

**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO**

**“EL PROCESO DEL DUELO MATERNO EN CASOS DE  
MUERTE FETAL TARDÍA ASOCIADO A MALFORMACIÓN CONGÉNITA:  
UN ESTUDIO EXPLORATORIO”**

**TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
PSICÓLOGO**

**Y AL GRADO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**POR**

**MARIA LUZ RUÍZ MENDEZ**

**PROFESOR PATROCINANTE  
ROBERTO CHIANG SANCHEZ**

**PROFESORES INFORMANTES  
LILIANA CONTRERAS ALARCÓN  
JUAN SANDOVAL MOYA**

**VALPARAÍSO, CHILE**

**“Entre el amor y la muerte, está la vida. Sin ella no hay amor ni muerte”.**

**Melvin Zax.**

Dedicado a mis seres más queridos: Mis padres y hermano, al amor personificado en mi pareja y de manera especial a aquellas pequeñas almas que nunca llegaron a sentir la vida como nosotros, sino de una manera más elevada y espiritual.....

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco todos lo que **“me soportaron en el largo proceso de realizar una tesis”**:

**Gracias por creer en mi....**

**“El vivenciar el gran dolor de perder un hijo, es diferente para cada uno de nosotros y no existe un patrón estándar al momento de hablar de lo que significa para cada ser humano lo que a diario se vive en los hospitales de nuestro país”.**

**CONTENIDOS.**

<u>CONTENIDO</u>	<u>Pág.</u>
TABLA DE CONTENIDOS	i
RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN	v
CAPÍTULO N° 1	
INTRODUCCIÓN	1
EXPOSICIÓN GENERAL DEL PROBLEMA	3
MOTIVACIÓN	5
PREGUNTAS	6
CAPÍTULO N° 2	
MARCO TEÓRICO	7
1. EL EMBARAZO	7
a. Psicología del embarazo normal	10
2. MALFORMACIONES CONGÉNITAS	12
a. Malformaciones más comunes observadas en ecografía	13
3. MUERTE FETAL	16
a. Buscando la causa	17

4. DUELO	18
a. Pérdida en madres embarazadas	22
b. Pérdida de un hijo	23
4.1 PROCESO DE DUELO	24
4.2 DUELO NORMAL EN ADULTOS	24
a. Etapas de aflicción ante la pérdida perinatal	
Davidson, 1979	25
4.3 DUELO PATOLÓGICO	28
5. PREGUNTAS MÁS USUALES ANTE LA PÉRDIDA	30
6. DUELO Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	31
SUPUESTOS DE TRABAJO	33
CAPÍTULO N° 3	
OBJETIVOS	34
CAPÍTULO N° 4	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	35
ESQUEMA DE ACCIÓN	40
CARTA GANTT	41

CAPÍTULO N° 5	
ESTUDIO DE CASOS	42
CAPÍTULO N° 6	
ANÁLISIS GENERAL	72
CAPÍTULO N° 7	
OBSERVACIONES ADICIONALES	83
REFLEXIÓN FINAL	88
REFERENCIAS	91
ANEXOS	
Anexo 1: Factores que ayudan o dificultan el desarrollo normal del duelo	96
Anexo 2: Teóricos y duelo	97
Anexo 3: Resumen anual formulario RP-20 SSVSA	99
Anexo 4: Formación de sistemas y órganos (Susceptibilidad a teratogénesis).	100
Anexo 5: Modelo original de atención del PAS	101
Anexo 6: Entrevistas	
Pacientes	102
Profesionales que laboran en el área	103
Entrevista a Paulina Palacios	104

Entrevista a Marjorie Negrete	107
Anexo 7: Derecho de los padres cuando muere un bebé	109
Derechos del bebé.	109
Anexo 8: Al final...el respeto por el otro.	110

## **RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN**

El duelo es la reacción típica ante la pérdida de un ser que queremos mucho, en el que tenemos depositados nuestros sueños e ideales, con el que hemos compartido parte de nuestra existencia y que la literatura califica de restaurador ante esta carencia intensa e importante en nuestras vidas.

La investigación indaga en las etapas del duelo que vive una mujer desde que conoce el diagnóstico ecográfico de su embarazo que cursa con una malformación congénita y que posiblemente no llegará a su fin. Se conocerá la experiencia de cuatro mujeres, que accedieron libre y voluntariamente a relatar lo que les ocurre durante todo el proceso y con disposición a colaborar en este estudio que indagan la evolución del duelo experimentado por ellas, datos recogidos a través de la anamnesis, ficha clínica y entrevistas semiestructuradas grabadas, que luego se comparan con el estudio del doctor en psicología inglés Glen Davidson.

El hospital Sótero del Río es pionero en brindar apoyo psicológico a mujeres embarazadas que se controlan en sus dependencias de maternidad, descubriendo que la muerte fetal es un proceso complicado y triste sin el control y la compañía capacitada en el tema. Basado en este conocimiento, el investigador accede a conocer esta realidad, que luego genera el interés por describir lo que ocurre con las mujeres en nuestra región, encontrando que en el hospital Carlos van Buren de Valparaíso se ha aplicado un programa similar que incluye al psicólogo, existiendo la

posibilidad de acceder y conocer varios casos que pasan a diario por lo mismo para incluir en la presente tesis.

Lo que se considera relevante en esta investigación es conocer lo que le ocurre a la mujer desde que conoce el mal pronóstico, las etapas por las que atraviesa en el transcurso de las sesiones, lo que le pasa y siente al ver a su bebé y romper ese sueño ideal que tiene respecto a él, y que los lectores accedan a este conocimiento mediante lo recogido y analizado en esta tesis que pretende despertar interés por continuar investigando en el tema tan intenso pero productivo en el área de la psicología de la salud como es el proceso de duelo.

# CAPÍTULO N° 1

## INTRODUCCIÓN

El embarazo representa para la mujer una experiencia muy intensa, no solo desde el punto de vista físico, también psicológico y social. Durante este período se ve expuesta a una serie de transformaciones, la mayoría determinadas por múltiples e intensos cambios hormonales que producen en ella una mayor labilidad emocional, pudiendo evolucionar algunas veces hacia cuadros de angustia y depresión si no posee a su lado personas que la entiendan, apoyen y acompañen.

Todas las mujeres se proyectan en el **hijo ideal**, esa fantasía del niño que viene producto de los esquemas sociales implantados en las imágenes colectivas teñida siempre de idealización, visualizando a su hijo sano, hermoso y vigoroso. Sueñan con su color de pelo, ojos, sexo y características que su mente crea, impregnada del deseo de tener ese hijo a su lado imaginativamente. Sin embargo no podemos ignorar que muchas veces ese hijo puede morir in útero, vivir horas, días o nacer con una discapacidad o malformación.

En todas las maternidades existe la creencia irracional que si los padres desean fervientemente tener un hijo, éste puede morir, así como de no ser deseado el castigo es que venga con una malformación. Es un verdadero tabú hablar de “anormalidad”, por lo que se debe tener mesura con el vocabulario utilizado al momento de entregar la información, ya que nos estamos refiriendo a un ser en formación, significativo e importante para su madre.

Desde 1958, año en que comienza el uso del ultrasonido en el mundo y que solo llega a nuestro país a fines de los 70, es posible convertir al feto en paciente del médico y hacer un seguimiento de su evolución y crecimiento. Muchas veces con el diagnóstico de una “malformación congénita”, la fantasía del hijo ideal se quiebra ocasionando un gran daño a sus padres que comienzan a vivir lo que se conoce como “proceso de duelo” desde la pérdida de ese hijo idealizado, pero real.

Luego de conocer el diagnóstico la mujer puede sostenerse en el consuelo que su pareja o familia le puedan brindar, pero en nuestro país la mayoría de las mujeres que se controla en la salud pública carece de este tipo de apoyo. Entonces, ¿cómo reacciona ante una noticia de esta naturaleza?, ¿cómo vive este proceso de duelo?, ¿cómo la podemos ayudar?

Resulta importante la disposición para sostener una mano, dar un abrazo, escuchar atentamente, promover en todo el equipo de salud que —aún bajo los sentimientos de aflicción— le ofrezcan opciones y respeten la autonomía del individuo, guiando a los padres a sobreponerse de esos amargos momentos e influenciando la forma de mirar su vida futura.

## **EXPOSICIÓN GENERAL DEL PROBLEMA**

En distintos países del mundo existen instituciones que ofrecen apoyo a familias de niños minusválidos, a las madres que pierden a sus hijos, o las que tienen abortos reiterados. Pudimos conocer que en nuestro país Paulina Palacios, matrona y psicóloga del hospital Sótero del Río en Santiago, se ha dedicado a brindar apoyo psicológico a las madres que pasan por esta triste experiencia, y es debido al aumento de malformaciones con mal pronóstico diagnosticadas ecográficamente en nuestra región, que en el hospital Carlos van Buren de Valparaíso ha creado un equipo interdisciplinario (ver anexo 5) que realiza una labor similar desde el año 2001 y donde se pudo acceder a conocer mujeres que pasan por esta realidad. Conociendo la forma como labora este grupo humano de profesionales se concluye que debemos conocer este proceso que llamamos duelo y que es demasiado importante para ser solo un referente general, dominado a grandes rasgos. Los profesionales del área médica conocen la teoría del proceso de duelo, pero a veces olvidan lo que realmente significa vivenciarlo, el duelo es el proceso por el que todos pasamos al perder a un ser querido e implica deshacer los lazos contraídos con esa persona para a futuro recordarlo con cariño, pero evitando al máximo el sufrimiento psicológico.

Si accedemos a la estadística que maneja este centro hospitalario podemos concluir que el número de embarazos que cursa con alteraciones parece ser mayor debido al descenso de los nacimientos generales, reflejando que las alteraciones parecen haber duplicado su número de un año para otro (2000 al

2001), en especial determinadas zonas agrícolas de la región, como Quillota y Limache, que son derivadas a este hospital (Ref. personal del hospital van Buren).

A las emociones confusas que experimenta la mujer y el proceso de duelo que se inicia desde la notificación del diagnóstico, se agrega como agravante la ausencia de ayuda psicológica capacitada en el instante del diagnóstico, durante y después de perder al bebé y cuando esa mujer se va de alta a su hogar, la mayoría de las veces las crisis se desencadenan allí (Ref. personal de hospital van Buren).

Estas mujeres no pueden quedar solas, pues por el grado emocional que les significa y la naturaleza de la noticia deben ser acogidas en estos momentos difíciles, razonable es que los profesionales que laboran en centros hospitalarios debieran conocer el proceso de duelo que van a desarrollar para apoyarlas y prevenir repercusiones psicológicas desequilibradas presentes y futuras en ellas y sus familias.

Del total de las mujeres incorporadas al Programa de Apoyo Psicológico, con diagnóstico ecográfico de mal pronóstico fetal, se han seleccionado cuatro casos con la intención de describir la evolución del proceso de duelo que viven, tema de la presente tesis.

## MOTIVACIÓN

Siendo matrona de profesión, es gratificante ver la felicidad de una mujer que se convierte en madre, pero cada vez que esto no ocurría por diversas razones (muerte fetal o malformación) existía un sentir de impotencia, por desconocimiento del proceso de duelo que la mujer comenzaba a vivir desde que conocía la noticia, necesitando además la base psicológica para ayudar de manera más integral en estos casos.

El duelo mal asimilado es uno de los peores sufrimientos que un ser humano puede experimentar, ver como una madre se destruye ante la pérdida de un hijo no es un cuadro bello de admirar, mucho menos la desintegración de la pareja.

Los aspectos más comunes observados en casos de muerte fetal son la “idealización del hijo perdido” y “clamar justicia por la muerte de un inocente y pequeño bebé”, que de manera similar a un esquema se implanta en la mente humana siendo muy difícil de erradicar y que se traduce en las innumerables demandas al servicio de salud y disconformidad en los consultorios.

Lo que motiva esta investigación es la creciente necesidad de dar a conocer el proceso de duelo para generar la necesidad de incluir profesionales capacitados que laboren en el área y que logren apoyar a la mujer en esta experiencia tan difícil y dolorosa de perder a su bebé, ayudando a prevenir trastornos asociados a la mala vivencia del duelo, que puede influenciar de manera negativa su visión futura de vida y cambiarles el concepto de maternidad.

## **PREGUNTAS**

La mayoría de los teóricos (ver anexo 2) ha estudiado el duelo en padres de niños pequeños, incluso de recién nacidos, pero: ¿Se dan las etapas del duelo que la teoría nos enseña en caso de perder al feto in-útero?, ¿Cómo es la evolución del duelo en esta madre, cuando a su bebé no lo conoce, solo sabe que ya no vive dentro de ella?, ¿Cómo reacciona una mujer al enfrentarse con su hijo luego del parto?.

Esta tesis indaga la experiencia de portar un feto malformado, que probablemente no llegue a término, centrado en el período fetal tardío (sobre las 28 semanas de embarazo), pues la teoría nos enseña que la relación vincular comienza alrededor de las 24 semanas, lo que provocaría en la mujer un trauma más significativo pues siente que vive, se mueve y crece dentro de ella.

No existe conocimiento acumulado de la evolución del duelo en casos como estos y lo que se pretende es despertar la curiosidad en indagar esta experiencia, tendencia que va en aumento por ser un tema cada vez más recurrente en los servicios de maternidad del país.

De la literatura revisada, Glen Davidson (psicólogo inglés que estudió el tema de la pérdida en mujeres con embarazos sobre las 28 semanas hasta los 28 días de vida del recién nacido) ha publicado sobre el tema de la dolencia del duelo y de acuerdo a lo observado por este autor, se intentará comparar su experiencia con la del investigador, haciendo un estudio descriptivo de las etapas que atraviesa la mujer, el enfrentamiento con el hijo real fallecido y la evolución posterior al alta hospitalaria.

## **CAPÍTULO N° 2**

### MARCO TEÓRICO

Debido a la relevancia e importancia que el tema implica, se requiere incorporar en el marco teórico de esta investigación “el embarazo” como primer tema, ya que deben ser conocidos los cambios físicos y psicológicos que la mujer experimenta durante este periodo de su vida.

La psicología normal del embarazo debe ser conocida si se quiere diferenciar de cuando no lo es, así como el tema de las malformaciones congénitas.

Saber y conocer sobre estos tópicos nos ayuda a entender qué ocurre con una mujer que presenta ambos cuadros a la vez, como también conocer el proceso de duelo ante la muerte del feto que se inicia no solo cuando ella se enfrenta a su hijo y lo ve exteriormente, muchas veces comienza desde que la madre conoce el diagnóstico, el mal pronóstico y comprende la gravedad del problema.

#### **1. El embarazo**

El embarazo es un estado fisiológico, por el que casi todas las mujeres pasan a lo largo de su vida y es considerado socialmente como un momento de alegría y celebración, ya que representa no solo la perpetuación de la especie, sino la manifestación del amor de la pareja.

Suele acompañarse de molestias por las que la mayoría de las gestantes pasan, debido a los cambios que su cuerpo experimenta para albergar dentro de sí a su hijo en formación por aproximadamente nueve meses, como el edema (hinchazón) de extremidades o molestias en la columna (por el peso del vientre),

así como también desequilibrios hormonales, que de una u otra forma pueden alterar la psiquis de la mujer, pues en la unidad cuerpo-mente que todos poseemos lo que le pasa a uno repercute en el otro.

El embarazo se caracteriza por varios signos físicos, comenzando con la ausencia de la menstruación (amenorrea) a veces acompañado en sus inicios de náuseas y vómitos (hiperémesis gravídica), que suelen ser molestos para la mujer, así como aparición de la pigmentación facial más oscura que da la coloración típica más café en las mejillas de la embarazada (“cloasma gravídico”). También se observan cambios, como aumento del volumen de las mamas y en la areola del pezón, aumento del abdomen y aparición en su línea media de una coloración café (línea parda) (Farías, 1995).

Más o menos a la semana de atraso menstrual, el test de embarazo suele ser efectivo, dando resultado positivo en el caso de existir una gestación, ya que la hormona que la gestante elimina a través de la orina (“gonadotrofina coriónica humana”) es la que produce el resultado visible en las barritas de sensibilidad y permiten a la mujer la certeza de su estado al mirar la línea violeta.

En los humanos, la gestación dura alrededor de cuarenta semanas (nueve meses), para completar la formación del nuevo ser. Durante las primeras dos semanas (Langman, 1990) es un disco celular en formación, conocido como etapa **“pre-organogénesis”** (previo a la formación de órganos), con alta probabilidad de abortos espontáneos si esta formación celular posee alguna alteración importante que no le permita continuar su desarrollo (ver anexo 4).

Desde la tercera y hasta la octava semana se le conoce como **“embrión”** (Langman, 1990), carente de aspecto humano, donde la formación y desarrollo

de grandes órganos y sistemas, como el corazón y sistema nervioso central, son relevantes; se forman las extremidades, la cara y el esbozo del labio que le dará el aspecto humano futuro. Son semanas importantes si se trata de definir y delimitar malformaciones incompatibles con la vida.

Desde la novena semana y hasta el nacimiento se le conoce como **“feto”** (Langman, 1990) con un aspecto humano reconocible, donde finaliza la formación del oído, ojos, dientes, paladar y genitales externos. En este período, el feto gana peso, haciéndose regordete y aumentando en longitud, lo que hace a la mujer abultar su vientre y percibir los movimientos del niño en su interior. Durante este tiempo, existe peligro de que el feto pueda generar defectos funcionales y malformaciones que le permiten seguir con vida y nacer con una discapacidad o morir en el exterior luego de haber nacido.

En el caso de muerte fetal, si esta ocurre antes de las 28 semanas es clasificado como “aborto” (Ref. Sección de neonatología, hospital van Buren), ya que no sobrevive extrauterinamente por su inmadurez general, por el peso que posee (que puede ser menos de 600 gramos, según las tablas usadas por los neonatólogos) y porque sus pulmones no están preparados para respirar en el exterior por sí solos. En la actualidad estos límites se han ido estrechando cada vez, debido al desarrollo tecnológico que ha permitido sobrevivir a fetos hasta de 500 gramos, debido a la implementación en los servicios neonatológicos de respiradores que permiten a este feto inmaduro continuar con vida.

a) **Psicología del embarazo normal (Cohen, 1988)**

Cohen estudia lo que ocurre psicológicamente en la mayoría de las mujeres desde la noticia del embarazo hasta el nacimiento, para él las etapas por las que pasa la mujer son:

1. Aceptación del embarazo: Se asume como fantasía, ya que no existen cambios corporales evidentes aún (aumento del vientre).
2. Investidura del yo: Comienza el cuidado del cuerpo y la salud de la mujer, ya que porta dentro de sí a un nuevo ser (suele coincidir con la certeza del estado gestacional, diagnosticado por un profesional) .
3. Afiliación con el feto: Inicio del proceso de “apego madre-hijo”. La mujer identifica al feto como otro ser, que crece y madura dentro de ella. Fantasea con sus características, le busca un nombre, mira ropa en tiendas de bebé, en otras palabras “lo sueña”. Esto suele delimitarse con los movimientos fetales (sensaciones cinestésicas reales al 5º mes).
4. Comportamiento de anidamiento (preparación): Una vez establecido el control comienza el comportamiento de anidamiento, pues la mujer se imagina (en la realidad) como una madre y comienza a planear cómo cuidar a su bebé, recolecta su vestimenta, le prepara un lugar físico en su vida (le arregla una pieza y una cuna).

Aquí surge en la mujer una doble problemática:

- El surgimiento de la conducta materna (apego).
- Incomodidad por su estado gestacional avanzado (pérdida del control).

5. Desarrollo de una percepción basada en la realidad: Dada la gestación avanzada, comienza a aparecer el temor al parto, así como ansiedad y miedo por la vida de su hijo.
6. Nacimiento: Procesa la realidad, ya no fantasea pues el niño existe fuera de ella. Es la etapa decisiva para la vinculación madre-hijo.  
Ella lo reconoce entre los otros niños, conoce su llanto, percibe sus ritmos fisiológicos. Esto determina la calidad de la respuesta emocional que el niño va a recibir de su madre.

Este estado puede ser alterado por una serie de elementos externos (como exposición materna a radiación, premedicación sin control profesional) o por situaciones orgánicas específicas (alza de presión, alteraciones hepáticas entre otras) que a su vez pueden llevar a esa mujer a concluir en una malformación o perder a su hijo en el vientre. La percepción de movimientos fetales coincide con la capacidad ecográfica para detectar malformaciones congénitas, por lo tanto si el diagnóstico de alteraciones es precoz, la mujer debe ser preparada y acompañada, pues esta dualidad de emociones puede desorientarla no siendo productivo para ella .

Así como existen controles médicos periódicos a lo largo del embarazo, deberían existir también controles psicológicos, en especial las etapas coincidentes con la preparación (4) y la percepción de la realidad (5), consideradas las más estresantes de este estado, y que a la vez se pueden conjugar con los cambios hormonales típicos, sumado a problemas personales, con la pareja o las alteraciones fetales a las que refiere esta tesis.

## **2. Malformaciones congénitas**

Las Malformaciones congénitas, se definen como “defectos estructurales macroscópicos presentes en el recién nacido” (Langman, 1990); mas conocidas como “teratogenias”, (del griego “tératos”, que significa “monstruo”) pasando por defectos estructurales (de la cara, miembros, cráneo, de o todas a la vez), o alteraciones genéticas (como el síndrome de Down, u otras), esto sin considerar las alteraciones internas pues el bebé puede exteriormente parecer “perfecto”, y traer problemas cardíacos, pulmonares, renales o hepáticos.

El desarrollo tecnológico de los últimos años y la creación de la ecografía como método de diagnóstico ha generado un nuevo objetivo en el cuidado prenatal: la detección de anomalías estructurales en el feto, consecuencia es que cada día se descubren mayor número de alteraciones lo que ha generado la necesidad de técnicas de diagnóstico y tratamiento especializado, incluyendo el apoyo psicológico para las madres involucradas.

La sociedad parece preocuparse por el tema, la amplia publicidad que se dio a los problemas nocivos causados por el dietilestilbestrol y la talidomida han puesto freno en las mujeres al momento de consumir medicamentos durante el embarazo, así como las influencias ambientales dañinas (como los rayos X, las drogas o las carencias nutricionales) (Ref. Tapia, Ventura-Juncá).

Tratando de ponerse en el caso de una madre que recibe una noticia de esta naturaleza, obviamente la desesperación, la culpa y la depresión es lo primero que se viene a nuestra mente. “¿Qué fue lo que hice o dejé de hacer?”, “¿Por qué a mí?”, “¿Ya no va a ser normal?”, “¿Irá a vivir?” y otras preguntas rondan la cabeza de la mujer, pues la carga emocional es enorme, recordemos que se

trata de un hijo que alberga en su cuerpo y que ha forjado una serie de ideales, sueños y deseos para él.

En el hospital Carlos van Buren cada día hay un promedio de 15 partos diarios, y no deja de impresionar cada vez que alguno nace con alteraciones, así como los que mueren in útero sin diagnóstico antenatal o en madres sin control del embarazo.

a) **Malformaciones más comunes observadas en ecografía.**

Este resumen está estructurado de acuerdo a la estadística recopilada de los registros internos de ecografía del hospital Carlos van Buren de Valparaíso (año 2002).

Existen algunos signos que llevan a los obstetras a sospechar la existencia de malformaciones a la ecografía, como son:

- **Polihidroamnios:** Aumento del volumen del líquido amniótico que rodea y protege al feto in útero, por sobre los 2 litros. Puede deberse a alteraciones en la placenta, embarazos múltiples, alteraciones del sistema nervioso central, gastrointestinales, genitourinarias o alteraciones cromosómicas. Incidencia del 0,4-1,5% de embarazos.
- **Oligoamnios:** Ausencia de la bolsa de líquido amniótico o un diámetro inferior a 1 cm. Puede deberse a embarazo de post-término, rotura prematura de membranas, alteraciones del crecimiento intrauterino o alteraciones congénitas graves. Incidencia del 3,9% de embarazos.

- Doppler alterado: monitoreo de las funciones cardíacas registradas en la ecografía, que se compara con patrones de normalidad previamente establecidos y analizados por los médicos especialistas en el área de la cardiología fetal.
- Restricción del crecimiento: existen tablas que los médicos utilizan para comparar y vigilar el crecimiento fetal in útero, que comparan el tiempo de embarazo con la evolución peso-talla. Si este no concuerda, a veces se sospecha de alteración placentaria o malformación fetal.

La recopilación hecha de los registros del hospital, las alteraciones estructurales más comunes de observar son:

- ◆ Anencefalia: Ausencia de la bóveda craneal y de hemisferios cerebrales. Es incompatible con la vida por el daño producido a la masa encefálica. Se desconoce su causa. Incidencia de 1 a 5 por 1000 recién nacidos.
- ◆ Espina bífida: Alteración del tubo neural, es un defecto en la línea media que afecta la columna vertebral. Tiene buen pronóstico a la corrección quirúrgica. Incidencia de 1 a 2 por 1000 recién nacidos.
- ◆ Hidrocefalia: Desarrollo o incremento excesivo del líquido céfalo raquídeo en los espacios ventriculares y subaracnoídeos del cerebro. Incidencia del 0,12 a 2,5 por 1000 recién nacidos.
- ◆ Labio leporino: Es una alteración facial a nivel del labio que puede o no involucrar al paladar. Tiene buen pronóstico a la corrección quirúrgica. Incidencia de un 1% de los recién nacidos.

Las alteraciones cromosómicas más comunes son:

- ◆ Trisomía 21 (síndrome de Down): Todos poseemos 23 pares de cromosomas, apareados de dos. En este caso el cromosoma 21 no se aparea, la serie aportada por la madre y el padre se separa y uno de ellos queda con tres (por eso el nombre de trisomía). Este es el cuadro más común de las trisomías y posee características físicas reconocibles, como rasgos faciales típicos, el pliegue de la palma de la mano (simiano), la característica del dedo pulgar del pie, así como alteraciones cardíacas e intelectuales. La incidencia es de 1 por cada 2000 nacimientos en madres de 25 años, pero aumenta la probabilidad de aparición al 1% de los nacimientos en madres mayores de 40 años.
- ◆ Trisomía 18: Ocurre lo mismo que en el caso anterior pero en el cromosoma número 18. También posee características físicas reconocibles, pero no tan conocidas por la población como en el Down. Retardo mental, defectos cardíacos congénitos, orejas de implantación baja y flexión de los dedos y de las manos. Generalmente suelen morir antes de los dos meses de edad. Incidencia de 0,3 por cada 1000 recién nacidos.

### **3. Muerte fetal**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define muerte fetal como la muerte del feto antes de completar su expulsión o extracción de la madre sin importar la duración de la gestación (Ref. OMS). Sin embargo, el Centro Nacional de Estadísticas de Salud, considera muerte fetal la que se presenta después de las veinte semanas de gestación.

Según una revisión publicada en the British Journal of Obstetrics and Gynecology, casi el 1% de las mujeres puede sufrir la pérdida de sus bebés al entrar en la segunda etapa de la gestación (aunque en los últimos 50 años se han observado avances impresionantes en el cuidado materno) dato que se puede confirmar al analizar la estadística que maneja el SSVSA, que revela un descenso en la morbi-mortalidad materna y fetal (Ref. Resumen anual RP-20, proporcionado por el SSVSA, ver anexo 3).

Aún así, siguen aumentando los casos de malformación fetal y todo ese profundo dolor experimentado por las madres ante el diagnóstico es causa común de morbilidad psicológica, un área en la que los profesionales de la salud no poseen mucho entrenamiento.

La muerte fetal se sospecha cuando la madre no siente que el feto se mueve en su interior, al examinarle no es posible auscultar los latidos del corazón y al ultrasonido (que posee un 100% de precisión) se confirma la ausencia de actividad cardiaca.

En nuestro país, la muerte fetal se define como la muerte de un producto de la concepción antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independiente de la duración del embarazo; la circunstancia, que luego de la separación, el feto no respire ni dé otra señal de vida (como palpitación del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria) es indicador de defunción. (Ref. Manual de neonatología, Tapia y Ventura-Juncá).

El estudio del proceso de duelo que abordó nuestro investigador guía Glen Davidson, se conoce como **perinatal** y va de las 28 semanas de embarazo hasta los 28 días de vida del recién nacido (Ref. Manual de neonatología, Tapia).

Muerte fetal tardía se considera desde las 28 semanas, ya que en los hospitales de nuestro país, antes de este período gestacional se clasifica como “aborto” por su inviabilidad extrauterina e inmadurez general.

Se seleccionó este período debido a que estamos en el tercer trimestre del embarazo, con un feto ya formado y grande, con extremidades fuertes que le permiten una mayor movilidad lo que hace a su madre percibir sus movimientos, lo que permitiría el inicio de lazos vinculares entre ambos (Klaus y Kennell, 1978).

a) **Buscando la causa**

Inmediatamente luego del diagnóstico, descubrir la causa del problema ocupa toda la atención de los padres. Si la causa puede ser identificada, el proceso de adaptación psicológica y emocional podría facilitarse especialmente en madres que se culpan de tal desenlace (Ref. Ps. del hospital C. Van Buren).

Una autopsia realizada por expertos en el área de anatomía patológica, es de gran utilidad para identificar la causa de la muerte fetal (muchos padres no lo permiten, pero es su decisión aceptar o liberar a su hijo de este procedimiento).

Dentro del hospital casi siempre se trata que la madre acepte este procedimiento de ayuda diagnóstica, que certifica la causa real del deceso del bebé y muchas veces permite prevenir la incidencia de repetición del cuadro en embarazos posteriores.

#### **4. Duelo**

El concepto de muerte ha cambiado debido a la nueva mirada histórica que se da a este concepto antes visto como un punto intermedio, un paso hacia el más allá no existiendo la dicotomía vida-muerte. En la actualidad se ha convertido en un fenómeno centrado en los hospitales y en la presencia del médico, héroe o villano al que se alaba o culpa por este resultado tan penosamente asimilado en nuestra cultura occidental.

Todos sufrimos distintas y múltiples pérdidas durante el transcurso de la vida, y es inevitable ante estas situaciones atravesar un proceso que se conoce como “duelo”, reacción habitual ante la muerte de un ser querido (DSM-IV).

Desde hace cuatro décadas, la psicología tanatológica ha centrado su interés en definir los lineamientos generales del duelo ante la muerte de un ser querido, pero pocos estudios han logrado teorías individuales ante las fases de adaptación psicológica exclusivas del proceso de duelo que inicia una madre que lleva un feto no viable o sin vida en su interior.

Para Diaz (1995), el duelo es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido, es considerado un síndrome porque la persona presenta determinadas manifestaciones y síntomas. Es evidente que la gama del pesar, su intensidad y duración varía según la personalidad, idiosincrasia y vivencias de cada uno, pues en cada persona se manifiesta de forma distinta ya que somos únicos e irrepetibles.

Comúnmente, el duelo suele confundirse con “el luto”, que es un proceso conductual mediante el cual el duelo es eventualmente resuelto y alterado, siendo en la mayoría de los casos influido por la cultura, las costumbres y las

vivencias (Díaz, 1995). El sentimiento de pérdida se relaciona con el estado de sentirse privado de algún ser querido que ha fallecido con el que tuvimos un nexo especial.

La forma de expresar el duelo está estrechamente relacionada con la cultura a la que pertenezcamos (por ejemplo vestirse de negro), a las situaciones que rodean a la pérdida, la edad de la persona que fallece, la situación vital por la que la persona atraviesa, y si se trata de una muerte anticipada o repentina.

Antes de los años 60, cualquier señal de pena se consideraba patológica, la mayoría de la gente esperaba que ese dolor se resolviera entre 48 horas a dos semanas sin comprender que se trata de un **proceso** que no es estándar en todos los humanos. El proceso de duelo es frecuentemente descrito como restaurativo, principalmente cursando con tres fases de semejantes inicios y finales. Este proceso progresa, según la mayoría de los autores, en un período que oscila de 6 meses a 2 años (Bowlby 1961, 1976, 1980; Brown y Stoudemire 1983; Engel 1964, 1980-81; Lindemann 1944, 1976; Parkes 1970, 71; Clark 1984; D'Angélico 1990) (ver anexo 2).

Bowlby, Parkes y Holmes, hicieron un estudio de 10 años de 1200 adultos afligidos para determinar respuestas normales ante la pérdida.

Encontraron que hay cuatro fases de aflicción:

- Impacto y aturdimiento: Esto pasa inicialmente y puede durar desde 48 horas hasta dos semanas. Se caracteriza por emociones incontrolables, falta de apetito, cansancio general, dificultad para absorber la información recibida, pudiendo cursar con exceso o falta de sueño.

- **Búsqueda y anhelo:** esta fase puede durar varios meses. Se caracteriza por el comportamiento más extraño, ya que la persona suele buscar lo que se le ha perdido. A menudo se siente culpabilidad e ira, ya que no encuentran respuesta a su pérdida, volviéndose intranquilos, impacientes y con una sensibilidad exacerbada. La ira interna se convierte en culpabilidad y esto los lleva a la depresión.
- **Desorientación y desorganización:** Esta es la etapa más larga del duelo, extendiéndose a veces hasta el año, suele ser mas dura entre el 4 al 6 mes. Domina la depresión, hay falta de motivación, mal juicio y problemas para dormir y comer. Durante la desorientación la auto imagen se deteriora y el afligido se aísla de los demás. Se recomienda un examen médico para descartar otra enfermedad agregada.
- **Reorganización:** Empieza alrededor del año y no ocurre rápidamente. Trata de organizar sospechas e intenta identificar lo que perdió. Comienza a sentir soltura, más energía, a ser un poco más sociable, recobra el juicio y comienza a retomar sus hábitos para dormir y comer. Es en este tiempo que comienza a disfrutar y sonreír sin sentir culpa. Tendrá crisis momentáneas, sobretodo en las festividades y aniversarios, pero esta readaptación no quiere decir que olvidó lo pasado.

En lo que respecta a tratar de entender el significado del duelo, su conciencia y creación en la personalidad, hay dos teorías con gran consenso: la ansiedad de separación y las consecuencias de nuestros apegos.

Dos representantes nos exponen su teoría: Murray Parkes (1980) y John Bowlby (1976): “El duelo es la consecuencia de nuestros apegos afectivos, el dolor del duelo es parte de la vida, como lo es la alegría, es el precio que pagamos por el amor. La intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto que se pierde sino del valor que le atribuimos a lo que perdemos”.

Al observar todo lo aprendido en la práctica y lo recolectado en la literatura, queda claro que el duelo es complejo e intensamente emotivo, y depende mucho de la manera que nuestros padres nos enseñaron a enfrentar nuestras pérdidas. Cada uno de nosotros reacciona de manera diferente, ya que su idiosincrasia le dice cuando hay que celebrar o llorar y no por eso, esta reacción debe ser considerada patológica. Nuestra formación judeo-cristiana nos indica llorar ante la pérdida, elemento social de “sentir la muerte” lo que no se debe tomar como único referente.

La pena es la sensación que sentimos al perder a una persona, cosa o evento importante en nuestras vidas y el duelo es el proceso por el cual lidiamos con esos sentimientos y emociones después de la pérdida.

Todo lo que nos ayude a descargar lo que estamos viviendo y siempre que sea para ayudar a expresar lo que sentimos es válido, no existen patrones al momento de delinear como actuar ante la muerte de un ser querido, cada uno es libre de expresar si le duele o si le conforta, por esta razón el duelo no debe ser minimizado, pues posee diversas aristas que se moldean y aprenden durante toda la vida.

### **a) La pérdida en madres embarazadas.**

Para una mujer, conocer que el niño que está gestando viene con problemas, le genera una serie de reacciones emocionales, no solo a ella , también a todos sus seres queridos . La noticia implica la pérdida del niño imaginario sano (De la Fuente, 1998) y el inicio del proceso de duelo, lo cual no quiere decir que empieza cuando el bebé muere evidenciando la certeza del acontecimiento, comienza desde que ella sabe que ese niño no va a ser como los otros o que puede morir en su vientre. Es en este contexto que el tema de la muerte y el duelo cobran un especial significado e importancia .

Tratándose de perder un bebé, siempre es difícil, y en el caso de la pérdida fetal tardía la madre ha sentido sus movimientos y ha comenzado una “relación con su hijo”, lo que se conoce como “vínculo”, ha comenzado a amar aún más al ser que crece y se mueve dentro de ella (Bowlby, 1997).

Ese sentimiento de dolor suele atenuarse con otro embarazo, pero no llega a eliminar la necesidad del duelo. Por esto no es aconsejable que la mujer se embarace antes del año posterior a la pérdida, debido a que se corre el riesgo de no completar el duelo y de ver al nuevo bebé como un “**reemplazante o regreso del fallecido**”. Podría ser que tiendan a sobreprotegerlo más (como reemplazo del bebé perdido) con la consecuencia de alteraciones emocionales futuras no solo para el niño, sino también para los padres y la familia. Además para evitar perder a este nuevo hijo, su nuevo embarazo se transforma en un exceso de auto-cuidados lo que puede transformar a la mujer en una prisionera de su obsesión por mantener esta nueva gestación.

## **b) La pérdida de un hijo**

Este tema va a estar relacionado con la muerte de un hijo o el nacimiento de un hijo malformado (ref. Manual de neonatología, Tapia y Ventura-Juncá).

En los padres suelen aparecer ciertas reacciones que se suceden en etapas, tales como shock (se sienten aturridos y nada les parece real, incluso pueden parecer indiferentes), negación, rabia (buscan demostrar que los médicos se han equivocado), depresión, para luego lograr la aceptación. Además del enojo contra los médicos, suele aparecer la culpa (por no haber prestado la suficiente atención a los primeros signos de la enfermedad).

Debido a que la enfermedad puede haber estado presente desde hace meses, la madre puede transitar un duelo anticipado, lo que puede ser productivo para ella si posee la compañía especializada requerida.

El resultado del duelo es más favorable cuando los padres pueden compartir este proceso, se apoyan y consuelan mutuamente (León, 1987). Hay estudios que señalan que se produce un 50% de divorcios en matrimonios en los que muere un hijo o nace un niño malformado. Esto puede deberse a la falta de apoyo y contención entre los padres, así como también conflictos previos entre ellos. Es común que algunos padres nieguen la muerte del hijo durante los meses siguientes a que ésta se produjo (Kubler-Ross, 1999).

La muerte de un hijo es un trauma muy significativo para ambos padres, el cual suele ser más largo que el habitual, incluso puede acarreararse durante toda la vida, al igual que sus manifestaciones.

#### **4.1 Proceso de duelo**

El duelo es un proceso psicológico complejo, se trata de deshacer los lazos contraídos y enfrentarse al dolor de la pérdida lo cual no es fácil, sobretodo para una madre que no ha conocido a su hijo exteriormente, solo ha percibido sus movimientos, lo ha soñado pero jamás le ha expresado su amor exteriormente.

#### **4.2 Duelo normal en adultos**

Un duelo es clasificado de normal cuando las respuestas de la persona ante la pérdida son esperables, presentando síntomas y un desarrollo predecibles.

La duración e intensidad del duelo van a depender de las condiciones que rodearon a la muerte, así como la preparación de la persona para enfrentar este acontecimiento y las experiencias anteriores vividas:

- ◆ Si la muerte es repentina, el shock y la negación perdurarán más tiempo.
- ◆ Si la muerte es esperable o inevitable el duelo puede comenzar antes a que ésta se produzca y culminar cuando se produce efectivamente la muerte (duelo anticipatorio).

Lo normal y esperable es una duración de entre 6 meses y un año (Ref. [www.babyespaña.com](http://www.babyespaña.com)) Puede ocurrir que luego de uno o dos años persistan signos y síntomas del duelo, e incluso puede suceder que permanezcan toda la vida. Pero el duelo normal se resuelve finalmente logrando recuperar el ánimo productivo. Generalmente a los 2 meses del fallecimiento, los signos y síntomas más agudos suelen ir perdiendo fuerza, permitiendo a la persona adaptarse

mejor (recuperar el sueño, el apetito y el funcionamiento normal), pero no por eso esta resuelto. La mujer debe recibir ayuda profesional para ir adaptándose a la pérdida, ir comprendiendo los vaivenes de sus emociones, ayudándola a conectarse con su sentir para que logre expresar y conocer lo que realmente le esta sucediendo, así como también mejorar su relación de pareja y comunicación con sus familiares.

De acuerdo a lo revisado en el DSM-IV, debemos poner énfasis al evaluar:

- La prevalencia de los síntomas.
- Preocupación mórbida sobre la propia valía.
- La culpa.
- Preocupación por la muerte.
- Retardo psicomotor.
- Alteraciones funcionales graves (trastornos del sueño y el apetito).
- Ideación suicida.
- Experiencias alucinatorias.

a) **Etapas de aflicción ante la pérdida perinatal (Davidson, 1979).**

Durante el período de dolor asociado con una pérdida perinatal, los padres atraviesan por un proceso de desconsuelo similar al experimentado cuando se pierde un hijo mayor. Las etapas reconocidas son generalmente el shock, el cuestionamiento, la desorganización, para llegar finalmente a la reorganización.

Estas etapas no tienen barreras, se pueden combinar entre sí y repetir a lo largo del proceso.

◆ *shock*

Cuando se entera de la muerte del bebé la reacción inmediata es de conmoción y aturdimiento, siente que está viviendo una pesadilla.

Son respuestas esperadas la negación y la incredulidad, se pueden presentar síntomas clínicos, tales como pérdida del apetito, presión en el pecho, dificultad para respirar, palpitaciones, fatiga y debilidad. Además se observa pérdida en el espacio, por lo que puede sentirse extraña y que es sano que exprese los sentimientos en esta etapa y lo ideal es que se le acompañe y comprenda en este proceso.

◆ *Cuestionamiento o búsqueda de causas*

Esta etapa abarca sentimientos de culpabilidad y soledad que pretenden dar respuesta a la pregunta: ¿Cómo pudo pasar esto?. La madre busca la razón de la muerte de su hijo, hace un recuento de la gestación y se culpa por algo que de pronto hizo diferente (entre otros trabajo en exceso, tomar alcohol, actividad sexual). En esta etapa la rabia la puede expresar hacia el equipo de salud o hacia su pareja como parte del cambio en el comportamiento con los demás y se observa dificultad para establecer la comunicación entre ella y sus seres queridos.

◆ *Desorganización y depresión*

La mujer experimenta un estado depresivo lo que dificulta volver a su rutina normal de vida. Se encuentra tan triste que no tiene ánimo para hacer nada, pierde el gusto por las actividades que antes disfrutaba y evita el contacto con

sus amigos. Se observa desorientada y distante (Descartar trastorno depresivo, de acuerdo a criterios del DSM-IV).

◆ *reorganización*

Se caracteriza por acostumbrarse a la pérdida. Se percibe un aumento en la energía y en la actividad con el fin de retomar las actividades normales. El dolor nunca desaparecerá pero la pérdida podrá y deberá asumirse para poder seguir adelante.

El caso de las muertes perinatales o de niños muy pequeños vemos que es diferente a la que se vive por perder a un ser querido ya conocido, con el que se interactuó durante la vida. Lewis (1978) describe que para los padres es difícil incorporar en sí mismos una parte del indefenso recién nacido y hacerla adaptable. Para él la mejor comparación es la pérdida de un miembro, pues los que rodean a esa madre o padre tienden a esquivarlos por la ansiedad y el miedo que incitan. En todo caso es algo parecido, ya que se amputa, se mutila, se pierde algo que es muy amado por ellos, algo que era parte de sí mismos. En todo ese proceso de pena está presente una sensación de clamar justicia.

Knapp (1986), describe una serie de 6 pautas modales de respuestas comunes en padres que pierden a su recién nacido (in útero o fuera de él):

1. La promesa de no olvidar nunca al hijo.
2. El deseo de morir.
3. Una revitalización de las creencias religiosas.
4. Un cambio de valores.

5. Una mayor tolerancia.

6. Sombra del dolor.

Nuestro sentido de rectitud sobre la vida se siente profundamente ofendido cuando un niño muere y a menudo tratamos, en nuestra pena, de enderezar esta situación (Lee, 1995).

### **4.3 Duelo patológico (visitar [www.psicoplanet.com](http://www.psicoplanet.com))**

Así como es indispensable conocer las manifestaciones normales de aflicción, también debemos ser capaces de reconocer las características de una aflicción patológica que puede incluir síntomas tales como:

- Aflicción pospuesta (lo que se conoce como el duelo no asumido, cargado de represión emocional y que puede manifestarse tiempo después con aturdimiento y descontrol).
- Sobreactividad sin sentimiento de pérdida (puede ser solo una careta y mostrarse ante los demás como: “aquí no ha sucedido nada”).
- Exacerbación de una enfermedad psicosomática (puede manifestarse ansiedad generalizada, angustia, depresión excesiva o agravamiento de fobias).
- Hostilidad marcada hacia personas específicas (evitando el contacto con la pareja, otros hijos o amigos).
- Agitada depresión-autoagresión (puede existir abuso de sustancias o alcohol, u otro cuadro que arriesgue la vida).

En cuanto a la duración, en el duelo normal los síntomas agudos suelen durar de 1 a 2 meses, mientras que en las personas con un trastorno depresivo la duración es más prolongada. Es muy importante considerar que las personas deprimidas tienen un mayor riesgo de presentar conductas o ideas suicidas en tanto que las personas que atraviesan un duelo normalmente no presentan estas ideas. Las personas en riesgo de presentar una depresión en lugar de un duelo patológico, son aquellas que ya han sufrido un cuadro depresivo en algún momento de sus vidas.

El DSM-IV, extiende como límite del duelo normal los dos años, sin embargo la presencia de ciertos síntomas hacen sospechar de un episodio de depresión mayor, que debemos conocer para diferenciar ambos cuadros, entre los que se incluyen:

- La culpa por las cosas, mas que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente al momento de morir la persona querida.
- Pensamientos de muerte mas que voluntad d vivir, con el sentimiento que el superviviente debería haber muerto con el fallecido.
- Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
- Inhibición psicomotora acusada.
- Deterioro funcional acusado y prolongado.
- Experiencias alucinatorias distintas a las de escuchar las voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

La experiencia de Paulina Palacios (2002) en el hospital Sótero del Río, nos aclara que existen factores de riesgo y protectores, que pueden acrecentar o ayudar a prevenir la aparición del duelo patológico (ver anexo 1).

**5. Preguntas más usuales hechas luego de la pérdida ( Enfermería actual, vol. 3, año 2000).**

Luego de la pérdida los padres se preguntan:

¿Cuál habrá sido la causa de la muerte de mi bebé?

¿La habrá ocasionado mi trabajo excesivo o el haber tenido relaciones sexuales?

No debemos dejar pasar este instante para explicarle a los padres las causas, pues lo más usual en estos casos es que afloren expresiones de culpa, de hostilidad hacia su pareja, la familia o el equipo de salud. También ver la importancia de reconocer que el dolor de la pareja es paralelo, lo cual puede poner en riesgo su relación, pues los dos están experimentando las mismas necesidades al mismo tiempo y pueden ser incapaces de atenderse en este momento. Si durante el diálogo con la mujer se detecta el restablecimiento del vínculo madre-hijo, negando la muerte de su bebé, así como manifestaciones de intensa soledad o conductas autoagresivas, el equipo de salud debe contemplar la necesidad de ofrecer una ayuda especializada.

Generalmente, a los profesionales les surgen preguntas como:

- Los padres desearán:
- ¿Ver y cargar al bebé?
  - ¿Bautizarlo?
  - ¿Recibir un apoyo espiritual?
  - ¿Tener un recuerdo del bebé? (una foto, la pulsera de identificación)
  - ¿Que se realice la autopsia?
  - ¿Planear un funeral?

Es pertinente preparar a los padres para los meses posteriores, explicándoles que van a experimentar diferentes sensaciones de dolor intenso, rabia, tristeza y que existe la posibilidad de caer en el negativismo, manifestado muchas veces por refugiarse excesivamente en el trabajo, abusar de tranquilizantes, drogas o alcohol o no expresar el dolor que sienten, reprimiendo su pena (Enfermería actual, vol. 3, año 2000).

## **6. Duelo y tratamiento psicológico (Visitar [www.psicoplanet.com](http://www.psicoplanet.com))**

No todo proceso de duelo implica la indicación de una terapia. Se puede ayudar a los familiares recomendándoles un tratamiento si se observa que el duelo que atraviesa “no es normal” y que presenta reacciones marcadamente divergentes a la pérdida (por ejemplo en presencia de conductas o intentos de suicidio).

Especialistas consideran que no es recomendable que se le recete a la persona somníferos o sedantes como única salida, debido a que es necesario que la persona viva el duelo para poder superarlo positivamente.

Dentro de una terapia convencional, el terapeuta trabajará intentando animar a la persona para que exprese sus sentimientos de pérdida y los sentimientos hacia la persona fallecida. Es muy importante que se le proporcione apoyo emocional a la persona, tanto de parte del terapeuta como de la pareja, familia y amigos.

Los tipos de tratamiento recomendados para estos pacientes pueden ser tanto individuales como grupos de autoayuda (visitar [www.psicoplanet.com](http://www.psicoplanet.com)).

En general, la terapia permitirá:

- Disminuir la ansiedad, la depresión y el dolor físico.
- Mejorar la adaptación al medio.
- Aumentar la autoestima.
- Estimular la esperanza.
- Aumentar la autoeficacia.
- Una visión diferente y positiva de la realidad.
- Descubrir nuevos recursos para enfrentarse a este problema.
- Enfrentar el duelo (en compañía de otros) de los cuales recibirá apoyo.
- Identificarse con otras personas que atraviesan problemáticas similares.
- Estar acompañado y atenuar el sentimiento de soledad.
- Reforzar la capacidad de manejo y resolución de los problemas.

## **SUPUESTOS DE TRABAJO**

Según la experiencia de Paulina Palacios, la madre tolera mejor la muerte de su hijo si está preparada para ello y si recibe apoyo de profesionales que conozcan el proceso de duelo que ella comienza a vivir desde que conoce la noticia.

La experiencia de matrona (y ahora de psicóloga) del investigador concuerda con esta afirmación, ya que saben lo que va a pasar, y si además existe un lugar y una persona capacitada para que la acompañe y apoye, esto se traduce en “una mejor expresión de sentimientos” y “contención” (Palacios, 2002).

Son evidentes los problemas emocionales por los que pasa una mujer que sabe que su bebé no sobrevivirá, que probablemente morirá en su vientre y lo que esta tesis pretende es indagar en la vivencia de la pérdida fetal tardía (gestación sobre las 28 semanas), como la mujer recibe la noticia y evoluciona luego de perder a su hijo en el vientre, comparando la visión del investigador con la de Glen Davidson, autor que estudió las etapas del duelo perinatal (28 semanas de gestación a 28 días de vida extrauterina) que incluye el período que se investiga en esta tesis.

La hipótesis que se podría formular es que se dan las etapas que describe la teoría de Davidson en el proceso de duelo en una mujer que pierde a su bebé en el período fetal tardío, asociado a malformación congénita detectada a la ecografía, concordando con la realidad de la muestra del hospital Carlos van Buren de Valparaíso.

## CAPÍTULO N° 3

### OBJETIVOS.

A la base de cualquier investigación existe una motivación especial y por ende se planea llegar a una conclusión que pueda servir, ya sea en el mismo campo de la experimentación o impulsando a otros a seguir por una senda similar que permita descubrir nuevos elementos y matices que ahonden en el tema y contribuyan de alguna manera a enriquecer el conocimiento.

Lo que esta tesis persigue como objetivos es:

#### Objetivo general.

Describir el proceso de duelo por muerte fetal tardía que atraviesan cuatro mujeres que saben que perderán a su hijo antes de nacer, y que fueron acompañadas por un profesional capacitado para enfrentar tal pérdida desde el momento del diagnóstico prenatal de malformación congénita fetal.

#### Objetivos específicos.

1. Describir las etapas del duelo que atraviesa cada una de estas cuatro mujeres, que fueron acompañadas y preparadas para el deceso de su hijo.
2. Comparar las etapas con la visión del autor guía, Glen Davidson.
3. Describir los factores protectores y de riesgo observados en cada una de estas mujeres, en términos de la posibilidad de presentar duelo patológico.

## CAPÍTULO N° 4

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene un carácter exploratorio y corresponde a un estudio de casos con utilización de metodología cualitativa en los procesos de recopilación, análisis de información y obtención de las conclusiones.

#### DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño de investigación se orientó en la secuencia de etapas propuesta por Pérez Serrano (1994) para estudio de casos.

- ETAPA INICIAL:

A. Revisión bibliográfica: Se comenzó reuniendo toda la información disponible respecto al tema del duelo desde las distintas aproximaciones teóricas, lo que llevó a centrar la investigación en describir la vivencia del duelo que experimenta la mujer desde que conoce el diagnóstico y describir el proceso hasta cuando pierde a su hijo in-útero y se enfrenta a la visión real.

Cabe señalar que debido a la situación de trabajo y las características del estudio de casos, se consideró una dimensión ética que orienta el diseño de la investigación. El trato con “personas” merece respeto a su privacidad, así el acceso a la experiencia que indaga esta tesis es previamente explicada a cada una de ellas y bajo su consentimiento se

llevó a cabo la publicación de lo explorado, haciendo referencia solo al primer nombre de ellas.

B. Criterios para la selección de casos: De un total de 43 mujeres diagnosticadas e incluidas en el programa de acogida durante el año 2002, se seleccionó a cuatro de ellas para describir el proceso que viven en la presente investigación. Los criterios de selección específicos, para inclusión son los siguientes:

- I) La condición de gestación que curse con una malformación diagnosticada ecográficamente con mal pronóstico fetal.
- II) Muerte del feto in-útero sobre las 28 semanas de gestación.
- III) La inexistencia de patología mental aparente, sospecha previa o actual.
- IV) Asistencia periódica a las sesiones de apoyo (una vez por semana), para indagar la evolución del duelo que esta viviendo.
- V) Residencia en Valparaíso.
- VI) Se descarta enfermedad orgánica presente durante el embarazo (lo que añade una preocupación más o alteración de conducta por enfermedad médica).
- VII) La posibilidad que la madre se encuentre con su hijo al nacer, descartando fetos en descomposición aséptica (obitos).
- VIII) Inexistencia de situaciones similares en embarazos anteriores.
- IX) Consentimiento de la mujer para publicar los resultados en esta tesis.

C. Protocolo de investigación de estudio de casos: Los casos seleccionados se ajustaron al siguiente protocolo:

- a) Diagnóstico ecográfico de malformación fetal, cursando una gestación sobre las 28 semanas.
- b) Anamnesis realizada a cada una, para establecer el vínculo terapéutico y conocer aspectos de su vida, elementos protectores y de riesgo.
- c) Asistencia a las sesiones de apoyo, acompañadas por el investigador una vez por semana (no se determina duración ni número de sesiones a priori).
- d) Análisis de la expresión emocional durante las sesiones de apoyo (observación directa de la evolución), lo que se registra en un cuaderno de campo.
- e) Compañía durante el parto, parto y recuperación (puerperio).
- f) Encuentro de la madre con su hijo real fallecido.
- g) Entrevista grabada posterior al alta, para evaluar estado actual.
- h) Consentimiento informado de su participación anónima en un trabajo de tesis para optar al título y grado de psicólogo del investigador.

- SEGUNDA ETAPA:

Recolección de datos: Para la técnica de recolección de los datos se utiliza información obtenida en la anamnesis, ficha clínica y en las sesiones de apoyo registradas en el cuaderno de campo que incluye la descripción de la situación, descripción psicológica de la etapa y resumen con la finalidad de ir describiendo el duelo y sus fases en cada mujer. Por el alto grado emocional de cada sesión, sumado al respeto ético y moral, las sesiones no fueron grabadas ya que ninguna accedió a tal petición.

Las sesiones se realizaban en las dependencias del hospital proporcionadas solo para tal efecto, con ambiente adecuado y sin intervención de terceros, lo cual proporciona la instancia y lugar para la expresión emocional de la mujer, así como el conocimiento y contacto con el investigador.

Los datos se organizan respecto a una secuencia de análisis para comparar la experiencia con la de G. Davidson, que establece etapas del duelo perinatal.

Consiste en:

- a) Primero operacionalizar las etapas descrita por Davidson, a modo de indicadores (conductuales, emocionales y cognitivos) factibles de ser observado en cada paciente.
- b) Esta pauta se utiliza de guía en la descripción del proceso de duelo de los casos seleccionados, comparando la información registrada en el cuaderno de campo resumiendo primero por sesión, describiendo luego el proceso de duelo como caso para concluir a

modo general, destacando así los momentos más característicos que serán entregados en las conclusiones.

- c) Posterior al alta, cada una de ellas es citada para una entrevista semiestructurada (la que si acceden grabar), para evaluar la etapa actual en la que se encuentra y su evolución posterior a la pérdida.
- d) Entrevista a otra profesional psicóloga del hospital que trabaja en el tema, para que nos cuente su experiencia en el trabajo y compararla con la del investigador.
- e) Finalmente el juicio de la experta, reflejado en la entrevista que también se le realizará lo que ayuda a enriquecer aún más la experiencia.

- TERCERA ETAPA:

Se sistematiza la información de lo recolectado en la etapa anterior y se realiza un análisis descriptivo, incluyendo también lo obtenido en las entrevistas posteriores al alta de cada mujer, utilizando varias fuentes para la contrastación requerida en la investigación:

- La teoría de Glen Davidson.
- La entrevista realizada a la psicóloga que trabaja la misma temática dentro del recinto hospitalario.
- El juicio del experto.

- CUARTA ETAPA.

Análisis de los datos obtenidos: Redactar el informe final y las conclusiones de todo lo anteriormente recogido, describiendo las etapas del duelo, según lo determinado como objetivo, utilizando de guía las etapas operacionalizadas de Davidson para facilitar así el análisis y la comprensión, valiéndose además de los aportes de los profesionales entrevistados.

### ESQUEMA DE ACCIÓN.

#### **Cuaderno de campo.**

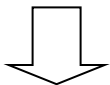
(Información, cada sesión)

Mujer 1

Mujer 2

Mujer 3

Mujer 4



Evolución del

Duelo.

**Entrevista grabada al  
alta.**

**Entrevista a otro profesional psicólogo**

**que trabaje en la misma temática**

**dentro del hospital.**

**ENTREVISTA AL EXPERTO**

**CARTA GANTT.**

<b>ACTIVIDAD / MES</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Rev. bibliográfica.</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
<b>Anamnesis, sesiones.</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<b>Entrevis. post alta.</b>											X	X		
<b>Análisis.</b>										X	X	X	X	
<b>Conclusiones.</b>										X	X	X	X	
<b>Reda. informe final.</b>												X	X	X

## CAPÍTULO N° 5

### ESTUDIO DE CASOS

De acuerdo a Glen Davidson, las etapas por las que atraviesa una mujer al perder a su bebé van desde el shock, hasta la reorganización. En base a este estudio se ha realizado una lista de indicadores que orientan al investigador al momento de comparar, revisar y analizar el proceso que cada una de ellas esta viviendo.

<b>ETAPA</b>	<b>INDICADOR DE ETAPA</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>
SHOCK	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Conmoción</li>   <li>❖ Aturdimiento</li>   <li>❖ Desrealizacion</li>   <li>❖ Incredulidad</li>   <li>❖ Negación</li> </ul>	<p>Refiere agitación, se observa nerviosa, intranquila, de movimientos descoordinados o incoherentes.</p> <p>Refiere su cabeza llena de otras cosas que no le permiten pensar con claridad. Refiere estar desorientada e inquieta por no comprender la noticia.</p> <p>Dice sentirse otra persona, parece que no hablan de ella, porque su caso es otro diferente. Parece perdida en el espacio-tiempo, lo que se nota en su expresión de temor excesivo ante lo que escucha y no comprende.</p> <p>Refiere no creer en nada de lo que escucha, lo que dicen no le compete en absoluto, es otro su caso.</p> <p>No acepta a nivel cognitivo ni emocional lo que acaba de escuchar, bloquea la noticia, para ella no existe,</p>

		es irreal.
CUESTIONAMIENTO O BÚSQUEDA DE LAS CAUSAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Culpabilidad</li> <li>❖ Cuestionamiento</li> <li>❖ Impaciencia y ansiedad.</li> <li>❖ Rabia contra el equipo de salud y contra Dios.</li> </ul>	<p>El hecho de analizar con más calma la hace preguntarse si lo que le sucede a su bebé es por su culpa, ya que no hay a nadie más a quien culpar.</p> <p>Comienza a preguntar su grado de compromiso en lo ocurrido, busca un culpable y quiere respuestas. Surgen los “por qué” y “para qué”. Le da muchas vueltas al asunto, pregunta sin siquiera esperar respuesta.</p> <p>Se observa intranquila, dice vivirlo con molestia, quiere respuestas lo más rápido posible de lo sucedido. Su comportamiento se caracteriza por verborrea y exceso de movimientos, quiere todo en el momento, le cuesta esperar.</p> <p>Referencia verbal enérgica y agresiva contra los profesionales de la salud. Evita su ayuda y contacto. Se rebela contra Dios por lo sucedido, si es creyente se aleja de sus prácticas.</p>
DESORGANIZACIÓN Y DEPRESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Desolación y desorientación</li> <li>❖ Aislamiento físico y</li> </ul>	<p>Refiere sentirse sola, que nadie la apoya ni la quiere. Se le observa perdida y desorientada en sus pensamientos, por estas razones su comportamiento es interpretado por los demás como esquivo y extraño.</p> <p>Esta resentida, se opone a recibir</p>

	<p>emocional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Abulia</li> <li>❖ Negativismo</li> </ul>	<p>cualquier apoyo o ayuda, lo evita de manera enérgica. No quiere estar ni hablar con nadie, evade el contacto físico y social, así como demostrar lo que siente ante los demás.</p> <p>Refiere falta de energía para hacer cosas que antes hacía y disfrutaba, se aburre de todo, no hay interés ni disposición por hacer nada. Su postura corporal lo refleja en los escasos movimientos y en características posturales como espalda encorvada, cabizbaja, facialmente inexpresiva.</p> <p>Refiere ver todo negro, no piensa nada positivo, para ella todo está mal. Suele cursar con falta de ánimo y llanto excesivo.</p>
REORGANIZACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Acostumbramiento a la pérdida.</li> <li>❖ Aumento de energía.</li> <li>❖ Asumir la vida como antes.</li> <li>❖ Retomar actividades</li> </ul>	<p>Comienza a resignarse, piensa que lo que ocurrió ya pasó, que debe cambiar su actitud.</p> <p>Sale de su pieza y de la casa, hace lo que antes, se mueve físicamente, sonríe, vuelve a ser como antes.</p> <p>Piensa que la vida no es tan terrible, vuelve a tener la visión que tenía antes de la pérdida, piensa que ya nada es tan terrible, que se puede superar.</p> <p>Vuelve a sus labores y a practicar sus</p>

**CASOS.**

La referencia en cada caso se realiza con el primer nombre de la mujer e incluye datos relevantes obtenidos en la anamnesis y fichas clínicas para el análisis. Se incluye el correspondiente “cuaderno de campo”, con la fecha, la descripción situacional y psicológica e incluye comentarios del investigador, quien será relatado como “terapeuta”, por la acción de compañía y preparación que brindó a cada mujer durante el proceso. Las etapas del duelo se comparan con las de Glen Davidson, operacionalizadas para tal efecto, resumidas en cada sesión.

El proceso de duelo se describe a continuación de cada caso para facilitar la comprensión del lector.

**FABIOLA.**

Fabiola (28 años) es una mujer felizmente casada hace dos años con Carlos (30 años), que se dedica a las labores del hogar, Carlos es periodista, en su relación parece haber mucha dependencia, no solo emocional, manifestando constantemente su nexo amoroso y su compatibilidad. Ambos provienen de familias muy tradicionales y amalgamadas, su gran sueño es darle un nieto a sus padres en agradecimiento por sus sacrificios.

Esperan a su primer bebé, embarazo deseado y planificado, cursó sin problemas hasta que al 6° mes el médico, en un control de rutina, detecta un aumento anormal del líquido amniótico y pide una ecografía diagnóstica lo que revela un quiste en la vejiga del feto, que provoca un mal funcionamiento renal a lo que más tarde se suma

una hidrocefalia en el bebé. En marzo del 2002 en el ecógrafo del hospital conocemos a Fabiola, una mujer muy atractiva, alegre, locuaz y con una sonrisa contagiosa, junto a su pareja que incondicionalmente la acompaña siempre al servicio hospitalario.

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA	DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA
1/3/2002	<p>Fabiola conoce el diagnóstico de su bebé en el ecógrafo del hospital. Se reúne con el médico y la psicóloga para aclarar aspectos relevantes, informar el pronóstico del problema y dar un espacio para la expresión emocional. Mira a todos lados como si hablaran de otra persona. Luego esa quietud pasa a nerviosismo, con descoordinación motora y una mirada que refleja incredulidad respecto a la noticia que esta escuchando.</p> <p>Se genera el compromiso de asistir a las sesiones de apoyo y aportar en el desarrollo de la investigación. Luego llora sin parar por largo rato, se da ese espacio y respeto necesario para que se vaya a casa tranquila.</p>	<p>Al principio se observa demasiado quieta, con una expresión emocional nula, al parecer no asimila lo que le dicen, se observa aturdida e incrédula ante la información que su mente trata de procesar, pero que al parecer no puede.</p> <p>Al percatarse que hablan de ella, llora, pues sabe que su hijo no esta bien. Acepta asistir a las sesiones para recibir apoyo y tratar de comprender que es lo que sucede realmente y que no logra aún entender, ya que se observa muy conmovida ante la noticia que acaba de recibir.</p>
<p><b>RESUMEN:</b> El estado de Shock se sospecha por las manifestaciones de aturdimiento y bloqueo emocional, precisamente porque no cree ni comprende lo que le están comunicando, esta reacción no ocurre de inmediato ya que ella trata de procesar la información que esta recibiendo. Fabiola se encuentra en estado de shock.</p>		

Una llamada telefónica de su pareja pide a la terapeuta se reúna con Fabiola, ya que ha notado cambios en su comportamiento desde el día de la noticia, la encuentra demasiado callada y triste, cosa que le preocupa. La reunión con ella es larga y muy emotiva, ya que desde el contacto con la psicóloga comienza a llorar sin parar,

logrando la descarga tan precisa y esperada en ese momento, una especie de permiso que la sola presencia de la terapeuta otorga, reacción común de observar.

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA	DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA
8/3/2002	<p>Fabiola desde que entra en la sala comienza a llorar sin parar, no emite palabra alguna al respecto, lo que provoca un ambiente tenso y bastante incómodo para los presentes.</p> <p>Dice tener mala suerte, “¡¡por qué a ella le debe pasar esto!!”. Aún no logra del todo conectarse con la noticia que recibió, pero luego logra expresar las emociones que la ahogan diciendo que comprende que su hijo tiene serios problemas, que no está bien, y que quizás va a morir en su interior.</p>	<p>Se aprecia conmocionada y expresa esas emociones que la aturden que tiene contenidas desde el día de la noticia, que expresa a través del llanto solo en este lugar ya que en su casa se niega a hacerlo.</p> <p>Como evita comunicar lo que siente, no se logra comprender si ella siente pena, rabia, miedo o todo a la vez, lo que genera cierta tensión ambiental en la sesión.</p> <p>El miedo la invade, ya que teme por la vida de su bebé y también por la propia, reacción común ante lo desconocido.</p>
<p><b>RESUMEN:</b> Al parecer comienza a buscar las causas de su pérdida, ella no expresa verbalmente lo que le está ocurriendo, pero varios indicadores hacen pensar que comienza la depresión, como esa visión negativa que manifiesta, el aislamiento emocional y la tensión ambiental que todo esto provoca.</p>		

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA	DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA
15/3/2002	<p>Este día se descubre que el niño porta además una hidrocefalia, noticia que recibe más calmada, dice haber pensado con detención, analizado la situación y por fin haber comprendido que ya no hay más vuelta, “que Dios por algo le envió esta prueba”.</p> <p>Dice ser la única culpable de lo que le pasa a su bebé, sonríe con cierta timidez y tensión.</p> <p>El refugio religioso es de gran ayuda para ella, parece esperar el fin con dignidad.</p> <p>Se va a casa tranquila luego de haber comentado su resignada situación actual.</p>	<p>Se observa resignada ante la nueva noticia que recibe. Surge la duda respecto a la afirmación de la prueba divina, ¿realmente cuestiona las causas, siente culpa?.</p> <p>Se refugia en sus creencias religiosas, ya que ese dolor lo lleva muy adentro y lo comparte solo con Dios.</p> <p>Trata de creer que no es culpable, pero el peso de sus pensamientos la hace buscar un culpable, y quien sino ella que lo llevó en su vientre por varios meses.</p>

<b>RESUMEN:</b> Quiere aparentar estar en la primera etapa de shock, por su supuesto aturdimiento. Pero ya procesó la noticia lo que hace sospechar que se encuentra en la segunda etapa, cuestionamiento y búsqueda de las causas, con una culpabilidad manifiesta y real.		
<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA</b>	<b>DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA</b>
22/3/2002	Fabiola parece acostumbrada a la idea de la pérdida, ahora comprende el mal pronóstico de su bebé, pues se le ha dicho varias veces sobre el mal pronóstico de su hijo. Muy contenta nos cuenta de las actividades que van a realizar con su familia esa noche, de lo bien que lo pasan juntos y como tratan de hacerla olvidar los momentos que esta viviendo. Con relación a su estado de animo, dice estar tranquila, solo a la espera de una nueva evaluación médica para ver la vía de resolver el embarazo, que espera resignada y serena. Se ve muy atractiva y radiante, como siempre, solo se le escucha y observa durante la sesión interactuando con lo que relata sobre su estado actual.	La sonrisa nerviosa ya no se observa, pero aparece un mecanismo emocional de defensa, pues parece que no le pasa nada, que todo sigue como antes, que se hubiera borrado este estado actual por el que esta pasando y se nota marcadamente en la verborrea que impide a la terapeuta escuchar todo lo que dice. La intelectualización de la situación no le permite conectarse con lo que esta sintiendo, es una mezcla de indicadores, en parte reflejadas por la negación, la culpabilidad y el aislamiento emocional que refleja. Cubre lo que le pasa en realidad, tratando de ser la de siempre, tapando con el maquillaje lo que ocurre externa, como internamente.
<b>RESUMEN:</b> Fabiola parece haber borrado lo que le ocurre ahora. Parece tan optimista que me cuestiono intervenir en este aparente buen estado en que se encuentra. Dudo sobre la etapa concreta en la que se encuentra, ya que hay mezcla de indicadores encubiertos por la intelectualización.		

Durante la reunión con su familia, en la noche se comienza a sentir bastante mal. Pensó que las contracciones eran producto de lo comido durante la reunión, los dolores intensos y frecuentes la llevan a abortar al bebé en el baño de su casa, al parecer sin vida. No es capaz de recogerlo del lugar, su madre entra y lo coloca en una bolsa para llevarlo a la asistencia pública.

Queda hospitalizada para realizar la intervención de rutina y eliminar restos del interior del útero. Su esposo Carlos llama por teléfono a la terapeuta para que sepa del deceso del bebé. Se solicita que Fabiola quede en una sala más íntima, para evitar que escuche a otros bebés llorar y evite ver a las madres interactuando con sus hijos.

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA</b>	<b>DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA</b>
23/3/2002	<p>Se observa más aliviada, dice estar triste por lo sucedido, pero más calmada emocionalmente. Cuenta que solo miró a su hija, pues prefiere quedarse con el recuerdo que su imaginación creó de ella. Se siente cómoda en la sala que está, al llegar a verla se encuentra maquillada y comunicativa.</p> <p>A su lado hay otra joven que perdió a su bebé; Fabiola se convierte en una consejera para ella.</p> <p>Se respeta la decisión de donar a su bebé para estudio médico, accede someterse a las pruebas genéticas para conocer la causa del mal de su hija y saber si se volverá a repetir.</p>	<p>Tranquila y relajada, parece estar totalmente resignada a la pérdida que acaba de vivir, pues desde que conoció la noticia, sabía el mal pronóstico del bebé.</p> <p>La compañía y los consejos que da a su compañera de sala, nos muestran una impresionante recuperación, habiendo superado la etapa de shock y quedando libre de esa defensa que tenía.</p> <p>Se observa un aumento de energía y asumir la pérdida con una visión positiva, como una experiencia benéfica y no lo contrario.</p>
<p><b>RESUMEN:</b> Al parecer comienza la etapa que Davidson denomina como reorganización, pero no es concluyente, se debe indagar con sesiones post-alta. Al parecer Fabiola vivió este momento como una especie de alivio, pues sorprende su capacidad de sobreponerse ante el deceso de su bebé tan traumático.</p>		

### Proceso de duelo.

Fabiola al conocer la noticia que su bebé no viene bien y que su pronóstico de sobrevivida no es bueno, se observa muy impactada emocionalmente. En un primer acercamiento queda prácticamente muda, su pareja contiene las lágrimas, y a cada

momento repiten lo triste que va a ser para su familia conocer esta noticia, desde ese momento ella evitará hablar más del tema para no hacerlos entristecer, reprimiendo sus emociones.

La etapa inicial más notoria en Fabiola es la de Shock, manifestado con bloqueo emocional y aturdimiento, que luego logra descargar llorando y abriéndose a sentir el dolor que esta experimentando. Nunca manifiesta incredulidad respecto al estado de su bebé, ya que desde el principio conoce el pronóstico, pero si una marcada necesidad de contraer un vínculo excesivo con la terapeuta similar al que tiene con su pareja, al parecer muy propio de su personalidad. El principal problema al que nos enfrentamos es que Fabiola evita comunicarse en las primeras sesiones hablando de lo que realmente le esta pasando, haciendo muchas veces imposible determinar en que etapa se encuentra.

A su familia jamás habló de lo que le pasaba, “siempre evité tocar el tema, incluso cuando mi suegra me decía te acuerdas cuando estabas embarazada, yo le cambiaba el tema”. Bloqueó de tal manera la expresión emocional en su ambiente cotidiano, que usaba las sesiones para descargar lo que estaba sintiendo y lo que no lograba comprender. Esta era la única instancia posible para expresar su emoción, logrando en el transcurso de las sesiones conectarse con el sentir de la maternidad que esta a punto de perder y desahogar su dolor sin mayores complicaciones.

Comienza a buscar las causas de la pérdida evidenciando aislamiento emocional lo que muchas veces resultó un problema, ya que generaba un ambiente tenso que no permitía que la paciente lograra contactarse con la terapeuta, que en vez de ser un beneficio resultó ser siempre una dificultad para describir lo que realmente esta pasando. Muchas veces trató de aparentar que todo estaba bien, reacción similar a

la que tiene con su familia, pero que por el hecho de haberla conocido antes y los referentes de su pareja, se sabe una careta.

La defensa de la intelectualización aflora en ella como una especie de evasión, tratando de convencerse de una historia irreal para evitar sentir mas tristeza de la que ya tiene y que en este caso le causa mucho sufrimiento.

El hecho de haber estado acompañada de su pareja y preparada para enfrentar la pérdida hace que Fabiola logre rápidamente reanudar sus tareas cotidianas ya que posee un marido comprensivo, cariñoso, partícipe activo del proceso de apoyo que Fabiola recibe “Lo más productivo es que con Carlos nos unimos más...en todo caso tengo la suerte de tenerlo a mi lado”.

Desde la pérdida las sesiones se hacen cada vez mas apartadas, pues con ese apoyo y amor que los une a ambos no es necesario que Fabiola acuda tan seguido al hospital.

En la actualidad teme embarazarse nuevamente, ya que no quiere pasar por una experiencia similar “De repente como que me pongo a pensar y tengo miedo, que me vuelva a pasar esto... Quiero volver a embarazarme pero en harto tiempo más”.

En Fabiola evidenciamos un factor protector, que la ayudará mucho a superar esta crisis, el apoyo de su pareja y de su familia (redes de apoyo), primordial para sobrellevar el dolor que siente. Emocionalmente es expresiva, pero bloquea esta capacidad, creando una especie de coraza que muestra a los demás como “esta todo bien”, mecanismo de defensa conocido como negación, auto convenciéndose que no debe hacer que los demás estén tristes y las sesiones son el lugar donde ella logra sacar a relucir lo que le duele perder a ese hijo que tanto espera.

Un año más tarde Fabiola esta comenzando la reorganización, ha vuelto a la totalidad de sus tareas habituales y tiene una visión de la vida más mejorada que la anterior. Esta experiencia le ha servido para reafirmar su amor de pareja y para darse cuenta que la vida continua y aprendió a valorar con pruebas como esta. De vez en cuando recuerda el acontecimiento pero solo en determinadas fechas, como el día del deceso de su bebé, y no es algo que la tenga tensa ni preocupada siempre.

### **PATRICIA.**

Patricia (35 años) parece distante y seria, pero luego de acercarse un poco a ella se conoce un ser cariñoso y colaborador.

Casada hace 10 años con Oscar (40 años) con un hijo de 9 años totalmente sano y sin problemas, su relación es bastante normal y feliz. No planificó su embarazo, ya que se cuidaba con el dispositivo, y en un principio se impresionó al saber que estaba embarazada, soñaba con que su pareja participara en el parto ya que de su hijo anterior no lo pudo hacer.

Estuvo varias veces hospitalizada en la sección de Patología Obstétrica (gestaciones de alto riesgo), producto de molestias en la evolución de su embarazo.

Cursando una gestación de 6 meses, en una ecografía de rutina sospechan alteraciones del bebé en sus extremidades inferiores. Luego de una serie de ecografías descubrieron que no solo tenía problemas en sus piernas, sino en su cráneo, cara y brazos.

El 31 de mayo Patricia perdió a su bebé in útero, así es que se siguió el conducto regular para los fetos muertos in útero, dando a luz a un niño con múltiples

alteraciones físicas que tuvo la oportunidad de ver y estar en compañía de su marido en ese momento.

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA</b>	<b>DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA</b>
26/4/2002	<p>Patricia conoce el mal pronóstico de su bebé, un tanto inexpresiva escucha atenta lo que el médico le relata.</p> <p>Cuesta un poco llegar a ella al momento de conversar por esa barrera que antepone, se le ofrece apoyo y ayuda psicológica ante el proceso que le va a tocar vivir desde ahora, lo que acepta sin expresión facial ni vocal.</p> <p>Se retira de la sala de la misma manera que llegó, inexpresiva.</p>	<p>No se puede de antemano rotular a nadie, tal vez se trate de una mujer que no acostumbra expresar lo que siente, o quizás tenga otras maneras de descargar su dolor.</p> <p>No queda claro cual es su sentir con la noticia que acaba de recibir.</p> <p>Es una buena forma de conocer una variante diferente en la mujer y confirmar lo que sabemos, pero muchas veces olvidamos: no todos somos iguales.</p>
<p><b>RESUMEN:</b> Cuesta definir la etapa por la que Patricia pasa, ya que los cánones preconcebidos nos dicen que ella tal vez se encuentre en la desorganización, cursando con evidente aislamiento y falta de comunicación, o quizás sea la etapa de shock y solo se encuentra aturdida y no comprende lo que le están diciendo. Más adelante podremos definir bien lo que Patricia vive en este momento.</p>		

La duda médica continúa, solo se centran en las extremidades inferiores del bebé y no analizan la totalidad, descubriendo luego no solo problemas en las piernas, sino en todo el cuerpo del niño lo que a su vez hace que Patricia crea que puede haber un error, que puede ser otra equivocación médica.

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA</b>	<b>DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA</b>
3/5/2002	<p>Patricia llega puntualmente a la sesión, se observa al parecer bien. Muestra algunas sonrisas y relata con tranquilidad datos sobre su vida familiar y lo que esperaba de</p>	<p>Refleja el amor que tiene por su hijo, no solo verbal sino físico, se acaricia el vientre, alberga fe en que va a vivir, que lo va a poder conocer. Comienza ahora la etapa de</p>

	<p>este embarazo. Se toca el vientre con cariño, ella quiere este bebé, aunque venga con problemas, se trata de un embarazo deseado, pero no planificado pues se cuidaba con un método anticonceptivo.</p> <p>Dice tener fe pues cree que nada esta perdido, a pesar de repetirle sobre el mal pronóstico del niño, cree que puede existir un error médico y si no es así no hay nada que hacer, solo expresar a su bebé que ella lo deseó hasta el final.</p>	<p>establecer el contrato terapéutico, llegar a ella y conocerla tal cual es. Se muestra un poco mas abierta al diálogo que la sesión anterior, quizás asimiló con calma lo que se le comunicó con anterioridad. Esta actitud es bastante positiva al momento de conectar el sentir del terapeuta con el de la mujer, pues la esperanza siempre es de ayuda, pero el mal pronóstico no se le oculta. Tal vez ella aún no asimila la noticia y no comprende lo que se le dijo, pues parece negar el problema real que su bebé trae; o tal vez el investigador esta frente a un mecanismo de defensa tan fuerte que la puede confundir.</p>
<p><b>RESUMEN:</b> Al parecer ella se encuentra en una mezcla de etapas, analizó con calma la información y conserva la fe, pero muestra ciertos elementos de incredulidad descritas para la etapa de shock, a pesar que indicadores como aturdimiento o conmoción no se evidencian, aparentemente.</p>		

Patricia falta a la sesión del 10 de mayo y pide una cita con la terapeuta para comentar algo que la tiene muy ansiosa referente a su hijo Oscar.

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA</b>	<b>DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA</b>
17/5/2002	<p>Desde que llega se le nota ansiosa y preocupada por su hijo. Faltó el día 10 por un acto del día de la madre al que fue con él, y notó que Oscar esta distante con ella. No le ha contado que su hermanito viene con problemas (primera referencia del asunto), comienza a llorar, dice que teme perder el amor de su hijo con el que siempre ha tenido una relación bastante estrecha, por temor a demostrar a cual de sus dos hijos quiere más.</p> <p>Es primera vez que Patricia se refiere "al problema de su bebé" y</p>	<p>Patricia confunde sentimientos: Siente que es desleal con su hijo Oscar, por sentir más emociones por el que esta en su vientre que al presente y eso la lleva a proyectar distancia hacia él, siente culpa por sentir un cariño mas fuerte por uno que por el otro, lo que la ha llevado a aislarse de su relación afectiva materna.</p> <p>Se siente confundida, razón de esa "máscara" que ha llevado desde que conoció la noticia y que ha contribuido a deteriorar la relación con su hijo, ya que no logra</p>

	primera vez que expresa su emoción desde que conoce el diagnóstico.	comprender que lo que siente no significa querer a uno más que al otro, lo que la desorienta aún más.
<b>Resumen:</b> Su aislamiento emocional la lleva a incomunicarse con su pequeño hijo, que no comprende lo que ocurre. Todos estos signos nos llevan a pensar que la paciente se encuentra en la etapa de desorganización, por el indicador de aislamiento emocional y físico que manifiesta con él, pero también existe el indicador de impaciencia y podría estar en la etapa de buscar las causas.		

Se descubre la razón de su “inexpresión” ante el dolor de la pérdida de su bebé: Su relación de madre esta en crisis, pues teme expresar mas cariño a su hijo vivo, que al que lleva en el vientre y que vislumbra más desvalido, pues peligra su vida.

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA	DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA
24/5/2002	Patricia viene con Oscar a esta sesión. El niño se muestra distante, pero luego de conversar lo que siente por su madre la abraza, le dice que la quiere y lloran por un rato, dice temer perder su cariño, ya que no le habla y no lo abraza como antes. Patricia le cuenta que su hermanito va a morir, cosa que el niño no comprende mucho, ya que sigue viendo su vientre abultado, a lo que el niño responde diciendo que comprende y que la apoya, que lo tiene a él. Se abrazan y llorar por un rato, hay manifestaciones de cariño entre ambos. Así le explica la razón de su tristeza y esa lejanía con él dejando en claro la razón de su alejamiento.	En esta sesión Patricia logra expresar lo que la tiene tensa, como explicar a Oscar lo de su hermanito, con eso el avance es notorio, ella acepta la pérdida de su bebé y logra el reencuentro con su hijo vivo, aceptando que se encuentra en un estado depresivo y que necesita ayuda para superar este momento difícil. Comprende su confusión de sentimientos, que puede demostrarles su amor a ambos sin sentir deslealtad. Logra conectarse con la etapa que comienza a experimentar, la depresión, aceptando que requiere ayuda profesional para superarla, así se reencuentra con su hijo, expresándole nuevamente todo el cariño de madre que nunca ha dejado de sentir por él.
<b>RESUMEN:</b> Logra derribar la barrera que la tiene tensa y ansiosa, comunicándose con su hijo. Patricia se encuentra en la etapa de desorganización que debe ser analizada con criterio, pero logra reencontrarse con el ser que más quiere y que ambos se necesitan ahora más que nunca.		

Es el momento preciso para inducir el parto de Patricia, ha cumplido los 8 meses de embarazo, por esto se hospitaliza el lunes 30 de mayo para ayudarla a tener a su bebé. En este proceso es acompañada por su terapeuta y por su pareja, lo que significó mucho para ella, pues el proceso fue largo y agotador, pero siempre estuvo acompañada por los que ella quiso que estuvieran en ese momento.

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA</b>	<b>DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA</b>
30/5/2002	<p>Patricia llega a las 08:00 horas para hospitalizarse y comenzar la inducción de su parto. Externamente tranquila, pero dice estar un poco nerviosa, acepta las ordenes médicas y espera el desenlace. Agradece la compañía de su terapeuta, que es relevada con la pareja en el largo proceso.</p> <p>Ve a su bebé cuando nace, lo que provoca en ella muchas reacciones que la aturden, se centra solo la cara de su hijo, lo que le permite ver en él a su hijo Oscar, por un detalle en el mentón borrando de su vista los múltiples defectos físicos que su bebé tiene.</p>	<p>No cree lo que le pasa, como si viera a otra mujer en este proceso, mantiene la esperanza que su hijo va a nacer bien a pesar que no tiene latidos, se aferra por última vez al error aceptando la verdad solo al verlo sin vida.</p> <p>Es importante la compañía de su pareja, logrando descargar esa pena por su bebé, despidiéndose de él sin fijarse en lo macro, centrándose en detalles, que le hacen ver a su hijo vivo, proyectando el recuerdo de su pérdida actual.</p>
<p><b>RESUMEN:</b> El hecho de “ver la realidad” la hace entrar ahora en la etapa de shock, con evidentes indicadores de conmoción, desrealización y aturdimiento, que antes había comenzado a manifestar con ansiedad e incredulidad y que tal vez bloqueó con mecanismos de defensa.</p>		

### Proceso de duelo.

El trabajo de conocer a Patricia fue bastante complicado pero productivo, ya que se descubre a una persona comprometida, buena madre, esposa dedicada y muy sensible.

Recibió la noticia del problema de su bebé tranquila, pues no creía lo que estaba escuchando, al parecer una coraza que comúnmente llamamos mecanismo de

defensa y que mantuvo en todo el proceso, quizás solo aturdimiento pues aún no procesaba la información que estaba recibiendo.

Muchas veces nos vimos enfrentados a creer que Patricia se encontraba en una mezcla de indicadores, debido a las reacciones complejas que observábamos y que no hacían factible encasillarla en alguna de las etapas que Davidson nos describe.

Durante todas las sesiones ella mantenía una compostura y carencia de expresión emocional, lo que cambió repentinamente un día que llamó bastante preocupada para un encuentro con la terapeuta. Ese día estaba con una máscara que sonreía y bastó solo ese permiso que otorga la presencia de la terapeuta para que comenzara a llorar sin parar.

Patricia fue apoyada por su pareja desde que conoció la noticia, pero el problema radicaba en su relación de madre. Su aislamiento emocional la llevó a incomunicarse con su pequeño hijo, que no comprendía lo que estaba sucediendo con su madre y que a la vez lo llevó a distanciarse de ella, pero que en una reunión con ambos logran conectarse para contarle lo que estaba ocurriendo, y que es primera alusión verbal al tema. Acepta que necesita ayuda, evidenciando que se encuentra en la etapa de desorganización, con una depresión que al parecer ha mantenido encubierta durante este tiempo.

Tenía miedo y repercutía en la relación con su hijo Oscar, al que no toleraba cerca, tal vez por la culpa que sentía de proyectar ese amor de madre en él y que no iba a dar a su hijo perdido, ya que al momento de enfrentar la pérdida ve la misma cara de su hijo Oscar, en el bebé que acaba de perder. “Cuando vi a mi hijo, era la misma carita que la de Oscar, eso no se me va a olvidar nunca”. El hecho de enfrentar la realidad al ver a su bebé fallecido y negar los defectos que tiene

centrándose solo en detalles, la hace comenzar la etapa de shock, evidenciándose con desrealización y aturdimiento, lo que antes se había manifestado solo en ansiedad e incredulidad al respecto, negando el problema real.

La depresión la acompañó por un tiempo, pero finalmente el ritual del funeral para tener un lugar físico donde llorar al ser querido, logró que Patricia aceptara la muerte de su bebé y desligarse de la culpa de amar a su hijo vivo que le ocasionó muchos problemas durante el proceso.

Un año más tarde aún tiene variaciones del estado de ánimo, lo que le trae problemas con su pareja, ya que él piensa que debería haber superado esta etapa, evitando ambos la comunicación. Como él no pregunta, ella no cuenta “me trata de loca, el duelo más que nada lo vive la mamá....eso él no lo entiende”.

Aún busca las causas de lo ocurrido a pesar de haber recibido el informe de la autopsia, pero por el estado en que se encuentra, tanto físico, como psicológico, la etapa de desorientación parece ser la actual. Como no sabe lo que ocasionó la muerte de su hijo y como todos le dicen que ella no es la culpable busca a quien culpar, no tiene respuesta a su interrogante y por lo tanto se sume en estos desbalances anímicos, que le ocasionan problemas de pareja. Le teme en exceso a un nuevo embarazo “si Dios me da un nuevo hijo voy a cuidarme, a pesar que me cuidé con mi hijo... pero las cosas cuando están por pasar, solo pasan”.

Lo mejor del proceso que vivió es el acercamiento con su hijo Oscar, sin sentir culpa por amarlo, sin sentir opresión por no estar con su otro bebé. Lo más dañino es su deterioro de pareja, que cada día se destruye un poco más, pues ninguno de los dos pone esfuerzos en tolerar, escuchar, comprender y acercarse al otro.

En Patricia se evidencia un factor de riesgo muy importante, el embarazo no planificado, que suele confundirse al momento de expresar si es o no deseado, que mantiene en ella la búsqueda constante de un culpable, sintiéndose emocionalmente infiel por el hecho de querer a su hijo Oscar más que a su hijo desvalido (característica común en la mujer) que perdió.

Otro factor es la hospitalización durante el embarazo, lo que le lleva a temer constantemente en la gravedad y realidad del problema de su bebé. Como posee un mecanismo de defensa fuertemente arraigado cree irreal todo lo que escucha, mostrándose al exterior fría e implacable, haciendo pensar que ella es así, característica que más adelante se descarta.

El factor protector durante el proceso fue el apoyo de la pareja, relación que en la actualidad esta bastante deteriorada, razón de sus desbalances en el estado anímico.

### **LESLIE.**

Leslie es una joven de 25 años, casada hace pocos meses con Gonzalo (28 años) ; se dedica a la pedagogía básica disfrutando de su trabajo con niños pequeños. De familia acomodada, descubre su embarazo y comienza con controles particulares, hasta que es derivada al hospital van Buren por sospecha de alteración fetal. Gestación deseada y planificada por ella, cursando el 5º mes a la ecografía se descubre que el niño es físicamente normal, pero padece una alteración anatómica cerebral conocida como hidrocefalia, que puede implicar un handicap intelectual. Desde ese día no se cansa de buscar información en Internet acerca del problema que su hijo trae, para comprender la terminología médica.

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA</b>	<b>DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA</b>
12/8/2002	<p>Leslie conoce el diagnóstico de su bebé, sabía que algo andaba mal por la duda médica en sus controles anteriores. Se le informa del mal pronóstico, reaccionando tranquila y dispuesta a colaborar en todo lo que este a su alcance, por el bien de su hijo. Asiste en compañía de su pareja a este primer encuentro, evidenciándose una distancia entre ambos.</p> <p>Más preparada que lo que se acostumbra ver en el hospital no le importa que su hijo traiga un déficit intelectual. Es la única sesión en que se ve a la pareja.</p>	<p>Mujer muy sensible y carismática, fue fácil llegar a ella, pero imposible desconectar su dolor del propio. Al parecer la noticia es recibida con tranquilidad, aceptación y bastante conocimiento, lo que puede ser en parte una intelectualización o incredulidad, pues actúa como si fuera una noticia esperada, en parte minimizando la gravedad del problema o negándolo.</p>
<p><b>RESUMEN:</b> La etapa que la paciente esta comenzando a experimentar, parece ser la de shock, por algunos indicadores como la negación y la minimización del problema, que puede también ser incredulidad. La barrera de la intelectualización no permite comprometerse del todo con esta afirmación.</p>		

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA</b>	<b>DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA</b>
19/8/2002	<p>Llega, como siempre, con una sonrisa. Ha averiguado bastante sobre el problema que su bebé trae y se ha puesto en contacto con médicos especialistas que la ayudarán luego del parto con su hijo. Emocionalmente se observa tranquila y muy optimista, ha comenzado a habilitar una pieza para su hijo, a preparar su vestimenta, a ver ciertos juguetes</p>	<p>Queda en evidencia que ella niega el problema real que su hijo trae y la pérdida probable que puede llegar a pasar, que de parte del equipo de salud se lo repiten sutilmente muchas veces, quizás tratando de hacerla reaccionar.</p> <p>A pesar de la noticia, se prepara como cualquier madre, habilitando la pieza y su vestimenta, manteniendo la esperanza en tener</p>

	para él. Dice que su familia esta enterada del problema del niño. Hace muchas preguntas, basadas en lo que ha investigado en Internet a lo que se responde con apoyo médico, pero siempre preparándola para una probable pérdida, lo que asimila de manera bastante normal.	a su hijo con problemas, pero vivo junto a ella. Se observa muy ansiosa por respuestas ante sus averiguaciones, lo que a la vez le hace manifestar cierta verborrea, un tanto nerviosa.
<b>RESUMEN:</b> Es evidente que niega el problema de su bebé, se debe trabajar con sutileza pero con la verdad para evitar que la reacción sea negativa en vez de positiva. Continúa con cuidados en el embarazo, lo que demuestra que conserva la esperanza.		

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA	DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA
26/8/2002	Hoy su aspecto es diferente, se ve mas seria y desganada que lo habitual. Desde que entra en la sala comienza a hacer preguntas sin siquiera permitir que se le responda, cuestionando que hizo ella para que su hijo tenga tal problema. Sus averiguaciones la llevan a darse cuenta que muchas veces el agente dañino es traspasado de la madre al niño, lo que la hace sentir culpa al respecto. Cuestiona todo lo que hizo o dejó de hacer, generando un ambiente tenso en la sesión. Tiene problemas de pareja, ya que él la culpa del problema del embarazo.	Aquí comenzamos a ver el proceso de cuestionar su grado de responsabilidad en el problema de su bebé, parte del proceso normal de asumir el duelo. En parte el cuestionamiento y la culpa se potencian con las críticas que hace su pareja al respecto, retroalimentando el deterioro en la relación. El verse sin este apoyo importante la hace cambiar bruscamente de actitud hacia el problema de su hijo, reflejando en su disposición a colaborar y aspecto externo.
<b>RESUMEN:</b> Es evidente que tanto buscar información tarde o temprano la iba a hacer sentir culpa, lo que se potencia con las constantes críticas de su pareja. Esta paciente comienza a buscar las causas y cuestiona su grado de compromiso en ellas.		

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA	DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA
9/9/2002	Vuelve llena de energías, sonriente y enérgica, pero esta visión externa cede al relatar que su pareja la culpa de lo que pasa, le a dicho que se casó solo por el niño que venía, y que por lo tanto si no hay niño, no hay compromiso. Ella lo	Ella parece tener una especie de máscara lo que siempre nos lleva a continuar en el paso anterior: negando lo que pasa en la realidad, mecanismo de defensa que en parte se potencia con el problema de pareja que comienza a vivir.

	<p>acepta con dignidad pero se nota dolida ante esta situación. Se acomoda en el asiento ya que el peso y la hinchazón de las extremidades le molestan, cosa que desmiente, dice estar feliz con su estado.</p>	<p>Su vientre, bien abultado por el tiempo de gestación, evidencian las molestias físicas típicas del embarazo que ella niega, su estado sigue siendo idealizado.</p>
<p><b>RESUMEN:</b> Volvemos a cero, nuevamente niega lo que realmente sucede con su estado, pero en todo proceso debemos respetar el ritmo de cada persona en la evolución del duelo. La negación nos señala que esta paciente continúa en estado de Shock, acentuando aún más la intelectualización.</p>		

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA</b>	<b>DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA</b>
16/9/2002	<p>Hoy Leslie acude a un control extraordinario acompañada por su madre y hermana, dice que el fin de semana no sintió que su bebé se moviera. A la auscultación no hay latidos, a la ecografía se descubre que el niño ya no tiene vida.</p> <p>Al informar la noticia descarga toda esas emociones en un llanto ensordecedor, que estremece a sus familiares y a la terapeuta. Tenemos que sacarla del ecógrafo para evitar que las demás mujeres se pongan nerviosas por la escena.</p>	<p>Esta situación fue bastante triste para la terapeuta, pues logra conectar ese dolor con el de otra mujer que siempre se ha mostrado segura y optimista, y que ahora se siente desolada y desilusionada. Esta noticia tan estresante hace que la paciente derribe ese mecanismo de defensa que no nos dejaba llegar a comprender lo que realmente estaba viviendo: la pérdida de su estado maternal idealizado.</p>
<p><b>RESUMEN:</b> Sesión muy intensa, el estado de Shock se intensifica, pero ahora acompañado de una desorganización con el inicio de una depresión que vamos a tener que apoyar más desde ahora.</p>		

Ese mismo día se prepara a Leslie para una cesárea, que la hará enfrentarse con su hijo, derribando el ideal que ella se niega abandonar. Al momento de nacer su hijo, ella tiene la oportunidad de ver, cargar y besar a su bebé, llorando junto a él, lo que provoca en todo el equipo de pabellón una tristeza evidenciada en lágrimas y silencio ambiental.

### Proceso de duelo.

Leslie es un caso muy diferente al que se acostumbra ver en hospitales públicos, con controles particulares y una vida acomodada se alegra mucho al conocer que esta embarazada. Su única expectativa es que su hijo nazca bien, que sea sano y brindarle una vida similar a la que ella tiene.

Desde que conoce la noticia se niega a aceptarlo minimizando externamente el problema, busca información de manera obsesiva sobre lo que su hijo tiene y siempre mantiene la esperanza de vida, sin importar si no es tan inteligente como los demás niños.

La barrera de la intelectualización entra a jugar parte importante en el proceso de duelo que Leslie va a desarrollar.

Se refiere a Sebastián (nombre de su bebé) como un ser especial, que vive y crece en su interior, cree que junto a su pareja solo basta “ponerse las pilas por su niño” para que todo salga bien.

Como pareja esta noticia desencadenó lo que iba a terminar en alejamiento y con la separación definitiva de ellos, pero que venían arrastrándose desde hace tiempo.

Tanto buscar información de una u otra forma iba a hacer que ella sintiera culpa del problema que porta su bebé, lo que es reafirmado aún más por comentarios de su pareja sobre el grado de compromiso entre ambos y las continuas peleas que la llevaron a caer en depresión, aspecto que indagó es factor inductor de muerte fetal.

El día que conoce la noticia del fallecimiento de su bebé, reacciona con una crisis exacerbada de llanto, que luego se manifiesta con un estado en que se niega a hablar y a reaccionar, sus familiares que la acompañan se asustan y deciden “extraer al niño lo más rápido posible”.

Antes de la operación habla muy poco, refiere estar calmada lo que parece cierto ya que realmente se observa exteriormente serena.

Al ver a su hijo se despide en un ritual que hace a todo el pabellón llorar, por la carga emotiva que esto genera. “Yo lo soñé, lo vi en sueños en brazos de otra persona....esa otra persona eras tú cuando me lo mostraste”.

Se enfrenta a su hijo quebrando en ese momento su esquema idealizado, aunque el bebé es perfecto exteriormente esta muerto, ella ve que no se mueve, que esta cianótico y que no llora.

Luego de la operación se observa tranquila y muy agradecida de haberle permitido esta despedida, de haberla dejado conocer a su hijo. “Jamás voy a olvidar su carita, agradezco a todos lo que hicieron por mí”.

Desde ese día, dice estar un poco triste por no tener a su hijo a su lado, pero esa satisfacción de haberse despedido la hace estar bien con ella y con los demás.

Se proyecta en la vida, salvo la parte sentimental, es la única que ve en la nebulosa.

Le teme a un nuevo embarazo, “sentimentalmente estoy apta para ser madre...físicamente, le temo...si ya una vez mi cuerpo no pudo sacar a flote a un hijo, temo que ahora lo pueda hacer”.

Lo más dañino del proceso fue el daño que sufrió su autoestima, porque se culpó de la muerte de su hijo y de la desintegración de la pareja “lo más terrible fue sentir el momento en que el niño se murió dentro de mí, sentir la impotencia de no poder hacer nada y no tener a nadie a quien recurrir en ese momento....ahí se me vino todo abajo”.

Lo mejor es la proyección laboral, que para ella es apasionante y le implica estar rodeada de niños que ve como su hijo y con los que se esfuerza devotamente, lo que

la hace sentir muy bien. “Yo un día fui al cementerio y le hice una promesa a mi hijo: todo lo que le iba a dar a él me lo voy a dar yo. Si lo iba a llevar a los mejores colegios, yo iba a estudiar, si le iba a tener una pieza hermosa, arreglaría la mía”.

Actualmente Leslie ha llevado a cabo lo acordado con su hijo, esta haciendo un magíster en educación, remodeló su habitación, se siente feliz de haber tenido a Sebastián en su vida aunque fuera por tan poco tiempo.

“Nuevamente me he reencantado, me ha servido para volver a creer en Dios...he aprendido a conocer a la gente, aprendí nuevamente a sentirme querida”.

Actualmente se encuentra en la etapa de reorganización, ha retomado actividades, esta estudiando, se ha acostumbrado a la pérdida. Se observa activa, vital, atractiva, esta llena de proyectos que quiere hacer, ha continuado con una visión mejorada, más organizada, por eso Sebastián ha sido lo mejor que le ha pasado, al menos así lo relata ella “creo que he ido de menos a más, me he superado mucho mas que antes de estar embarazada, es decir maduré”.

En este caso provocó en Leslie ese sentimiento de culpa, fue el momento que se sintió sola, sin pareja y sin bebé, creyendo que era la culpable del abandono de éste y de su estado depresivo que pudo haber causado la pérdida que estaba viviendo. Pero como es una mujer independiente siempre supo que podía salir adelante, además de contar con una familia que le brinda cariño y comprensión incondicional. Así, un estilo de expresión emocional con bastante exteriorización, el apoyo de su familia y la forma de resolución de problemas son elementos que la protegen para evidenciar su estado actual: llena de proyectos, con una vida activa, que recuerda a su hijo con cariño y agradece el haberlo sentido y conocido por un corto tiempo, ya que esta experiencia la hizo crecer.

**MARGARITA.**

Desde el primer contacto con Margarita se detecta que algo la preocupa demasiado como para estar y verse bien; Con sus 32 años representaba físicamente mucho más. Convive con Pedro (30 años) hace unos 7 años, dos hijos que son solo de ella y un hijo de 5 años (Felipe) de la pareja. Ambos trabajan en un supermercado, ella como cajera, él como guardia.

Embarazo planificado para salvar una relación deteriorada, deja desde un principio en evidencia una relación extramarital por parte de Pedro, lo que hace a Margarita aferrarse a este embarazo para salvar su relación de pareja.

Cursando un embarazo de 28 semanas, se descubre que su bebé porta múltiples malformaciones, no solo externas, sino internas que imposibilitan a ese niño nacer y sobrevivir.

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA</b>	<b>DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA</b>
6/3/2002	<p>Margarita conoce el diagnóstico de su bebé y aún sin asimilar la noticia dice que siempre supo que algo no andaba bien con su embarazo.</p> <p>Al pasar a la sala a conversar con el equipo profesional su rostro dice mas que mil palabras, lo que expresa con “la injusticia de la vida...algunas mujeres no quieren a sus hijos, yo si lo deseo”.</p> <p>Llora por un rato y luego relata que tiene un compañero con el que no puede contar, ya que la tiene abandonada y la culpa de todas las situaciones desfavorables. Ella esperaba con ansias este bebé para salvar su relación tan deteriorada,</p>	<p>A pesar de ser una sesión corta deja al descubierto muchos aspectos que aclaran un poco el panorama al que nos veremos enfrentados. Comienza a cuestionarse desde un principio, evidenciando negativismo pero siempre haciendo alusión a su relación de pareja deteriorada. Se siente aturdida ante lo que acaba de escuchar, una mezcla de emociones que cursa con conmoción y distanciamiento emocional.</p> <p>No existe convicción que vuelva a las sesiones, pues esta mezcla de indicadores evidencia muchas etapas, ella presentía de antes que algo no iba bien, reflejado en su actitud por lo que acaba de</p>

	<p>ama a su marido y no esta dispuesta a perderlo. Se compromete a asistir a las sesiones de apoyo, pues sigue pensando que no esta bien lo que ocurre, que puede haber algún error y cree lo va a llegar a comprender. Sus movimientos son escasos y torpes evidenciando una marcada hostilidad y aislamiento emocional.</p>	<p>escuchar. Luego la incredulidad se mezcla con la visión pesimista por su referencia al ambiente familiar, carente de apoyo, pero que a la vez es la razón de su embarazo actual.</p>
--	---	---

**RESUMEN:** La etapa que esta viviendo no esta del todo clara, pues no asimila la noticia, pero su intuición de madre le decía que algo no andaba bien fielmente proyectado al exterior ante la posibilidad de perder a su pareja, se observa una facie determinada por marcada falta de animo, lentitud de movimientos y postura corvada. En general existe una mezcla de indicadores lo que no deja claro lo que va a comenzar a experimentar esta paciente, pero esta deprimida por su situación de pareja.

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA</b>	<b>DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA</b>
13/3/2002	<p>Margarita llega sola a la sesión, nos cuenta que le apena que su pareja no quiera acompañarla, pues él cree que “es su problema”.</p> <p>Se observa desganada y cabizbaja, con cierta apatía hacia la terapeuta y hacia sí misma. Su rostro es inexpresivo y refleja llanto reciente, habla muy poco y evita el contacto visual, se observa poco interesada en manifestar su estado actual, incluso el tono de la voz es pausado, falto de matices y energía.</p>	<p>La postura corporal es la típica de la depresión, cabeza agachada, espalda encorvada, miembros flácidos.</p> <p>Marcada apatía y desgano por mostrar sus emociones y aceptar las de la terapeuta. La falta de energía queda manifestada en el poco movimiento que hace con lo poco que habla. Se le observa inexpresiva, desorientada y aislada.</p> <p>Su cuerpo expresa con evidencia el estado que comienza a vivir.</p> <p>Se observa un pensamiento pesimista y una visión desfavorable de su estado, descrito como negativismo por Davidson.</p>
<p><b>RESUMEN:</b> Evidente etapa de desorganización, con una depresión por la que pasa evidentemente exteriorizada. Esto cursa con abulia por la falta de energías y escasos movimientos expresivos, así como el negativismo por su pensamiento pesimista.</p>		

El médico cree que es tiempo de inducir su parto, cursando un embarazo de 28 semanas sin latidos, para que salga luego de este proceso y no quede la cicatriz física que le recuerde tal evento, se le aplicará un medicamento para inducir el

parto. Ese día 16 de marzo a Margarita se le aplica este medicamento, fue un proceso muy largo, ya que comenzó a las 08.00 de la mañana y tuvo a su bebé a las 19:30 horas. “Este calvario”, como lo relataría después, la llevó a pasar a otra etapa descrita por Davidson, que es la búsqueda de las causas, con la consecuente rabia contra el equipo de salud, que expresa abiertamente.

Luego de ese día, se le cita unos días después para ver la evolución del proceso y la manera de ayudar. Ella no quiere ir al hospital, solo por agradecimiento a la terapeuta accede ir un día en la tarde, cuesta mucho lograr esta entrevista.

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA</b>	<b>DESCRIPCIÓN PSICOLÓGICA</b>
24/3/2002	<p>Llega muy arreglada y radiante, se le observa dispuesta a colaborar. Según sus palabras, la relación de pareja ha mejorado considerablemente, no quiere hablar de la pérdida que ha vivido pero si expresa abiertamente su rabia con el equipo médico. Dice que es última vez que pisa este hospital y no quiere recordar ya más el asunto, va a hacer el papeleo para ligarse las trompas y no pasar nunca más por una experiencia similar. Tuvo problemas para sepultar a su hijo en el cementerio lo que exterioriza en ese momento con un discurso agresivo por todos los trámites que tuvo que hacer.</p>	<p>Es segunda vez que sonríe, se ve de buen ánimo, incluso dice que su relación de pareja ha mejorado, lo que exteriormente parece solo una careta. La culpabilidad la traslada hacia los demás, “todos los que no la apoyaron en lo trámites y papeles para sepultar a su hijo” y evidentemente contra el equipo de salud, que incluye a la terapeuta y que a la vez es incongruente con su actitud dispuesta a colaborar en la entrevista. Toda la descarga exteriorizada en ese momento la lleva a retirarse más tranquila.</p>
<p><b>RESUMEN:</b> La búsqueda de las causas la evidencia con rabia contra el equipo de salud, jamás dice sentir culpa y esa energía la dirige a otras personas que según ella son los reales culpables. Trata de cubrir su estado actual con maquillaje y falsa expresión de felicidad.</p>		

### Proceso de duelo.

Desde el principio Margarita no evidenció la etapa en la que se encontraba, lo que nos orienta un poco es la culpa marcada y fuerte que ella sentía por haber querido usar a su hijo para mantener a su pareja junto a ella. Luego vino la incredulidad acudiendo a dos especialistas más para descartar el diagnóstico.

Margarita desde un principio evidencia mezclas de indicadores, pero su principal preocupación era mantener a su pareja al lado sin manifestar importancia ante la noticia del problema del bebé.

La abulia y escasez de movimientos nos dejan claro que ella se encuentra en una depresión que trata de cubrir mostrándose al exterior como una persona carente de afectos, fría y sin emoción a la que solo le interesa mantener una relación ya bastante deteriorada. A ratos expresa ese dolor llorando suavemente, al parecer pena de no tener ya nada de que aferrar a su pareja que constantemente la amenaza con dejarla.

Finalmente la ira se adueñó de su persona no queriendo contacto alguno con nadie del hospital, dejando claro que ella cuestiona las causas responsabilizando solo a los profesionales de salud de su pérdida.

El día que Margarita dio a luz a su hijo pequeño y malformado, tuvo la oportunidad de ver y de llorar junto a él, realizando el ritual de la despedida.

Luego de todo este proceso se supo de Margarita vía telefónica, cuenta que esta en un período de reencuentro como pareja, que todo ha sido superado y que a la simple voz se sabe una situación ficticia, pero luego comienza a hablar sobre su hijo

Mauricio como si estuviera vivo, lo que hace sospechar que ella aún se encuentra en el estado de negación y que tal vez esto sea más patológico de lo que parece.

Accedió a conversar solo una vez más para manifestar lo agradecida que estaba con la terapeuta pero a la vez dolida de todos los problemas legales a las que se había visto expuesta, cubriendo el estado en que se encuentra con el excesivo uso de maquillaje para evitar que veamos lo que realmente está sucediendo con ella.

Un factor de riesgo presente en Margarita es el de abuso o maltrato de la pareja, ya que ese temor al abandono constante la hace mentirse a sí misma y mantener una continua situación expectante que la daña aún más. Otro problema dice relación con su expresión emocional, pues evita que su pareja vea que sufre, lo único que quiere es retener a Pedro con todo esto, y a lo que él presta muy poca importancia, incluso quiere irse con su otro hijo (Felipe), pues le ha dicho que ya no la quiere.

Otro factor es la desconfianza que siente hacia el equipo de salud, lo que proyecta en uno de los médicos encargados del programa que no quiere volver a ver nunca más, incluso critica constantemente su accionar como profesional.

En la actualidad no se ha logrado contactar a Margarita, el teléfono que dio ya no existe, donde trabajaba ya no está, la dirección que dio es falsa, dificultándose el seguimiento y saber a ciencia cierta en que etapa del duelo se encuentra. Jamás volvió a contactarse con nadie del hospital, ni siquiera asistió al control que el médico solicitó para evaluación obstétrica.

Este caso difiere mucho de los tres anteriores y sirve como referencia para comprender el duelo patológico, ya que en esta paciente hay elementos que nos hacen sospechar que es candidata a vivir el proceso de manera diferente, pero no es del todo certero ya que carecemos de la evaluación posterior.

Lo primero es utilizar su embarazo para mantener la unión de la pareja, aspecto que muchas veces conocemos por referentes en nuestras propias experiencias diarias. Deciden permanecer juntos solo mientras dura el proceso, un grave error ya que se alejan más que antes, lo que hace a Margarita acrecentar sus estrategias para mantenerlo a su lado.

En los primeros encuentros con ella nada hace sospechar una alteración de personalidad, pero con estos antecedentes podemos concluir que ella es diferente a los otros casos expuestos en esta tesis (quizás borderline), con factores sobreagregados desesperados por mantener a su lado a alguien que no quiere seguir con ella, utilizando su embarazo como única estrategia y como el producto no fue el esperado todas las reacciones negativas se resaltan en ella: la culpa, la hostilidad, la depresión, el aislamiento y la rabia contra el equipo de salud.

Era quizás obvio que este cuadro patológico se presentara en ella, pero como se dijo anteriormente no tenemos acceso a entrevistarla nuevamente y evaluar su estado actual lo que hace difícil concluir respecto a este caso. De todas maneras se quiere presentar para dar un ejemplo claro de una situación común en nuestra población y a modo de contraste con los otros casos expuestos en esta tesis.

## **CAPÍTULO N° 6**

### ANÁLISIS GENERAL

El objetivo es describir el proceso de duelo y para el análisis de los casos se usa como referente las etapas descritas por Glen Davidson. Con ambos elementos se pretende redactar el análisis general para que esta descripción ayude a comprender y comparar el proceso de duelo que vivieron estas cuatro mujeres.

#### **PROCESO DE DUELO.**

El duelo es un proceso común de ser vivido y sentido ante la muerte de una persona querida con la que hemos creado vínculos afectivos. Por ser un proceso importante y complejo muchos lo han estudiado obteniendo diversas conclusiones pero que a su vez concuerdan en las similitudes de las etapas que lo caracterizan.

El proceso de duelo se encuentra en directa relación con:

- ❖ Debilidades o fortalezas de la personalidad.
- ❖ Visión de la vida que se posea, así como experiencias anteriores.
- ❖ Redes de apoyo.
- ❖ El grado vincular con el fallecido.
- ❖ La etapa del ciclo vital en que se encuentra la persona (en estos casos el embarazo, momento propicio para el cambio).

Muchos son los factores que nos ayudan a transitar por este proceso (ver anexo 1) y que en los casos expuestos en esta tesis poseen en común la pérdida de su hijo en el vientre, aceptando que ese ser querido ya no existe físicamente.

#### Primera etapa de Davidson: El shock.

El shock es una reacción inicial común ante la pérdida del hijo que se lleva en el vientre dependiendo mucho si se trata de su primer hijo, así como la forma de dar a conocer la noticia y las expectativas que ella tiene respecto de él. Muchas veces esta etapa se vive al conocer la noticia, pero hay mujeres que generan mecanismos de defensa que no permiten aceptar la realidad haciendo que el Shock se bloquee y se manifieste más tarde ante el enfrentamiento y la certeza del deceso fetal, a pesar que los casos seleccionados conocían el mal pronóstico de su bebé.

La culpa es evidente en estas cuatro mujeres a pesar que sus embarazos fueron bien cuidados y en la mayoría deseados, pero teñidos de elementos agregados. Ninguna de ellas se expuso a radiación o a la ingesta de alcohol o drogas, lo que sí en casos (Margarita) que el embarazo se usa para salvar la relación de pareja, o se trata de un embarazo no planificado o no deseado (Patricia), aumenta la incidencia de presentar tal reacción durante el proceso del duelo.

Al tener otros hijos (Patricia), el principal problema es la deslealtad que siente por querer más a uno de ellos que al otro más indefenso y enfermo, característica femenina de proteger al desvalido y que ella vive de manera culpable, acrecentando esta característica que la hace tomar distancia de sus seres queridos y aislarse para evitar la visible expresión emocional.

#### Segunda etapa de Davidson: Búsqueda y anhelo.

La búsqueda de las causas consiste en querer encontrar una justificación a su pérdida, como todos la convencen que no es “la culpable” gasta sus energías en hallarlo y también las causas, y como es ella quien lo llevó en el vientre por esos meses la mayoría se siente la única responsable de tal hecho.

Cada una de ellas buscó información de manera diferente, ya sea con el uso de la tecnología, por libros, con el apoyo familiar o exigiendo al equipo de salud que responda sus inquietudes, pero a pesar de aclarar siempre sus preguntas y reafirmar el mal pronóstico de su bebé es común esta reacción, ya que esta dualidad lógica-emocional no les permite quedarse tranquila con lo que están escuchando. “¿Por qué a mí?, ¿por qué mi hijo?” son interrogantes frecuentes de escuchar, así como envidia hacia las mujeres que están con sus bebés en las salas de recuperación y que se evita para ellas dejándolas en salas sin niños, aspecto que podría agravar aún más las reacciones iniciales posteriores a la pérdida.

La rabia contra el equipo de salud casi siempre recae en los médicos, por su grado de compromiso y alta responsabilidad en el trabajo que involucra la vida misma, liberando al psicólogo de este grupo por la constante compañía, dedicación y preocupación que manifiesta con ellas, característica que debe tener todo profesional que labore con grupos de alta susceptibilidad, en este caso embarazadas que se encuentran con otro factor adverso: gestación alterada, que las hace ser más sensibles a todo, incluso a los comentarios. Las mujeres siempre mantuvieron la confianza en la psicología como medio divino de ayuda, estableciendo un muy buen contrato psicológico, no así con los médicos, cuestionando a veces la posibilidad de equivocaciones, quejándose de frialdad, abandono y falta de tino al informar, visión

típica que poseen de los que laboran en el rubro salud, y que comúnmente aflora para defenderse de las fuertes emociones que a diario deben enfrentar en su labor. Ninguna de ellas reaccionó contra Dios, aunque muchas veces le cuestionaron esta interrogante de manera verbal en las sesiones. Todo lo contrario, se aferraron a la religión, ya que al no encontrar una causa que justifique este resultado suele hacer que la mujer se refugie en esta práctica o la retome si la había perdido, haciéndola sentir más aliviada siendo un buen referente para tranquilizarlas en estos casos. Los niños recibieron el nombre que sus madres querían para ellos y en casos de alguna religión particular se aconsejó acudir a la iglesia para que un sacerdote lo hiciera santificando su vientre a modo de ritual que la madre jamás olvida. Asignaron la ropa que querían que les pusieran, lo cual con buena disposición y coordinación con la sección de neonatología las hace sentir mas confortadas. Fue bueno para ellas llevarse un recuerdo de sus hijos, el brazaletes de identificación es el que se les entregó a cada una y atesoran hasta hoy.

Todas estas acciones hacen a la mujer sentir que su bebé es importante para los demás, que lo ven como “una persona” y apaciguan en parte las reacciones de rabia contra el equipo de salud.

Estas cuatro mujeres vieron a su bebé fallecido, rompiendo el esquema del hijo idealizado y enfrentando a su hijo real, realizando el “ritual de la despedida” que les permite manifestar su cariño (cargarlo, abrazar y besar), aspecto que parece ser beneficioso para ellas y que según la literatura ([www.cedip.cl](http://www.cedip.cl)) ayuda muchísimo a aceptar la pérdida y retomar más adelante sus actividades (la reorganización).

### Tercera etapa de Davidson: Desorganización y depresión.

La emoción que domina esta etapa es la depresión, presente en los cuatro casos, justamente por la culpa que suelen sentir y la impotencia de no poder hacer nada por salvar a su bebé, a lo que se suma la visión negativa de la vida, haciendo que su autoestima se altere mucho más que lo habitual.

Entonces, fácil es que desarrollen una tendencia a la depresión, por la evidente desorientación que sienten ante las interrogantes no resueltas de su pérdida, que se complementa con los desequilibrios hormonales típicos del embarazo, la culpa y esta autoestima deteriorada que hemos referido.

Indicadores como el comportamiento distante o resentimiento se encuentran en directa relación con las características que la mujer tiene incorporadas como estilos de enfrentar los problemas, así como experiencias anteriores, temores respecto al embarazo y al equipo médico.

Estas cuatro mujeres hacen referencia verbal de aburrimiento por lo que realizaban antes con pasión y una visión de la vida con un futuro negativo, lo cual es una reacción típica ante la pérdida de un ser querido, pero se debe tener la precaución de evaluar bien estos signos para descartar un trastorno depresivo, que debe ser tratado de manera inmediata con psicoterapia y a veces hasta con medicamentos, para lo cual se recomienda analizar siempre en base a los criterios del DSM-IV.

#### Cuarta etapa de Davidson: La reorganización.

La reorganización la logran alcanzar a corto plazo si se posee elementos protectores fuertes (ver anexo 1) como redes de apoyo, la compañía de la pareja, un ambiente familiar armónico y amable, una personalidad estable y un estilo de expresión emocional equilibrado. De no ser así centran todas sus fuerzas de manera obsesiva en mantener la situación o la institución que se esta desmoronando, y que en muchos casos suele ser la pareja, los hijos o el resto de su familia.

El hecho que la mujer tenga una actividad, ya sea trabajo o algún hobby especial, ayuda a que vuelva rápidamente a retomar el ritmo de su vida habitual y que muchas veces es signo clave para guiarnos en una buena recuperación. El que salga de paseo, que siga con sus labores, vaya a visitar amigos o al cine la ayuda a no pensar reiteradamente o de manera negativa en la pérdida que tuvo.

De las mujeres que se pudo evaluar con posterioridad, han vuelto a sus actividades cayendo a veces en altibajos de animo pero en ningún caso indicios de patología.

El que recuerde a su hijo de manera cariñosa y exprese su emoción al hacerlo es un buen indicador, todas ellas van al cementerio a visitar a su bebé y en el caso de no tener el cuerpo se les aconsejó que fueran a visitar a otro familiar y en honor a su bebé pusieran una flor en esa tumba, lo que ha sido bastante satisfactorio para ellas. No se recomienda un embarazo continuado, ya que puede caer en ver a su nuevo hijo como el regreso del fallecido. Se les aconseja planificación familiar por un

tiempo de mas o menos un año antes de intentar un nuevo embarazo y evitar así esta reacción mencionada. Los tres casos temen embarazarse nuevamente y mientras no superen ese miedo se aconseja evitar conductas de alto riesgo, en ese sentido se derivaron a las redes de consultorio para tratar este punto que de una u otra forma afecta la relación de pareja.

En general a mayores elementos protectores, la mujer vuelve más rápido a retomar sus actividades y si se potencia con las constantes manifestaciones de apoyo y cariño las hacen recordar el hecho de manera relajada y vivir el proceso de duelo acorde a lo establecido como normal en el DSM-IV.

Diferente es el hecho de poseer factores de riesgo, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar un cuadro patológico, siendo una necesidad de primera urgencia derivar a la paciente a terapia no bastando solo un proceso de apoyo psicológico.

### ASPECTO RELACIONAL.

#### Pareja.

La relación de pareja se deterioró en la mayoría de los ejemplos citados, uno solo es producto del suceso mismo, ya que dos de los casos venían con problemas antes de comenzar el embarazo. Solo una de las pacientes continúa con una relación estable y cercana, basada en la compañía y el respeto que de antes tenían bien constituido. No podemos concluir si es el proceso mismo del duelo y la forma como lo viven lo que lleva al distanciamiento de la pareja, pero si se puede evidenciar que si entre ellos existe aceptación y apoyo del otro, así como tolerancia presente a modo de rasgo personal en cada uno, es que viven este proceso unidos como pareja.

### Otros hijos.

La relación con otros hijos no se deterioró en ninguno de los casos mencionados. Dos de ellas tenían más hijos evidenciando solo sentimiento de deslealtad materna que es común si se trata de madres con determinadas características, como rasgo materno sobreprotector o poseer un hijo único, lo que las hace pensar que engañan a sus otros hijos por sentir una pena o cariño especial por el que esta en su vientre mas desprotegido o enfermo.

En un solo caso pudimos acceder a conocer al niño y su testimonio de la relación, así como su versión de lo que le estaba ocurriendo con su madre. Como ella no se comunicaba y evitaba la cercanía física con él, lo que ocurría en el niño era incomprensión de la conducta materna, sensación de desamparo y descariño que veía como lejanía de su parte a dar y recibir su amor, lo que alteró la comunicación y la comprensión que se retroalimentaba constantemente en ambos.

### Familiar.

Con su familia extensa la relación no sufrió variación. La cercanía y la unión se acrecentó aún más que antes reafirmando la característica de pertenencia a esta y los vínculos con sus seres más queridos. En nuestros casos seleccionados la familia no acudió a apoyar a la paciente durante el trabajo de parto pues no se permite este acercamiento durante el proceso de inducción, elemento que favorece la intimidad de la mujer ya que se trata de un tiempo personal que desean compartir en su mayoría con la pareja. En un solo caso la familia estuvo muy presente, pero por

otras circunstancias mencionadas con anterioridad como la falta de la pareja y el excesivo vínculo con la madre.

#### Otros aspectos relevantes.

El nexo con su bebé es solo alusión a referencias verbales, lo único claro en estas cuatro mujeres es que cursaban embarazos sobre las 28 semanas, lo que permitió que sintieran los movimientos fetales estableciéndose el inicio de la afiliación con él (proceso de apego madre-hijo), que se traduce en una emoción experimentada, al parecer más intensa que el caso de un embarazo de menor edad gestacional. El proceso de des-apegarse de su bebé no se evidencia durante el embarazo, mas bien todo lo contrario apegándose con más fuerza al pequeño con problemas, una obsesiva protección del indefenso acompañada de desesperación por no poder hacer nada por él que a la larga desencadena la aparición de los indicadores antes mencionados que suelen acompañarse de mucha culpabilidad.

El ritual de la despedida permitió que ellas no se sintieran engañadas evidenciando lo que se les había informado y tener la oportunidad de conocer, cargar y dar el adiós a su hijo en un primer acercamiento a la desvinculación con el fallecido.

La relación consigo misma se vio afectada en aspectos relacionados con la autoestima y la confianza en ser capaz de dar mas vida, ya que todas temen un nuevo embarazo. Su autoestima se deteriora aún más si no poseen a su lado otros que la reafirmen continuamente, pero siempre existe esa característica de sentir que no son completas, una mezcla de culpa de no haber podido mantener a su hijo sano en el vientre a lo que se suman otros factores de riesgo como embarazo deseado o abuso de la pareja. Pero en general la mayoría de ellas no varió tanto su manera

inicial de ser, claro esta que se sienten más susceptibilidad a caer en depresión, y en recordar nuevamente el episodio de manera triste, pero todas relatan una nueva forma de mirar la vida junto a los que tienen cerca, expresar su cariño a quienes aman y no desaprovechar el instante, similar a la versión de los que han sido declarados clínicamente muertos.

Al parecer ven esta pérdida como una especie de propia muerte, algo en ellas cambia lo que resulta obvio, pues el sentido de la maternidad es fuertemente arraigado desde la infancia en la mayoría de las mujeres.

### EVOLUCIÓN.

Todas han vuelto a sus tareas habituales, una de ellas (Leslie) ha cambiado por completo su estrategia de acción partiendo por crecer como profesional, realizando cursos de perfeccionamiento que la hacen sentir que esta cumpliendo con la promesa que le hizo a su hijo y darse los gustos que no le dará a él.

En general sienten que tienen energías para continuar viviendo, pero con el recuerdo de su hijo perdido al que siguen teniendo presente como un ser muy significativo en sus vidas.

Ninguna de ellas recuerda el evento con excesiva tristeza, cierta melancolía las hacen recordar siempre la visión del hijo perdido pero de manera tranquila, idealizando en cierto aspecto a ese niño que no tiene a su lado. En uno de los casos se presentó una experiencia alucinatoria del llanto de su bebé para una fiesta especial (la navidad) cargada de mucho significado, pero vivida por la paciente de manera benéfica. Para Davidson una señal de pena normal son estas manifestaciones alucinatorias, descartando la inclusión en rasgos psicopatológicos.

De acuerdo a la experta (anexo 6) es la presencia de factores protectores (anexo 1) lo que ayuda a la mujer a sobrellevar de mejor manera este proceso y volver rápidamente a su ritmo y tareas habituales. La resignificación de la pérdida es lo que se debe evaluar y en caso de no ser correctos, trabajar en ellas, para prevenir la aparición del duelo patológico, así como la permanencia en el tiempo de los molestos signos y síntomas de la angustia y la ansiedad.

Para la psicóloga que labora en el hospital, lo que se debe tener presente es el hecho de acompañar y acoger a la mujer siempre que lo requiera, sin importar el tiempo luego de la pérdida. Estar en permanente contacto con ellas y conocer su evolución, para detectar a tiempo si requiere ser derivada a las redes de apoyo existente en los consultorios de la zona para que reciban la terapia correspondiente.

El resumen de la experiencia que cada una de ellas hizo en la entrevista final es recordada como un evento vital triste, pero benéfica, ya que les permitió crecer como personas y acercarse más a sus seres queridos, en especial a su pareja y otros hijos. Los relatos son siempre en pasado, dejando claro que ninguna de ellas tiene la visión de su bebé presente en la actualidad, sin embargo respecto a sentirse desligada y ajena a lo ocurrido, obviamente es realizado en presente ya que ninguna ha superado totalmente este proceso.

Lo evidente es que están en camino de superar este estado de buena forma y la cuarta no ha podido ser evaluada hasta la fecha desconociéndose su estado actual, no pudiendo concluir nada respecto a ella.

## **CAPÍTULO N° 7**

### OBSERVACIONES ADICIONALES

De todo el proceso descrito en esta tesis, se quiere compartir algunas reflexiones personales que se concluyen del trabajo, esperando que causen impacto en la población estudiantil para generar la necesidad de investigar más respecto a un tema actual y que muchas veces evaden los profesionales que laboran en salud.

Personalmente creo que de existir compañía profesional durante el proceso, sea proporcionada por “una mujer en contacto con otra”, ya que por compartir la naturaleza materna la comunicación emocional es más provechosa, existe más confianza de parte de la mujer para compartir su torbellino emocional que con un varón. Esto sobre la base de lo que las propias mujeres dijeron de la compañía recibida durante el proceso y sobre el nexo terapéutico establecido con la psicóloga.

Así como se espera una estabilización física para cualquier intervención médica, ideal sería una estabilización psicológica antes de someter a la mujer que pierde a su hijo a la extracción fetal del vientre materno, ya que se agregan factores de estrés como el intervencionismo, sumado a la carga psicológica.

Por eso es de vital importancia continuar con la investigación en esta área, ya que la confrontación médica-psicológica que se produce no es beneficiosa para las pacientes, ni para el personal que labora en el área.

La excesiva y obsesiva presión familiar muchas veces resultaron una molestia para el personal y para las pacientes, tratemos de ponernos en la situación: “acabo de perder al hijo que yo esperaba, quiero estar sola y llorar...quiero poder descargar esa pena tan grande que tengo y me presiona”. Muchas veces no comprendemos que hay mujeres que prefieren vivir estas experiencias en total intimidad y la familia se esmera en estar ahí, ocasionando muchas veces más daño que beneficio.

A mayor nivel educacional de la mujer es más difícil lograr descubrir la etapa en la que se encuentra por los mecanismos de defensa que evidencia, pero así también la rehabilitación parece ser más fácil pues se trata de una mujer que comprende lo que le ocurre, evidencia de ello es que aceptan de mejor manera lo que van a experimentar. La recuperación es evidentemente más sencilla, porque existe la posibilidad de acceder a mayor actividad, ya sea laboral, viajes u otra que le permita mantenerse ocupada, sin pensar en el problema y llegar a desarrollar un cuadro depresivo más permanente y prolongado.

No solo basta con la actividad, se debe considerar también las fortalezas personales sumadas a la preparación mencionada, como los factores relevante en el proceso de recuperación de la mujer.

No es signo de recuperación el hecho de no llorar o decir constantemente que está todo bien. El duelo es un proceso y para la recuperación total se deben respetar y conocer los tiempos que tiene cada persona, así como la diversidad de caracteres humanos, las características, signos y síntomas de lo normal para detectar a tiempo lo anormal.

Contrario es si vemos que una mujer no llora, se tiende a pensar que no siente la muerte de su bebé y se le rotula en el servicio público como embarazo no deseado o maniobras abortivas. Ese es un tabú que no implica nada de lo anteriormente citado y debemos dejar en claro que no todos reaccionan de la manera convencional, socialmente aceptada como “el que llora más siente más”. Además tener bien presente que el bloqueo emocional suele ser una reacción habitual ante una experiencia dolorosa, así como el surgimiento de los mecanismos de defensa de la personalidad que ayudan al ser a apaciguar el excesivo impacto emocional y el dolor de la pérdida.

Es importante enseñar a la mujer sobre el proceso de duelo y sus etapas, haciendo hincapié en que es un proceso normal, pues muchas veces queda con la sensación que está cursando una enfermedad mental, aspecto que tiende a desesperarla y potencia el no pedir ayuda cuando lo requiere, para que así los demás no piensen que están iniciando una patología y la rotulen de insana.

Creo que siempre es mejor la educación, información y apoyo psicológico, ya que ayuda a la mujer que de antemano conoce que va a perder a su hijo, a comprender y vivir el proceso de duelo de manera más conectada con su sentir y por lo tanto

disminuyen considerablemente los dolorosos signos y síntomas de lo que se conoce como duelo patológico.

La posibilidad de tener un lugar donde llorar y recordar a su hijo es de utilidad, no solo el recuerdo de haberlo visto, sino un lugar en el espacio físico. En el caso de los fetos, estos no tienen el pase de sepultura autorizado por los cementerios, a pesar que en la actualidad esta ley esta siendo sometida a análisis en el Congreso de nuestro país, pero casi todos tenemos a un ser querido en el cementerio y el símbolo de la flor para el difunto se lleva mejor si la mujer otorga ese reconocimiento al familiar fallecido y le lleva otro presente a su hijo de manera simbólica, cerrando el círculo del ritual.

Siempre es mejor mantener la intimidad de la mujer y el respeto por su expresión emocional. Ideal sería que en estos casos existiera un lugar privado donde ellas pudieran estar solas o acompañadas de su pareja si así lo quieren en el desarrollo de su trabajo de parto, ya que en los servicios públicos existen salas de urgencia donde muchas veces están rodeadas de otras mujeres en circunstancias diversas y viven este proceso privadas de esa intimidad que a veces desean y no se les puede dar por espacios reducidos y exceso de pacientes.

Es un debate importante para sensibilizar a los encargados en la planificación de futuros centros hospitalarios aunque sabemos que es difícil por ahora acceder a esta utopía en nuestro país. Por ahora se podría adecuar un lugar para pacientes en circunstancias especiales, donde tengan la mayor privacidad posible respetando el difícil momento que están viviendo.

La confrontación de la pérdida del deseo maternal es bastante difícil para cualquiera que conoce una noticia como esta, pero lo importante en caso de la futura terapia que deben recibir estas madres es trabajar el tema de la resignificación, donde el terapeuta debe comprender esta pérdida desde los significados personales de cada paciente y comenzar el proceso de ayuda con esa mirada, ya que no podemos imponer ningún significado propio, eso depende de lo que cada individuo siente e interpreta. Lo que se pretende es que al final la mujer disminuya su dolor psicológico para retomar de manera menos trágica la visión de vida actual y futura.

Es labor de un profesional capacitado y preparado detectar los factores de riesgo para diagnosticar a tiempo la probabilidad de la mujer a vivir el proceso de manera más perjudicial, cayendo en lo que conocemos como duelo patológico. En los servicios hospitalarios se convive a diario con la muerte, pero muchas veces los profesionales se quedan solo con lo que conocen al respecto desde la teoría para apoyar a sus pacientes, lo que a la larga puede resultar más dañino que beneficioso.

## **REFLEXIÓN FINAL**

En la experiencia de este trabajo se descubre que ese dolor se lleva mejor si se recibe una compañía capacitada, no solo sirve la educación acerca del problema que el niño trae, más bien la ayuda realizada por un profesional conocedor del proceso de duelo para que la mujer logre ser más consciente de sus emociones, que logre contactarse con ella misma para que no reprima ni tema expresar lo que siente.

A su vez es un factor directo relacionado con otros factores, como la madurez que ésta posee, su experiencia de vida, con momentos similares que le ha tocado vivir y el apoyo que le brinda su compañero. También debemos considerar los nexos que logra con los otros seres humanos, lo que ella esperaba de su embarazo y lo que significa para ella la maternidad, aspecto que muchas veces la sociedad impone a la mujer como un estigma y que ejemplifican de manera muy concreta en la siguiente frase imperativa: “debes ser madre y parir un hijo sano”.

Siendo una mujer aún sin hijos, me atemoriza un poco el hecho de convertirme en madre con todas las situaciones que a diario veo en el hospital, he extrapolado el sentir de ellas logrando una conexión especial. Evidente es que uno nunca esta

preparado para perder a los seres que quiere, más aún si no los conoce o no ha interactuado con ellos y solo los ha idealizado.

Al igual que Davidson y los teóricos que han estudiado el proceso de duelo, en esta investigación se ha descubierto algo similar: Se dan las etapas que ellos describen en casos de muerte fetal tardía.

La idea es que conozcamos en la práctica que así es, pues como se dijo anteriormente la teoría es un buen pilar del cual aferrarse y en cualquier investigación lo ideal es contrastarla con la realidad Chilena, en este caso un hospital regional que alberga mujeres de la quinta región que perdieron a su bebé por problemas de malformación congénita y que como suele cuestionarse, los estudios extranjeros no son aplicables a nuestra realidad. En este caso podemos decir que sí se aplica haciéndonos ver que en este tipo de situaciones las reacciones en la mujer son similares, pudiendo afirmarnos de lo que ellos averiguaron sobre signos, síntomas, tratamientos y prevención del proceso de duelo.

En nuestra sociedad se privilegia la prevención antes que el tratamiento, por lo que resulta bastante productivo que sigamos con investigaciones de este tipo que permitan un mayor acercamiento al conocimiento previo de algún proceso que se puede prevenir antes que curar y que ayuda a nuestra población a conocer de antemano que les va a ocurrir ante un evento inesperado, como la muerte in-útero, la maternidad, considerada socialmente como un evento natural y feliz para todas y que de golpe puede verse alterado por un diagnóstico de este tipo.

Los profesionales de salud deben conocer cuales son las etapas que atraviesa una mujer al perder a su bebé, así como las diversas visiones de maternidad que existen, pues muchas veces caemos en preenjuiciar ciertas reacciones femeninas, a pesar que ponen todo de su parte por apoyar el aspecto vital corporal, olvidando a veces lo más espiritual o mental. Es ahí donde el psicólogo es idóneo para este accionar, ayudando y educando a todos los que laboran en el servicio, no solo a las pacientes. La psicología femenina tiene muchas aristas que debemos seguir tratando de descubrir cada día y no cerrarnos solo en el absolutismo teórico, a pesar que siempre es un buen referente y el inicio de cualquier curiosidad intelectual, pero no la única.

Esto se logra de la sumatoria de la teoría y el contacto diario con la mujer, con su dolor, su alegría de ser madre, con los temores y deseos que tiene para su hijo. Siendo seres humanos debemos ponernos en el lugar del otro y sentir solo por un momento lo bien que nos hace conocer lo que nos va a pasar, lo que nos ayuda descubrir, cuestionar y comprender el dolor que estamos sintiendo sin temor a expresarlo, ese dolor que siendo únicos y singulares es vivenciado de manera diferente por cada uno de nosotros.

## REFERENCIAS.

- Biedermann Dommasch, N. (1993). Antropología del duelo. Instituto chileno de terapia familiar.
- Bowlby, J. (1997) La pérdida afectiva: Tristeza y depresión. Ed. Paidós.
- Camus, L (1992) Enfermo crónico: familia y red social. Revista chilena de pediatría.
- Chiang, R (1997) Apuntes de clases. Referencias del ramo de Psicología General. Universidad de Valparaíso.
- Consideraciones éticas acerca del embarazo con malformación. Comité de Ética, Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata, 30 de septiembre de 1997.
- Delgado, J. Gutiérrez, J.(1998) Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales Editorial Síntesis S.A. Madrid.
- De la Fuente, G. Schiavetti, D.(1998). El deseo femenino de un hijo: una perspectiva Lacaniana. Tesis de grado para optar al título de psicólogo. UCV.

- Diagnóstico y manejo de la muerte fetal. American College Obstetrics and Gynecology. Boletín Técnico, 1993.
- Díaz M. When a Baby Dies. American Journal of Nursing. 54-56, 1995.
- Enfermería actual. Vol.3 No. 3 Septiembre 2000.
- Fariás, F. (1995) Guía práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. 2ª edición. Mosby Doyma libros.
- Festinger, L. Katz, D.(1993) Los métodos de investigación en las ciencias sociales. Editorial Paidós, México.
- Fox R, Pillai M, Porter H, et al. Review. The management of late fetal death: a guide to comprehensive care. British Journal of obstetrics and Gynecology. 104:4 -10,1997.
- Gendlin, E.T.(1997) Psicoterapia experiencial y Focusing: La aportación de E.T Gendlin. Editorial Desclée de Breouwer.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P.(1998) Metodología de la investigación. Editorial Mc. Graw Hill, 2ª edición. México.

- Klaus, M. Kennell, J. (1978) La relación madre-hijo. Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia. Editorial panamericana.
- Kubler-Ross, E. (1997) Conferencias. Morir es de vital importancia. Editorial luciérnaga. Barcelona.
- Kubler-Ross, E. (1998) La muerte: Un amanecer. Editorial Martínez Roca S.A. Barcelona.
- Kubler-Ross, E. (1999) Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido. Editorial luciérnaga-océano. Barcelona.
- La aflicción relacionada con la muerte perinatal. American College Obstetricians and Gynecologists. Boletín Técnico No. 86, 1985.
- Langman, J. Sadler, T.W. (1990) Embriología médica. 5ª edición. Editorial Panamericana.
- Leon, I.G. (1987) "Short-term psychotherapy for perinatal loss", Psychotherapy, 24, Sum, 2, 186-195.
- Levin B. Grief Counseling. American Journal of Nursing. 5:69-72, 1998

- Reuniones clínicas, médicos obstetras, (todos los viernes de 08:30-10:00hrs.) hospital Carlos van Buren de Valparaíso. Año 2002.
- Reunión con el equipo de psicólogos que laboran en el hospital Sótero del Río de Santiago.
- Sarquis, C.(1991). Manuales de psicología. Introducción al estudio psicológico y tratamiento de la pareja humana. Facultad de ciencias sociales. Escuela de psicología, PUC.
- Sinason, V.(1998) Comprendiendo a tu hijo discapacitado. Editorial Paidós.
- Tapia, J. Ventura-Juncá. (1992) Manual de neonatología. Editorial Mediterráneo, PUC, Chile.
- Ussher, J. (1989) The Psychology of the Female Body. Routledge, London.
- Vidal, W.(1995) Normas de estilo y formato para la presentación de tesis de grado. Valparaíso. Chile.

- Varias páginas visitadas en Internet, a través del servidor “google.com”.

**[www.babyespaña.com](http://www.babyespaña.com)**

**[www.psicoplanet.com](http://www.psicoplanet.com)**

**[www.galenico.com](http://www.galenico.com)**

**[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)**

**[www.cedip.com](http://www.cedip.com)**

Fundación esperanza: **[www.fund\\_esperanz@geocities.com](http://www.fund_esperanz@geocities.com)**

Elizabeth Carney: **<http://www.ivf.com>**

Social Support Pregnancy Loss: **<http://web.co.nz/~katef/sspl/>**

Bonnie Babes Foundation **<http://www.bbf.org.au/>**

SANDS: **<http://www.sandsvic.org.au/>**

OBGYN.net: **<http://www.obgyn.net/women/loss/loss.htm>**

M.I.S.S.: **<http://www.fortunecity.com>**

Informe de la comisión etica // **[www.se.neonatal.es](http://www.se.neonatal.es)**

## **ANEXOS.**

### **1. FACTORES QUE AYUDAN O DIFICULTAN EL DESARROLLO NORMAL DEL DUELO (P. PALACIOS, 2002).**

#### **Factores de riesgo.**

- ❖ Familias monoparentales.
- ❖ Historia de patología mental.
- ❖ Abuso o maltrato de la pareja.
- ❖ Pérdidas previas.
- ❖ Embarazo no deseado.
- ❖ Ausencia de diagnóstico prenatal.
- ❖ Hospitalizaciones durante el embarazo.
- ❖ Otros hijos con discapacidad.
- ❖ Dificultad de vinculación con el feto.

#### **Factores protectores.**

- ❖ Personalidad estable.
- ❖ Forma de resolución de problemas.
- ❖ Estilos de expresión emocional.
- ❖ Apoyo de la pareja.
- ❖ Apoyo de la familia.
- ❖ Redes de apoyo.

## 2. Teóricos y duelo (evolución en el tiempo)

- Lindemann (1944):
1. Shock/incrédulidad.
  2. Aflicción aguda.
  3. reanudación de la vida diaria.
  4. Disminución de la imagen de estar muerto.
- Engels (1964):
1. Negación
  2. Aceptación creciente.
  3. Restitución.
- Kübler-Ross (1969):
1. Negación.
  2. Depresión.
  3. Cólera.
  4. Reajuste.
  5. Aceptación.
- Horowitz (1976):
1. Protesta, negación.
  2. Intrusión.
  3. Obtención.
  4. Conclusión.
- Davidson (1979):
1. Shock e insensibilidad.
  2. Búsqueda y ansiedad.
  3. Desorientación.
  4. Reorganización.

- Bowlby (1980):
1. Embotamiento.
  2. Anhelos y búsqueda.
  3. Desorganización y desesperanza.
  4. Reorganización.
- Backer et al. (1982 )
1. Ansiedad.
  2. Ira y culpabilidad.
  3. Desorganización.
- Martocchio (1985):
1. Shock e incredulidad.
  2. Anhelos y protesta.
  3. Angustia, desorganización y desesperación.
  4. Identificación.
  5. Reorganización y restitución.
- Delisle-Lapierre (1984):
1. Crítica.
  2. Crucial.
  3. Creadora.
- Clark (1984):
1. Negación e incredulidad.
  2. Aceptación creciente de la pérdida.
  3. Restitución y recuperación.
- D'Angélico (1990):
1. Shock/negación.
  2. Ira/depresión.
  3. Comprensión/aceptación.

### 3. RESUMEN ANUAL, FORMULARIO RP-20 OTORGADO POR EL SSVSA

En el año 2001, en el hospital Carlos van Buren de Valparaíso hubo un total de 4089 nacidos vivos, de los cuales 121 traía alguna malformación al nacer.

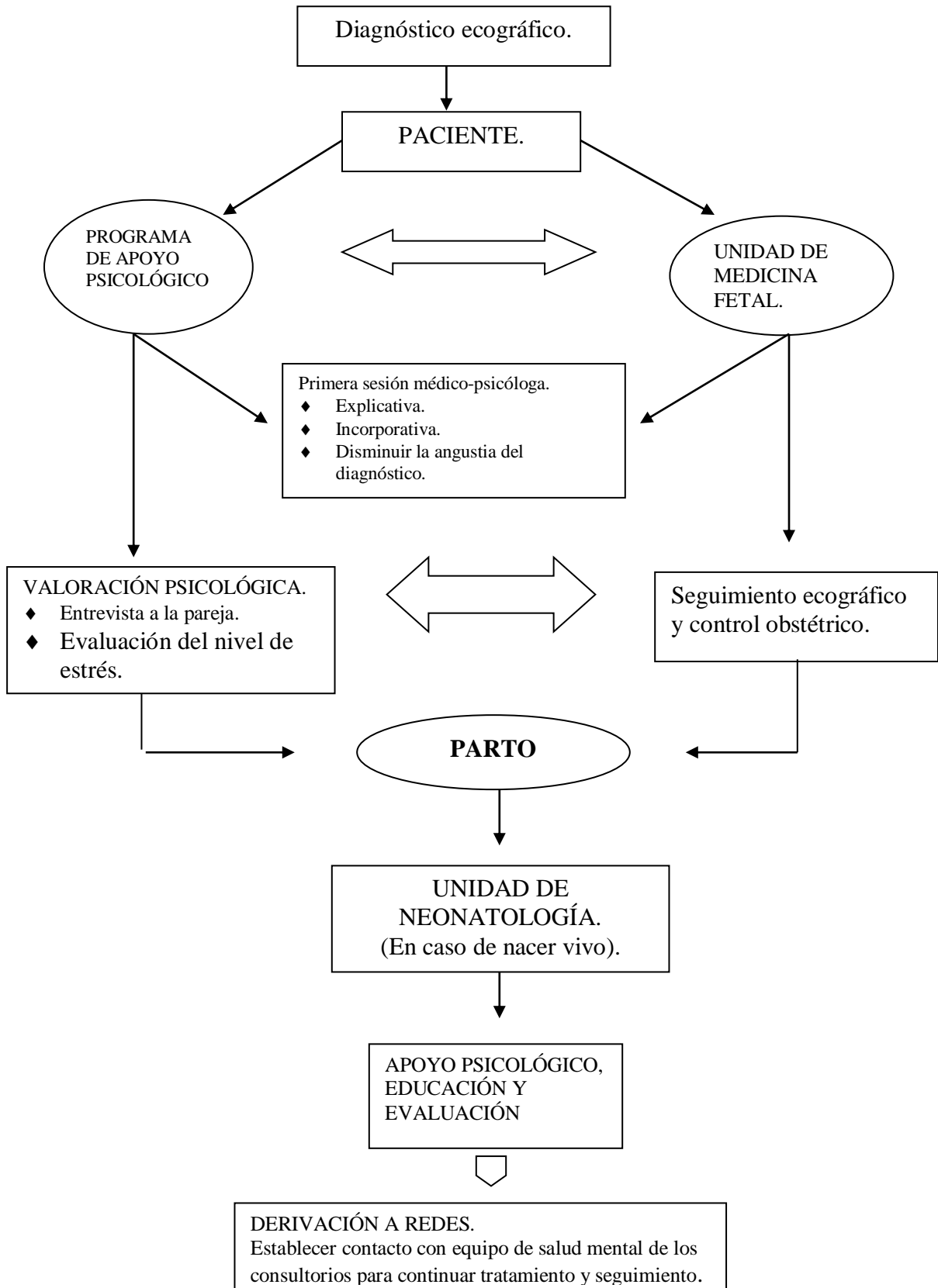
Anencefalia y similares.	4
Espina bífida.	3
Otras anomalías del S.N.C.	16
Anomalías congénitas del ojo.	3
Anomalías congénitas del oído, cara y cuello.	18
Anomalías del corazón.	16
Anomalías del sistema circulatorio.	9
Anomalías del aparato respiratorio.	4
Fisura del paladar y del labio leporino.	4
Anomalías del sistema digestivo.	1
Anomalías de los órganos genitales.	3
Anomalías del aparato urinario.	6
Anomalías osteo-musculares.	8
Anomalías de los miembros.	11
Anomalías del tegumento.	4
Anomalías cromosómicas.	6
Otras anomalías no especificadas.	4
TOTAL	121

**4. FORMACIÓN DE SISTEMAS Y ORGANOS.**

**(Susceptibilidad a la teratogénesis).**

PRE ORGANO GÉNESIS		PERÍODO EMBRIONARIO. (Semanas)						PERÍODO FETAL. (Semanas)					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	20	38
		<b>Sistema nervioso central.</b>											
		<b>Corazón.</b>											
		<b>Oídos.</b>											
		<b>Ojos.</b>											
		<b>Brazos y piernas.</b>											
		<b>Labio.</b>											
		<b>Paladar.</b>											
								<b>Genitales externos.</b>					
<b>Muerte</b>		<b>Malformaciones importantes.</b>						<b>Defectos funcionales.</b>					
		<b>EMBRIÓN</b>						<b>FETO</b>					

### 5. Modelo original de atención del PAS



## **6. ENTREVISTAS.**

### **PACIENTES.**

1. ¿Cómo te sentiste al saber que estabas embarazada?
2. ¿Qué expectativas (sueños, ideales) tenías, respecto a tu hijo?
3. ¿Qué pensaste al conocer que tu bebé venía con problemas?
4. ¿Cómo fueron tus reacciones, luego del diagnóstico, con:
  - Pareja.
  - Otros hijos.
  - Familia y amigos.
  - Contigo misma.
5. ¿Cómo te sentiste al conocer a tu hijo (la visión del hijo real, comparada con el hijo imaginario)?
6. Ahora, en la actualidad, ¿cómo te encuentras?
7. ¿Qué sientes ante la posibilidad de un nuevo embarazo?..
8. ¿Qué fue lo más productivo y lo más dañino para ti en este proceso?
9. ¿Qué planes tienes para el futuro?
10. Resume en pocas palabras este tiempo que has vivido, desde la pérdida de tu bebé.

**PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL AREA.**

De acuerdo a su experiencia en esta área de trabajo del duelo perinatal:

1. ¿Cómo define usted el duelo perinatal?
2. ¿Qué etapas son las que pasa una mujer que ha recibido una noticia de esta naturaleza y que se ha enfrentado a una experiencia como esta?
3. ¿Qué es lo más difícil de enfrentar y de superar para ellas?
4. ¿Cuál es el momento más difícil para usted, al momento de enfrentar estos casos?
5. De acuerdo a lo que usted ha visto ¿cuánto se demora este proceso?, ¿Cree Ud. que se supera del todo?
6. ¿Qué es lo que más se debe trabajar en ellas?
7. Según la literatura, es bueno que la mujer vea a su hijo fallecido. ¿Qué opina usted al respecto?
8. En general, ¿Qué factores protegen a la mujer de padecer un duelo más dañino y cuales son desfavorables para ella?
9. ¿Qué signos interpreta como patológicos en este proceso?
10. ¿Cree que es necesaria la compañía de un profesional psicólogo experto en el área?, ¿Por qué?

**Entrevista realizada a Paulina Palacios, psicóloga del hospital Sótero del Río, experta en tema del duelo (24 de Marzo del 2003).**

¿Cómo define usted el duelo perinatal?:

El duelo o los procesos de duelo es el estado de aflicción relacionado con la muerte de un ser querido y que puede presentarse con síntomas característicos de depresión mayor. También puede aplicarse a aquellos procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante cualquier pérdida, se pueden desencadenar reacciones desadaptativas con manifestación de índole depresiva y emocional, como el llanto, tristeza, desesperanza, impotencia, rabia, culpa, además es importante la disfunción a nivel social y laboral. No es un trastorno mental. El duelo perinatal se refiere a los procesos psicológicos que surgen ante la pérdida (real o imaginada) de un hijo durante este período. Real o fantaseada ya que alude al proceso que se inicia después del diagnóstico perinatal adverso en el caso de genopatías y malformaciones congénitas.

¿Qué etapas son las que pasa una mujer que ha recibido una noticia de esta naturaleza y que se ha enfrentado a una experiencia como esta?:

Las etapas que surgen son las etapas clásicas del duelo que no siguen un orden predeterminado ni una duración específica, mas bien están relacionadas con los mecanismos personales de coping e historia de pérdidas previas.

¿Qué es lo más difícil de enfrentar y de superar para ellas?:

Lo más difícil de superar van a estar relacionadas con lo expuesto en el punto anterior y con la carga afectiva puesta en este hijo y su proyecto (con el deseo). El duelo también es un proceso psicosocial, por lo que las redes de apoyo son relevantes. También el tema del apoyo, en especial de la pareja y la posibilidad de vivir este proceso juntos, de resignificar la pérdida.

Lo más complejo de la pérdida tiene que ver con la posibilidad de la resignificación en que el padecer psicológico comienza a atenuarse, a perturbar menos y permite a la vez re-mirar al futuro que hasta entonces había desaparecido, incluso la esperanza de este.

¿Cuál es el momento más difícil para usted, al momento de enfrentar estos casos?:

Me parece que todo el proceso es complicado y de un alto costo para el paciente y el equipo médico que apoya. Lo más difícil para el terapeuta es entrar en el mundo de significaciones personales de cada paciente, y es ahí donde se plantea el mayor desafío, en la pregunta permanente de quien es la persona que esta al frente. No todos los pacientes son iguales y tampoco todos los procesos. La pérdida finalmente tiene que ver con lo que cada uno ha perdido de sí mismo. El poder mirar al otro y a su mundo.

De acuerdo a lo que usted ha visto ¿cuánto se demora este proceso?, ¿Cree Ud. que se supera del todo?: Como decía anteriormente, los tiempos son personales. En la práctica clínica podría decir que en general el tiempo de terapia con estas pacientes es de dos años (dependiendo de lo anteriormente expuesto, deseo, otras pérdidas, etc.) habría que definir cuales son las expectativas y los focos terapéuticos que traen las pacientes, por ejemplo, si solo es remisión de la sintomatología o una comprensión acabada y la resignificación de la experiencia. Nunca se olvida, pero perturba menos a la paciente. Se revive la traumatización cuando aparecen otras pérdidas en la vida.

¿Qué es lo que más se debe trabajar en ellas?:

la resignificación.

Según la literatura, es bueno que la mujer vea a su hijo fallecido. ¿Qué opina usted al respecto?:

No existen recetas, y lo más importante es conocer a la persona para que ella, o ellos, decidan. Esta pregunta esta inserta en el contexto sociocultural de cada persona.

En mi experiencia, la inmensa mayoría prefiere conocer a su hijo, tocarlo y realizar un funeral, pero sin embargo me parece cada vez más respetable la otra opción. Lo relevante más que centrarse en que se haga o no, esta en proponer y respetar la autonomía y la percepción de autocompetencias para el manejo de situaciones críticas, fortalecimiento de decisiones propias, etc., evitar situaciones que promuevan la desvalía personal y la compasión. La estrategia clave es la empatía más que la simpatía. El como se vive el proceso será relevante para los estilos de APEGO FUTURO, tema relevante para la prevención de salud mental.

En general, ¿Qué factores protegen a la mujer de padecer un duelo más dañino y cuales son desfavorables para ella?:

Lo de riesgo son las primigestas tardías, primigestas jóvenes sin apoyo de la pareja son los grupos más vulnerables a cursar duelo asociado a cuadros depresivos o trastornos del animo DSM-IV. La relevancia de los programas de apoyo tiene la finalidad en la prevención de salud mental, disminuyendo significativamente la incidencia y la ocurrencia de cuadros patológicos asociados a la pérdida.

¿Qué signos interpreta como patológicos en este proceso?: La aparición de sintomatología con categorías diagnósticas del DSM-IV y que requieran de trabajo con psiquiatría.

¿Cree que es necesaria la compañía de un profesional psicólogo experto en el área?, ¿Por qué?: Claro que sí. La relevancia:

- Prevención de incidencia de trastornos depresivos y trastornos del animo.
- Prevención de estilos de apego disfuncionales futuros con otros hijos.
- Trabajo conjunto con el equipo médico y entrenamiento en la entrega de información.
- Adherencia a tratamientos médicos con los niños con discapacidad.
- Promoción de redes de apoyo social a través de estas instancias.

**Entrevista realizada a M. Negrete, psicóloga de la maternidad del hospital Carlos van Buren (Mayo del 2003).**

¿Cómo define usted el duelo perinatal?:

El duelo es un proceso que se vive ante la muerte de alguien que queremos mucho y con el que hemos establecido lazos afectivos. En estos casos la mujer pierde a ese ser querido que lleva en el vientre, que no conoce, pero que quiere mucho.

¿Qué etapas son las que pasa una mujer que ha recibido una noticia de esta naturaleza y que se ha enfrentado a una experiencia como esta?:

El shock, el cuestionamiento, la desesperación y luego poco a poco la reorganización.

¿Qué es lo más difícil de enfrentar y de superar para ellas?:

Creo que lo más difícil es aceptar que pierden parte de ellas con el hijo que se va, surge la culpa y la depresión y eso es lo que se debe trabajar de manera inmediata con ellas.

¿Cuál es el momento más difícil para usted, al momento de enfrentar estos casos?:

Creo que al inicio, al dar la noticia y el final, el deceso del bebé. Por el hecho de las reacciones fuertes que ellas comienzan a sentir.

De acuerdo a lo que usted ha visto ¿cuánto se demora este proceso?, ¿Cree Ud. que se supera del todo?:

La verdad no me atrevo a decir cuanto dura, ya que eso depende de cada mujer, pero ese dolor se lleva siempre y si no se trata adecuadamente aflora ante situaciones estresantes nuevamente.

¿Qué es lo que más se debe trabajar en ellas?:

La culpa.

Según la literatura, es bueno que la mujer vea a su hijo fallecido. ¿Qué opina usted al respecto?: Si, definitivamente, ya que se inicia la despedida y el desapego.

En general, ¿Qué factores protegen a la mujer de padecer un duelo más dañino y cuales son desfavorables para ella?:

Creo que lo que la experta ha señalado es lo correcto. Una patología mental por ejemplo es complicado, así como las adolescentes y las mujeres con su primer hijo. La excesiva presión familiar es también otro factor que entorpece el tránsito por este proceso.

¿Qué signos interpreta como patológicos en este proceso?: Lo que el DSM-IV rotula de patológico, que necesita ayuda de psiquiatra.

¿Cree que es necesaria la compañía de un profesional psicólogo experto en el área?, ¿Por qué?: Definitivamente si, incluso los médicos así lo creen. Es necesaria nuestra intervención ya que ellos no lo hacen. Es un tema que ellos no manejan, así como su tratamiento.

## **7. DERECHOS DE LOS PADRES CUANDO MUERE UN BEBÉ**

(FUNDACIÓN ESPERANZA)

- a. Ver, cargar y tocar a su bebé, tomar fotos, dentro de lo razonable.
- b. Recibir todos los recuerdos posibles, tarjetas de cuna, brazalete, mechón de pelo, artículo de ropa.
- c. Ponerle el nombre que ellos le tenían a su bebé.
- d. Observar sus rituales y costumbres religiosas, respetándolas.
- e. Que un personal médico comprensivo, les brinde cuidado, respetando sus pensamientos, creencias y solicitudes individuales.
- f. Estar juntos el mayor tiempo posible de hospitalización.
- g. Tiempo a solas con su bebé, reconociendo sus necesidades individuales.
- h. Que se les informe sobre el proceso de luto.
- i. Pedir una autopsia, que ellos acepten, no obligarlos a aceptar.
- j. Que se les preste información comprensible, de la causa de muerte, reporte de autopsia, patologías u otros reportes médicos.
- k. Planear un ritual de despedida, entierro o cremación en cumplimiento con los reglamentos locales y estatales de acuerdo a sus creencias, religión o costumbres culturales personales.
- l. Recibir información sobre apoyo para ayudar a la recuperación.

### **DERECHOS DEL BEBÉ.**

- 1) Ser reconocido como una persona, que nació y que murió.
- 2) Recibir un nombre.
- 3) Ser visto, tocado, cargado por la familia.
- 4) Que se reconozca su muerte.
- 5) Que se le entierre con dignidad.

## 8. AL FINAL..EL RESPETO POR EL OTRO.

(MARÍA LUZ RUÍZ MÉNDEZ)

Existe un factor importante al momento de tratar con seres humanos: **“el respeto a la persona”**, aspecto un tanto olvidado muchas veces, ya que acostumbramos relacionarnos con otros individuos y esto se transforma en parte de nuestra naturaleza automática asimilado por todos, pero olvidamos que este es un caso muy especial: son padres que se encuentran más susceptibles que el resto de la población y debemos considerar la manera de entregar la información y la forma de entregar el cuerpo del bebé fallecido.

Al visitar el departamento de “Anatomía Patológica”, observamos un bombardeo negativo a nuestra sensibilidad: olores, colores, una temperatura ambiental determinada y otros factores que trata de apaciguar el personal que labora en estas dependencias. La Dra. Cabello, anátomo-patóloga del hospital Carlos van Buren, es una persona muy carismática, una mujer fuerte que hace resaltar este atributo en el trato con los familiares de sus pacientes. Poseedora de una capacidad empática única que permite a la madre sentirse acompañada en un momento tan doloroso, como es retirar el cadáver de su hijo.

Muchos de estos bebés deben someterse a la “autopsia” de rigor, aceptada por escrito por los padres y que muchas veces desconocen llevándose la sorpresa al momento de retirar el cuerpo, encontrando a un pequeño que al abrazar “crepita”, causándoles una impresión traumática. Otras veces piden vestirlo y observan una tremenda cicatriz en forma de “T”, que va desde el esternón hasta el pubis y lateralmente debajo de las clavículas, que los hace sentirse engañados y pasados a llevar, pues nadie les informó de tal “mutilación”.

Entonces, ¿qué hacemos en este caso si se nos enseña a dar solo la información necesaria?, ¿Cómo explicarles este procedimiento?.

Una de las principales tareas asignadas para el psicólogo en el hospital es hacer que los padres accedan a la autopsia, siendo muchas veces innecesarias; si tenemos un bebé cuya causa de muerte es obvia, para que pedirle este examen, no así el caso de una mujer joven que más adelante puede ser madre nuevamente y que su hijo externamente parece perfecto, desconociéndose su causa de muerte, y para tranquilidad y ayuda de embarazos futuros se requiere conocer tal información.

La Doctora Cabello es una fiel defensora de entregar el cuerpo a los padres de una manera digna, siempre respetando su decisión. En el caso de querer vestirlo no se les niega este derecho, se le pone la ropa que la madre quiere que tenga y si tienen algún credo religioso y desean realizar un ritual antes de llevárselo, ella accede. Además cree que no todos los bebés requieren de esta intervención indagatoria, ya que además de traumática, es costosa.

Aún son muchas las cosas que falta pulir en la ayuda que tratamos de brindar a los padres para sobreponerse del dolor de perder a un ser querido, pero todos ponen de su parte para lograr que no se lleven un amargo recuerdo de esta experiencia, que en sí está cargada de diversas emociones y ante esta situación única y especial, se transforma en un torbellino que a veces puede ser malinterpretada y no ser vista por los padres con la intención real: **para ayudar y tranquilizar, pero manteniendo el debido respeto por el otro.-**