo el ejercicio de la maternidad, hubo un embarazo, hubo un proceso fisiológico que albergó a un embrión pero que no terminó” Entonces, tal vez algo que no lo he elaborado tanto de manera teórica pero que lo puedo decir más desde la cabeza es que estas mujeres que hemos perdido somos madres de alguna manera, no de un nacido vivo lamentablemente, pero somos madres y eso es duro, somos madres de alguien que no está aquí, de alguien que no nos llora, de alguien que no está a lado nuestro pero el ejercicio de la maternidad se realizó. Entonces creo que eso también ayuda a dar algunas pistas para ir procesándolo porque es muy interesante como la maternidad atraviesa todo nuestro ciclo de vida. Cuando somos niñas que es lo que nos enseñan, a cuidar. Nos dan bebés para que los cuidemos y estos muñecos sean nuestros bebés y juguemos a la casita, a la mamá, al papá, etc. Entonces como que socialmente nos van preparando desde niñas para eso, luego hay un momento de la adultes en el que es clave la no maternidad porque hay una lógica de truncamiento, al menos para la sociedades occidentales, como si se truncara el proyecto de vida, pero luego si no eres madre el contraste siempre con otras mujeres que si han sido madres que como está tan centralizada la construcción de esas mujeres en función de la maternidad no se permiten ser otra cosa que no sea ser madres y con aquellas mujeres que no somos madres de un nacido vivo es difícil generar empatía y comprensión de cualquier situación de vida.

Conversaba con otra amiga que está más bien por los 65, 70 años y que tampoco tiene hijos y ella lo que vivía a esa edad era que la maternidad le persigue hasta ahora porque sus amigas que en algún momento fueron mamás, ahora son abuelas y hablan de sus nietos, entonces vuelve otra vez otro ciclo de la maternidad.

Entonces si bien hay etapas en las que se intensifica la maternidad, nos constituye a lo largo de toda nuestra vida y le va dando sentido a la existencia de las mujeres.

Perdón si hago estos traslapes entre mi experiencia y mi formación académica.

Entrevistadora: No había pensado en esto que nos menciona. Tiene mucho sentido la expresión que usted utilizaba cuando se refería a los abortos espontáneos, decía “es un intento por salir medio cuerda de esta vivencia” porque ahora pensando que la maternidad de cierta forma persigue a las mujeres me hace pensar que casi que corremos una suerte de terminar paranoicas con estas asociaciones tan rígidas, madre=mujer. ¿qué le parece?

Entrevistada: (Risas) Sí Arelí y perdón si hago estos traslapes entre mi experiencia y mi formación académica.

En los momentos de mayor dolor y algidez del tema yo siento que el dolor de la no maternidad para mi implicaba un cierto nivel de locura en el sentido que se me cruzaban por la cabeza ideas que cuando las digo pienso “Ay perdón por qué las cuento”, pero por ejemplo si estaba en un centro comercial o algo así y veía a un niño en un cochecito y decía de pronto “¿y si me robo este bebé? Esa idea cruzaba por mi cabeza y claro, diciéndolo así digo que horror, que vergüenza contar esto, pero en ese momento había una lógica de desesperación y del dolor porque al mismo tiempo se venía a la mente la idea del dolor que esa mamá podría sentir al no encontrar a su bebé.

¿Cuáles han sido las mayores dificultades que ha encontrado en su trabajo con mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?

Entrevistadora: Cuando la escuchaba me quedaba con la impresión de que la negación y lo inconfesable son elementos que devienen de una pérdida temprana del embarazo y que además aparecen como una especie de obstáculo de dificultades, ¿qué opina usted? ¿cuáles han sido las mayores dificultades que ha encontrado en su trabajo con mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?

Entrevistada: Yo creo que además de estos dos elementos que señalas, además de la negación y de lo inconfesable, la pérdida temprana es un dolor que se vive en lo privado. La no maternidad, atravesar por estos abortos espontáneos se vive desde el mundo de lo privado. No es un tema público.

CÓDIGO: P2E3

La maternidad es extremadamente pública, la gente lo percibe, lo exige, lo clama y además esto está acompañado de un patrón de la maternidad intensiva. Este es un término que yo he llamado así, se trata de tiempo completo, una maternidad que implica dejar las otras dimensiones del ser mujer por dedicarse exclusivamente a la maternidad y que además está socialmente aceptado hacer esto. Entonces está socialmente aceptado que una mujer deje de trabajar, estudiar, deje de hacer varias cosas porque su rol central es la maternidad. Todo eso se vive públicamente pero esta otra dimensión de la salud sexual y reproductiva de las mujeres se vive en silencio, se vive desde el mundo de lo privado y esto lo que hace es que uno se sienta desconectado del contexto social, de esa red, de ese entramado social porque no calza en esa descripción de lo que se espera de esas mujeres, entonces se lo vive en soledad, en lo privado.

Yo en algún momento traté de encontrar grupos en los que yo pudiera hablar de esto pero no lo encontré. Lo que encontré fue grupos de padres adoptivos, entonces nuevamente la maternidad y la paternidad socialmente aceptada se lo vive públicamente, pero este otro lado se lo vive en la oscuridad. Y creo que fue muy difícil, hasta que a partir de una comunidad de laicos con espiritualidad ignaciana encontré a dos mujeres que viven en Miami que escribieron un libro en el cual contaban sus propias experiencias de la infertilidad. Entonces yo empecé a leer este libro y para mí fue interesante encontrar en esas páginas que lo que estaba sintiendo no era raro, que yo no era la loca, que había otras mujeres que pasaron por lo mismo. Al final el libro no me gustó porque tenía una lógica de volver al rol de las mujeres, pero la ayuda que significó para mí fue que me permitió salir de la burbuja mi pareja y yo porque con mi pareja incluso no lo podíamos hablar, no lo podíamos verbalizar, sino era más sujetarnos de la mano y estar, pero no es algo que ocurra con todas las mujeres. La negación se vive en lo privado, mientras lo positivo es absolutamente público y se grita a los cuatro vientos.

¿Qué alternativa de acompañamiento en la elaboración de duelo se podría proponer a mujeres que han vivenciado abortos espontáneos?

Entrevistadora: Ante esta escasez de lugares dispuestos a acompañar las no maternidades, ¿qué alternativa se le ocurre a usted que se podría proponer a mujeres que han vivenciado abortos espontáneos?

Entrevistada: Yo creería que grupos de palabra porque es importante encontrar a otras mujeres que estén viviendo lo mismo, incluso me atrevería decir parejas que estén viviendo esto. Tal vez integrar a los hombres es difícil por la propia construcción de la masculinidad pero también lo viven y lo padece. Yo buscaba las maneras de hablar, buscaba a otras mujeres y encontré a una que otra amiga que había pasado por lo mismo, pero creo que los hombres lo viven aún más en silencio. Sufrir no calza con la lógica de la masculinidad. Seguramente será otro tema de tesis.

CÓDIGO: P3E3

Creo que poder encontrar un espacio para procesar el dolor en común, las estrategias en común, la pregunta de ¿qué hicieron para procesar ese dolor? Porque algo hay que hacer con ese dolor, con lo que uno siente, algo hay que plasmarlo, en algo que le dé sentido, algo simbólico que le dé significado, que logre resignificar esa situación de vida., lo que fuera porque depende también el momento de la pérdida. No suele pasar mucho en Ecuador, pero en otros lugares suelen entregar los restos de ese hijo que no nació, de esta pérdida. Hacer algo que signifique poder cerrar un ciclo para que se abra uno nuevo porque si no nos quedamos al compás de la espera. Se posponen otras dimensiones pensando ya vendrá y tengo que estar lista, preparada, no puedo comprometerme a algo más por estar esperando.

Entonces siento que además del hecho concreto que significa la pérdida tiene repercusiones en el resto del desarrollo de la vida de las mujeres.

Entrevistadora: Usted y su respuesta me han hecho pensar en el cuento de El Principito, sobre todo por la importancia que usted destaca de los rituales. Desde este sentido un ritual, un cierre una despedida son necesarios para no quedar siempre a la espera como ya lo decía usted.

Entrevistada: Totalmente Arellí. Es importante darles un lugar a esos hijos no nacidos.

Cuando la gente te pregunta si estás casada y automáticamente si tienes hijos, es chocante, descoloca socialmente responder que lo eres pero que tus hijos no nacieron vivos, entonces se responde que no, pero ojalá llegara el momento de decir que sí. Quizá en los espacios más íntimos, tu círculo más cercano se puede decir eso. Pero es importante darle un lugar, ese ejercicio como decía hace un momento, de maternidad si lo hubo, lo que pasó es que no se concluyó. Es como un tren bala. Entonces, negarnos esa posibilidad de ser llamadas madres porque el producto final no es lo que socialmente se espera más que cruel nos anula, anula la vivencia y por lo tanto esa vivencia no puede ser hablada, expresada, vivida socialmente.

En su opinión, ¿es necesario un trabajo interdisciplinario para acompañar a mujeres confrontadas por un aborto espontáneo?, ¿cómo sería la articulación de estos profesionales?

Entrevistada: Creo que un punto clave para que lo interdisciplinario en estos casos funcione son los médicos ginecólogos porque para ellos se vuelve como un proceso automático. Uno se convierte en ovarios, trompas de Falopio y útero. Se necesita sobre todo ginecólogos que permitan experimentar esta experiencia de manera más sensible, más humana. Luego evidentemente están los psicólogos, el trabajo con ellos es clave. Creo que es super importante porque a veces cuesta poner en palabras. Y también podría intervenir la sociología para ayudar al colectivo social a entender estos contextos. He conversado con mujeres indígenas y desde la lógica andina se viven otras cosas, esos hijos no nacidos tienen un lugar en la familia y ese darles un lugar aunque no estén es importante, por ejemplo cuando un bisabuelo ya no está vivo igual se habla de él y demás. Estos niños no nacidos y sus madres también necesitan un lugar, hasta ponerles nombre, no sé puede sonar muy fuerte pero para algunas personas quizás funcione.

CÓDIGO: P4E3

A nivel de lo social, ¿cuál es el lugar que se les da los abortos espontáneos y a las mujeres que han transitado por estas vivencias?

Entrevistada: Yo creo que no tenemos lugar porque dentro de los casilleros de lo que se espera que sea una mujer no hay uno que diga madre de uno no nacido. Socialmente es muy difícil ubicarnos. Ese hecho desde la negación no tiene un lugar en la sociedad porque no hace efectiva la maternidad en una sociedad judeocristiana como la nuestra, marianista donde esta lógica de la maternidad está asociada a la virgen María, su bondad y demás. No encuentro una expresión, un sitio, un lugar porque además se lo vive también desde la pena social como que ay pobrecita no puede tener hijos. No le veo lugar.

CÓDIGO: P9E3

¿Cómo impacta la pérdida temprana de un embarazo en los lazos sociales de una mujer?

Entrevistada: Creo que por un lado a la gente le cuesta lidiar con el dolor del otro entonces desde mi experiencia pienso que no hay empatía o la hay muy poca especialmente de parte de mujeres. Por ejemplo el tema de conversación de la mesa son los hijos y si eres abuela los nietos, entonces los lazos femeninos se van rompiendo porque los abortos espontáneos son asuntos

CÓDIGO: P10E3	olvidados. Al no haber una categoría social, al no calzar los lazos sociales son muy limitados, las redes de apoyo se limitan, casi son inexistentes y eso es lo peligroso.
En su experiencia, ¿existen una preocupación social como dispositivos, políticas públicas o institucionales interesados en asistir a mujeres que hayan vivenciado un aborto espontáneo?	Entrevistada: No hay, yo creo que no existen o al menos yo no he encontrado espacios, ni políticas públicas. Incluso desde la dimensión de la salud cuando se trabajaba en la reforma del código orgánico de salud donde se pone el centro de la atención es en la no reproducción, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual muy poco pero hay, en cambio no hay una política que permita asistir a esas mujeres que tienen dificultad de concebir o que vivenciaron un aborto espontáneo o que tienen pérdidas numerosas. Se puede entender que esto sucede por lo que implica, los altos costos que esto tiene y ningún sistema público pudiera sostenerlo continuamente si es que abre la puerta en el caso del Ecuador o de países latinoamericanos, en Francia o en España podría ser posible brindar esta asistencia tan necesaria. Aquí además los servicios de salud pública están centrados en lo materno y lo infantil, esta dupla inseparable madre e hijo son los que marcan la prestación de los servicios y se descuidan otras áreas importantes también, por ejemplo a los adolescentes por qué, porque se asume socialmente que los adolescentes no se enferman, que son vitales, que no sufre, etc. Entonces son inexistentes las políticas para abordar estos caso, en cosas tan sencillas como que las mujeres que acaban de sufrir una pérdida están en la cama junto con la mamá que sí tiene su hijo y le está dando de lactar. Luego por ejemplo, no se podría pedir permiso en el trabajo por una pérdida, se tendría que declarar como un problema de salud o cualquier otra cosa pero no específicamente por una pérdida de embarazo. La maternidad ahora ya tiene un permiso de tres meses, pero la no maternidad es inexistente e igual hay que lidiar con un montón de cosas, cambios hormonales, la tristeza, la noticia en sí.
CÓDIGO: P11E3	

(Puebla Santander, Arellí, 2022)

Tabla 22

Entrevista N° 4: Psicóloga Clínica

Fecha: 4/07/2022

Pregunta	Respuesta
<p>¿Cuál es para usted el rol del psicólogo clínico en la intervención con mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?</p> <p>CÓDIGO: P1E4</p>	<p>Entrevistada: Yo creo que nuestro rol fundamentalmente se sostiene en la escucha. El que una mujer que ha vivido una situación así pueda poner en palabras y que estas puedan ser reconocidas es importante. Normalmente este tipo de casos dentro de la lógica médica se maneja como un caso más, se hace un legrado o se manda la medicación para generar la expulsión de los restos del embrión o del feto, dependiendo del tiempo del embarazo y medicamento ahí se acaba. Si la intervención es con pastillas, la siguiente vez que se ve al médico es para el seguimiento, decir que ya todo está bien y que ya puede esta mujer seguir normalmente con su vida. Si es que se hizo un legrado lo que se hace es, en el ámbito público al menos, ponerle a la paciente en la sala donde hay otras mujeres que han dado a luz, que tienen a sus bebés, sus bebés están llorando y estas mamás que han perdido están ahí, sin su hijo, sin un reconocimiento de su pérdida y por lo tanto con una necesidad importante de ser escuchadas, de que su palabra tenga un valor para ella misma, pero también que haya el reconocimiento por parte de otro, que en este caso seríamos nosotros como clínicos.</p>
<p>¿Cuáles han sido las mayores dificultades que ha encontrado en su trabajo con mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?</p> <p>CÓDIGO: P2E4</p>	<p>Entrevistadora: La expresión que usted usa “son mujeres a las que no se les reconoce su pérdida” me permite hacerle la siguiente pregunta, sobre todo porque al escucharla me parece que este no reconocimiento es una especie de obstáculo. Entonces, desde este sentido ¿cuáles han sido las mayores dificultades que ha encontrado en este tipo de casos?</p> <p>Entrevistada: Básicamente es eso, yo creo que cuando hay una pérdida de ese tipo lo que ocurre es que esa mujer o expulsa los restos de su bebé en el inodoro de su casa o le hacen un legrado y el producto de ese legrado es enviado a patología para ser analizado, no se le entrega a esta madre el cuerpo real de un hijo que aunque esté en un proceso de formación o esté muy tierno todavía es concebido por esta madre desde la lógica clínica como un cuerpo imaginado, como un ser completo. La madre no piensa: estoy esperando un feto o estoy esperando una mórula, la madre en realidad lo que piensa es estoy esperando un bebé, es más, estoy esperando a un hijo y en el caso de abortos espontáneos ese hijo es arrebatado del psiquismo de esta madre e incluso se le impide hablar a ella de esto porque nunca faltan los comentarios de: tienes que reponerte, ya pasará, ya vendrán más. Son cosas que escuchas comúnmente dentro de la lógica médica y además tienes un tiempo de reposo hasta que te recuperes físicamente pero nunca nadie habla del tiempo que una mujer necesita para recuperarse psíquicamente. Por la experiencia que tengo, las mujeres con pérdidas, especialmente cuando son sus primeros hijos es una pérdida que no se olvida fácilmente durante muchísimos años, entonces la mayor dificultad es ese no reconocimiento de que la mujer está sufriendo, de que ha perdido a un objeto amoroso importante, alguien en quien ha puesto un nombre, un lugar en la escena</p>

familiar y que de pronto se queda sin todo eso. Entonces es complicado, incluso un poco más que cuando te entregan óbitos fetales, que es cuando tienes al feto y tu puedes hacerle un entierro o el ritual que fuere, en cambio a este bebé, el de una pérdida temprano no, casi tienes que asumirlo como si nunca existió, pero sabemos que en psiquismo de estas mujeres si existió, existe porque existe en su deseo.

¿Qué alternativa de acompañamiento en la elaboración de duelo se podría proponer a mujeres que han vivenciado abortos espontáneos?

Entrevistada: Desde mi formación es básicamente el espacio de escucha. Cuando hablamos de un acompañamiento se podrían plantear varias cosas pero yo creo que es fundamental el escuchar la subjetividad de esa persona. Hay otras posibilidades por ejemplo espacios más grandes que son espacios de palabra con personas que han vivido situaciones similares, de alguna manera eso les permite elaborar el hecho de muchas piensan que un aborto espontáneo es algo que solo ellas lo han vivido, conocer que alguien más ha sufrido una pérdida de alguna manera contiene porque se genera una red de apoyo.

Si es que se abren estos espacios, el individual por un lado para entender que significado particular tenía este hijo que se perdió, en la subjetividad de madre, en la escena familiar en la lógica de pareja incluso y por otro los espacios grupales para que esta persona pueda saber que existen otras familias, mujeres que han atravesado por lo mismo y así tejer nuevas redes de apoyo.

CÓDIGO: P3E4

Creo que esas serían dos alternativas, el acompañamiento individual y los grupos de palabra, escuchar a otros hablar de cierta manera nos permite autorizarnos a hablar, a decir sobre nuestro dolor.

En su opinión, ¿es necesario un trabajo interdisciplinario para acompañar a mujeres confrontadas por un aborto espontáneo?, ¿cómo sería la articulación de estos profesionales?

Entrevistada: Yo creo que un trabajo interdisciplinario en estos casos es fundamental, uno puede trabajar con su paciente como psicólogo clínico, sostener el caso y acompañar, pero de repente viene el médico y le dice: “Es que usted mamita ha estado haciendo fuerza, usted tiene la culpa” Se fregó, desde el ponerle el mamita por delante hasta culparle de la muerte de su hijo. Entonces el que el médico, ginecólogo, obstetras, el personal de limpieza que está en las zonas hospitalarias tenga el conocimiento de que se trata de mujeres que están atravesando un duelo por una pérdida y que tiene que ser manejado su dolor con un respeto particular y con una consideración específica va a ayudar muchísimo a que estas mujeres puedan elaborar su duelo no desde la lógica de la culpa. Hay muy pocas mujeres que saben que la mayoría de los primeros embarazos terminan en abortos espontáneos y piensan que son las únicas, que algo está mal con su cuerpo, se cuestionan su feminidad, aparece una angustia particular de que las pérdidas se volverán a repetir a pesar de que sabemos que cada embarazo es diferente.

Entonces si hay un trabajo interdisciplinario en el que todo el equipo que da atención a este tipo de mujeres habla el mismo idioma la cosa fluye mucho más fácil.

CÓDIGO: P4E4

Entrevistadora: ¿A qué se refiere con hablar el mismo idioma?

Entrevistada: Bueno, a que se reconozca el dolor y el sufrimiento de estas mujeres. Claro cada quien desde su espacio de trabajo pero sin perder de vista que ellas son madres que ha perdido algo que esperaban y para lo que probablemente se estaban

preparando. Desde el mismo hecho de que el personal que interviene en estos caso se cuestione cómo es posible que a una mujer que ha vivenciado un aborto espontáneo se le ponga en la sala de posparto junto a mujeres que dieron a luz, donde escuchan llorar a bebé, donde hay mamás que dicen no sé cómo darle el seno a mi hijo. Ellas están ahí, sin tener a su bebé, sin poder dar de lactar e incluso sin una explicación muy clara de qué fue lo que pasó.

El trabajo interdisciplinario parte desde el hecho de ofrecer al personal médico, al personal operativo información, por ejemplo la sensibilidad para decirle a estas mujeres que su bebé ya no tiene latidos. Normalmente quien da estas noticias es el profesional encargado de las ecografías. Saber o al menos pensar, reflexionar cómo voy a dar esta noticia tan complicada. Entonces es necesario crear de alguna manera un protocolo que permita actuar de la manera más sensible posible ante situaciones así.

En su experiencia ¿ha encontrado particularidades clínicas que permitan distinguir este tipo de duelo, de otros?

Sí hay, va por el lado del deseo. Hay mujeres por ejemplo que desean tener un hijo y se preparan para recibirlo, entonces el dolor está a flor de piel, y dependiendo de su entorno, su dinámica relacional, ellas se culpan o se victimizan.

Entrevistadora: Usted mencionaba la culpa y la victimización. ¿podría ampliar su explicación por favor?

Entrevistada: Es una cuestión de posicionamiento frente a una misma circunstancia. por un lado es yo tengo la culpa de todo y por el otro es pobrecita yo, siempre me pasan las cosas a mí. Y ese posicionamiento es complicado en ambos casos. El desenlace del embarazo debe ser entendido desde el punto de vista médico pero también es importante entender psíquicamente cómo la pérdida debe ser elaborada, procesada desde el deseo de esta madre. No tanto desde la lógica de la culpa o de la victimización, sino desde la posibilidad de trabar a partir de un evento tan doloroso. Aunque siempre es el caso por caso. Estoy pensando en dos casos puntuales dos mujeres que se quedan embarazadas “sin querer” y que pierden a sus bebés prematuramente. Una podría sentirse devastada y además culpable en tanto se engancha al como yo no quería tenerlo entonces estoy siendo castigada, mientras que para la otra quizá haya un alivio, que también paradójicamente podría devenir en un sentimiento de culpabilidad. Y alrededor de la culpa podría generarse todo un duelo patológico.

La manera de enfrentar la pérdida siempre dependerá de las particularidades psíquicas de estas mujeres, por eso en la clínica siempre se habla del caso por caso. No se puede generar un protocolo que tome en cuenta todo, porque por nuestras particularidades psíquicas somos todos un mundo distinto al otro. Es por eso por lo que los clínicos debemos tomarnos el tiempo de escuchar quién es ese otro interlocutor que está al frente.

Entrevistadora: ¿A qué se refiere cuando menciona un duelo patológico?

Entrevistada: Refiriéndonos a este tema, un duelo patológico podría presentarse cuando la mujer se asume absolutamente culpable, tanto que no pueden volver a quedarse embarazadas. Cuando logran procesar esta culpa, esta frustración, este dolor adoptan un bebé asumiendo que son infértiles, pero luego se relajan y se quedan embarazadas. Entonces ahí se puede ver

como un duelo que se patologiza puede tener consecuencias fisiológicas, mujeres que no logran quedarse embarazadas por nada, incluso con tratamientos no lo logran, porque ahí hay una cuestión latente que es totalmente psicológica.

Otras mujeres entran en procesos depresivos importantes que terminan en divorcios, separaciones, intentos autolíticos por cómo están manejando su dolor frente a la pérdida, ellas se quedaron muy retraídas en sí mismas y su relación con el resto se vuelve compleja.

¿Cuáles podrían ser los posibles efectos psíquicos que devienen de un aborto espontáneo?

Entrevistada: Ante una pérdida, especialmente si ocurre en las primeras semanas del embarazo aparecen estados depresivos importantes y la sensación de no fui lo suficientemente mujer para sostener a mi hijo dentro de mí por lo tanto no sirvo. Se supone que el rol social de la mujer es poder tener hijos y yo soy incapaz de esto, entonces no soy digna de ser madre otra vez, no soy buena mujer. Incluso también pasa mucho la pregunta de por qué a mí. Es muy común escuchar por qué a mí si lo estaba esperando tanto, si me preparé, si me cuidé, si lo deseaba con tantas fuerzas o la pregunta de por qué no pude sentirlo, por qué no pude verlo crecer sobre todo porque estamos hablando de embarazos tempranos.

CÓDIGO: P13E4

Esto se desenvuelve en la lógica del no fui capaz y no sé si pueda hacerlo una vez más, más aún si hay una pérdida tras pérdida, esto agudiza las complicaciones psíquicas de esas mujeres.

Entrevistadora: ¿Cómo si los psiquismos de estas mujeres estarían en alto riesgo?

Entrevistada: Sí, podría ser. Quizá sea fragilidad psíquica en torno a que cualquier cosa que se haga ratifica que no soy digna de.

Luego también están mujeres que empiezan a tener complicaciones en su relación de pareja. Se me ocurre un caso en el cual esta mujer tenía dificultades comunes con su pareja, luego de una pérdida ella alucinaba con este bebé perdido y esto le llevó a ella a soportar muchas agresiones de parte del esposo. Entonces vemos complicaciones.

¿Cuál cree usted que es el lugar de la familia, de los vínculos más cercanos con relación de esta problemática?

Entrevistada: La red de apoyo es importante. Los vínculos cercanos, la familia extendida, una madre, una amiga, una hermana y me refiero al lado femenino porque generalmente es la mujer quien puede entender un poco mejor o al menos más fácilmente esta dinámica del deseo de un hijo. No excluyo a los varones porque también serán un apoyo. Sin embargo, la red de apoyo es lo que permitirá sostener a esta mujer anclada un poco más a lo real, porque si una mujer no cuenta con una red de apoyo, con un espacio de contención, le puede terminar pasando lo que le comentaba de esta paciente. Quien le contenía era su hijo muerto al punto que le provoca ciertos momentos casi psicóticos, donde la mujer alucinar ese soporte que necesita y que no encuentra en su entorno real, en su red de apoyo. Por eso es tan importante que en estos casos la mujer pueda contar con un apoyo lo suficientemente consistente como para poder llorar su pérdida siendo acogida, siendo entendida e incluso empujada para salir adelante.

CÓDIGO: P14E4

(Puebla Santander, Arellí, 2022)

Tabla 23

Entrevistador N° 5: Ginecólogo

Fecha: 5/07/2022

Pregunta	Respuesta
<p>¿Cuál es para usted el rol del ginecólogo en la intervención con mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?</p> <p>CÓDIGO: P1E5</p>	<p>Entrevistado: Verá Arelí, primero que gusto poder conversar sobre estos asuntos tan importantes. Una mujer que pierde un embarazo, del momento en que sea, del tiempo que sea, porque si nosotros llamamos abortos espontáneos y vamos a la definición sabe que es hasta las veinte semanas o que pese menos de 450 gr, y mucha gente dice que no es lo mismo perder a un bebé que está listo para nacer que cuando esté así de chiquito, pues yo lo que le puedo decir y lo que he evidenciado es que no es cierto, que la pérdida es pérdida y el luto es el luto y esto es algo muy terrible en la vida de una mujer, especialmente cuando es un bebé deseado, porque también tenemos que categorizar cuando un bebé es deseado y cuando no lo es. Entonces, los médicos estamos, nuestro rol comienza generalmente con el diagnóstico, nosotros empezamos a tener contacto con algunas mujeres cuando descubrimos que ellas están embarazadas, se hacen controles médicos, monitoreos, pero cuando hay una pérdida del embarazo también somos quienes damos la noticia y eso es algo muy difícil porque es ser espectador de todo el drama terrible que se ve cuando una mujer pierde a su hijo parece que es como si se le cae el mundo, se va para abajo. Entonces un médico no puede ocultar las cosas a sus pacientes, se debe decir las cosas como son, “desgraciadamente perdió a su bebé y desgraciadamente tenemos que hacer cosas para solucionar esto y que usted no corra riesgo”. Vivirlo es toda una situación trágica, pero hacerlo también es fuerte hablando estrictamente en el plano médico. Entonces se trata de acompañar en todo momento, cuando las cosas están bien, pero también cuando aparecen las malas noticias y tenemos que por ejemplo vaciar el útero. Esta es una situación bien fea a la que nos vemos confrontados los ginecólogos pero hay que hacerlo, hay que atender a estas mujeres.</p>
<p>¿Cuáles han sido las mayores dificultades que ha encontrado en su trabajo con mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?</p> <p>CÓDIGO: P2E5</p>	<p>Entrevistado: Después de atender a estas mujeres, del diagnóstico y la intervención queda toda la cuestión psicológica abierta, el dolor está ahí, muchas de ellas al enterarse dicen que prefieren morir o muchas de ellas enmudecen ese rato y se aguantan para luego descargar todo lo que están sintiendo. Y en ese rato es muy difícil querer consolar porque realmente no hay consuelo. En la pérdida de un embarazo no hay consuelo, quizá hay palabras para acompañar en medida de lo posible. Otra de dificultad que aparece es que lo primero que pasa cuando una mamá pierde a su bebé es que ella intenta buscar culpables pero ella es la primera que se culpa ¿será algo que yo hice? ¿algo que pasó conmigo? La mayoría pregunta ¿qué pasó doctor?, y uno puede explicarles, decirles que se trata de una cuestión a lo mejor hormonal o la causa que corresponde al caso, pero en mi experiencia estas mujeres aunque escuchan no quedan satisfechas con estas respuestas, es como si buscaran otras respuestas.</p>

También es importante saber que un hijo no barra a otro, una pérdida no se borra con un nuevo hijo nacido vivo, esa huella siempre estará.

Una mujer que tiene una pérdida se siente devastada. Las palabras, las primeras palabras son importantes. Es una situación triste pero no por eso se le puede mentir a una paciente, ella tiene derecho a saber cuál es el tratamiento, qué pasará en el futuro, cuanto tiempo debe esperar para intentar otro embarazo o si al momento no es viable que lo haga y por esta razón es importante que se le acompañe a esta mujer durante el diagnóstico, su familia principalmente, su pareja.

¿Qué alternativa de acompañamiento en la elaboración de duelo se podría proponer a mujeres que han vivenciado abortos espontáneos?

Entrevistado: Bueno, primero hay que saber y respetar las decisiones de la mujer, su voluntad y las diferencias de estas mujeres, es importante que el profesional a cargo sepa si es el primer hijo que se esperaba, si hubo otros abortos antes, si es una mujer soltera, casada, adolescente o una adulta, una mujer recién casa, etc., etc., porque hay muchas situaciones en juego, los detalles son importantes, siempre son importantes. Saber esto para permitir que alguien de su familia o su pareja o una persona cercana le acompañe en este procedimiento médico.

Entonces el acompañamiento inicial debe ser realmente una persona muy cercana porque este es un momento muy íntimo, muy doloroso, alguien debe acompañarla porque el aborto espontáneo es una pérdida, como si se tratara de alguien de la familia que ya existía y que se le quiere muchísimo.

CÓDIGO: P3E5

En el momento de la pérdida, una terapia de acompañamiento sea de cualquier especialidad no es muy bien recibida en un primer momento, es muy difícil que lo acepte una mujer en ese momento porque una pérdida del embarazo es algo muy íntimo, es algo muy de ella, es realmente quien siente todo. Esa es la gravedad.

En estos casos una mujer debe estar acompañada por alguien porque si una mujer no está siendo acompañada por alguien en este proceso, perdón la expresión pero podría volverse loca. La depresión que podría tener sería terrible, es increíble como se deprimen. Entonces es importante el acompañamiento pero también es importante que esta mujer pueda hacer un duelo por su hijo tal cual como si se perdiera a un miembro muy querido de la familia, porque es así, es un hijo lo que se perdió y el perder un hijo debe ser algo terrible.

En su opinión, ¿es necesario un trabajo interdisciplinario para acompañar a mujeres confrontadas por un aborto espontáneo?, ¿cómo sería la

Entrevistado: Yo sí creo que en estos caso es importante, porque cada profesional carga con los casos que atiende, pero la pérdida de un hijo es una carga muy grande como para que una sola persona lo haga. Y claro en la primera parte es bien difícil aceptar, la negación de la pérdida es muy grande, pero cuando se acepta lo primero que se debe hacer es intervenir médicamente para luego sí hacer un abroche interdisciplinario, porque lo primero en lo que hay que pensar es en la mujer y en su bienestar. Entonces lo que médicamente se debería hacer es quitar el tejido muerto para que no se infecte más su cuerpo y que no pierda más cosas. Eso es importante y lo más agudo que hay que hacer clínicamente hablando, pero después viene la parte más difícil, que es por ejemplo la aceptación de la pérdida y todo lo que deviene pero a largo tiempo. Ahí el apoyo psicológico es importantísimo en estos casos sobre todo porque las mujeres se callan, no hablan, no pueden desahogarse.

articulación de estos profesionales?

Sola una vez en todos los casos que he atendido, una mujer pudo desahogarse.

Viñeta clínica

La única vez que vi a alguien desahogarse fue cuando ella estaba anestesiada y claro con la anestesia, hay un cierto tipo de anestésicos conocidas como el suero de la verdad, entonces esta señora dijo todo lo que tenía que decir y estuvo bien, pero claro después no se acordaba nada.

CÓDIGO: P4E5

Desde su experiencia ¿cuál es la percepción que tiene sobre las reacciones que han tenido sus pacientes al enterarse de la pérdida temprana de su embarazo?

Entrevistado: En general es una situación terrible, y es terrible ver como una mujer se destroza, pero luego cogen fuerzas, yo no sé de dónde, pero se levantan algunas, otras no y eso es lo peligroso. La primera reacción es la negación y desesperación: “No puede ser, véale bien. Todo estaba bien hasta bien hasta ayer” Esa es la primera reacción. La negación de la pérdida.

CÓDIGO: P15E5

Después del diagnóstico de aborto espontáneo, ¿usted ha podido registrar algún tipo síntoma en sus pacientes? De ser así, ¿cuáles han sido?

Entrevistado: Inicialmente se deprimen, son muy frágiles, tienen llanto fácil. Cuando vienen al control lo primero que hacen al verme es llorar. Yo al verlas así les hago un mal chiste pero les saca una sonrisa. Les digo “no soy tan feo”, pero es una cosa que digo para poder hacer más liviano su dolor, para entablar mejor la relación.

Siempre se queda en ellas una tristeza inmensa y una depresión grande. Muchas de ellas no pueden dormir durante mucho tiempo, no comen como cuando alguien está deprimido por haber perdido a un familiar muy cercano.

CÓDIGO: P16E5

¿Cuáles son los tratamientos desde el punto de vista médico con los que se manejan los casos de abortos

Entrevistado: Yo prefiero ahora no hacer legrados a nadie porque es muy frío el asunto. Yo lo trato clínicamente, hay unas pastillas que cuando uno se da, que mantiene a las mujeres en casa y se les va viendo cada dos días hasta que se limpie el útero. Es como una menstruación muy fuerte. Cuando esto no resulta, porque no todo resulta en la vida, entonces hago un legrado, es decir se hace un curetaje puede ser con la cureta normal o con aspiración bajo anestesia en la clínica del hospital

espontáneos? En esta misma lógica, ¿qué otro tipo de tratamientos, además del médico, cree usted que son necesarios en estos casos?

CÓDIGO: P17E5

del día. Todo esto es muy frío, los tratamientos médicos son muy fríos en estos casos pero hay que hacerlo, alguien debe hacerlo.

Entrevistadora: En su experiencia, ¿alguna de sus pacientes le ha pedido por ejemplo mirar los restos de hijo?

Entrevistado: Sí, más de lo que se cree. Casi siempre quieren ver. Cuando se da con anestesia general no lo ven, pero cuando se da con anestesia raquídea lo ven y cuando se hace con las pastillas en su casa también, pero lo que ven médicamente es una masa de sangre, de coágulos a menos de que ya sea bastante grande como de 10 u 11 semanas y esto por supuesto se lo debe mandar a estudiar a una biopsia no para saber la causa del aborto sino para rectificar que eso es producto de un embarazo.

Entrevistadora: Para mí ha sido un gusto para mi escucharlo. Aquí termino con las preguntas y quiero decirle que me voy sorprendida de esta entrevista, porque al escucharlo encuentro a un médico muy amable y carismático, pero durante la recolección de datos, de bibliografía, e incluso al escuchar relatos de mujeres que han vivenciado estas pérdidas, me he encontrado con explicaciones médicas muy frías, no solo de doctores sino del espacio hospitalario. En el ámbito público incluso estas mujeres son puestas junto a otras mujeres que sí han logrado dar a luz a sus bebés. Cuando lo escucho me entusiasma saber que no todo es así.

Entrevistado: Totalmente, es algo terrible como se mal trata a las mujeres en algunos hospitales. No todo es política pública, también se trata de la formación. Yo en este momento trabajo en una clínica y atendemos a muchísimas mujeres del seguro social y siempre me dicen doctor usted les atiende muy bien a sus pacientes. Yo me sorprendo porque no porque ellas sean del Seguro Social a diferencia de las pacientes de consulta privada significa que hay que tratarlas con menos respeto. Todos nos merecemos respeto. Uno va al hospital, va emergencia por qué, porque requiere ser atendido, va buscando atención, buscando solución, buscando servicio, buscando calidez, buscando a alguien que le comprenda lo que le está pasando. Yo me morí de las iras en toda mi formación porque veía como colegas o enfermera o auxiliares les tratan pésimo a los pacientes. Ellas se merecen respeto, de todos. Y los médicos debemos entender eso, muchos de mis colegas se ponen un mandil blanco, una bata blanca y se creen inalcanzables, más papas que el papa y no está bien, el médico no lo puede todo, uno debe apoyarse en alguien, especialmente con mujeres luego del parto o que han perdido a sus bebés. Por eso es importante el trabajo interdisciplinario, hay que hacerlo.

(Puebla Santander, Areli, 2022)

Anexo 4: Guía De Entrevistas

Tabla 24

Guía de preguntas para las entrevistas a expertos

<p>Preguntas Generales</p>	<p>¿Cuál es para usted el rol del (psicólogo, psicoanalista, sociólogo, médico, dula) en la intervención con mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?</p> <hr/> <p>¿Cuáles han sido las mayores dificultades que ha encontrado en su trabajo con mujeres que han vivenciado un aborto espontáneo?</p> <hr/> <p>¿Qué alternativa de acompañamiento en la elaboración de duelo se podría proponer a mujeres que han vivenciado abortos espontáneos?</p> <hr/> <p>En su opinión, ¿es necesario un trabajo interdisciplinario para acompañar a mujeres confrontadas por un aborto espontáneo?, ¿cómo sería la articulación de estos profesionales?</p>
<p>Preguntas Individuales</p>	<p>Experto: Psicoanalista</p> <ul style="list-style-type: none"> • En su experiencia ¿ha encontrado particularidades clínicas que permitan distinguir este tipo de duelo, de otros? • ¿Qué es lo que se devela del inconsciente cuando una mujer que había acogido conscientemente a su embarazo no logró consolidar su maternidad? <hr/> <p>Experta: Doula</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la razón del protagonismo que los rituales y los espacios de palabra tienen en su acompañamiento a mujeres confrontadas por un aborto espontáneo? • En su experiencia, ¿ha encontrado diferencias entre las mujeres que simbolizan a través de rituales su vivencia de aborto espontáneo y quienes no lo han hecho? <hr/> <p>Experta: Socióloga</p> <ul style="list-style-type: none"> • A nivel de lo social, ¿cuál es el lugar que se les da los abortos espontáneos y a las mujeres que han transitado por estas vivencias? • ¿Cómo impacta la pérdida temprana de un embarazo en los lazos sociales de una mujer? • En su experiencia, ¿existen una preocupación social como dispositivos, políticas públicas o institucionales interesados en asistir a mujeres que hayan vivenciado un aborto espontáneo? <hr/> <p>Experta: Psicóloga clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> • En su experiencia ¿ha encontrado particularidades clínicas que permitan distinguir este tipo de duelo, de otros? • ¿Cuáles podrían ser los posibles efectos psíquicos que devienen de un aborto espontáneo?

-
- ¿Cuál cree usted que es el lugar de la familia, de los vínculos más cercanos con relación de esta problemática?

Experto: Ginecólogo

- Desde su experiencia ¿cuál es la percepción que tiene sobre son las reacciones que han tenido sus pacientes al enterarse de la pérdida temprana de su embarazo?
- Después del diagnóstico de aborto espontáneo, ¿usted ha podido registrar algún tipo síntoma en sus pacientes? De ser así, ¿cuáles han sido?
- ¿Cuáles son los tratamientos desde el punto de vista médico con los que se manejan los casos de abortos espontáneos? En esta misma lógica, ¿qué otro tipo de tratamientos, además del médico, cree usted que son necesarios en estos casos?

(Puebla Santander, Areli, 2022)