

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA



**VIVENCIAS Y SIGNIFICADO DE DUELO DE LA MADRE QUE HA
SUFRIDO UNA MUERTE NEONATAL HUANCAYO 2013**

Tesis presentada por la Maestra:

FELIZA NIEVES CHIPANA BELTRAN

Para optar el Grado Académico de Doctora en
Ciencias: Enfermería

Asesora: Dra. Sonia Olinda Velásquez Rondón

AREQUIPA – PERÚ

2015

A Dios,
por estar siempre a mi lado
en todo momento.

A mis hijas,
Mónica, Iris y Ángela
por ser mi inspiración.

A Manuelita,
mi dulce niña.

A Marino,
por su apoyo valioso.

AGRADECIMIENTOS

Luego de culminar el presente trabajo de investigación quiero extender mis más sinceros sentimientos de gratitud, en primer lugar a Dios, por ser el guía de todos los pasos que he dado en mi vida, principalmente este, que es la culminación y a la vez el inicio de una de las metas en mi vida.

A la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa – Escuela de Posgrado y Unidad de posgrado en Enfermería, a la Doctora Sonia Velásquez Rondón Directora de la Unidad de Posgrado en Enfermería por haber apostado por nosotras y haber compartido sus conocimientos y experiencia como docente.

De manera muy especial a los docentes, que nos han acompañado durante los 2 años de estudio y a cada una de las personas que me han animado y motivado en la realización de esta investigación, tan sólo espero no defraudarles y que las incontables horas de lectura y trabajo resulten de interés para todos.

Finalmente mi gratitud a las mujeres madres entrevistadas por permitirme conocer sus realidades frente a este acontecimiento que sin duda marcó sus vidas.

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|------|
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| INTRODUCCIÓN | |
| CAPÍTULO I: EL PROBLEMA | |
| A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 12 |
| B. OBJETIVOS | 14 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | |
| A. ANTECEDENTES | 17 |
| B. BASE TEÓRICA | 19 |
| CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO | |
| A. TIPO DE ESTUDIO | 55 |
| B. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA | 58 |
| C. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 59 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN | |
| A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS | 65 |
| B. DISCUSIÓN | 105 |
| CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | |
| A. CONCLUSIONES | 111 |
| B. RECOMENDACIONES | 115 |
| BIBLIOGRAFÍA | |
| ANEXOS | |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. | |
|----------|--|----|
| TABLA 01 | MANIFESTACIONES DEL DUELO SEGÚN WORDEN | 32 |
| TABLA 02 | CATEGORÍAS DE ANÁLISIS | 64 |
| TABLA 03 | CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DE LAS USUARIAS CON ANTECEDENTE DE MORTINATO, OCURRIDAS EN EL HOSPITAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN - 2013 | 66 |
| TABLA 04 | SIGNIFICADO DE MATERNIDAD SEGÚN LAS USUARIAS CON ANTECEDENTE DE MORTINATO, OCURRIDAS EN EL HOSPITAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN - 2013 | 69 |
| TABLA 05 | INFORMACIÓN DE LOS DIVERSOS SUJETOS DE ESTUDIO (MADRES) EN LA CATEGORÍA SIGNIFICADO DE PÉRDIDA FETAL | 72 |
| TABLA 06 | REACCIONES DE LA MADRE ANTE LA PÉRDIDA NEONATAL: SENTIMIENTOS | 75 |
| TABLA 07 | REACCIONES DE LA MADRE ANTE LA PÉRDIDA NEONATAL: CONDUCTAS | 79 |
| TABLA 08 | CONDUCTAS O ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE FAVORECIERON EL PROCESO DUELO - CALIDAD DE ATENCIÓN | 84 |
| TABLA 09 | CONDUCTAS O ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE FAVORECIERON EL PROCESO DUELO: VIVENCIA CON MORTINATO DESPUÉS DEL PARTO | 88 |
| TABLA 10 | CONDUCTAS O ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE FAVORECIERON EL PROCESO DUELO: IMPORTANCIA DE LA FAMILIA | 92 |
| TABLA 11 | CONDUCTAS O ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE FAVORECIERON EL PROCESO DUELO: SOCIEDAD | 96 |

RESUMEN

El Duelo por pérdida fetal es un proceso difícil de superar y enfrentar, ya que depende del significado de Maternidad que las mujeres han ido incorporando desde la temprana infancia a partir del modelo materno heredado y sus vivencias de vida. Este trabajo se realizó bajo un lenguaje cualitativo, con la matriz epistémica fenomenológica. La técnica de recolección de información fue la entrevista en profundidad realizada a 9 madres que han tenido una pérdida gestacional enmarcada en la definición de mortalidad perinatal OMS.(1990) Las madres fueron seleccionadas de manera intencional.

Resultados: los antecedentes como paridad, estado civil, semanas de gestación en que ocurrió la muerte perinatal así como la causa de muerte, no establecieron diferencias en los sentimientos y emociones vivenciados en la etapa de resolución del Duelo por la muerte La mujer define la pérdida fetal como un acontecimiento de sufrimiento, personal, inolvidable y que influye fuertemente en su autoestima.

La Maternidad es vista como un proceso único, irrepetible y de gran significancia en sus vidas. Además se reconoce a la pareja y familia como las redes de apoyo más utilizadas y las de mayor importancia en la adaptación de este suceso.

Fueron consideradas conductas positivas adoptadas por el equipo de Salud: el contacto físico, palabras de aliento y apoyo, la administración de analgesia y la información clara y oportuna entregada por los profesionales.

Los integrantes del Equipo de salud entrevistados reconocen la ausencia de un Protocolo o Programa de manejo Psicoafectivo para situaciones de Pérdida perinatal, así como también la falta de capacitaciones en el tema.

Conclusión: La Pérdida Perinatal es un proceso humano que afecta la autoimagen y rol materno condicionando, miedo y ansiedad para futuras gestaciones. Se requiere de la intervención de un equipo humano multidisciplinario capacitado y de Programas de apoyo Psicoafectivo para contribuir a resolver el Duelo.

Palabras clave: Vivencias y significado de duelo materno por muerte neonatal.

ABSTRACT

The Duel by fetal loss is a difficult process to overcome and face, as it depends on Maternity meaning that women have joined since early childhood inherited from the maternal model and their experiences of life. This study adopted a qualitative language, with the phenomenological epistemic matrix. The de.Spilgerberg method was used, (1975-) technical data collection was conducted in-depth interviews with nine mothers who have had a pregnancy loss framed in the WHO definition of perinatal mortality. Mothers were selected intentionally

Results: the background as parity, marital status, weeks of gestation in the perinatal death and the cause of death occurred, did not establish differences in feelings and emotions personally experienced in the stage of resolution grieving the Death Woman define loss as an event of fetal distress, personal, memorable and strongly influences their self-esteem.

Motherhood is seen as a unique, unrepeatable and great significance in their lives process. In addition to the couple and family is recognized as the support networks most used and most important in the adaptation of this event.

Were considered positive behaviors taken by the team of health: physical contact, words of encouragement and support, administration of analgesia and clear and timely information delivered by professionals.

The members of the health team interviewed recognized the absence of a protocol or psycho-management program for perinatal loss situations, as well as the lack of skills in the subject.

Conclusion: Perinatal Loss is a human process that affects self-image and maternal role conditioning fear and anxiety for future pregnancies. It requires the intervention of a trained multidisciplinary team and psycho support programs to help solve the Duel.

Keyword: Experiences and significance of maternal mourning for neonatal death.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio titulado: “Vivencias de duelo de la madre que ha sufrido una muerte neonatal. - Huancayo 2013”; Tuvo como propósito describir las respuestas humanas Y experiencias vividas por las madres que han sufrido una pérdida neonatal, con la finalidad de iniciar en ellas un proceso de recuperación física y psicológica.

El nacimiento de un hijo, representa un momento trascendental en la vida de una familia. Desde el embarazo hasta el parto, los padres desarrollan sentimientos de esperanza, ilusión y júbilo, proyectados hacia el futuro y ninguno de los dos imagina que habrá un final infeliz. Pero no todos los embarazos terminan satisfactoriamente y en algunos casos puede ocurrir la muerte del feto en la etapa perinatal que se inicia a las 22 semanas de gestación y concluye siete días después del nacimiento. (1)

Para la mujer, el hecho de concebir un hijo sigue sido un proceso complejo, comienza antes de la concepción y causa en ella cambios emocionales y físicos.

Durante su embarazo percibe al feto como parte de ella misma y no como un *sujeto* separado. Esta experiencia de fusión de carácter narcisista es el sustrato fundamental en el que se cimienta el vínculo de apego materno a su hijo, pues la madre deposita en él parte de su autoestima. (2)

Para Freud (3) la gestación llena las ambiciones narcisistas más relevantes entre las que se encuentran la sensación de omnipotencia derivada del hecho de dar vida a un nuevo ser, la afirmación de la feminidad y la ilusión de la inmortalidad, al contribuir a la perpetuación de las próximas generaciones de seres humanos, a través de su hijo.

Actualmente, gracias a la ecografía los padres pueden desde muy pronto, a las diez o doce semanas de gestación, ver y oír el corazón de su hijo, todo un acontecimiento que marca los sentimientos y la percepción materna del significado de la vida. La ecografía, cada vez más precisa y con mayor resolución muestra a los padres como crece y se desarrolla su hijo en el vientre materno. Los avances tecnológicos posibilitan un lazo temprano entre los padres y el bebé. Esta es la razón por la cual, desde hace pocos años, va en aumento el sentimiento de pérdida y el duelo de los padres cuando sucede un aborto o una muerte perinatal. Ante la pérdida perinatal del hijo en gestación, la respuesta emocional que la madre experimenta es un vacío corporal, una sensación de tristeza y melancolía de inadecuación, desamparo y pérdida de la autoestima; sentimientos que derivan de la pérdida de una parte de sí misma que ha sido dañada. (4) De hecho, no es raro que la pérdida perinatal provoque aparición de síntomas somáticos, alteración de la conducta, sentimiento de culpa y con ellos sobreviene el duelo materno, que implica un proceso dinámico en el que se sobreponen entre sí las diferentes fases que lo caracterizan y tienen una relación directa con los cuidados maternos del equipo de salud que la atiende en ese momento crítico para ella.

Es reconocido que la muerte de un hijo, tal vez sea la tragedia más difícil y desgarradora jamás imaginada por una mujer y su entorno, es una gran ruptura en el proceso natural de la vida. No se espera que los hijos mueran, ya que estos representan el inicio de la vida y no el final, siendo una etapa que muchas veces no se puede recuperar.

Al respecto la OMS (5) informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil, así las afecciones originadas en el período perinatal representan el 55% de la mortalidad infantil en EEUU; 35.8% Chile; 55% Argentina; 39.2% Colombia; 29.8% México y 56% en el Perú. En Perú según el INEI (6) la frecuencia de muertes fetales es de 4.25 por 1.000 nacidos vivos, donde el 76% corresponde a menores de 32 semanas.

Para el personal de salud resulta difícil ser testigos de la MP, ya que este acontecimiento no sólo implica enfrentar problemas técnicos, sino también emocionales. Aunque el personal de salud haya sido entrenado para curar y aliviar el dolor, la gran mayoría no ha recibido preparación para enfrentar la muerte, lo que puede generar en ellos una sensación de impotencia, frustración y tristeza, negando con estas actitudes esta vivencia.

Es por eso que el personal necesita preparación emocional para mitigar el DM en una mujer que ha perdido un hijo al nacer, afrontando el duelo de los padres con respeto y acompañándolos, para tratar de salvaguardar la salud física y psíquica de ambos. Por esto es conveniente que previo al nacimiento de un niño muerto o si éste fallece al nacer, el personal de salud ofrezca a los padres su ayuda, ayudándolos a enfrentar la muerte de su hijo, siempre respetando la decisión de recibir o no ayuda psicológica o espiritual que se les ofrezca, ya que la *autonomía* de la madre como la del padre es un principio bioético rector que el personal de salud debe respetar.

Por otro lado, la información a los padres sobre la muerte del niño debe ser breve, comprensible y exhaustiva, y debe darse en un ambiente adecuado. El personal debe escuchar atentamente a los padres, sin emitir juicios ante las reacciones iniciales de duelo; si se puede prever el fallecimiento, debe brindar a los padres la oportunidad de estar con el niño, de abrazarlo, de hablarle y si ellos lo expresan darle un nombre y bautizarlo antes de morir conforme a sus creencias religiosas. Sin embargo a nivel del MINSA no existen normas claras o protocolos que aborden de una manera integral la atención de mujeres que vivencian el Duelo por mortinato, donde se atiende todo el proceso adaptativo de este suceso, desde que la mujer se entera de la muerte del ser que estaba en su vientre hasta que esta inicie, o más bien culmine otra gestación.

Frente a esta realidad el presente estudio nos permitió profundizar en los objetivos específicos del proceso de duelo, de describir el dolor, la continuidad de vínculos de los padres con sus hijos fallecidos y la configuración de sentido que les vincula a objetos, espacios, lugares y sus significados que les permiten recordarles; a la vez, pudimos aproximarnos a las vivencias desarrolladas por los padres y las madres para rememorar y homenajear a sus hijos, así como a las diferencias expresadas en la elaboración del duelo y los significados dados al mismo, al mundo y a la importancia de todo ello en la comprensión del proceso de duelo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Los grandes avances científicos y la atención a las mujeres embarazadas han logrado disminuir en la última década el riesgo de embarazos que finalizan en pérdida, pero hay múltiples circunstancias médicas en las que sucede una pérdida perinatal. Actualmente, los avances tecnológicos posibilitan un lazo temprano entre los padres y el bebé, todo un acontecimiento que ha modificado los sentimientos de pérdida y el duelo de los padres ante una pérdida perinatal. En nuestro estudio la pérdida perinatal incluye, el parto de un feto muerto y el fallecimiento de un recién nacido dentro de los primeros 28 días de vida.

Las pérdidas acontecidas en el proceso del embarazo son unas experiencias indescriptibles para los padres, difíciles de asimilar, especialmente para la madre

dado que los bebés representan el inicio de la vida y no el final. Para muchas mujeres la experiencia de un aborto espontáneo es tan devastador y triste como el de una muerte perinatal. Tras sufrir la pérdida los padres necesitan poner en práctica una serie de tareas, es lo que se denomina proceso de elaboración del duelo. El duelo es la respuesta normal a una pérdida. Es algo personal, único y cada persona lo va a experimentar y manifestar de una forma distinta.

Algunos autores como, Gómez B.(7) y Cordero, M.(8) mencionan que en términos generales un duelo normal puede durar entre 6 meses y tres años. En este sentido, diversos estudios elaborados en varios países europeos y americanos proporcionan información sobre las experiencias de los padres y sobre las formas de apoyo ofrecidas para elaborar un duelo saludable, en ellos se estudian los efectos del tipo de contacto con el niño fallecido sobre sintomatología psicosocial y otras variables de efecto a largo plazo.

A nivel de Perú no existe programas de ayuda que orientan las intervenciones de los profesionales en torno a la pérdida perinatal, tampoco existe manuales ni protocolos de atención específica sólo es considerada dentro de los trastornos adaptativos a las reacciones del Duelo que se consideran normales por sus manifestaciones o contenidos. Debido a esto el Duelo no es tratado como una patología, ya que se cree que es un proceso que tarde o temprano tiene que ser superada.

A la sociedad le está costando reconocer que la pérdida perinatal tiene un gran impacto emocional en los padres, prueba de ello es un estudio realizado por Gálvez y Salido (9), que afirman que no hay datos empíricos que hablen de la realidad Peruana sobre la pérdida perinatal, tampoco de la experiencia de los profesionales respecto al tratamiento de la pérdida, sino tan sólo un conjunto de documentos que hacen recomendaciones de lo que los profesionales de la salud deberían hacer.

Garantizar una asistencia sanitaria de calidad es un reto difícil, al abordar la pérdida perinatal y es una experiencia que tiene que desarrollarse. La demanda más persistente es la del comportamiento que debe asumirse en estas

situaciones, en cómo acompañar el proceso. En ese sentido, es fundamental la idea de que es importante conocer cómo perciben los padres la pérdida y cómo afrontan los profesionales estas situaciones como paso previo a fundamentar mejor todas las intervenciones del equipo para favorecer la elaboración de un duelo saludable asegurando una atención individualizada.

Los hechos presentados posibilitan hacer algunas interrogantes:

¿Cómo superó la pareja la pérdida neonatal?

¿Cuál fue la reacción de la madre al recibir la noticia?

¿Cuáles son los sentimientos que tuvieron?

¿Cómo superaron el duelo?

PREGUNTAS NORTEADORAS

¿Cuáles son las vivencias y significado sobre el proceso de duelo que experimentan las madres que han sufrido una muerte neonatal -Huancayo 2013?

¿Cuáles son los recursos que utilizan las mujeres en el plano personal, familiar e institucional, para enfrentar el Duelo?

¿Cuáles es la percepción que tienen sobre el apoyo recibido por el equipo de salud durante el duelo?

¿Cuál es el significado que el Equipo de Salud, encargado de la atención de estas usuarias, otorga a la pérdida fetal y al proceso de Duelo?

B. OBJETIVOS

1. OBJETIVOS GENERALES

- Explorar a través de sus manifestaciones las vivencias y significados del Duelo, que experimentan las mujeres que han sufrido una muerte neonatal

en Huancayo 2013.

- Explorar la percepción y sistemas de apoyo del Equipo de Salud sobre el proceso de Duelo a la familia por pérdida fetal en Huancayo 2013.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Caracterizar la población en estudio según características sociodemográficas.
- Valorar el significado que las mujeres otorgan a la pérdida fetal.
- Valorar el significado que las mujeres otorgan al proceso de Duelo y a la maternidad luego de la pérdida.
- Observar y describir las formas distintas de enfrentamiento de la madre durante el proceso de duelo por muerte del neonato.
- Valorar los recursos que utilizan las mujeres en el plano personal, familiar e institucional, para enfrentar el Duelo.
- Identificar, a través de sus expresiones el apoyo recibido por el equipo de salud durante el duelo.
- Explorar el significado que el Equipo de Salud, encargado de la atención de estas usuarias, otorgan a la pérdida fetal y al proceso de Duelo.

3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

El motivo por el que hemos elegido la muerte perinatal como tema de estudio, es principalmente la gran repercusión que tiene sobre una familia la muerte de un ser deseado unido a la elevada frecuencia de muerte perinatal. Así mismo es de vital importancia el papel de los profesionales de salud en este momento, y dentro de ellos la Enfermera, que debe brindar un gran apoyo físico y psicológico tanto a la mujer como a la pareja y a la familia, ya que es el profesional que va a estar presente durante la mayor parte del proceso.

Nuestra experiencia diaria nos demuestra que en la mayoría de los casos no sabemos cómo actuar ante estas situaciones tan adversas, que podemos encontrarnos comúnmente en la práctica diaria.

La falta de conocimientos ante cómo comportarnos y la tendencia inconsciente a evitar situaciones negativas, hacen que adoptemos una actitud no siempre correcta ante la muerte perinatal y consigue que muchas veces sintamos una sensación de frustración e impotencia.

Por todo lo expuesto, hemos considerado muy interesante el abordaje de este tema con el objeto de que nos sea de gran utilidad en nuestra práctica profesional.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

Las primeras investigaciones sobre Duelo Materno por muerte perinatal (MP), se hicieron en la década de los años 70, pero aún hoy es un tema pocas veces estudiado, por lo que en el presente trabajo se hace una revisión bibliográfica acerca de este tema, con el propósito de tener una primera aproximación a la comprensión de este hecho, para analizar las diferentes etapas del Duelo Materno (DM), los cambios psíquicos y la sintomatología que puede generar, y discutir el papel de cada uno de los integrantes del personal de salud ante la Muerte perinatal MP. Por último, se plantean algunas recomendaciones para mejorar la atención y apoyo a la madre por el equipo multidisciplinario del hospital cuando ocurre este tipo de eventualidades. (10)

González Castroagudín, S. Et.al. (2013) España. Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. Objetivo: Identificar el papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; El duelo ante una pérdida perinatal es una respuesta afectiva normal que incluye síntomas como tristeza, irritabilidad,... El propósito de esta revisión es definir los recursos necesarios para un “enfrentamiento” eficaz de la familia tras una pérdida perinatal, y describir la labor de las matronas en la planificación del siguiente embarazo. La muerte perinatal tiene efectos comparables en madres y padres y frecuentemente experimentan temor sobre el resultado del siguiente embarazo, por lo que los cuidados en este período deben centrarse en ayudar a afrontar el duelo y resolver dudas sobre una nueva gestación. Las actitudes y conductas del personal sanitario tienen consecuencias directas sobre la familia, siendo necesario disponer de conocimientos y habilidades para ayudar a afrontar el duelo. (11)

Raja, R (2012) – Gran Bretaña Los abortos espontáneos múltiples podrían estar causados por demasiada fertilidad, asegura su nuevo estudio. Según los médicos británicos y holandeses responsables de esta investigación, el útero de algunas mujeres es demasiado eficaz al permitir el implante de embriones, e incluso acepta los que normalmente son rechazados. “Muchas mujeres afectadas por estos casos creen que simplemente están rechazando su embarazo y se sienten culpables”, dijo el profesor Nick Macklon, especialista del hospital Princess Ann. (12)

Klauss y Kennell (2012) Estados Unidos Concluyen que a pesar de que el vínculo madre-hijo es reciente, los patrones generales de respuesta son similares a los de las viudas los rasgos comunes son embotamiento, aflicción generalizada, anhelo, calera, irritabilidad y depresión. La reacción de duelo normal es, con frecuencia, un síndrome depresivo típico, con sentimientos depresivos, pérdida de apetito, pérdida de peso e insomnio, sentimientos de culpa. Su duración varía pero, en general no es prolongado ni intenso. (13)

Loveverde (2011)- Colombia Totalidad de muertes perinatales durante el periodo de estudio. Durante 2000 nacieron 8.674 niños en el Instituto Materno Infantil de

Bogotá, durante este mismo periodo se registraran 272 muertes perinatales, 10 cual corresponde a una mortalidad de 3,13%. La muestra del grupo de estudio se estructuro durante un periodo continuo de seis meses, de 1996, a medida que se fueron presentando los casos de duelo complicado hasta completar un grupo de 20 pacientes, que satisfacían los criterios diagnósticos del DSM-IV, sobre un total de 130 pacientes cuyos niños murieron en ese lapso. Por tanto, la muestra representa el 100% de los casos de duelo complicado que se presentaron en esos seis meses. El grupo de control se estructuró durante el mismo tiempo, con las pacientes que presentaban duelo no complicado, y se escogieron aleatoriamente de las 10 pacientes restantes. (14)

Oviedo, S. et.al (2011) Brasil Durante el proceso de Duelo de las madres que han sufrido un mortinato propone “abrir una línea de trabajo basada en la revisión de protocolos actuales y/o creación de nuevas guías de actuación con el objetivo de que se tenga en cuenta las necesidades y el correcto acompañamiento de las mujeres con los pechos llenos y los brazos vacíos” (15)

A nivel nacional no se ha encontrado trabajos similares, por lo tanto el estudio es original.

B. BASE TEÓRICA

1. EL DUELO

Duelo Según el DSM-IV-TR (16) el duelo es una reacción a la muerte de una persona querida acompañada por síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (tristeza, insomnio, pérdida del apetito), pero el estado de ánimo depresivo es considerado como normal.

De la misma forma, son varios los autores que se han interesado en analizar el duelo para tratar de comprender sus causas, manifestaciones y su curso.

El duelo se define como la reacción a la pérdida de una persona amada, de algo físico o simbólico de importancia significativa para el sujeto. La pérdida de una

persona amada entraña una de las experiencias más penosas y disruptivas para el ser humano. El intenso dolor que esto genera, desborda al deudo y lo sumerge en un estado de perplejidad, en el que toda su energía se vuelca sobre el objeto que perdió. (Freud, 1917) (3)".

El duelo, según Gálvez, A. et.al (17), es un proceso emocional y conductual definido, sujeto a variaciones individuales que dependen del carácter del sujeto con el "objeto" perdido, del significado que tiene para él esa pérdida y del repertorio de recursos de que dispone para contender con ella.

Para Bucay (18), el duelo es el proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad, surge como una reacción extremadamente dolorosa, pero normal, que se desencadena a raíz del rompimiento de una relación personal, cuyo proceso cumple una función homeostática, pues su finalidad es lograr la adaptación del individuo a la pérdida.

González, V. (19), indica que "el duelo se define como una reacción adaptativa normal ante la pérdida de un ser querido". Que puede ser una oportunidad para el crecimiento significativo de la persona doliente, y también puede ser una oportunidad para desarrollar comportamientos des adaptativos o desórdenes psíquicos.

Desde la perspectiva de los cognitivos conductuales el duelo es definido como "un síndrome específico, entendiéndolo como la emancipación de los lazos existentes con la persona fallecida, la readaptación al medio ambiente y la formación de nuevas relaciones". Rojas Posada S. (20)

Así, el duelo es percibido como una crisis, como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. La resolución inadecuada de las crisis en la vida puede conducir a un deterioro psíquico a largo plazo, o limitar la posibilidad de una

adaptación futura; mientras que por otro lado la crisis es también entendida como una oportunidad para el desarrollo, en un sentido positivo, es decir, que le sirva para quedar con un mejor nivel de bienestar. (21)

El Duelo, como experiencia humana, es en parte una naturaleza y en parte un constructo. Por un lado, las características centrales de la respuesta a la pérdida reflejan la herencia evolucionista como seres biológicos y sociales, derivada de la interrupción de los lazos de apego necesarios para la supervivencia. Por el otro, los seres humanos responden a la pérdida de un ser querido tanto en el nivel simbólico como biológico, atribuyendo significados a los síntomas de separación que experimentan, así como los cambios de la identidad personal y colectiva que acompañan la muerte de un miembro de la familia o incluso de una comunidad más amplia..(22)

Al respecto Bowlby J. (23) Refiere que el duelo es el estado de aflicción relacionado con la muerte de un ser querido y que puede presentarse con síntomas característicos de un episodio depresivo mayor. Podemos entender el Duelo y procesos de Duelo como el conjunto de representaciones mentales y conductas vinculadas con una pérdida afectiva por lo tanto es un mecanismo normal mediante el cual se rompe progresivamente los lazos emocionales con la persona muerta. Morrison (24) agrega que el ser humano debe experimentar el proceso de Duelo para poder superar las respuestas emocionales a la pérdida; duelo, luto y aflicción son reacciones normales y sanas.

El tiempo que se requiere para superar el Duelo varía de forma considerable y depende de la gravedad de la pérdida y de los recursos disponibles para afrontarla. Algunos teóricos afirman que las reacciones intensas de Duelo desaparecen gradualmente en un período de 6-12 meses, pero el luto activo puede continuar 5 años después de la pérdida. Los datos más recientes sugieren que el proceso de Duelo y luto es mucho más complicado de lo que se piensa y que cuando acontece una muerte de Duelo intenso, la persona es capaz de adaptarse, ajustarse y funcionar bien aunque este continúe indefinidamente en una variedad casi infinita de presentaciones, ya que considera al duelo como un proceso similar al de la sanidad de una herida física. García, A. M. (2008) (25).

La superación del proceso permite a las personas volver a unir todas sus piezas, reintegrarse a sus vidas, encontrar significado en nuevas relaciones y restablecer su propia imagen positiva, trata de un proceso curativo que estimula al individuo a continuar tras sufrir la pérdida. Las personas experimentan el Duelo a su manera, pero este proceso es muy similar en todas y todos.

1.1. Análisis Histórico del Duelo

Sigmund Freud (3) propuso la primera teoría intrapsíquica del duelo en su trabajo "Duelo y melancolía"; si bien no tuvo interés particular en el fenómeno mismo del duelo, lo consideró como una respuesta normal en el curso de la vida: "Todos tenemos pérdidas, todos nos afligimos, todos sobrevivimos".

Para Freud, el duelo es una reacción normal a la pérdida de una persona amada o a la pérdida de alguna abstracción que ha tomado el lugar de aquella, tal como la patria, la libertad o una idea. Si bien es un período especial de la vida, nunca deberá ser considerado como una condición mórbida que requiere tratamiento médico. Además, la interferencia del proceso puede aún llegar a ser peligroso para el deudo.

De los modelos propuestos para explicar las reacciones del duelo, el más completamente desarrollado es el psicodinámico, basado en las teorías psicoanalíticas propuestas por Freud, el cual se enfoca en el proceso intrapsíquico de la aflicción.

De acuerdo a esta teoría, el proceso de la aflicción es acompañado por un retiro gradual de la energía emocional (libido) del objeto amado perdido. Debido a que renunciar a esta unión es emocionalmente doloroso, los síntomas de la aflicción pueden ser entendidos como una negación inicial de la pérdida seguido por un período de preocupación, con pensamientos de la persona muerta, durante el cual los recuerdos son recuperados y revisados, permitiendo así que la unión a la persona muerta sea gradualmente retirada. El trabajo del duelo es completado cuando el individuo ha emocionalmente liberado la energía, estimulándose por nuevas relaciones.

Para Freud, la semejanza entre el duelo y la melancolía reside en la pérdida del objeto amado, siendo en la melancolía el sujeto mismo (su autoestima y autoconfianza) el objeto perdido. El ego llega a empobrecerse y estar vacío; en el duelo normal, por el contrario, no hay pérdida de la autoestima debido a que no existe una relación ambivalente -al menos en la aflicción normal- hacia el difunto. Si existiesen sentimientos ambivalentes, el duelo resultaría en una organización patológica que él llamó "reproches obsesivos" o un "estado obsesivo de auto-denigración" causado por el conflicto de la ambivalencia. Estos "reproches" se presentarían en forma de sentimientos de daño, abandono, desilusión y expectativas relacionales de castigo.

Al valorar la realidad -y reconocer que el objeto amado ya no existe- se requiere que toda la libido sea retirada de su unión al objeto amado (lo cual, de hecho, demanda un gran esfuerzo) y el individuo esté nuevamente libre para reinvertirla en otro sujeto. Debido al rechazo a dejar el objeto amado, este proceso sólo puede ser realizado lentamente, poco a poco con el tiempo. Durante este período de "decathexis" (dejar ir), la persona pierde el interés por todas las cosas, no puede experimentar amor y le invade un sentimiento de desesperanza.

Engels G. (26) analiza la polémica relacionada con la posibilidad de considerar al duelo como una enfermedad Y propone que el SNC está organizado mediante dos patrones opuestos de respuesta: Reacción de lucha-huida (fight-flight reaction), considerada como el fundamento biológico de la ansiedad y que tiene como propósito preparar al organismo para un esfuerzo físico vigoroso y protegerle contra el trauma físico y Sistema de conservación-retirada ("The Conservation-Withdrawal System"), considerado como el fundamento biológico de la depresión y el aislamiento. Este sería un estado adaptativo en el que se favorece el reposo del organismo físicamente enfermo, permitiendo la subsecuente recuperación y supervivencia así mismo concluye que el duelo debe así ser considerado una enfermedad desde el punto de vista de que "lo patológico" se refiere a un "cambio de estado" y no al hecho de la respuesta. Consecuente con su teoría, divide el duelo en 6 estados o fases:

a. **Shock e incredulidad:** Aturdido en principio, el deudo necesita tiempo para

procesar el hecho de la muerte.

- b. **Desarrollo de la conciencia de pérdida:** El patrón de lucha y huida es activado en términos de impulsos emocionales; llanto, rabia, irritabilidad y culpa como formas comunes de manifestar la angustia.
- c. **Restitución:** Los rituales de luto sirven para mantener a la familia y amigos juntos en su esfuerzo de apoyo. El proceso de recuperación se iniciaría cuando la realidad de la pérdida es reconocida. La religión y las creencias espirituales proporcionarían un sentido de paz cuando las expectativas de reunión después de la muerte son enfatizadas.
- d. **Resolución de la pérdida:** El aislamiento de otros permitiría que el trabajo del duelo tuviese lugar, y al mismo tiempo permitiría conservar la energía. Al utilizar el reposo, el deudo sería capaz de recuperar fuerzas y moverse hacia una curación más saludable ("The Conservation-Withdrawal System").
- e. **Idealización**, que ayudaría a reprimir sentimientos negativos hacia el difunto.
- f. **Resultado:** El proceso total del duelo tomaría 1 año o más de duración. Para Engel, el grado de culpa, ambivalencia, dependencia, la edad y el número de pérdidas previas afectarían el resultado y el tiempo empleado en la resolución del duelo.

Los síntomas fisiológicos y conductuales de la aflicción, especialmente los crónicos, opuestos a las oleadas agudas de malestar, representarían el retiro de reguladores internos que fueron el resultado de interacciones constantes y emocionalmente significativas con un individuo con el que había un apego significativo.

Lacasta MA, Soler MC (27). Utilizando como base las teorías de los autores precedentes, y su propia investigación empírica construye su "Teoría integrativa del duelo". El elemento central de esta teoría es el hecho de que cada fuerza psicológica que opera durante el proceso tiene también un fundamento biológico

que determina el bienestar físico del individuo; tiene en cuenta factores de la personalidad que influyen en los patrones del duelo, y considera además variables "moderadoras internas" (edad, fuerza del ego, sexo, apego al difunto, relaciones de ambivalencia y dependencia, funcionamiento físico actual) y "externas" (sistemas de apoyo social, circunstancias y características de la muerte y del muerto, situación socio-económica, religiosidad, muerte estigmatizante, crisis concurrentes). Por otra parte Sanders ve el duelo como un estado de progresión hacia la resolución y homeostasis, como adaptativo más que debilitativo, como crecimiento más que regresión. El "continuum" del duelo variaría desde "mucho", "muy largo", hasta "poco", "muy corto".

La decisión de sobrevivir no es, sin embargo, el final de este proceso; sólo cuando el individuo ha alcanzado un nuevo nivel de funcionamiento, incorporando los cambios necesarios, se puede decir que ya está listo para empezar de nuevo - resolución del duelo -, una nueva persona, una nueva vida. La duración total de la congoja, propia para cada individuo y sujeta a diversas variables, tomaría habitualmente hasta 3-4 años.

1.2. Etapas del duelo

A continuación veremos las perspectivas de 3 autores que clasifican las etapas del duelo: John Bowlby (24), Jorge Bucay (19) y Kübler-Ross. (25)

John Bowlby, (24) gran exponente y fundador de la Teoría del Apego, dice que existe una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos. El punto fundamental de dicha teoría está dado en la relación de experiencias de un individuo con las figuras significativas y su posterior capacidad para establecer vínculos afectivos. Sus observaciones de situaciones de separación prolongada, le permitieron clasificar la reacción de los niños en distintas etapas de dicho proceso.

El apego se define como toda conducta por la cual un individuo mantiene o busca proximidad con otra persona considerada más fuerte. Se caracteriza también por la tendencia a utilizar a esta figura más fuerte como un foco de

seguridad, desde el cual se pueda explorar los entornos desconocidos, y hacia la cual pueda volver buscando protección en momentos de amenaza. Así mismo el autor menciona que aunque el duelo se considere normal, y no patológico, el doliente siempre tendrá un intento de recuperación de su ser querido. Considera las siguientes etapas:

- a. **Embotamiento:** Tiene una duración aproximada de una semana o incluso menos, durante ésta puede haber etapas de tristeza o cólera muy intensas. El doliente puede llegar a sentirse abrumado e incrédulo con respecto a la realidad, se siente tenso y temeroso.
- b. **Anhelos y búsqueda de la figura perdida:** Durante esta etapa se producen episodios de anhelo y llanto. Así como inquietud, insomnio, pensamientos obsesivos acerca del ser querido. En esta fase también pueden llegar a experimentarse ataques de rabia y una gran frustración, ya que el doliente tiende a buscar a la persona perdida y alberga la esperanza de que todo volverá a la normalidad, pero al mismo tiempo se dará cuenta de que su búsqueda es inútil.
- c. **Fase de desorganización y desesperanza:** Durante esta fase del duelo, el doliente tiende a hacer un análisis profundo de cómo y por qué se produjo la pérdida, así como indagar acerca del suceso y de todos los que podrían haber sido responsables de la muerte de su ser querido. El doliente tiende a atormentarse pensando si hubiera hecho las cosas diferentes, tal vez no hubiera muerto su ser querido, desencadenando la culpa hacia otros y hacia él mismo.
- d. **Fase de Reorganización:** Después de todas las fases anteriores, el deudo llega a aceptar que la pérdida es permanente y comenzará poco a poco a retomar su vida, sabiendo que ésta ha cambiado. Hará el intento por reponerse y dar paso a la realidad que le aguarda.

"Los modelos sobre las figuras de apego y sobre el sí mismo gobernarán los deseos, expectativas, miedos, seguridades e inseguridades de un sujeto".

Elisabeth Kubler-Ross, (28) ha dividido la elaboración del duelo según la experimentan la mayoría de la personas, en cinco etapas identificables. La mayor parte de los pacientes y dolientes experimentan periodos de negación, enojo, negociación y depresión antes de alcanzar la aceptación, no todos los seres humanos atraviesan estas etapas en la misma forma ni con la misma duración.

- **Negación:** La etapa de la negación generalmente dura de cuatro a seis semanas y produce un efecto benéfico de movilizar los recursos internos para que se pueda afrontar la realidad de la nueva situación.

Nos permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante, es una defensa provisional.

- **Ira:** La negación es sustituida por la rabia, el resentimiento y el temor al no poder satisfacer las propias necesidades, a tomar decisiones, el miedo a no ser capaz de manejar la sobrevivencia emocional y física. La persona que proyecta su ira hacia otros, corre el peligro de quedar atrapada en la amargura, el resentimiento y la negación.

Es una etapa difícil de afrontar para los padres y todos los que los rodean, pueden responder posteriormente con dolor, lágrimas, culpa o vergüenza.

- **Negociación:** Ante la dificultad de afrontar la realidad, surge la etapa de intentar llegar a su acuerdo para superar la traumática vivencia, puede consistir en desear que se prolongue la vida o hacer tratos con Dios para que el diagnóstico médico esté equivocado. La negociación actúa en la mente para ayudar a ganar tiempo antes de aceptar la verdadera situación.

- **Depresión:** Se define, como el enojo dirigido hacia dentro, incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia; es una perturbación del ánimo hay sentimientos de tristeza, decepción y/o soledad. es un estado, en general, temporal y de preparación para la aceptación.

En esta etapa se necesita comunicación verbal, permitirle expresar su dolor y

esto llevara a la aceptación final.

- **Aceptación:** Quien pudo expresar sus sentimientos su dolor, la ira, el dolor de perder un hijo y la depresión, comienza a sentirse con paz, tras la aceptación llega la esperanza, es la que sostiene y da fortaleza al pensar que puede estar mejor y que puede promover el deseo de que todo el dolor tenga algún sentido.

Se vivirá en el presente, sin adherirse al pasado y se harán planes para el futuro.

El duelo se debe elaborar a un ritmo y tiempo que sea necesario. Existen similitudes entre aquellos que manejan su dolor con éxito, y patrones similares de bloqueo entre personas que tienen un problema para resolver su pena.

Todo proceso psicológico del duelo puede hacerse patológico cuando no ha habido una adaptación completa del individuo a la pérdida y a la reorganización de su vida.

Hay mecanismos que facilitan que el duelo evolucione hacia lo patológico.

- Ausencia del duelo consciente, que se caracteriza por: depresión, ansiedad, y enfermedades psicosomáticas.
- La ambivalencia entre una recuperación rápida y la aparición posterior de sentimientos de nostalgia, culpabilidad y conducta de autoagresión que puede llevar hasta el suicidio.
- La cronicidad del proceso por la persistencia de la ira, manifestado por nerviosismo, irritabilidad y agresividad, que evoluciona en depresión.

En el proceso vital de la persona, la muerte es tan natural como el nacer o crecer, pero la muerte es el más difícil de afrontar.

En la muerte neonatal los padres pueden tener sentimientos de culpa, de frustración, de castigo o de injusticia, de acuerdo con sus patrones socioculturales y religiosos.

Es por ello que la información a los padres sobre la muerte del bebé debe ser breve, comprensible, exhaustiva y darse en un ambiente adecuado, y por personal que está presente durante el nacimiento del bebé y su muerte.

El manejo del duelo mal orientado puede ocasionar alteraciones psicológicas, no solo a los padres, sino también en los otros miembros de la familia, por lo cual debe conocerse las diferentes etapas del duelo, poseer la habilidad para establecer relaciones interpersonales e identificar situaciones de riesgo, respetando siempre su autonomía, como principio moral y espiritual de su relación con los padres, cuando se les ayuda a afrontar su duelo.

Acompañar a los padres en su duelo; tratándolos con suavidad y manteniéndolos informados acerca de las causas del deceso de su bebé y facilitando a la madre el deseo de ver y tocar a su hijo si así es su deseo. Y por otro lado orientar a los familiares para los trámites hospitalarios.

Jorge Bucay, (19) define el duelo como *“el más duro de los caminos, es el sendero del dolor y de las pérdidas. Sin embargo, es un camino imprescindible. Porque no se puede seguir el rumbo si no podemos dejar atrás lo que ya no está con nosotros.”* Bucay sugiere que el duelo es una respuesta normal a un hecho que lastima (pérdida); así que la muerte de un ser querido es una herida que hay que cuidar y sanar.

Fases del Duelo según Jorge Bucay

- a. **Etapas de incredulidad:** Cuando la persona se entera de la muerte de un ser querido, lo primero que piensa es: *“No puede ser”*, piensa que podría ser una confusión. La noticia produce un shock, hay negación y aparentemente, no hay dolor. Si la muerte es inesperada, la reacción de shock es más fuerte y causa más confusión. El shock es un mecanismo de defensa y protege al individuo; esta etapa puede durar horas o incluso días.
- b. **Etapas de regresión:** Esta fase conlleva a un gran dolor, de repente, el doliente toma conciencia de que su ser querido murió, y con ésta sobreviene una explosión emocional fuerte. La persona grita, estalla en furia y llanto.

Durante esta etapa lo mejor será dejar que el doliente exprese lo que siente, sin restringirlo, pues aquí sería inútil tratar de hacerlo entender o tomar conciencia de la realidad.

- c. **Etapa de culpa:** En esta etapa surgen pensamientos para saber qué hubiera sido diferente, cómo se hubiera podido evitar la muerte.
- d. **Etapa de furia:** Durante este periodo surge la ira, cólera hacia la vida, Dios, hacia quien crea que fue responsable de la muerte, incluso hacia el difunto por abandonarlo y a veces contra él mismo. La furia ayudará a aclarar la situación y protege al doliente del dolor y la tristeza.
- e. **Etapa de desolación:** Es una fase de profunda tristeza y temor, ya que aquí aflora la impotencia, pues el doliente se percata de que su ser querido ha muerto y eso es irreversible. Esta etapa va acompañada de la soledad, el doliente experimenta la ausencia eterna y se da cuenta de que su vida cambió y no volverá a ser como antes. También hay temor, ya que vive la incertidumbre de cómo será su nueva situación. Durante esta etapa el doliente puede llegar a experimentar dolor en el cuerpo y una gran fatiga, así como alucinaciones, que indican el deseo de seguir al lado de su ser querido.
- f. **Etapa de fecundidad:** Durante esta etapa se experimenta la desesperanza, el deudo se identifica con algunas características de su ser querido y puede sobrevalorar las cualidades del difunto llegando así a una idealización.
- g. **Etapa de Aceptación:** El doliente comienza a separarse, independizarse y diferenciarse del difunto. Empieza a evaluar su situación para adaptarse a las nuevas circunstancias y así poder vincularse, de otra manera con su ser querido.

“El camino marca una dirección. Y una dirección es mucho más que un resultado”

1.3. Estudio del proceso de duelo

Freud S. (3) explica que ante la pérdida, el examen de realidad dice al individuo que su objeto amado ya no existe, exhortándolo a desligarse de él. La persona

se muestra renuente, ya que es un proceso largo y doloroso desunirse de un objeto que continúa existiendo dentro de su mundo psíquico.

Por tanto, es normal que el sujeto trate de retener el vínculo afectivo que lo une al objeto perdido, y sólo le es posible retirar la libido del objeto muy lentamente hasta que el yo es libre de nuevo.

El proceso de duelo de acuerdo con Freud, se caracteriza por un talante de dolor, la pérdida de interés en todo aquello del mundo exterior que no recuerde al objeto perdido, la incapacidad para escoger un nuevo objeto de amor y la imposibilidad para entregarse al trabajo productivo.

Para Bucay (19) elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia, por lo tanto de acuerdo con el autor, un duelo se ha completado cuando somos capaces de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor, para Bucay elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia, por lo tanto de acuerdo con el autor, un duelo se ha completado cuando somos capaces de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor.

Es importante dejar en claro que el proceso de duelo es subjetivo, cada persona lo vive indistintamente en cuanto a forma, contenido y duración, lo que significa que no todas las personas pasan por las mismas etapas, ni en el mismo orden. La duración también es variable, pero se considera que un duelo agudo no debería durar más de un año.

a. Concepción Biopsicosocial del Duelo

Perspectiva psicológica. No es posible evitar los duelos, pero las formas de reaccionar ante ellos varía. Desde el punto de vista psicológico se sabe que la no elaboración de un duelo importante predispone hacia dificultades con otros duelos. Un duelo o un conjunto de duelos mal elaborados puede cronificarse en cualquiera de las formas de psicopatología, así mismo puede hacer recaer al

individuo en su psicopatología ya existente (29)

Perspectiva psicosocial. La forma de elaborar los duelos y transiciones psicosociales es un componente fundamental de nuestra adaptación al entorno. Si bien lo que desencadena un duelo en una persona es siempre idiosincrásico de la misma, existen situaciones que prácticamente en todos los seres humanos desencadenan duelos de cierta importancia, son las llamadas transiciones o crisis psicosociales. En la tabla 1, se ilustran las principales transiciones psicosociales para cada grupo de edad. (30)

Las condiciones de vida precarias, el aislamiento social, la existencia de prácticas sociales que dificultan el duelo, la mezcla del duelo con problemas sanitarios, la forma de comunicar la pérdida, etc., son circunstancias psicosociales que afectan a los procesos de duelo.

TABLA 01

MANIFESTACIONES DEL DUELO SEGÚN WORDEN (31)

| | |
|---------------------------------|--|
| Sentimientos | Tristeza, rabia (contra sí mismo e ideas de suicidio), irritabilidad, culpa y auto reproches, ansiedad, sentimientos de soledad, cansancio, indefinición, shock, anhelo, alivio, anestesia emocional |
| Sensaciones | Molestias gástricas, dificultad para tragar y articular, opresión precordial, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, sensación de falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, sequedad de boca, trastornos del sueño |
| Cogniciones | Incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, pensamientos obsesivos e intrusivos con imágenes del muerto. |
| Alteraciones perceptivas | Ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales generalmente transitorias y seguidas de crítica, fenómenos de presencia. |

| | |
|------------------|--|
| Conductas | Hiperfagia, anorexia, alteraciones del sueño, sueños con el fallecido, distracciones, abandono de las relaciones sociales, evitación de lugares y situaciones, conductas de búsqueda y llamada del fallecido, suspiros, inquietud, híper alerta, llanto visita a lugares significativos, atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido |
|------------------|--|

- b. **Enfoque sociológico del duelo.**- En lo que a la sociología del Duelo se refiere, las culturas occidentales están dominadas por lo que se podría determinar como una comprensión existencialista del Duelo, la idea es que el Duelo representa una respuesta natural a las pérdidas profundas, caracterizada por síntomas, estadios e intentos presumiblemente universales. Esta perspectiva sitúa además el dolor dentro de las personas, ya que existe un fuerte énfasis cultural en el individualismo y una tendencia a atribuir la ansiedad a los estados interiores y a las características personales de las personas afectadas más que a sistemas o comunidades más amplias.**(32)**.

El autor antes señalado, demostró que con respecto a la muerte y el Duelo, el 72% de los padres cree que la muerte no está aceptada y que es un proceso que se tiene demasiado dramatizado y difícil de superar, por la falta de explicaciones esperanzadoras y verosímiles al respecto.

- c. **Perspectiva antropológica del duelo.** La elaboración normal del duelo conduce a la reconstrucción del mundo interno. Es la situación que el luto ritualiza con la obligada permanencia de la persona en duelo en casa, estándole “socialmente prohibidas” diversiones, vestidos vistosos, etc.; así podrá concentrarse en el “trabajo interno” del duelo.

Las manifestaciones sociales y antropológicas del duelo y los procesos de duelo tienen una triple función: permitir la expresión al nivel de la sociedad de esos procesos, tender a ayudar en el proceso psicológico del duelo (de ahí de la importancia de determinados ritos como los funerales) y por último, facilitar la comunicación del hecho a la comunidad, proporcionando a los vivos ocasión de consagrarse con los muertos y allegados, y preparándolos para

nuevas relaciones a través de los actos sociales. Tizón J. (33)

Hay pérdidas que suelen desencadenar, en la mayoría de las personas, procesos de duelo de gran complejidad y extremadamente dolorosos (por ejemplo, la muerte de la madre). También los procesos de duelo son más difíciles de elaborar cuando las muertes se producen “contra la secuencia natural de la vida” (por ejemplo, en los jóvenes).

La infancia y la senescencia, hacen más difícil la completa elaboración de los duelos graves, posiblemente por la menor capacidad de los sistemas de contención tanto intrapersonales como psicosociales.

Tienden a complicar el duelo las situaciones en las que no se llega a ver el muerto o cuando no se llega a poseer seguridad de su muerte o cuando el cadáver ha sido mutilado. También la forma de recibir la noticia, las pérdidas anteriores recientes, las pérdidas prematuras o las pérdidas inesperadas pueden dificultar la elaboración de un proceso de duelo.

Todas las circunstancias que influyen en la elaboración del duelo son mediadas por la personalidad del sujeto en duelo. Asimismo el tipo de vínculo con el ser perdido puede dificultar la elaboración de un proceso de duelo, como en el caso de relaciones ambivalentes o de dependencia con el fallecido.

- d. **Perspectiva biológica.** El duelo es una respuesta fisiológica a la vez que emocional. Durante la fase aguda del duelo, al igual que ocurre en otros acontecimientos estresantes, puede sufrirse una alteración de los ritmos biológicos. El sistema inmune también puede alterarse como consecuencia del duelo: disminuye la proliferación de leucocitos y se deteriora el funcionamiento de las células asesinas naturales. Se desconoce si los cambios inmunológicos son significativos, pero el índice de mortalidad de viudos en un periodo próximo al fallecimiento de su cónyuge es mayor que el de la población general. **Kaplan H, Sandock B (34)**

1.4. Variables que afectan al curso de un proceso de duelo

Variables antropológicas. Hay pérdidas que suelen desencadenar, en la mayoría de las personas, procesos de duelo de gran complejidad y extremadamente dolorosos (por ejemplo, la muerte de la madre). También los procesos de duelo son más difíciles de elaborar cuando las muertes se producen “contra la secuencia natural de la vida” (por ejemplo, en los jóvenes).

La infancia y la senescencia, hacen más difícil la completa elaboración de los duelos graves, posiblemente por la menor capacidad de los sistemas de contención tanto intrapersonales como psicosociales.

- **Variables relacionadas con las circunstancias de la pérdida.** Tienden a complicar el duelo las situaciones en las que no se llega a ver el muerto o cuando no se llega a poseer seguridad de su muerte o cuando el cadáver ha sido mutilado. También la forma de recibir la noticia, las pérdidas anteriores recientes, las pérdidas prematuras o las pérdidas inesperadas pueden dificultar la elaboración de un proceso de duelo.
- **Variables psicosociales.** Las condiciones de vida precarias, el aislamiento social, la existencia de prácticas sociales que dificultan el duelo, la mezcla del duelo con problemas sanitarios, la forma de comunicar la pérdida, etc., son circunstancias psicosociales que afectan a los procesos de duelo.
- **Variables intrapersonales.** Todas las circunstancias que influyen en la elaboración del duelo son mediadas por la personalidad del sujeto en duelo. Asimismo el tipo de vínculo con el ser perdido puede dificultar la elaboración de un proceso de duelo, como en el caso de relaciones ambivalentes o de dependencia con el fallecido.

1.5. Duelo materno

Posada S. (35) refiere que la madre en la muerte perinatal de su hijo puede crear una respuesta más severa e intensa que cuando ocurre la muerte de un familiar adulto. 9 Considera que los puntos más significativos en este proceso son:

Incremento de la sensación de irrealidad, debido a que su relación con la persona que fallece no se basa ya en experiencias ni recuerdos de una persona real, sino en los lazos afectivos que se desarrollaron antes de establecer con ella un contacto físico. La relación, en este caso, está basada en esperanzas y fantasías de los padres para con el hijo frustrado por la muerte. 9 Además, en la mujer, la tensión física y mental del trabajo de parto, posiblemente asociada a la sedación intensa o a la anestesia general, aumenta la sensación de irrealidad y 2) la disminución notable de la autoestima materna, como consecuencia de la incapacidad que percibe la mujer para confiar en su cuerpo para lograr satisfactoriamente el nacimiento de un hijo vivo y sano; en particular cuando la pérdida de éste se debe a anomalías fetales o problemas genéticos. (36)

“La forma de cómo comprendemos el proceso de muerte y la manera de abordar el duelo, está directamente relacionada con la cultura y han sido modificada por diversas creencias por las que ha atravesado la humanidad”.

El duelo es la reacción normal a la pérdida de un ser querido, el cual inicia de manera automática, este proceso tiene diferentes fases por las cuales una persona atraviesa por la pérdida significativa en la vida.

La magnitud de la reacción puede variar de persona a persona y de los elementos que tenga cada una para enfrentar las dificultades de la vida.

Es un proceso normal y necesario, este proceso psicológico del duelo puede hacerse patológico cuando no ha habido una adaptación completa del individuo a la pérdida y a la organización de su vida.

Cuando hablamos de duelo perinatal y neonatal nos referimos a la pérdida de un bebé durante el periodo del parto y la muerte durante los primeros 28 días de vida.

No podemos saber el impacto que tendrá, en una mujer, cuando es informada que su hijo murió o que nació muerto. Se ven frustrados sus anhelos, esperanzas y un hondo sentimiento de culpa; surgen expresiones y preguntas intermitentes como: “yo tuve la culpa por qué...” “¿Qué hice de malo?” “¿Por qué

yo?" ¿Por qué mi hijo?".

El duelo ante la pérdida de un bebé tiene características específicas que difieren de otros tipos de pérdida. La muerte neonatal es quizás más importante que el que se produce con la muerte de otro familiar.

Esto se debe a que la reacción con el bebé muerto se basa en los lazos afectivos desarrollados intraútero, ya que la madre, el hecho de concebir un hijo sigue un proceso complejo, comienza antes de la concepción y causa en ella cambios emocionales y físicos. Durante el embarazo percibe al feto como parte de ella misma y no como un sujeto separado.

Otro motivo por que el proceso del duelo neonatal es complejo, es el hecho de que la madre siente la sensación de fracaso por la incapacidad de cumplir su papel biológico y el rol que le impone la sociedad.

Se trata de duelos desautorizados, ignorados, silenciados, minimizados y es usual escuchar palabras como: "ya tendrás otro" o "aún eres muy joven" por lo que en muchas ocasiones duelos gestacionales y perinatales no son públicamente reconocidos ni socialmente expresados.

1.6. Duelo y Reproducción

Desde el momento de la confirmación del embarazo muchas mujeres se ven inundadas por esperanzas, sueños y sobre todo por la esperanza de un recién nacido saludable. Pero cuando se diagnostica alguna condición que le limitará la vida, como anomalías congénitas o enfermedades progresivas neuromusculares, desembocan en un Duelo profundo de los padres. Según **Rojas, S.(37)**, la pena crónica que conllevan estas pérdidas implica no sólo la renuncia a los sueños del pasado y una constante revisión de los planes presentes y patrones de enfrentamiento, sino también una anticipación de un futuro que está privado de marcadores que estructuran normalmente el ciclo de vida familiar. (Día de la graduación o boda). Pero incluso ante esta erosión del mundo de creencias, existente muchas familias que encuentran significado, poder y valor en su experiencia de mortinatos y ser padres de niños discapacitados.

Al comparar la muerte perinatal con el proceso de muerte normal, se destaca la diferencia en la relación con la persona muerta. No se basa en experiencias y recuerdos, sino que está constituida por esperanzas y fantasías de los padres. Pero a pesar de esto durante el embarazo ya se ha iniciado el proceso de apego, que dependerá en cada mujer según como lo haya vivido.

Es importante notar que para comprender el dolor y sufrimiento de una madre en Duelo, y el cómo esta experiencia podría influir sobre su capacidad para proporcionar cuidados a un nuevo hijo, es necesario explorar anhelos e ideas respecto al hijo perdido, historia de otras pérdidas, especialmente aquellas que involucran su propia infancia.

1.7. Duelo normal y patológico

Según el DSM-IV-TR (APA, 2005),(38) la atención o la necesidad de tratamiento se centra en una reacción normal ante la muerte de un ser querido y son comunes reacciones típicas de un episodio de depresión mayor. La duración y la forma de expresar un duelo normal, puede variar dependiendo de la cultura.

Sin embargo, hablamos de un episodio depresivo mayor (duelo patológico), si se mantienen por más de 2 meses –a partir de la pérdida-, síntomas tales como: 1) sentimientos de culpa, 2) pensamientos de muerte, 3) preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad, 4) enlentecimiento psicomotor acusado, 5) deterioro funcional acusado y prolongado, y 6) experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona perdida.

Aunque las fases del duelo son comunes, el duelo es un proceso individual, determinado por la historia y la personalidad de cada sujeto, en donde además influyen las características particulares en las que ocurrió la pérdida.

Según Bowlby, J. (24) al sufrir una pérdida el individuo pone en marcha diferentes procesos defensivos que constituyen una parte del duelo “sano”. La patología en el duelo está determinada por las formas que pueden adoptar dichas defensas y por el grado en que resulten irreversibles. Es decir, el duelo patológico consiste en exageraciones o deformaciones del proceso normal.

El curso que pueda tomar el duelo en una persona depende de la forma en que el individuo se siente involucrado con la pérdida, las expectativas que tiene sobre cómo afrontar la situación y si podría ver a la pérdida como una oportunidad susceptible de revisión y cambio

Para considerar lo normal o patológico del proceso de duelo es necesario considerar los diferentes factores que intervienen, sobre todo el hecho de que el proceso consiga o no su finalidad: que el doliente sea capaz de reorganizar su vida a partir de la experiencia de la pérdida y logre una nueva adaptación al mundo sin el objeto amado.

El duelo patológico se puede deber a alguno de los siguientes factores:

- Cuando el proceso de duelo nunca empieza.
- Se detienen en alguna de las etapas.
- Progresa hasta alguna de ellas y regresa recurrentemente hacia alguna anterior.
- Se estanca intentando evitar otra etapa.

Cabe mencionar que existen ciertos predictores para el duelo patológico, tales como:

- Muertes repentinas.
- Circunstancias traumáticas de muerte.
- Historia de pérdidas múltiples.
- Muerte de un niño.
- El sujeto que sufre la pérdida se encuentra en etapa temprana o tardía.
- El sujeto sobreviviente es demasiado dependiente.
- Historias previas de duelos difíciles.

- Depresiones mayores.
- Poco apoyo socio familiar.

Gómez B. (39) establece que existen diversas manifestaciones del duelo sano que en la vida cotidiana se consideran anormales. Algunas de estas manifestaciones son:

Síntomas emocionales incluyen sentimientos de tristeza, enojo, culpa, ansiedad, soledad, impotencia, shock, anhelo, alivio e insensibilidad o bloqueo.

Síntomas Físicos Malestares corporales tales como la opresión en el pecho, dolores de cabeza, dificultad para respirar, necesidad de suspirar, falta de energía y fatiga.

Síntomas cognitivos

Comportamiento distraído, aislamiento, conducta de búsqueda caracterizada por la inquietud.

En el duelo normal, se espera que estas manifestaciones vayan cediendo paulatinamente al irse elaborando el duelo, pues si no ocurre y su duración se extiende, las mismas situaciones pueden considerarse anormales.

Del mismo modo **Gómez B. (39)**, establece manifestaciones de un proceso de duelo que ha tomado un curso patológico y estas se pueden agrupar de la siguiente manera:

Duelo crónico: respuesta intensa y prolongada de duelo, caracterizada por un estancamiento en la depresión y la resistencia a aceptar la pérdida como un hecho definitivo. Este tipo de duelo está asociado con personas que son extremadamente dependientes en sus relaciones.

Ausencia o inhibición del duelo: no se expresan sentimientos de aflicción, permanecen en un estado de negociación que se extiende a las esferas cognitiva y emocional.

Duelo aplazado: se niega por largo tiempo la pérdida, pero tarde o temprano, se cae en una crisis de intensa depresión por algunos factores desencadenantes menores a la pérdida que no se elaboró.

Los factores predisponentes para que se tenga un duelo patológico pueden dividirse en tres tipos:

Factores externos: circunstancias específicas antes, durante y después de la pérdida, así como el contexto social y cultural.

Factores relacionados al vínculo: duelos patológicos pueden presentarse cuando se pierde a una persona con quien se tenía una relación familiar o íntima estrecha.

Factores personales: características individuales de la persona que sufrió la pérdida tales como sexo, edad, personalidad, historia de vida. Cada persona cuenta con un historial de pérdidas que también constituye un determinante en el curso del duelo. Si en el pasado se han vivido ya duelos patológicos o episodios depresivos, es muy probable que aparezca la patología al enfrentar nuevas pérdidas.

2. DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LA MUERTE PERINATAL

Para el personal de salud resulta difícil ser testigos de la MP, ya que este acontecimiento no sólo implica enfrentar problemas técnicos, sino también emocionales. Aunque el personal de salud haya sido entrenado para curar y aliviar el dolor, la gran mayoría no ha recibido preparación para enfrentar la muerte, lo que puede generar en ellos una sensación de impotencia, frustración y tristeza, negando con estas actitudes esta vivencia. **Gómez, M. (39)**

Es por eso que el personal necesita preparación emocional para mitigar el DM en una mujer que ha perdido un hijo al nacer, afrontando el duelo de los padres con respeto y acompañándolos, para tratar de salvaguardar la salud física y psicológica de ambos. Por esto es conveniente que previo al nacimiento de un niño muerto o

si éste fallece al nacer, el personal de salud ofrezca a los padres su ayuda, ayudándolos a enfrentar la muerte de su hijo, **Cordero, et al, (40) Gonzáles, et al, (20)**. Siempre respetando la decisión de recibir o no ayuda psicológica o espiritual que se les ofrezca, ya que la autonomía de la madre como la del padre es un principio bioético rector que el personal de salud debe respetar.

Por otro lado, la información a los padres sobre la muerte del niño debe ser breve, comprensible y exhaustiva, y debe darse en un ambiente adecuado. El personal debe escuchar atentamente a los padres, sin emitir juicios ante las reacciones iniciales de duelo; si se puede prever el fallecimiento, debe brindar a los padres la oportunidad de estar con el niño, de abrazarlo, de hablarle y si ellos lo expresan darle un nombre y bautizarlo antes de morir –conforme a sus creencias religiosas.

Además, debe informar a la familia sobre la necesidad o no de realizar la autopsia, sobre todo si el niño nació con malformaciones congénitas, y de ayudarlos, de ser posible, u orientarlos acerca de los trámites funerarios y referirlos, si es necesario, a profesionales en manejo tanatológico.

2.1. Comunicación de la pérdida

Según **Montecinos A. (41)** La comunicación es un factor decisivo en la relación personal de salud paciente, el tener una comunicación efectiva existe menos probabilidades de recaer en la ansiedad y depresión.

Cuando se da la muerte intra útero se debe comunicar a la familia al mismo tiempo que la pareja o lo antes posible del nacimiento. El parto vaginal es el más recomendable siempre y cuando la vida de la madre no esté en peligro y este proceso da tiempo a los padres a empezar a hacerse a la idea de que su bebé ha muerto y asimilar su muerte y organizarse si hay más hijos. Es importante que los padres siempre reciban la información y el apoyo adecuado para ayudarse y tomar decisiones, lo importante es que se sientan informados esto ayudara a las familias a sentirse en control de la situación, es imprescindible permitirles que hablen y expresen sus deseos, temores y necesidades.

Comunicación no verbal

La comunicación no verbal como: el lenguaje corporal, la actitud, el contacto visual, la expresión facial, el tacto (un abrazo, un apretón de manos), será un buen apoyo e incluso el silencio será mejor compañía, que ofrecer consuelo mediante comentarios no aceptables y que no tienen lugar en los principios éticos.

Frases que se pueden usar

- “Siento lo que les ha pasado”
- “Me imagino cuanto querrían a ese bebé” (si podemos mencionar al bebe por su nombre será mejor).
- “No me molesta que lloren” “Tienen un bebé precioso/a”
- “La verdad es que no sé muy bien qué decirles”
- “Hubiera deseado que las cosas acabaran de forma diferente”
- “Responder de forma honesta **Frases que se deben evitar** “Se fuerte”
- “No llores”
- “Es la voluntad de Dios”
- “Todo pasa por alguna razón, es el destino” “No es el fin del mundo”
- “Dios necesita otra flor en su jardín” “Ahora tienes un angelito”
- “Ahora está en un lugar mejor”
- “Al menos no llegaste a conocerle bien” “Eres joven, ya tendrás más”
- “Debes de ser fuerte por tus hijo, esposo, familia, etc.” “El tiempo lo cura todo”
- “Ya le olvidarás”

Los profesionales también se tienen que cuidar

A los profesionales también hay que proporcionarles herramientas para saber conllevar la muerte de un bebé.

Cuidar a unos padres durante y después de la pérdida de un hijo puede ser muy estresante y difícil.

- Es importante que no sean siempre los mismos profesionales quienes atiendan a los padres que sufren este tipo de pérdida.
- Trabajar en equipo.

Asegurar que haya tiempo de respiro entre la atención a un parto de Un bebé muerto y un bebé vivo

2.2.El dolor de papá y mamá por la pérdida del bebé

El hecho de perder un bebé es complicado ya que el duelo no son lágrimas y tristeza, sino un shock emocional, de sensaciones de culpa y de ira.

A veces es difícil para la madre sentir dolor por un hijo muerto, debido a que realmente nunca lo conoció vivo, todavía puede ser más difícil aun cuando ni siquiera lo vio muerto; de ahí la importancia que los médicos y enfermeras animen a las madres y a los padres a tocarle, hablarle y si desean hacerle algún rito religioso según sus creencias.

Este duelo afectara en su gran mayoría la relación de pareja y se quiebra muchas veces la comunicación de las expresiones afectivas, en especial de las relaciones sexuales, surgen malos entendidos verbales, especialmente por parte del hombre, ya que el apego paterno emocionalmente, es más intelectual que emocional o físico, su relación del padre viene dictada por las responsabilidades que debe asumir; se espera que apoye a la madre física y emocionalmente, al mismo tiempo es quien informe de lo sucedido a la familia y amigos, preparar el funeral del bebé

El padre puede estar en un terrible estado de dolor pero por lo general es difícil expresar su pena en una forma directa y bloquear sus propias emociones por otro lado para muchos hombres es muy difícil brindarles a sus esposas la clase de sostén que necesitan en estos momentos, cuando un hombre trata de consolar, lo hace al azar, y si se siente torpe o incomodo se rinde y no lo intenta de nuevo.

Todo esto hace que el padre tenga que luchar frecuentemente con sus sentimientos, de faltar en su papel de protector o de ser infalible y tenga introyectada una orden social negativa y es de no expresar lo que siente, por que mostraría debilidad y si fue educado para ser autosuficiente, tendrá problemas para admitir que necesita ayuda, cuando lo que precisamente requiere el mismo y su pareja es sacar fuera todas las emociones dolorosas.

Todas estas reacciones del padre, pueden ser malinterpretadas por su pareja, el hecho de no querer hablar del bebé, su ansiedad por volver al trabajo y a la normalidad le harán pensar que el no siente la pena por la muerte de su hijo.

Ambos necesitan comprenderse, sostenerse, ser pacientes y alentarse mutuamente para expresar sus sentimientos y ser accesibles el uno para el otro, en medio de esta ola de emociones.(42)

2.3. Elementos que pueden ayudar a una persona en duelo

Aceptación: Ya sea que se esté acompañando a un doliente o se trate de un duelo propio, es importante:

- a. Aceptar los sentimientos y pensamientos incluso contradictorios de la persona que está en duelo. Reconocer a la persona en duelo “como individuo valioso independientemente de su condición, conducta o sentimientos” **Pacheco, G., (43)**, favorece la recuperación de la persona que ha padecido una pérdida importante.

Para las personas que están pasando por un duelo, es un gran alivio contar con alguien que les acepte abiertamente sin expresar juicios o críticas por sus sentimientos y forma e intensidad de sus expresiones u

omisiones, porque es posible que una o varias de las personas que tienen contacto con el doliente ejerzan presión a éste para que cambie de estado de ánimo y/o realice algún tipo de actividades, lo cual puede inhibir los sentimientos de una persona que está en un proceso de duelo, dado que ante la presión, quién padece la pérdida, puede optar por aparentar una mejoría ante los demás y buscar momentos de soledad para dar salida libre y sin interrupciones a sus sentimientos y emociones de dolor, logrando que nadie juzgue su estado de ánimo y sus expresiones de dolor sentimental.

- b. Aceptar la pérdida reconociendo que el “bien” perdido no podrá recuperarse.

Existen pérdidas donde el bien perdido es irrecuperable como en el caso de muerte de un ser querido, por lo tanto para ir sanando la herida sentimental es importante que el doliente acepte lo irreversible de la pérdida.

También puede suceder con objetos al perderlos o destruirlos, o de circunstancias como puede ser no haber llegado a un compromiso importante, con lo cual se perdió la oportunidad de iniciar o continuar algo importante.

- c. Aceptar que muchas personas mantendrán vigente uno o varios procesos de duelo hasta el último de sus días.

Cada quien experimenta las pérdidas importantes a su ritmo y a su manera, por lo tanto, la duración e intensidad con que se experimente el duelo, depende de cada persona y de circunstancias existentes antes, durante y después de la pérdida.

Es importante que tanto el doliente como quienes le acompañan o están en contacto con él, acepten la posibilidad de la existencia de uno o varios duelos “permanentes” o inconclusos, ya que será de mayor beneficio para quien tuvo la pérdida tener la aceptación propia y de los demás al respecto, que la presión o juicio por la no conclusión.

Acompañamiento: Acompañar, no sólo es estar a corta distancia de alguien durante un periodo. Acompañar, también es hacerle sentir a alguien que en ese

instante no hay nadie ni nada en el mundo más importante. Acompañar es mostrarle a otro que la mayor prioridad de ese momento es ayudarlo, es demostrarle al otro que quien más importa en ese momento es él y su circunstancia. Acompañar, es saber cuándo mantener distancia, cuándo acercarse, cuándo hablar, cuándo callar, cuándo estar presente como invisible y cómo hacerse presente en la distancia, porque la distancia física es lo de menos, ya que podemos tener una conversación telefónica, he incluso una comunicación por correspondencia y sentirnos acompañados, escuchados y reconocidos, pero también es posible, percibir que nosotros y lo expresado es indiferente para la otra persona.

Convalecencia: “Las influencias culturales son sutiles, pero poderosas. En la actualidad, los seres humanos desconocen el significado del duelo, se preguntan ¿qué es lo normal?, ¿cuánto tiempo durará?” **O’Connor, (44).**

Cuando alguien sufre una fractura por lo general recibe atenciones de los demás y disminuye sus actividades cotidianas durante un tiempo para favorecer su recuperación, sin embargo, en casos de heridas sentimentales no sucede lo mismo, generalmente la mayoría de las personas continúan realizando las actividades acostumbradas como si nada adverso hubiera sucedido, reduciendo la importancia del dolor sentimental, y dejando a un lado el hecho de que una “fractura sentimental” también requiere de atención y reposo para lograr sanar.

Descanso: Para Bucay, Jorge (45), en “El Camino de las Lágrimas”, el dolor del duelo es un camino imprescindible, porque no podremos seguir un rumbo si no se consigue dejar atrás lo que ya no está con nosotros. Es importante que una persona en duelo cuente con momentos de descanso más frecuentes a los acostumbrados antes de a pérdida.

Las personas que pasan por un duelo, consumen mucha de su propia energía, lo cual puede generar que sientan un cansancio constante. Considerar que “El descanso es guardián de la salud”.

Escucha y acompañamiento: Dos elementos indispensables para favorecer

un proceso de duelo son la escucha y el acompañamiento. La presencia de ambos elementos puede ofrecer al doliente una sensación de mayor bienestar y una perspectiva más objetiva de su situación.

Para hacer más claro el beneficio de la escucha y el acompañamiento en un proceso de duelo utilizo la siguiente analogía.

Cuando una persona tiene la libertad plena para expresarse y simultáneamente alguien le escucha respetuosamente, sin prisa, sin interrupciones, sin juicios por lo que piensa, siente, dice e incluso se contradice, la persona puede “reacomodar” sus sentimientos y pensamientos relacionados con alguna pérdida importante, lo cual puede permitirle, continuar avanzando en la vida de una forma más amable y menos lastimosa.

La persona que lleva la carga no le pide a otra que le ayude a llevar parte de sus bultos para caminar con mayor ligereza. Tampoco le obsequia algunos productos, con el fin de cargar menos. Sólo necesitó un espacio de paz y un poco de tiempo para revisar y reordenar su carga, así como de la escucha y el acompañamiento de otra persona, para posteriormente, continuar su camino con una mejor situación.

Muchas de las personas que han pasado o están pasando por momentos difíciles, requieren de ser escuchadas, no buscan consejos, “sermones”, recetas que les resuelvan su situación o alguien actúe por ellas para que elimine sus circunstancias adversas, sólo requieren expresarse libremente y ser escuchadas, realmente escuchadas.

Perdón: Según Casarjian, R.(46) El perdón es un elemento que poco se considera en un proceso de duelo y sin embargo, puede ser un ingrediente muy importante para dar continuidad o celeridad al proceso mencionado

Cuando sucede una pérdida importante, es probable que surjan sentimientos de culpa y coraje en quién padece la pérdida. Esto sucede, porque la mayoría de los seres humanos esperamos obtener un resultado favorable en las actividades que realizamos, aun cuando se sabe que existen pocas probabilidades de éxito, o

cuando implican situaciones de azar, luego entonces, al no obtener el resultado esperado, es posible que surja el enojo, así como pensamientos y expresiones que contienen palabras sin sentido, como un intento de encontrar una “lógica” que facilite la comprensión y aceptación del suceso. Sin embargo, esto no siempre es posible. Al mismo tiempo, es posible que se recurra a la búsqueda de culpables para descargar en enojo y hacerlos responsables de la pérdida, con lo cual, el objetivo de dicha búsqueda puede ser: cualquier persona que tuvo relación con la pérdida de manera directa o indirecta, Dios, la naturaleza, objetos, circunstancias involucradas, e incluso el propio doliente.

Para poder practicar el perdón es importante que la persona en duelo reconozca la existencia de sus sentimientos de culpa y coraje, así como hacia quién o qué están dirigidos dichos sentimientos, porque “no se puede ofrecer un perdón verdadero si se niega o se hace caso omiso de la rabia y el resentimiento”.

Perdonar nos libera; detiene nuestras propias batallas interiores; nos permite dejar de reciclar la ira y la culpa [...] Perdonar tiene el poder de curar tanto nuestra vida interior como nuestra vida externa; puede cambiar el modo en que nos vemos a nosotros mismos y a los demás; cambiar la manera en que experimentamos el mundo; y eliminar de una vez y para siempre los conflictos internos que arrastramos día a día (Jampolsky, 2000, p. 22).

Silencio: Shafir R. (47) sugiere no forzar al doliente a hablar, sobretodo, de su situación dolorosa. Considera que es mejor el silencio respetuoso que una plática sin sentido, y enfatiza que debe dejarse en total libertad al doliente para que de la señal de lo que desea, no olvidando que el silencio puede ser la mejor respuesta en muchos momentos.

Tolerancia: Según Liverman D. (2007) (48) La tolerancia es un factor importante en un proceso de duelo, es útil tanto para el doliente como para quienes le rodean.

En el caso del doliente, la tolerancia le permite mantener su ritmo e intensidad de proceso de duelo, le puede ayudar a no enjuiciarse tan duramente cuando surjan los pensamientos que inician con “si hubiera” o “si no hubiera”, le ayuda a ser más

flexible para ir adecuándose a nuevas circunstancias de vida, le permite ser benevolente con sus limitaciones y equivocaciones. Facilita su convivencia con los demás, sobre todo cuando los demás expresan comentarios, sugerencias y sermones sobre como “resolver” su situación y lo que “debe hacer” para seguir viviendo, así como en momentos donde los demás no tengan la sensibilidad suficiente para acompañarlo y escucharlo respetuosamente.

En el caso de quien tiene contacto con un doliente, practicar la tolerancia permite enjuiciar menos los cambios de ánimo y la manifestación de emociones, así como los comentarios reiterativos sobre la pérdida o la circunstancia en que se encuentra.

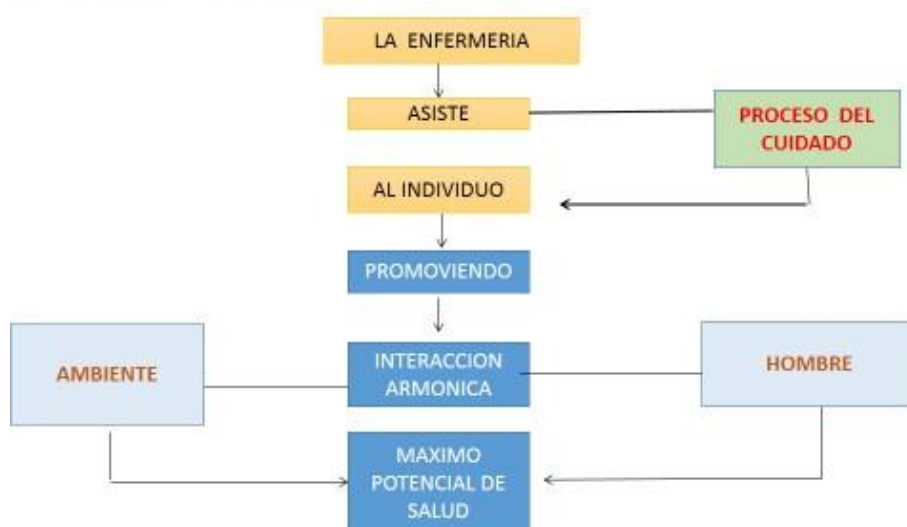
En momentos de adversidad es más probable que los afectados o involucrados, manifiesten con mayor facilidad, enojo o reclamo, por lo cual es importante enfatizar que todos (dolientes, familiares y conocidos) están aprendiendo a vivir con nuevas circunstancias y por lo tanto es necesario practicar la tolerancia en aras de un bienestar común.

3. MODELO TEÓRICO DEL ESTUDIO

3.1. Modelo de sistemas Betty Neumann

Modelo Teórico del estudio

Modelo de sistemas de Betty Neumann



El modelo de Neuman se encuentra íntimamente relacionado con la corriente psicológica Gestalt y con la Teoría del Estrés de Hans Selye (Neuman, 1980). Dicho modelo explica que una persona es susceptible a sufrir un desequilibrio en su organismo si no se cubren sus necesidades mientras se desarrolla en su entorno. Neuman afirma que hay factores de estrés que interactúan con el entorno y son los causantes de los desequilibrios que afectan a la salud del individuo. Según Neuman, existe un período de “ajuste” durante el cual el individuo puede alcanzar el equilibrio y, por tanto, un adecuado estado de salud. (49)

El modelo se ha adaptado con éxito a los niveles de enfermería y a una gran variedad de áreas de práctica, además es transcultural ya que un gran número de países lo aplican en sanidad pública y es el modelo con mayor aceptación en la comunidad enfermera en Estados Unidos y Canadá.

3.2. Teoría del Cuidado Humanizado de Enfermería

Teoría propuesta y defendida por la doctora **Jean Watson** sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”.

Como disciplina profesional, la enfermería se sustenta en el cuidado humano como un acto de amor y comprensión del otro. El proceso de educar a través del cuidado humano de enfermería se manifiesta en el proceso caritas de la teoría de Jean Watson “abordar la experiencia genuina de enseñanza-aprendizaje que acompaña la unidad del ser y el significado subjetivo, tratando de mantenerse en el marco de referencia del otro”. (50)

El cuidado de las mujeres en proceso de duelo tiene una dimensión totalmente humanista. Esta práctica humanística de enfermería requiere de profesionales con pensamiento crítico y auto dirigido hacia las mejores estrategias para tratar

una situación que surge en un determinado contexto. Este tipo de pensamiento es el que se busca desarrollar en este momento de enseñanza-aprendizaje en el cuidado del duelo a una mujer con pérdida neonatal, así como a la pareja de la mujer que también puede afectarse por la pérdida. Es importante que trabajen juntos expresando sus sentimientos y emociones, pues no hay nada mejor que escuchar y ofrecer el hombro y una mirada comprensiva, ofrecerse a sí mismo por si necesitan algo y no tratar de ayudarlos a saltar las fases del duelo o de minimizar sus problemas diciendo que las cosas podrían estar mejor.

Dentro del proceso de duelo es importante la relación Enfermera- Paciente (madre en proceso de duelo) Watson considera que el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente) tomando en cuenta lo siguiente:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.

- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.(59)

Para **Watson (1999)**, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por: o el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo. o El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

El término "transpersonal" quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

La teoría de Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Watson destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la auto curación independientemente de la condición externa de salud.

TEORIA DE J. WATSON

Teoría del cuidado humano



Se basa en la armonía de la mente , cuerpo y alma a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación trata de un estudio cualitativo descriptivo con un enfoque fenomenológico, dentro del paradigma constructivista. Hemos utilizado como estrategia de investigación la fenomenología por ser la que más se acerca a nuestro propósito de investigación. La fenomenología es tanto una filosofía como un método de investigación y en concreto la fenomenología fundamentada e impulsada por **Edmund Husserl (51)** en el año de 1913, como crítica a la forma de hacer ciencia basado en el modelo Newtoniano- Cartesiano, él decía que bajo la forma de ciencia moderna, el saber racional se hace unilateral: no conoce más que el objeto, la naturaleza, la cantidad; se olvida al sujeto y se separa de él, de la sensibilidad, del espíritu y del mundo de la vida: la razón científica se vuelve ciega.

En la Investigación Fenomenológica, se reconocen tres momentos fundamentales para su desarrollo, como son: la descripción, la reducción y la comprensión, que permitirán develar el Fenómeno de la Experiencia vivida por las madres con experiencia de muerte fetal.

Descripción.- Es el primer momento, el informante en este caso la madre, revela todas las experiencias vividas por ella en el mundo real, quiere decir, las vivencias frente al proceso de muerte y duelo. El investigador es un oyente activo de la entrevista; no se puede olvidar que el fin, es encontrar la esencia del fenómeno en cuestión a través de lo narrado en los discursos, la persona se expresa en su propio lenguaje sobre lo que se le pregunta, de acuerdo a su propia experiencia. El investigador se familiariza con el discurso, para ello se ha leído en repetidas ocasiones, es fundamental renunciar a toda premisa previa sobre la naturaleza del problema propuesto, a fin de no intervenir en el fenómeno y éste se revele tal como es.

El concepto de método tiene en su acepción fenomenológica una definición que la aparta de la tradicional manera de entender el término. En ella, método podría traducirse por actitud. Es decir, lo que se quiere es que el investigador que utiliza el método fenomenológico enfrente su objeto de estudio con un modo especial de la conciencia, con una manera particular de cuestionar su problema, con una actitud característica. En una palabra, el método fenomenológico es un modo del preguntar filosófico (52).

Reducción Fenomenológica. En este segundo momento, el investigador se adentra más en los discursos extrayendo frases que le han causado conmoción y que son consideradas esenciales, de esta forma se constituyen las unidades de significado, que en esencia, busca el fenómeno sólo en la descripción de los individuos que tienen como experiencia la vivencia del duelo por pérdida perinatal. En este momento hemos tratado de colocarnos en el lugar de la madre que vivencia este proceso de duelo y vivir la experiencia de ella apartando y dejando de lado nuestras propias ideas.

Comprensión.- Es el último momento, que solo se hace posible cuando las

unidades de significado o sea, lo más esencial de la experiencia de la madre con experiencia de mortinato, se transforma en el lenguaje propio del investigador, a partir de este momento comienza la comprensión del fenómeno estudiado y lo que se pretende dilucidar.

Posterior a la reducción de las unidades de significado obtenidas de las experiencias de la madre, se buscan las convergencias de las unidades del discurso, aquí se agrupan las ideas según temas identificados por el investigador, de esta forma se pretende mostrar el Fenómeno del Duelo de la madre que había estado oculto en las descripciones del informante, se dice que cuando las descripciones convergen se llegan a la aprehensión de los significados esenciales, este análisis se denomina IDIOGRAFIA, que apunta hacia la comprensión de la estructura general del fenómeno.

Es necesario entender que la fenomenología no es un saber de "fenómenos", sino de las cosas mismas, de tal modo que se presentan en lo que realmente son, sin dejarse deformar por unos métodos acrílicos. La fenomenología quiere dar así el sentido preciso y esencial de las cosas, en cuanto que éstas se muestran de manera que llegan a ser "reveladas" por aquello que únicamente puede llevar a cabo semejante revelación del sentido esencial de las cosas, a saber, la conciencia pura.

El contexto del estudio cobra especial importancia en este enfoque en tanto se considera que un fenómeno social se produce en una situación y un medio específico con características únicas.

En presente estudio es de naturaleza cualitativo ya que se pretende comprender la experiencia del Duelo a partir de la voz de quienes lo padecen, como en este caso son las mujeres con antecedentes de pérdida fetal y la vivencia del Equipo de Salud frente a esta situación de enfrentarse a la muerte y el duelo de la madre.

(53)

El estudio fue realizado con las madres atendidas en el en la Unidad Materno Infantil del Hospital Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo. El Área

Materno Infantil. La investigación se realizó durante el año 2013 haciendo un seguimiento a las pacientes con experiencia de muerte perinatal que fueron dados de alta.

Se cuidaron los aspectos éticos explicando el objetivo del estudio e informando de cómo se haría la recogida de la información antes de solicitar el consentimiento informado, que fue firmado por todas las pacientes. En todo momento se respetó el anonimato, la confidencialidad de los datos y la participación voluntaria.

B. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Al ser un estudio de carácter cualitativo, el tipo de muestreo que hemos utilizado para seleccionar los sujetos de estudio fue de tipo teórico, También denominado muestreo intencionado. Aunque se inició con un muestreo mediante voluntarios luego se avanzó hacia una estrategia de muestreo deliberado a lo largo del estudio, basándonos en las necesidades de información detectadas en los primeros resultados. La cantidad de personas escogidas para la muestra se justifica directamente con las características de todo enfoque cualitativo, vinculada directamente a la calidad, profundidad y relevancia del sentido que le otorgan al fenómeno las mujeres pertenecientes a la muestra, sin esperar que los resultados obtenidos, tengan una relevancia estadística para la investigación. Aspecto que se vio reflejado cuando se da inicio al trabajo de campo y se contacta a las informantes, donde fue posible observar que las mujeres vivenciaron el duelo de distintas maneras y la calidad de la información entregada no daban cuenta de cómo vivieron el duelo aquellas mujeres. Esto permitió, finalmente, afinar los criterios para la selección de la muestra

Haciendo especial hincapié en la representatividad de los participantes.

Definición de la población

La población sujeto correspondió a las mujeres con antecedentes de mortinato

atendidas en el Hospital Docente materno Infantil El Carmen Huancayo en el periodo enero-diciembre del 2013 haciendo un total de 10 mujeres.

La población de estudio está conformado solo por 9 madres con experiencia de mortinato fetal. El tipo de muestreo de la siguiente investigación, corresponde a la denominada muestra dirigida o no probabilística. En este tipo de muestra, la elección de las personas que participarán en el estudio no depende de la probabilidad o el azar, sino que depende de criterios teóricamente informados y establecidos por el investigador. (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).(54)

Criterios. Los criterios para la selección de esta muestra fueron los siguientes:

- **Criterios de inclusión:** dentro de los requisitos establecidos en esta investigación, se consideró a las mujeres con pérdida fetal, ocurrida en el tercer trimestre, durante el período comprendido entre enero- diciembre del 2013, atendidas en el hospital y dados de alta.
- **Criterios de exclusión:** se excluye a una madre que se encuentra en tratamiento psicológico y en proceso judicial contra el hospital.

C. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para asegurar la validez y el rigor metodológico, hemos usado la triangulación metodológica, que no ha funcionado como una herramienta o estrategia de validación, sino como una alternativa a la validación mediante la cual combinamos múltiples métodos, materiales empíricos, perspectivas y observaciones focalizadas que han agregado amplitud y profundidad a la investigación, de modo que hemos utilizado procedimientos y estrategias para asegurar la credibilidad tanto durante el proceso de recogida de la información como en el análisis de la misma. Sampieri explica que ningún método está completamente libre de factores causales rivales, y que ninguno puede satisfacer completamente las demandas de la interacción, ni revelar en forma completa todos los rasgos relevantes de la realidad empírica necesarios para

probar o desarrollar una teoría. Por ello, usamos varios métodos complementarios: la entrevista semiestructurada la observación, la observación participante, y la revisión de la literatura existente sobre las cuestiones de la investigación.

En cuanto a la entrevista podemos decir que es uno de los mejores métodos que se adapta a la triangulación con una alta eficacia en su implementación y en sus resultados.

Otras técnicas adicionales empleadas son la verificación por parte de algunos participantes de los resultados obtenidos, mediante la comprobación de si se sienten representados en ellos, además de buscar evidencias de disconformidad con los resultados, volviendo a los datos y buscando en ellos evidencias de incoherencia o deformación.

Para paliar la posible limitación que correlaciona la contextualización de los hechos disgregados, de la comprensión de las determinaciones del todo, nos adaptamos lo más posible a las formas y valores culturales de los participantes en el estudio y aceptamos a todos los padres en duelo que quisieron participar.

Desde la posición consciente de nuestra subjetividad en el entendimiento del proceso del duelo, la identidad, los valores culturales y el género. Somos realistas al entender que la cultura, la ideología, los deseos, los temores y la situación de vida concreta de los participantes condicionan e influye en la profundización y respuestas dadas en las entrevistas.

Construir la historia de la pérdida de un hijo no es una tarea fácil ni agradable de expresar, siendo la situación más habitual tener a padres y madres frente a nosotros, en momentos en los que rememoran hechos dolorosos, por lo que en numerosas ocasiones había lágrimas, sollozos y suspiros al ser relatados los acontecimientos. No es fácil encontrar buenos historiadores, aunque sí buenos informadores que sean capaces de construir un relato, que están a su vez condicionados por las variables sociales, procedencia familiar, "estatus" socioeconómico, grupos de referencia, grupo religioso, entre otras.

Belmont (55) dice que la limitación del uso de métodos y técnicas cualitativas puede ocasionar que el investigador sucumba a la magia de los métodos y las técnicas, olvidándose de lo esencial, la fidelidad de las significaciones presentes en lo material y en lo referido a las relaciones sociales dinámicas.

Para liberarnos de ese peligro, atribuimos al texto el valor justo como elemento material de soporte, interesándonos más por el contenido implícito en las palabras que por la forma de su expresión, sin obviar las emociones vertidas en el mismo y los hechos relatados. También, para evitar que el discurso realizado sea interpretado como un indiscutible referente teórico. De igual modo controlaremos al máximo las reducciones realizadas en los textos originales, de modo que sigan siendo significativos, para evitar el posible distanciamiento del fenómeno original expuesto.

Las entrevistas semiestructuradas se realizaron en lugares que proporcionen un ambiente adecuado para facilitar la expresión y verbalización de sentimientos, emociones y actitudes. Las entrevistas algunas fueron grabadas, con una duración entre 45 a 60 minutos, luego fueron transcritas en su totalidad y posteriormente revisadas para verificar su contenido.

Las entrevistas se realizaron de acuerdo con unas guías elaboradas previamente (Ver anexo 2), siguiendo un mismo guión realizado basándose en un conjunto de preguntas abiertas dirigidas a alcanzar los objetivos del estudio.

En el caso de las parejas, la entrevista se realizó en el lugar que ellos decidieron y en los horarios que ellos plantearon. En todo momento se buscó un nivel de empatía necesario para que las madres entrevistadas se sientan con la confianza para expresar y compartir sus experiencias y vivencias.

Considerando el hecho de que las parejas que han sufrido una pérdida perinatal tienen durante un tiempo sentimientos encontrados de rabia, tristeza, pena; dicha entrevista se realizó a partir del mes de la pérdida y antes del primer año de la misma.

Las dimensiones (variables de estudio) que se exploró con las entrevistas son:

1. Significado de maternidad.
2. Significado de pérdida fetal.
3. Respuestas y/o reacciones frente al proceso duelo.
4. Conductas y/o estrategias del equipo de salud que favorecieron el proceso duelo.
5. Redes de apoyo.

RECOLECCIÓN DE DATOS.

En primer lugar se identificó a las mujeres que han sufrido mortinato en la unidad de estadística luego se recurrió a las historias clínicas para identificar la dirección domiciliaria y realizar las visitas domiciliarias y entrevistas.

Luego de esto, se contactó a las usuarias, se les informó y explicó los objetivos de la investigación, así como el carácter de confidencialidad de los datos, solicitando su consentimiento para la participación en el estudio (Anexo 1). Solo nueve de las diez usuarias correspondiente a la muestra, aceptaron ser parte de la investigación, una madre no acepto participar por encontrarse en un proceso judicial con el Hospital por la muerte de su hijo; Se acordó la fecha para la entrevista en profundidad, que fue realizada por la investigadora en dos a tres sesiones privadas entrevistador-entrevistado cuya pauta se encuentra en el anexo.(Anexo 2).

Las entrevistas se realizaron en la casa habitación de cada usuaria, en una habitación que propició un ambiente cómodo para ellas, donde pudieron expresar sus sentimientos, permitiendo el resguardo de la identidad y privilegiando la privacidad.

La entrevista Semi- estructurada a la población designada según las dimensiones y categorías de análisis propuestas, fueron las siguientes:

Pregunta 1.- ¿Cómo se sintió cuando recibió la noticia que su hijo que tanto esperaba había muerto?

Pregunta 2.- ¿cómo se siente ahora que su hijo ya no está con ustedes?

Pregunta 3.- ¿cómo y en qué aspectos de su vida afectó la pérdida de su bebe?

Pregunta 4.- ¿siente que está preparada para una nueva maternidad?

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La transcripción y análisis de la información recogida en las entrevistas se realizó siguiendo los pasos establecidos por **Giorgi (56)**, que dentro del enfoque fenomenológico nos permite identificar la esencia de un fenómeno y también transformar la experiencia vivida en una expresión textual de su esencia.

Con el fin de asegurar la confiabilidad y validez de los resultados obtenidos, se dio lectura a todos los formularios de entrevistas y también a transcribir las respuestas desde la grabadora. En una segunda lectura se realizó un examen minucioso y detallado siempre teniendo presente el objetivo del estudio., registrando rigurosamente lo referido por la entrevistada, se revisó las notas de campo de manera de reproducir lo más fidedignamente posible las respuestas de la entrevistada.

TABLA O2

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

| Categorías de análisis | Subcategorías |
|--|--|
| Significado de maternidad. | |
| Significado de pérdida fetal | |
| Respuestas y/o reacciones frente a la pérdida. | Sentimientos Conductas Cogniciones Reacciones físicas |
| Conductas y/o estrategias del equipo de salud que favorecieron el proceso duelo. | Calidad de atención. Vivencia con mortinato después del parto. Experiencia del puerperio |
| Redes de apoyo | Importancia de familia. Importancia de la pareja. Sociedad. |

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Una vez finalizadas las entrevistas en profundidad y luego de hacer la categorización, estructuración, contrastación de la información nos dispusimos a interpretar los hallazgos. Encontrándonos que las categorías centrales emergentes en el procesamiento de los datos obtenidos fueron: Significado de maternidad, Significado de pérdida fetal, Respuestas y/o reacciones frente al proceso duelo, Conductas y/o estrategias del equipo de salud que favorecieron el proceso duelo y Redes de apoyo.

TABLA 03

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DE LAS USUARIAS CON ANTECEDENTE DE MORTINATO, OCURRIDAS EN EL HOSPITAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN - 2013.

| MADRE CON EXPERIENCIA DE MORTINATO | CARACTERÍSTICAS |
|---|---|
| Ag | <ul style="list-style-type: none"> - Conviviente - 24 años - -Ama de casa - Multípara de 2-Embarazo - Embarazo a término 40 semanas - Causa: malformación congénita. Parto normal. - Vive con pareja y una hija |
| MI | <ul style="list-style-type: none"> - Soltera - -22 años - Ama de casa - Primigesta - Embarazo 39 semanas - Causa de muerte: Desconocida Parto normal. - Actualmente embarazada.-Vive con padres. |
| Gs | <ul style="list-style-type: none"> - Conviviente - 23 años - Ama de casa - Primigesta - Embarazo de 37. Semanas - Causa de muerte: doble circular de cordon, sufrimiento fetal. - Parto normal. - Actualmente embarazada. Vive con pareja |

| | |
|-------------------|--|
| <p>Ra</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Casada - 34 años - Profesora de educación inicial. - Multípara de 3 embarazos - Embarazos de 36 semanas - Causa de muerte : RP Membranas, septicemia - Parto normal. - Vive con pareja, hijos y padres. |
| <p>Mae</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 45 años - Estado civil divorciada, Profesión docente universitaria Multípara con 2 hijos vivos Embarazo de 38 semanas - Casusa de muerte del perinato asfixia Tipo de parto cesárea, - Vive con hijos. |
| <p>Lp</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 20 años - Soltera - Ama de casa - Primigesta - 37 semanas - Sufrimiento fetal, presidencia de cordón - Parto normal - Vive con padres |
| <p>Is</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 28 años - Estado civil casada - Ama de casa Multípara 3 hijos - 36 semanas de gestación - Motivo de muerte sufrimiento fetal - Parto normal - Actualmente embarazada - Vive con familiares. |

| | |
|-----------|---|
| Ma | <ul style="list-style-type: none"> - 35 años - Estado civil separada - Profesión comerciante - Multípara con 2 hijos - Embarazo de 38 semanas - Causa de muerte asfixia - Cesareada - Vive con hijos y familiares |
| Sn | <ul style="list-style-type: none"> - 22 años - Estado civil soltera - Estudiante - Primigesta - Embarazo de 38 semanas - Sufrimiento fetal (sepsis9 - Parto normal - Actualmente vive con padres. |

Dentro de las características sociodemográficas de las usuarias a investigar, se destacan mujeres casadas, conviviente y solteras. Estas últimas a pesar de ser socialmente vulnerables, cuentan con el apoyo de su pareja, al igual que el resto de las entrevistadas. Sus edades fluctúan entre 24-39 años y la mayoría tiene como ocupación su casa, a excepción de una que ejerce la profesión de profesora. Con respecto a sus antecedentes ginecobstétricos, dos de las entrevistadas son primíparas, y sus pérdidas ocurrieron en el tercer trimestre de gestación. El tipo de parto fue vía vaginal, en todos los casos.

Otra característica a destacar es que dos de las entrevistadas se encontraban embarazadas al momento de realizar este estudio, siendo no recomendable el lapso intergenésico desde la pérdida (< de 1 año). La causa de la pérdida es variada en todas las usuarias, desde causas maternas hasta fetales.

ANÁLISIS SEGÚN CATEGORÍAS PROPUESTAS

TABLA 04

SIGNIFICADO DE MATERNIDAD SEGÚN LAS USUARIAS CON ANTECEDENTE DE MORTINATO, OCURRIDAS EN EL HOSPITAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN - 2013.

| | |
|-----------------------------|---|
| MADRE Ag. | “Es la experiencia más linda que he podido tener en mi vida... tener un bebé en mi vientre, saber que tiene vida y que solo depende de mí para que nazca sano, fue lo, más lindo” |
| MADRE. MI | Todavía no sé lo que es la maternidad, no sé lo que se siente, porque claro uno vive su embarazo, pero no tengo conmigo a mi bebe no sé si tendré esa experiencia. Tengo mucho miedo |
| MADRE. Gs. | “Maternidad es algo bonito, la mujer se siente realizada con su hijo, te llena, te sientes bien, acompañada, es para toda la vida, es lo más bonito que hay” “Cuando me hice un test y me salió positivo y como que nace una sensación... Para mí la maternidad es lo más grande” |
| MADRE. Ra. | “No se compara con nada, es algo que Dios nos da” a la mujer, por eso no entiendo como algunas, matan a su bebe a través del aborto. |
| MADRE. Mae | La espera de mi bebe fue algo muy especial, porque me había casado por segunda vez y mi esposo quería tener un hijo, disfrute cada día, durante los 9 meses, mi esposo me llenaba de atenciones, compramos muchas cosas para él bebe, incluso teníamos ya listo su cuarto, |
| MADRE. Lp | La maternidad es algo maravilloso que no se compara con nada, “sentir que dentro de ti crece un ser pequeñito” que luego te acompañará por muchos años realmente es hermoso |

| | |
|--------------------------------|--|
| MADRE. Is | <p>En proceso del embarazo es una experiencia única, yo sentía que Dios me estaba bendiciendo, porque había buscado mucho embarazarme lo había logrado, realmente fue lindo, pero no termino bien eso es lo que me da mucha tristeza.</p> |
| MADRE. Ma | <p>Maternidad es la experiencia más linda, porque cumplimos nuestro rol de madre, y desarrollamos mucha fuerza para sacar adelante a nuestro hijo, incluso antes que nazca, ya lo sentimos, esperamos con mucha ilusión que nazca, para darle todo el cariño y que crezca sano y darle todo lo que necesita y más tarde sea una persona de bien, Para una madre Cada embarazo es una experiencia diferente pero siempre es maravilloso. Pero esto termino mal e incluso fue la causa de mi separación Ahora vivo y trabajo para mis hijos mayores, pero siempre recuerdo a mi bebe que es un angelito que siempre me acompaña.</p> |
| MADRE. Sn | <p>La maternidad para mí fue una experiencia muy linda pero al mismo tiempo muy triste, porque marco mi vida, hoy me encuentro como vacía, desmotivada no quiero hacer nada, pero me obligan a estudiar, y estoy haciendo el esfuerzo, porque cuando estoy con mis amigas me olvido del problema que he vivido.</p> |

De acuerdo a los análisis realizados a cada uno de los discursos, existe una clara tendencia de las madres con experiencia de mortinato, en señalar la maternidad como un acontecimiento muy importante en la vida de la mujer, el cual no se asemeja a ningún otro suceso, porque la maternidad es solo de las mujeres, y que el ser madres es único y que logra el reconocimiento especial en todas las sociedades del mundo. Manifiestan también que el sentir vida dentro de ellas durante todo el proceso, especialmente cuando se mueven dentro del útero es una experiencia inolvidable.

Los sentimientos de pérdida de las mujeres tras la muerte perinatal no han sido siempre los mismos a lo largo de los distintos períodos de la historia. El estudio de estas diferencias nos da la opción de modificar la forma de tratar este tipo de pérdida, incluyendo nuevos cuidados de Enfermería, Ruiz E. (57)

Actualmente, gracias a la ecografía los padres pueden desde muy pronto, a las diez o doce semanas de gestación, ver y oír el corazón de su hijo, todo un acontecimiento

que marca los sentimientos y la percepción materna del significado de la vida. La ecografía, cada vez más precisa y con mayor resolución muestra a los padres como crece y se desarrolla su hijo en el vientre materno. Los avances tecnológicos posibilitan un lazo temprano ente los padres y el bebé. La pérdida de un hijo en el período neonatal es una experiencia indescriptible. **Pangrazzi A, (58)** Todos los padres van elaborando ciertas expectativas, promesas, fantasías, sueños e ilusiones con la llegada de ese bebé. Muchos padres tienen videos de las ecografías de su bebé, conocen el sexo, algunos incluso saben el nombre del niño, han sentido sus movimientos, han arreglado la habitación y han comprado algunas ropitas.

Planificación de un nuevo embarazo: Tras una pérdida perinatal la mayoría de los padres muestra un gran deseo de un nuevo embarazo a pesar de las dudas y los miedos que les invaden. Según diversos estudios se recomienda esperar como mínimo de 6 meses a 1 año para un nuevo embarazo ya que se considera que es el período necesario para superar el proceso de duelo por la muerte anterior. Por lo tanto los profesionales deben informar a los padres sobre la aparición de ansiedad y depresión al comenzar una nueva gestación si el duelo no está resuelto.

TABLA 05

INFORMACIÓN DE LOS DIVERSOS SUJETOS DE ESTUDIO (MADRES) EN LA CATEGORÍA SIGNIFICADO DE PÉRDIDA FETAL

| CATEGORÍA. SIGNIFICADO DE PERDIDA FETAL | |
|--|---|
| MADRE Ag. | <p>“Nada o nadie puede llenar este gran vacío que está conmigo” “Marcó mi vida, todo el resto voy a tener que vivir aprendiendo a lidiar con la pena de no tenerlo conmigo, nunca se va a olvidar”</p> <p>“Me parece un sueño ver el cuerpecito de mi hijo sin vida”. El cuerpo humano sin vida, mantiene su condición humana, “Hay que darle amor aunque no sienta Me conmueve el cuerpo de un bebe indefenso”</p> <p>Quiero llevármelo para darle cristiana sepultura. Debe ser tratado con cariño y amor. Se fue al cielo.</p> |
| MADRE. MI | <p>“Es un dolor que uno siente, uno es madre, porque nadie más siente lo que tú sentiste; que se movió, que late su corazón, que ibas a cecografía y lo veías” “No quiero seguir viviendo con este dolor.</p> <p>La autoestima la tengo muy baja Es voluntad de Dios”.</p> <p>“El cuerpo humano sin vida, debe ser tratado con dignidad, no debe maltratarse y merece nuestra consideración sobre todo respeto. Debe tratarse con mucho cuidado y amor”.</p> |
| MADRE. Gs. | <p>“Tanto sufrimiento para nada, pero después quedarse sola y vacía”. Me dolió la pérdida de mi niño, tantos sueños y esperanzas truncados.</p> <p>“Siento culpa interna, pude haberlo salvado No quiero salir de la casa ni me importa lo que suceda”.</p> <p>“Hay que orar mucho por su alma Hay que vestirlo de angelito y hacerlo con amor. Hay que tratarlo con mucha cariño”.</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| <p>MADRE Ra.</p> | <p>“Para mí la muerte es lo más difícil que le puede ocurrir a una persona, no tanto para él que muere, porque yo sé que mi bebe estará con Diosito, si no para los que quedamos acá sufriendo por la partida”</p> <p>“Esto que estoy viviendo es una etapa que marca el camino de mi vida no que si algún día me olvidare de la carita de mi bebe solo ruego a Dios que me ayude”.</p> |
| <p>MADRE. Mae</p> | <p>“ La noticia fue terrible no sé porque se fue no lo sé, ni lo sabré nunca, es algo que no quiero recordar”.(llanto)</p> |
| <p>MADRE. Lp</p> | <p>“Un dolor grandísimo, como si te faltara un trozo de ti, que uno intenta llevar como puede. Que es duro, muy duro. El no verla, el no tenerla es muy duro. El no tenerla. Una cosa que no se pueden explicar. Algo muy íntimo”</p> |
| <p>MADRE. Is</p> | <p>“Para mí fue lo más grande del mundo. Muy triste..., muchas ilusiones perdidas. Todo se derrumbó de buenas a primera y uno se quedó en el aire como sin saber qué hacer”</p> |
| <p>MADRE. Ma</p> | <p>¡Cuánto dolor! “cuando me llamaron de madrugada y me lo comunicaron”.</p> <p>“Era una noticia que nunca pensé que llegaría.</p> <p>Fue horrible y muy doloroso verlo sacar de una lata (caja de metal), una lata de perros calientes, con una sábana blanca que le tapaba la cara. No respira pensé. Aunque sabía que estaba muerto, no estaba preparada para verlo así”.</p> <p>Recuerdo que lo cogí rápidamente y lo saqué de aquel sitio horrible, lo abracé, lo besé, le canté...” ¡Cuánto me dolía el no poder haberlo hecho en vida! Mi marido hizo lo mismo, nos sacamos fotos los tres juntos. Quería tener un recuerdo de mi hijo en mis brazos. Las guardo con mucho cariño”.</p> |
| <p>MADRE. Sn</p> | <p>“Fue todo, fue toda mi vida. Siento mucha rabia, mucha impotencia”</p> <p>“Siento que la vida está siendo injusta conmigo o que estoy viviendo al revés, que lo último que tenía que haber vivido lo estoy viviendo ahora.</p> <p>Es muy injusto”</p> |

Los hallazgos citados evidencian que la expresión principal vividas por los sujetos de estudio al estar en contacto con el cuerpo humano sin vida fetal, generan en ellos un sentir enmarcado en primer término en su concepción de que la dignidad humana no se pierde con la muerte y por lo tanto debe respetarse. Y en segundo término en la vivencia de Las categorías centrales emergentes son la preservación de la dignidad del ser y el resentimiento ante la pérdida inesperada del producto gestacional.

Significación global. El cuerpo humano sin vida fetal, mantiene su condición humana Tiene un significado especial para sus allegados. Despierta sentimientos de tristeza, culpa y decremento notable de la autoestima por parte de las madres. Frente a esta situación, la actuación del investigador solo fue el de escuchar, generando un ambiente de privacidad y confianza.

TABLA 06

REACCIONES DE LA MADRE ANTE LA PÉRDIDA NEONATAL: SENTIMIENTOS

| <p>CATEGORÍA. REACCIONES DE LA MADRE ANTE LA PERDIDA NEONATAL: SENTIMIENTOS</p> | |
|--|---|
| <p>MADRE Ag.</p> | <p><i>Cuando me comunicaron de la muerte de mi bebe, no llore me quede como ausente, pero después reaccione y me levante para poderlo ver, porque no podía creer, que esto estaría pasándome a mí, no me dejaron verlo en ese momento. Yo sé que este dolor nunca pasara, hoy tengo mucho miedo incluso “No concebía la idea de acostarme con mi marido, por miedo a embarazarme y a pasar por lo mismo”...“, no quiero ni pensarlo”.</i></p> <p><i>“Me da miedo a que vuelva a pasar”... “Este dolor es súper fuerte, vivo con miedo, pero siempre con miedo”.</i></p> |
| <p>MADRE. MI</p> | <p><i>“me quedaron muchos miedos, me dejaron insegura por cualquier cosa, me estreso y me pongo nerviosa” “me gustaría superarlo, me dan miedo los médicos” “En la vida cualquier cosa me atemoriza”. “Cuando todo acabó sentí un profundo vacío que aún siento. Un vacío que probablemente nunca se llenará, porque es el huequito que Ángela ocupa en mi corazón”</i></p> |
| <p>MADRE. Gs.</p> | <p><i>La pérdida de mi bebe me marco, estaba muy triste, no quería comer tampoco podía dormir, pero hoy tengo otra ilusión con la ayuda de mi familia y mi pareja que me apoya mucho. “Hay cosas en este nuevo embarazo que lo mezclo con el anterior”...“El miedo más grande es que vuelva a pasar lo mismo”</i></p> |

| | |
|--------------------------|--|
| <p>MADRE Ra.</p> | <p>Le habíamos sacado una foto preciosa, enrollado en una mantita. Cuando la vi, lo vi demasiado... que no era para mí. Desde que vi aquella foto, dije la niña no va. Le dije: Édgar soy mamá, y me agarró el dedo. Y supe que no era para mí” <i>La pérdida lo sentimos mucho yo me hacia la fuerte, para no contagiar mi tristeza a mis hijos, cuando estaba sola terminaba llorando, porque recordaba todo lo que había preparado para recibir a mi hija porque iba ser mujer, ya tengo 2 varones por eso siento que “Mi personalidad cambió, me sentía vacía como que me faltaba algo, ni mi marido, ni mi mamá, nadie lo llenaba”.</i></p> |
| <p>MADRE. Mae</p> | <p>“Nunca pensé que una cosa así me pudiera ocurrir a mí. Llevaba toda la vida preocupándome de cosas absurdas y dando importancia a cosas absurdas y no a las cosas que realmente valen la pena. Me queda pena de no haber disfrutado más de mi embarazo, ya que me pasé todo el día pensando que algo malo iba a ocurrir y total no pude evitar nada”</p> |
| <p>MADRE. Lp</p> | <p>“Para mí ha sido rabia, como perder media vida. Rabia y dolor, mucho dolor” <i>“Es triste, vivir esta experiencia a veces me da depresión...mi autoestima cambió, me sentía como mujer fracasada, que no fui capaz de darle un hijo a mi marido, es muy importante para mi...y para mi esposo”</i></p> |
| <p>MADRE. Is</p> | <p>Que todas las ilusiones se vayan y te dejen ese vacío. Esa sensación de soledad, y que parece mentira y, aunque estés con gente, siempre te sientes sola. Que hay algo que he perdido y siento esa soledad. Y eso es lo que más me ha costado, vivir toda la vida si él” 26 (Gabriela).</p> |
| <p>MADRE. Ma</p> | <p>El mayor mazazo que me hayan dado. Me cambió la vida” (Héctor).</p> <p>“Si no está él es como que no hay mundo, es que no hay nada”</p> |
| <p>MADRE. Sn</p> | <p>Ya comprendo muchas cosas que antes no entendía y puedo dar significado a muchas cosas, significado de lo que ha sido para mí y de las cosas que yo he creado para él, desde el juguete preferido que cree para él... Y para mi él sigue creciendo. No es la misma tristeza, el tormento, el porqué.</p> |

Entre las reacciones y/o respuestas ante el proceso Duelo por pérdida fetal sin duda la manifestación más reiterativa es el sentimiento de miedo, el que repercute fuertemente en lo que respecta al rol reproductivo, en lo que se relacione con las expectativas reproductivas, deseo de una gestación exitosa y la recurrencia de un suceso similar. Testimonios como los siguientes avalan lo traumático que resulta perder un hijo.

Es importante destacar que el miedo también se presentó en dos de las primíparas en estudio, las que al momento de entrevistarlas se encontraban embarazadas, manifestando que este incrementaba a medida que transcurría las semanas de la gestación actual, al recordar la experiencia anterior. Este sentimiento perduraba a pesar de contar con el apoyo familiar y del Equipo de Salud lo que de alguna manera hacía sentirse protegidas en lo que se respecta a su salud física y psicológica.

Fernández, A. y Ramos, I. (2000) (59) refiere que la madre en la muerte perinatal de su hijo puede crear una respuesta más severa e intensa que cuando ocurre la muerte de un familiar adulto. Considera que los puntos más significativos en este proceso son:

En este trabajo hemos pretendido hacer visible el duelo neonatal, que en Perú cuenta con una escasa consideración social y sanitaria. Hace apenas algunos años, surgieron protocolos y guías de actuación para orientar a los profesionales sanitarios en el abordaje de las situaciones de muerte fetal. Algunas de ellas más que orientar se reducían a un listado de tareas que cumplir y se llegó a confundir un medio con un fin en sí mismo. Para **Cordero, M. (40)** estas prácticas, que tuvieron su mayor apogeo en las décadas de los 80 y 90, tienen cuatro riesgos: la institucionalización de la pérdida, la idealización del contacto con el feto muerto, la homogeneización del luto, y el aleccionamiento a los padres sobre cómo deben vivir el duelo. Considera este autor que “las respuestas de los cuidadores a la pareja en duelo se han convertido “en una puesta en escena muy cuidada, marcada por un guion, en lugar de lo que debería ser una comunicación genuina entre los afectados y el equipo que les atiende”.

Cada persona es diferente, como lo es su apego con el recién nacido o el no nacido, y también lo es su manera de afrontar la pérdida. Por lo tanto, el aprendizaje de los profesionales para desenvolverse en estas situaciones tiene que ver con saber

estar, escuchar y comprender la pena ajena. Sin embargo, hay que ser conscientes de que la intervención hospitalaria es muy recortada, y que en la mayoría de los casos solo da tiempo a prestar unos “primeros auxilios psicológicos” **Mena, P. et. al. (60)** Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. Revista Chilena **García, A. (61)**, que no eliminan el dolor de la pérdida pero sí facilitan el comienzo del proceso de duelo. El equipo hospitalario deberá gestionar que tras el alta los progenitores tengan unos cuidados físicos y emocionales que den continuidad a los iniciados durante el ingreso para poder asimilar progresivamente lo vivido y seguir adelante con su vida. Los profesionales deben saber que “los padres nunca olvidan la comprensión, el respeto y el calor genuino que recibieron de los cuidadores, que llega a ser tan duradero e importante como los recuerdos materiales del embarazo perdido y de la corta vida de su bebé”. **González, U. (2002). (20)**

TABLA 07

REACCIONES DE LA MADRE ANTE LA PÉRDIDA NEONATAL: CONDUCTAS

| <p>CATEGORÍA. REACCIONES DE LA MADRE ANTE LA PERDIDA NEONATAL: CONDUCTAS</p> | |
|---|--|
| <p>MADRE Ag.</p> | <p>“Cuando mis amigas están embarazadas, es como una envidia sana” “pienso que yo nunca me embarazaré de nuevo y que no tomaré de nuevo en mis brazos a un bebe, o tocaré sus manitas o compartiremos cada uno del otro físicamente”</p> |
| <p>MADRE. MI</p> | <p>“Tengo dos partes: una parte mala de mí que suelta la rabia. Me siento horrible. Con mucha rabia, muchísima rabia. Con ganas de romper todo lo que hicimos con ella. También un poco culpable. No sé...”</p> <p>“En mi caso yo no lo he comentado mucho para no hacerme daño”.</p> <p>“No quería traspasar ese dolor a mi mamá, hermanos y parejas, no quería conversar detalles de mi trauma físico, porque sentía que era doloroso y cruel. No quería hacerme daño. Lo reservaba”</p> |
| <p>MADRE. Gs.</p> | <p>“Me dan ganas de salir y perderme un día y estar sola.</p> <p>“Me cuesta tomar confianza con mi actual ginecólogo”</p> <p>“Antes cuando estaba embarazada yo salía ahora trato que la gente no se da cuenta que está embarazada”</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| <p>MADRE Ra.</p> | <p>“Mi creencia en Dios que era tan fuerte, tan fuerte... Hasta eso, no puedo ir a misa. ¿Por qué me lo quitaste? ¿Por qué me lo quitaste Dios?”. “No era capaz de cuidar a las chicas, no quería, lo hacía por obligación”</p> <p>“Me he acercado a Dios para que me pueda dar un hijo”</p> |
| <p>MADRE. Mae</p> | <p>“Por una vez en mi vida estaba tranquila y va y me pasa esto, y no me lo creo (llorando) No me lo creo. ¿Y por qué no está? Y no creo que me haya pasado”</p> <p>“Creo que está durmiendo y no en el cielo y el día que dios venga a la tierra.....todo lo que me dijeron las obstetricas lo acepté con cariño, no soy católica”</p> |
| | <p>“A veces siento que todo fue un sueño y que me voy a despertar con barriga o que mi hija ya nació”</p> |
| <p>MADRE. Lp</p> | <p>“Pienso que para qué vivo si no lo tengo a él, si no lo puedo tocar, si no lo puedo ver. No se me va un segundo del pensamiento”. “Mi vida se fue con mi BEBE cuando supe que ella había muerto, yo morí con ella”</p> |
| <p>MADRE. Is</p> | <p>“Una parte de mi murió con ella. Tengo un agujero en la boca del estómago.</p> <p>No estoy segura de sí tendré algo, pero duele “. “ A veces siento como si aún estuviera embarazada, siento puntaditas es horrible más cuando es embarazo avanzado y se sentía mover....no he olvidado los movimientos de la guatita, siento un vacío como si me faltara algo”</p> |

| | |
|-------------------------|---|
| <p>MADRE. Ma</p> | <p>Lo único que quería escuchar mentiras, que hubo una equivocación, hasta el día que lo tuve, esperaba que me dijeran que estaba viva. ¡Nos equivocamos! tu bebito está viva, era un sueño, una pesadilla, algo no creíble” “Mi cuerpo, mi mente y mi alma están llenos de dolor”</p> <p>“Vivo siempre con la esperanza... que podría ser: de levantarme una mañana y encontrarme con mi hijo a mi lado”</p> |
| <p>MADRE. Sn</p> | <p>“El tiempo que ha pasado desde su muerte me parece cortísimo. Me parece que fue ayer. No puede ser que haga más de un mes que no está conmigo.</p> <p>Los días fueron pasando y yo sufría mucho y me consolaba con estar en su tumba y pasaba días y días en el cementerio.</p> <p>Un día pensé que él ya no estaba ahí y decidí ir lo menos posible.</p> |

Dentro de las conductas que se manifiestan dentro del Duelo, se presenta el marcado abandono o deterioro de relaciones sociales o familiares. Estas tienden a aislarse, inclusive de sus propios familiares, ya que sienten que este sufrimiento es únicamente perteneciente de ellas, por ser ellas las únicas responsables de la gestación, lo que hace pensar que nadie más sufre y que nadie las entiende.

Frente a la realidad de otras mujeres que enfrentan un embarazo, manifiestan envidia al ver reflejado el sueño de la maternidad en otras mujeres y no en ellas.

En relación a la interacción con el Equipo de Salud, estas tienden a presentar desconfianza al momento de la atención, como consecuencia a la experiencia traumática que le significó la pérdida.

Con respecto a la relación con sus hijos en madres multíparas, presentaron conductas de alejamiento a sus hijos debido a la inestabilidad psicológica a la cual se veían enfrentadas.

La experiencia clínica demuestra que, tras la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta shock e insensibilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad. Siente añoranza y tiene conductas de búsqueda, con irritabilidad, labilidad, debilidad y sentimientos de culpa. Algunas mujeres refieren oír el llanto del bebé o sentir sus movimientos en el vientre. Aparece posteriormente la desorientación y desorganización de la vida cotidiana, con sensación de vacío y desamparo.

Finalmente se produce una reorganización, en la que sin olvidar la pérdida, se rehace la vida y se recupera la capacidad de disfrutar, **Palomino, M. (62)** distingue las siguientes modalidades de duelo de progenitores por sus hijos:

- Promesa de no olvidar nunca al hijo, reivindicando su existencia, frente a la presión del entorno para que lo olviden.
- Deseo de morir y estar unidos en la muerte con el hijo.
- Revitalización de creencias religiosas, buscando un sentido a la pérdida.

- Cambio de los valores en la vida cotidiana, dando mayor importancia a los pequeños detalles.
- Mayor tolerancia y mejor comprensión del sufrimiento de otros.
- La “sombra del duelo”, descrita como “una forma de duelo crónico que a veces arrastran durante la mayor parte de sus vidas”, “un dolor sombrío subyacente a los sentimientos de la persona”. Se observa más en las madres, quienes “no pueden dejar de recordar la pérdida sin sentir algún tipo de emoción, aunque sea muy débil”. En el desarrollo de estas emociones negativas influye otros aspectos que es necesario considerar como primer embarazo, que el hijo sea deseado, programado o no, que se trate de una gestación al final de la vida reproductiva o fruto de técnicas de fertilización, y finalmente factores psicosociales y dependientes de la personalidad y la cultura.

El duelo perinatal puede dar lugar a trastornos psiquiátricos como:

- **Trastornos depresivos:** Son más frecuentes en mujeres con antecedentes depresivos o psiquiátricos en general, nulíparas o que han tenido abortos previos. Deben tenerse presentes los rasgos que permiten el diagnóstico diferencial entre la depresión y el duelo.
- **Trastornos de ansiedad:** aumentan tras el aborto para disminuir después de las 12 semanas, pero sobre todo despuntan ante la posibilidad de un nuevo embarazo.

TABLA 08

**CONDUCTAS O ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE FAVORECIERON
EL PROCESO DUELO - CALIDAD DE ATENCIÓN**

| <p>CATEGORÍA. CONDUCTAS O ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE FAVORECIERON EL PROCESO DUELO:</p> <p>Calidad de atención</p> | |
|---|--|
| <p>MADRE Ag.</p> | <p>“A veces el personal, incluyo médico, todos, como que ven tanta enfermedad y tantas recién nacidos que se pierden, todos los días que le da igual, es una más, como que están acostumbrados ya que nada les da, pero no es todo el personal... Algunos te aconsejan y te informan esto fue algo nuevo para mí. Empecé ir a la posta y la Enfermera me bajo por Internet todo lo relacionado con mi enfermedad y pude leer las pérdidas que uno puede tener y el tratamiento cuando se está embarazada y no perder el embarazo, el 75 % puede salir bien”.</p> |
| <p>MADRE. MI</p> | <p>“Estaba teniendo a mi hijo y no se acercaban, habían madres que estaban pariendo hijos vivos, necesitaban más atención que yo... yo no traía nada, eso era lo que yo me explicaba, fue doloroso que te dejaran de lado. Después trasladarte 2 – 3 camillas con tu hijo colgando, terminas de tenerlo”. Lo que recuerdo es que “Las estudiantes, me hacían cariño, me tomaban la espalda y la mano, yo les decía que no se vayan, porque me dolía y por qué estaba sola, y ahí estaban las dos.”</p> |
| <p>MADRE. Gs.</p> | <p>“Cuando nació mi hijo desperté y no tenía guata era un vacío grande, me miraba y me hacía cariño, auxiliares y estudiantes me daban ánimo, me decían vas a tener más hijos, no eres la única” “Estoy agradecida de la pediatra, por decir al Dr. que dejara ver a mi bebe</p> |

| | |
|-------------------|--|
| | <p>porque yo lloraba, fue más allá de su deber ir a verme a recuperación, conversar y decirme que el dolor iba a pasar, que ella era católica y daba bautizos, me dio apoyo moral.”</p> |
| MADRE Ra. | <p>“Se ponen como profesionales, se deben dar cuenta que uno está sufriendo algo fuerte, deberían ser de otra manera la forma de decir las cosas, no ser tan profesional, ponerse en el lugar de uno, a lo mejor no han pasado por eso, pero lo que uno vive en ese momento es muy fuerte y doloroso.”</p> <p>“Me hubiese gustado estar en el velorio, pero pienso que a lo mejor fue bueno, me decían mejor que no fui, yo si quería estar. No pregunte si podía ir”</p> <p>“El día del funeral estaba desesperada, mi presión estaba altísima, me decían que no me podían dejar ir, si fuera otra enfermedad te hubiésemos dejado ir. debieran dejar ir, no ser tan crueles.</p> |
| MADRE. Mae | <p>Muchos de los profesionales son indiferentes, ni siquiera te escuchan, si le reclamas, pasan de largo, con sus cosas, será porque ya se han vuelto indolentes con tantos problemas</p> |
| MADRE. Lp | <p>En el hospital hay de todo, algunos te escuchan, te consuelan, aunque las palabras no te alivian, porque el dolor nadie lo pude calmar.</p> |
| MADRE. Is | <p>El hospital es triste, no dejan pasar a la familia, y el personal no te atiende en lo que necesitas, muchas veces se molestan y te dicen espérate que estamos ocupadas, incluso te dejan con la chata por mucho tiempo.</p> |
| MADRE. Ma | <p>Yo he sentido, la indiferencia del médico, me toco una obstetriz amargada, gritaba a todo el mundo, solo las auxiliares, nos atendía aunque de mala voluntad. Pero la gran mayoría no le importa lo que estás pasando. En la noche me canse de llorar, solo una paciente de la cama de a lado me consolaba.</p> |

| | |
|------------------|---|
| MADRE. Sn | <p>Mi bebe no debería estar muerto, toda la culpa es de la obstetrix, que me mando a caminar, porque no había cama en maternidad y me decía que como tenía más de 30 años, el parto iba a demorar, me arrepiento de haber ido al hospital, me hubiera ido a la clínica y quien sabe mi bebe estaría vivo y demoro en examinarme solo porque, según ella</p> |
|------------------|---|

Entre las actitudes calificadas como negativas, destaca la incapacidad de los profesionales para enfatizar con la problemática en que se ven enfrentadas al momento de experimentar la crisis de perder un hijo. Este tipo de actitud genera en la percepción de estas usuarias, la idea que los profesionales se insensibilizan frente a estos acontecimientos, por la costumbre a estar expuesto frecuentemente a estas realidades.

Otra actitud negativa es la falta de apoyo otorgada por algunos de los integrantes del equipo de Salud frente a la pérdida, lo que puede generar fuertes reacciones en las usuarias. Llegando incluso a tener la percepción de sentirse de menor importancia frente al resto de las usuarias.

Las actitudes positivas manifestadas por las usuarias son variadas y como se señaló anteriormente depende de cada profesional. Destacan entre estas la compañía en esos momentos donde se sienten solas, destacando significativamente a los estudiantes en práctica.

También señalan que dentro de la atención fue valorable el hecho de permitir el acceso de familiares a donde estuvieron hospitalizadas ya que les significó sentir más acompañadas.

El hecho de aconsejar en la decisión correcta e incentivar a un nuevo proceso reproductivo fue considerado dentro de una actitud positiva.

Los padres son extremadamente sensibles a las reacciones y conductas de los profesionales. Sin duda recordarán de una manera positiva ciertas actitudes como

disponibilidad, intuición, respeto, comprensión, serenidad, paciencia, responsabilidad, optimismo, asertividad y actitud de escucha. Para proporcionar una atención cálida y cercana es necesaria una formación específica y realizar programas de entrenamiento en técnicas de relación de ayuda, puesto que ayudar a estos padres no es algo que se improvisa.

Para el personal de salud resulta difícil ser testigos de la muerte neonatal, ya que este acontecimiento no sólo implica enfrentar problemas técnicos, sino también emocionales. Aunque el personal de salud haya sido entrenado para curar y aliviar el dolor, la gran mayoría no ha recibido preparación para enfrentar la muerte, lo que puede generar en ellos una sensación de impotencia, frustración y tristeza, negando con estas actitudes esta vivencia. **Obando, L. y Villalobos, M. (63)** Es por eso que el personal necesita preparación emocional para mitigar.

Nuestra práctica diaria nos impulsa a reflexionar sobre la pérdida neonatal; abordar esta pérdida es una tarea delicada, dicha experiencia no nos deja indiferentes, no sabemos cómo hemos de comportarnos, ni qué se ha de decir en estas situaciones y todos pedimos fórmulas para no equivocarnos. Para mejorar la calidad de la atención que prestamos nos planteamos: ¿cuál es la actuación de los profesionales implicados en el cuidado de los padres que han sufrido una pérdida neonatal?, ¿cómo viven los padres la pérdida?, ¿cómo la viven los profesionales?

TABLA 09

CONDUCTAS O ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE FAVORECIERON EL PROCESO DUELO: VIVENCIA CON MORTINATO DESPUÉS DEL PARTO

| <p>CATEGORÍA. CONDUCTAS O ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE FAVORECIERON EL PROCESO DUELO: Vivencia con mortinato después del Parto</p> | |
|--|---|
| <p>MADRE Ag.</p> | <p>“Estaba como durmiendo, yo no tuve la culpa quede tranquila perdí las esperanzas cuando lo vi y no lo sentía llorar, perdí la fe, tenía que verlo si o si no me lo dejaban ver yo iba a hacer el escándalo sea como sea lo hubiera visto igual si tiene algo malo es culpa mía y como está bien no fue culpa mía es como que no me cuide del embarazo”</p> |
| <p>MADRE. MI</p> | <p>“Sigo ofuscada, y trato de no demostrarlo delante de la gente. De no llorar delante de la gente. Prefiero sacármelo sola, dar aliento más que me lo den. No me gusta que me digan la pobre” Me quedo la duda si hice bien en no verlo, le vivo preguntando a mi marido como era, tenía formado esto, a quien se parecía eso me paso por no verlo... Quede con la duda al igual de no ir al funeral, a lo mejor debí haberlo visto.</p> |
| <p>MADRE. Gs.</p> | <p>“Deberían dejar ver, tenerlos, decidir y despedirlo, porque es hijo mío. Es un derecho, por eso grite hasta último momento.</p> |
| <p>MADRE Ra.</p> | <p>“El me ayudo, los dos tuvimos la posibilidad de verlo, me decía que era bonita, el toco sus patitas y manitos, la besaba y miraba la forma de</p> |

| | |
|-------------------|--|
| | <p>su carita, como era a quien se parecía.</p> <p>Esas eran las razones por las que quería conocerla, fue bueno para mi conocerla”</p> |
| MADRE. Mae | <p>En mi caso, mi bebe murió por negligencia del médico, por eso estoy siguiendo un juicio al médico que me operó, con un practicante, quien en el momento de la cesárea, dejo caer el instrumental que estaban utilizando y el medico se demoró en sacar a mi bebe, quien se asfixio, dentro de mi útero, Yo lo esperaba con tanta ilusión, muchas veces lo sueño, duermo con él, y cuando me despierto es una sensación de mucha tristeza, y soledad. Ojala Dios me conceda otra oportunidad de ser madre.</p> |
| MADRE. Lp | <p>“Llegue a la sala donde estaban todas las bebes, lloraban en las noches, sufrí mucho y me decían tuvo a su bebe a ¿Qué fue? Era difícil y muy triste decirle que había muerto.</p> <p>Era incomodo repetirle todo el cuento a todo el mundo, porque era obvio que preguntarían”.</p> |
| MADRE. Is | <p>“Me hubiese gustado estar con paciente con otros problemas o mamás que hayan pasado por lo mismo... Deberían existir salas implementadas para estas mamás.”</p> |
| MADRE. Ma | <p>“Me sentí más segura con él que con mi mama, después del alta él se convirtió en una persona experta en toma de presión, me siento segura con él, igual le afectó la situación pero lo tomó con calma, mi pareja es lo más importante en este momento”.</p> |
| MADRE. Sn | <p>Me fui a esa sala estaba sola, pero empezaron a subir las madres con su hijo, yo estaba en el rincón tenía dos opciones, o mirarlas a ellas con sus hijos o darme vuelta y ver una cuna vacía, no hallaba que hacer, lo único que quería era salir de ahí. Tú piensas que nada te puede pasar con el dolor que has pasado eso era lo máximo.”</p> |

Al no existir una norma vigente o regulatoria, las estrategias o conductas adoptadas depende de cada profesional el facilitar el acceso al padre para estar con sus mortinatos. Debido a esto las experiencias o vivencias fueron diferentes en cada una de estas usuarias, dependiendo de la disposición de los profesionales y el deseo de cada una de estar junto a sus hijos. A algunas de ellas se les dio la oportunidad de estar con sus hijos, pero dependía exclusivamente de su decisión de llegar a consumir este hecho.

La posibilidad de tener contacto con el hijo muerto luego del parto fue considerado un derecho natural, ganado por su condición de madre por lo que no aceptaban que no se le permitieran estar junto a ellos. Para las que tuvieron la oportunidad de verlos lo califican como lo mejor que les pudo haber pasado.

Para el personal de salud resulta difícil ser testigos de la mortalidad neonatal, ya que este acontecimiento no sólo implica enfrentar problemas técnicos, sino también emocionales. Aunque el personal de salud haya sido entrenado para curar y aliviar el dolor, la gran mayoría no ha recibido preparación para enfrentar la muerte, lo que puede generar en ellos una sensación de impotencia, frustración y tristeza, negando con estas actitudes esta vivencia. **Távora L y col. (64)** Es por eso que el personal necesita preparación emocional para mitigar el DM en una mujer que ha perdido un hijo al nacer, afrontando el duelo de los padres con respeto y acompañándolos, para tratar de salvaguardar la salud física y psíquica de ambos. Por esto es conveniente que previo al nacimiento de un niño muerto o si éste fallece al nacer, el personal de salud ofrezca a los padres su ayuda, ayudándolos a enfrentar la muerte de su hijo, **Cordero, M, (40)** siempre respetando la decisión de recibir o no ayuda psicológica o espiritual que se les ofrezca, ya que la *autonomía* de la madre como la del padre es un principio bioético rector que el personal de salud debe respetar.

Por otro lado, la información a los padres sobre la muerte del niño debe ser breve, comprensible y exhaustiva, y debe darse en un ambiente adecuado.¹² El personal debe escuchar atentamente a los padres, sin emitir juicios ante las reacciones iniciales de duelo; si se puede prever el fallecimiento, debe brindar a los padres la oportunidad de estar con el niño, de abrazarlo, de hablarle y si ellos lo expresan darle un nombre y bautizarlo antes de morir –conforme a sus creencias religiosas. Además,

debe informar a la familia sobre la necesidad o no de realizar la autopsia, sobre todo si el niño nació con malformaciones congénitas, y de ayudarlos, de ser posible, u orientarlos acerca de los trámites funerarios y referirlos, si es necesario, a profesionales en manejo tanatológico.

TABLA 10

CONDUCTAS O ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE FAVORECIERON EL PROCESO DUELO: IMPORTANCIA DE LA FAMILIA

| CATEGORÍA. CONDUCTAS O ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE FAVORECIERON EL PROCESO DUELO: Importancia de la familia | |
|--|--|
| MADRE Ag. | <p>“Lo bueno es que tengo apoyo de mi madre, mi padre es indiferente, pero en el fondo yo sé que me tiene lastima, tal vez reproche “He cometido muchos errores, tal vez, un castigo, porque en mi familia no hay casos de mal formaciones, por mi papa o mi mamá”</p> |
| MADRE. MI | <p>“ Mi familia me reprocha mi conducta, siento que me tienen mala voluntad”</p> <p>“Quisiera tener a mi madre conmigo, para superar este dolor “ella falleció cuando yo era niña.</p> |
| MADRE. Gs. | <p><i>“Mi sobrino es mi gran apoyo, me alegraba, al igual que mi familia, llenaron lo importante que dejó mi bebida, trataba de olvidar las cosas con ellos”.</i></p> |
| MADRE Ra. | <p>“Tengo el apoyo de mi familia, especialmente de la familia de mi esposo, que me animan y hacen lo posible por apoyarme”</p> |
| MADRE. Mae | <p>Lo que consuela es que mi esposo me apoyo y sigue apoyándome en este proceso, él también ha sufrido mucho, lo he visto llorar muchas veces, mi familia también estaba conmigo, pero no siempre está con nosotros, por su ocupaciones y cuando me visitan, siento que es para criticarme, delo que</p> |

| | |
|------------------|--|
| | no hice, que ya no conduce a nada, por eso muchas veces no recibimos a nadie. |
| MADRE. Lp | <p> Mi familia es numerosa, sin embargo cada quien está en sus cosas, solo una de mis hermanas me acompañó durante 2 meses, se vino a vivir conmigo, ella es muy amorosa, mi mamá es muy fría solo se preocupa de mis hermanos menores y su trabajo, mi papá muy poco me acompañó porque trabaja lejos de Huancayo. </p> |
| MADRE. Is | <p> Yo tengo suerte de tener una familia muy unida, cuando estuve en el hospital mi mamá cuidó de mis hijos y de mi esposo, y cuando Salí del hospital, todos lloramos, pero ya no más me tocaban el tema trataban de que me olvide, pero yo sé que nunca olvidaré esta experiencia tan triste. </p> |
| MADRE. Ma | <p> Mi familia solo me acompañó en el entierro de mi bebé, luego se fueron, ellos viven en Chanchamayo, y no saben lo mal que me sentí, cuando mi esposo se iba a trabajar y mi hijo al jardín, todos los días lloraba, pero tuve que sacar fuerza porque mi esposo se daba cuenta y se ponía triste, no comía, ni dormía bien, y estaba más flaco, cada día, por eso me hice la valiente, y me pegue a mi hijo, a quien adoro y siento que lo cuidó demasiado. </p> |
| MADRE. Sn | <p> Yo tengo el apoyo de toda mi familia, en especial de mi hermano menor, él se engría conmigo, el papá de mi hijo, solo vino al entierro un momento, y se fue no se de él, esta resentido porque se pelearon con mi papá, yo sé que no me quiere, porque si no estaría conmigo,, mi mamá me dice que algún día llegara el amor verdadero y tendré muchos hijos, ojala sea así. También los papas de mi esposo. </p> |

Las manifestaciones de apoyo otorgadas por los familiares están el cariño, la compañía y comprensión. El familiar de mayor importancia fue la madre. Sin duda alguna fue ella quien le prestó apoyo durante todo este proceso, solo un caso no contó con el apoyo de ésta por motivo de lejanía.

Para las usuarias que no tiene más hijos su gran apoyo fueron sus sobrinos, los cuales reflejaban sin duda alguna la imagen de su hijo, a los cuales estas manifestaban todo su amor y cariño.

Es importante contemplar que las reacciones de los diferentes familiares y amigos son distintas. Debemos reservar algún tiempo para discutir con los padres cómo las diferencias de género, culturales y parentales modelan las reacciones ante la pérdida. Hacer ver a la madre que la forma de «doler» del padre puede ser distinta, pero no menos sentida que la de ella puede, por ejemplo, mitigar los sentimientos de incompreensión y favorecer su afrontamiento a través del incremento del apoyo social percibido.

Aunque la mayoría de los artículos sobre la repercusión de la pérdida neonatal colocan a la madre como la más afectada, el duelo de otros miembros de la familia merece igualmente consideración.

Madres y padres desarrollan un apego diferente. El apego materno puede aparecer mucho antes de confirmarse el embarazo, desde que la mujer fantasea con la maternidad, y aumenta cuando nota moverse al feto en su vientre. El apego paterno es más intelectual que emocional o físico. Estar presente en la ecografía le vincula realmente con el hijo que esperan. Este “vínculo incongruente” **Cervantes R, et. Al. (65)** entre padre y madre genera diferencias en el apego con el feto y, si éste muere, el duelo de cada uno tendrá distintos estilos y ritmos.

Los hermanos sufren también la pérdida, aunque relegados del proceso de duelo son los “dolientes olvidados”. **Pangrazzi A. (66)**. Su reacción depende de la edad, sexo, personalidad, lugar de procedencia, y la cultura y religión familiar. Pueden culpabilizarse por creerse causantes de la pérdida por sus sentimientos de envidia y rabia al verse desplazados en el cariño de los progenitores por el bebé esperado. Si

no han llegado a conocer el embarazo, los progenitores deberán informarles del motivo de su disgusto, insistiendo en que no van a morir como su hermanito ni les perderán también a ellos, buscando tranquilizarles y liberarles de posibles ideas de culpa o responsabilidad por lo sucedido. Es necesario responder honestamente a sus preguntas, con sencillez y sin mentiras, y hacerles partícipes de los rituales de despedida del bebé a través de dibujos, flores o pequeños regalos. **Díaz, L. & Rolla, E. (67)**

El personal de enfermería debe estar atento a las distintas emociones que sentirán los padres en los meses siguientes a la pérdida de su bebé. Durante esta fase, el apoyo y la comprensión empática, tanto desde la red social de los padres como del personal sanitario más cercano, tienen un efecto positivo en el proceso de duelo. Los padres se benefician del asesoramiento individual y sin duda podremos prestar asistencia sobre aspectos como: la toma de decisiones respecto a decir adiós, la manera en que van a hacer frente a su dolor en el futuro inmediato, cómo interactuar con la familia y con las personas de su entorno.

Las intervenciones de enfermería se han ido perfeccionando en las últimas dos décadas y se han llevado a cabo algunos estudios de investigación a fin de promover la salud en la pérdida perinatal.

La NIC **McCloskey, (68)** describe un buen número de intervenciones en relación con el diagnóstico de duelo: 5240 asesoramiento, 5250 Apoyo en la toma de decisiones, 5270 Apoyo emocional, 5294 Facilitar la expresión del sentimiento de aflicción: muerte perinatal, 5420 Apoyo espiritual, 5440 Estimulación del sistema de apoyo, entre otras pueden ser seleccionadas por las enfermeras para el abordaje de este caso. De igual modo la NOC.

TABLA 11

**CONDUCTAS O ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE FAVORECIERON
EL PROCESO DUELO: SOCIEDAD**

| <p>CATEGORÍA. CONDUCTAS O ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE FAVORECIERON EL PROCESO DUELO: SOCIEDAD</p> | |
|--|--|
| <p>MADRE Ag.</p> | <p>“Estoy ofuscada y trato de no demostrarlo delante de la gente. De no llorar delante de la gente.</p> <p>Prefiero sacármelo sola. Dar aliento más que me lo den. No me gusta que me digan “la pobre” “En la sociedad hay falta de madurez, no tiene cuidado con lo que se dice, no ven los sentimientos, no son personas malas, les falta criterio, no está preparada para el Duelo.”</p> |
| <p>MADRE. MI</p> | <p>“ Cuando ando en la calle me ven así gorda y me dicen: tienes que cuidarla porque te pude pasar lo mismo y cuídate por esto y este otro..., porque si seguís así va a nacer en la calle, yo le dije a una señora sabe usted yo estoy embarazada no estoy enferma eso es lo que a mí me da rabia porque aquí la gente inventa, a mí me importa que mi familia que está conmigo sepa lo que realmente me pasó, lo que invente lo demás gente me da lo mismo</p> |
| <p>MADRE. Gs.</p> | <p>“Lidia es una chica que conocí en el hospital, ella es madre de dos gemelos que también murieron y que recibe ayuda de un psicólogo y le va muy bien, me contó su experiencia. Ella fue la que me animó a visitarlo y accedí, ya que la pérdida de un hijo es algo muy duro.</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| <p>MADRE Ra.</p> | <p>“Gente que te conoce y que te ve todos los día y se va inventando hasta que sacan conclusiones entonces empezaron que yo, que mi guagua había tragado líquido amniótico, que había tragado la placenta, inventa una que otra cosa y a una vecina le dije:, arman cualquier invento, le dije usted tiene que creer lo que yo diga porque yo sé lo que le paso a mi guagua nadie más que yo, yo no voy a estar inventando... hay gente que me queda mirando en la calle, me echa la culpa a mi”</p> |
| <p>MADRE. Mae</p> | <p>Siento que la gente es muy hipócrita, porque delante tuyo te apoyan pro yo seque atrás hablan mal, te culpan de la perdida.</p> |
| <p>MADRE. Lp</p> | <p>Prefiero no salir a la calle de mi barrio, muchas veces si quiero salir llamo un taxi para irme de compras, porque la gente te mira y comentan en voz baja eso me incomoda.</p> |
| <p>MADRE. Is</p> | <p>A mí no me importa el comentario d la gente, pero siento que si me apoyaron, lo comprobé en el entierro, aunque yo siento que tal vez me culpen de lo que paso.</p> |
| <p>MADRE. Ma</p> | <p>Pienso que la gente es mala, muchos se alegran delo que te ha pasado, pero yo no les deseo a nadie que les pase lo que yo he vivido, si no fuera por mi hijo y mi esposo, no sé qué hubiera sido de mí.</p> |
| <p>MADRE. Sn</p> | <p>Mis amigas siempre me apoyan me visitan y normal, la gente comenta que me culpa de la muerte de mi hijo, porque como tuve un embarazo difícil, piensan que no me he cuidado y quería perderlo, pero yo sé que no es así, porque me puse a trabajar, para comprarle todo su ajuar y ahorrar para los gastos del hospital. Pero todo para nada.</p> |

Dentro de las actitudes de la sociedad, las usuarias perciben que no está preparada para la muerte de un hijo. Estos tienden a enjuiciarlas y culpar a las mujeres que experimentan la pérdida. En algunas son frecuentes los comentarios mal intencionados. Algunas usuarias atribuyen estas actitudes a una inmadurez de la sociedad frente a este proceso.

En los caso de las usuarias que al momento de entrevistarlas presentaban un nuevo embarazo, señalan que dentro de su sociedad, al momento de saber de este nuevo acontecimiento, fueron comunes los comentarios, donde estos tratan de aconsejar para que no acontezca nuevamente, lo que no es bien aceptado por éstas. Señalan además que existen, los menos, dentro de su sociedad, que si empatizan con ellas y le ofrecen su máximo apoyo y comprensión.

Aspecto importante es lo vivenciado por la investigadora, quién al término de cada entrevista apreció las manifestaciones espontáneas de agradecimiento de estas mujeres, al poder compartir sus experiencia vivida refiriendo que no habían tenido la oportunidad de expresar sus sentimientos, lo que evidencia que este tema no es tratado en las dependencias institucionales de salud ni mucho menos en el entorno de su hogar.

Diversos autores señalan que las respuestas de duelo ocupan un periodo doloroso de aflicción que es una respuesta normal y necesaria por la pérdida de una persona amada; en cambio, la ausencia de este lapso de aflicción, puede ser un signo de alarma de una situación patológica.

Parkes (69) en un estudio de 56 madres que habían perdido a sus hijos en la etapa perinatal, encontró que 19 no habían tenido ningún apoyo terapéutico después de tener una MP y uno o dos años después tuvieron trastornos mentales y problemas psiquiátricos graves (psicosis, ansiedad, fobias, pensamientos obsesivos y depresiones profundas).

A nuestra sociedad le está costando reconocer que la pérdida neonatal tiene un gran impacto emocional en los padres, prueba de ello es un estudio realizado por **Gálvez y Salido(70)**, en el que afirman que no hay datos empíricos que hablen de la

realidad sobre la pérdida perinatal, tampoco de la experiencia de los profesionales de salud respecto al tratamiento de la pérdida, sino tan sólo un conjunto de documentos que hacen recomendaciones de lo que los profesionales sanitarios deberían hacer según la literatura anglosajona, lo que induce a pensar que posiblemente no se está considerando la pérdida perinatal como un problema de la práctica cotidiana, ni se esté tratando como un proceso de duelo con graves repercusiones en la vida de las personas que lo sufren.

CONSIDERACIONES FINALES E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

En los últimos años la Enfermería como disciplina, ha utilizado con mayor frecuencia el método científico para incrementar los conocimientos de la ciencia y arte de Enfermería además, ha servido para validar su intervención y contribuir al desarrollo de la profesión.

La Investigación de Enfermería genera teorías que permiten capacitar a las enfermeras profesionales para ejercer una práctica de calidad además, permite confrontar las demandas de la profesión y de la sociedad, para que Enfermería pueda asumir la responsabilidad de sus propias decisiones, acciones y consecuencias.

Las y los Enfermeros por su formación holística, están en permanente contacto con una diversidad de personas en todas las etapas del ciclo vital y deben enfrentar y resolver continuamente, la variada gama de problemas que presenta el usuario, razón de ser de la profesión. Una de estas situaciones, es la Crisis que vivencian las personas que experimentan el duelo por pérdida de un hijo, donde los profesionales de Enfermería por la naturaleza de su formación, deben intervenir desde las cuatro funciones del rol, teniendo presente a la familia y la globalidad de la madre.

El fenómeno de la muerte es difícil de entender y de aceptar por la familia debido a lo inesperado de la situación sobre todo, afecta a la madre en este caso.

Los profesionales en general, temen enfrentar e informar a los familiares respecto al proceso de muerte y duelo, a pesar que están capacitados y que éticamente lo deben afrontar, ello influye negativamente ya que crea una nube de incertidumbre y desorientación en la madre y el resto de la familia.

La Enfermería debe asumir activamente su rol en el proceso de información y orientación de la familia además, debe capacitar e incentivar a futuros profesionales en el ámbito de la Tanatología y la Investigación para poder enfrentar íntegramente el problema de la muerte.

Por último, cabe destacar la trascendencia que tienen investigaciones similares, ya

que aportan conocimientos valiosos para Enfermería, con ello podemos capturar la esencia de las vivencias que surgen de cada frase de los informantes. El investigador a su vez, se envuelve en el misterio de sentir lo que otras personas han vivido, surgen aquí la empatía y sensibilidad que es la esencia de la enfermería como profesión y disciplina.

Al finalizar el análisis de los discursos, realizados a nueve madres con experiencia de duelo por pérdida perinatal puedo concluir que logré develar el fenómeno de la Vivencia del Duelo, con ello el misterio queda descubierto y mi inquietud ha sido resuelta.

Las experiencias vividas por estas personas, tienen varias convergencias o varios temas en común, que de alguna manera comparten su realidad, lo que permite que el fenómeno se muestre tal cual es, llegando así a la comprensión de la estructura general de éste.

Entre las intervenciones que se ha podido realizar frente a todo este proceso y durante el tiempo de duración del trabajo son las siguientes:

Primero: una actitud de escucha a la madre y en algunos casos al padre, generando un espacio de privacidad, y confianza que permitió aflorar todo el sentimiento de dolor, tristeza, rabia y en algunos casos culpabilidad.

Segundo: Reuniones con la familia donde se les ha proporcionado las herramientas necesarias para apoyar a la madre durante este proceso.

Tercero: Se desarrolló sesiones de terapia con una Psicóloga, donde inicialmente solo asistieron 3 de ellas, luego después de insistir y motivarlas se logró la asistencia regular a las sesiones de las 9 madres, quienes manifestaron que después de estas reuniones se sintieron diferente, con mucho optimismo hacia el futuro y aprendieron a valorar lo que tienen y a las personas que la acompañan. Muchas de ellas manifestaron que esta ayuda deben programarse en el mismo hospital como parte del tratamiento después de la pérdida, donde la gran mayoría se sintieron muchas veces abandonadas y, discriminadas, frente a las otras madres que si tenían a sus hijos con ellas en el servicio.

RECORDANDO EL MOMENTO DE LA NOTICIA DE MUERTE DEL HIJO

Se produce en la madre un fuerte **Impacto Psicológico** al conocer por una parte el resultado desastroso ante la dulce espera, lo inesperado de la situación produce intensas reacciones e inicia las fases del duelo y a su vez, desencadena gran inquietud por los cambios que se producirán en la vida familiar.

"Yo creo... que desde que me dieron la noticia eh... empecé a vivir el duelo, de ese mismo momento eh... porque... como le digo no lo esperaba." (Ag)

"Me da pena, yo creo que a cualquiera le da pena que se vaya a ir un ser que tanto se ha amado y esperado compartir muchas cosas con él,, en estos momentos no quiero hablar del tema(llorando) en mi casa no comentamos sobre este tema mis hijos me preguntan y yo cambio de tema, no quiero conversarlo ni con mis hijos; lo único que quiero es ordenar mi vida, mis pensamientos." (Ra)

"Yo le... se la entregué a Dios, y les dije a mi esposo que hiciera lo que quisiera con ella, porque ella... la verdad es que yo ya no daba más y... y sufría mucho y me sentía vacía, culpable, por eso no quise asistir al entierro, y ahora lo lamento " Lp

AFRONTANDO LA CRISIS SITUACIONAL

Aceptar que algo tan indeseado e inesperado está ocurriendo al interior de la familia es una difícil tarea; la aceptación de la muerte de un ser querido es un proceso doloroso, lento pero necesario para comenzar a afrontar la situación que permitirá reformular los roles y la vida de cada integrante especialmente, la de la madre.

"Pensar... que después de tanto esperar hacerse ilusiones construir sueños ella ya no iba a estar conmigo fue terrible, fue como... como... que me hubiesen tirado un balde de agua fría porque yo no me lo esperaba, no esperaba perder a ese ser querido eh tan de repente, tan pronto; esperaba vivir muchos años con mi bebe, cuidarlo mimarlo y ya no está." (Ma)

"Para todo nuestro grupo familiar ha sido muy fuerte, pero todos realmente han puesto todo su empeño, todo su... o sea nos ha unido mucho más como familia." (Is)

*"Yo acá me entretengo ya haciendo algo, trabajando, haciendo algunas cosas de la casa así, porque si no estoy pensando, buscando sus recuerdos, su ropita, su cuna, la foto que le tomaron cuando nació y me pongo a llorar, no tengo apetito ya he bajado mucho de peso y mis hijos están preocupados, y yo no quiero que sea así."
(Mael)*

RECONOCIENDO EL SIGNIFICADO DE LAS REDES DE APOYO

El afrontamiento eficaz de la crisis vivida al interior de la familia y de la madre, depende del compromiso y apoyo de las redes sociales con que cuenta la madre entre ellas, se pueden identificar la compañía y apoyo de familiares, hermanos en la fe, equipo de salud y otros profesionales. La madre no sólo valora el compromiso del equipo de salud con el proceso de duelo sino también, el apoyo psicológico que pueden brindar.

"Afortunadamente yo tenía el apoyo de mi familia y mi marido y así que en cualquier momento podía recurrir a ellos y ellos me entregaban su apoyo." (Ra)

"Yo creo tener mucha suerte al contar con tanta ayuda, estoy muy agradecida de todos, pero creo que sería vital el apoyo de un Terapeuta o un Familiar para vivir esta difícil experiencia..." (Gs)

"Las doctoras me ayudaron harto... me ayudaron con palabras cristianas, incluso traje al sacerdote, tan lindo y dulce, que realmente me alivio mucho., porque a pesar de todo yo soy cristina, Diosito nos manda el dolor que solo podemos soportar, no más " (Mi)

"En el tiempo que estuvo en el hospital, el personal del servicio, no sé en que andaban ni siquiera se acercaron para saber cómo estaba, solo se dirigían para darme la medicina dice para secar la leche, pero si las señoritas practicantes eran dedicadas y nos atendía en todo, incluso para ir al baño." (Ma)

PERSEVERANDO EN LA ESPERANZA

La crisis vivida dentro de la familia derivada de lo irrecuperable de la situación de pérdida del niño, genera un proceso en el cual se pueden identificar etapas como la

negación, la negociación y finalmente la aceptación. Para poder enfrentar la problemática, se mantiene constante la esperanza de una recuperación milagrosa influenciada por la creencia religiosa de la familia, lo que a su vez, repercute positivamente en los mecanismos de afrontamiento para lograr un Bienestar Biopsicoespiritual en la madre y su entorno familiar..

"Uno lo último que pierde es la esperanza; siempre eh... desea que suceda un milagro o piensa que esta es una pesadilla, un mal sueño, que después uno va a despertar al día siguiente y que todo va a estar bien." (Ma)

"Para mí en especial, ha sido muy importante... eh... la fe y la esperanza que he tenido en Dios, porque de otra forma yo creo que no habría podido estar... digamos... un poco más firme en esto." (Mae)

"Uno piensa que él va vivir, que... eso no va a ocurrir, no, siempre Dios perdona... es duro, pero... hay que tener fe en Dios no más y... fortaleza, El sabrá lo que hace, por algo Él pone estas pruebas." (Lp)

"Pero siempre con la esperanza de que eso no volviera a aparecer, que... todo el mundo tiene la esperanza de eso..." (Sn)

DESCRIBIENDO LA CRISIS

Son muchos los sentimientos y percepciones que tiene la madre al afrontar la situación irrecuperable del ser querido especialmente, en el periodo de adaptación a la realidad de la muerte. Estos sentimientos e ideas permanecen imperturbables durante todo el proceso de aceptación, las emociones son muy fuertes e impactantes.

"Lo que más viví en ese momento fue angustia, angustia, desesperación, porque de repente me entero que murió, y yo no podía hacer nada, solo llorar." (Ma)

"Por eso a veces uno se siente debilitada y... hay que sacar fuerzas de flaqueza y... seguir adelante." (Mae)

"Es totalmente angustiioso, porque una... yo nunca había visto un bebe muerto todo azulado, flácido, fue realmente impactante." (Gs)

B. DISCUSIÓN

La muerte es inevitable en el proceso vital de la persona, tan natural como nacer o crecer, pero este suceso es el más difícil de afrontar. Ante ella cada persona tiene actitudes diferentes, que pueden ir desde la negación de ésta hasta la total aceptación de ella. En la muerte perinatal los padres pueden tener sentimientos de culpa, de frustración, de castigo o de injusticia, de acuerdo con sus patrones socioculturales y religiosos. Por eso deben enfrentar conjuntamente el duelo materno con el apoyo del personal de salud para superar esa grave situación en la dinámica familiar.

Es importante el proceso de la elaboración del duelo, pues los padres y hermanitos no pueden “borrar” al bebé que esperaron con tanto deseo durante tanto tiempo; todo lo contrario, deben recordarlo con mucho amor y crear un vínculo diferente con él. Deben ponerle nombre, si es que no lograron bautizarlo, hablar de él y de los momentos gratos que les dio durante su corta vida.

En una muerte neonatal, el dolor y la tristeza no pueden evitarse, pero si se logra elaborar el duelo de manera adecuada, éstos podrán disminuir y así los deudos lograrán sobrevivir y reponerse de dicha pérdida.

La sociedad a veces podría mostrarse hostil, haciendo comentarios como: “*Después pueden tener otro*”, “*Lo bueno es que ya tienen hijos*”, “*Qué bueno que fue rápido, pues así no te alcanzaste a encariñar con el bebé*”, “*Dale gracias a Dios que murió y no te quedaste con un hijo enfermo*”. Estos comentarios generan ira, coraje, enojo y finalmente, mucha tristeza, pues es muy doloroso que la gente actúe como si el bebé nunca hubiera existido, al no darle una identidad ni la importancia que merece. La gente no alcanza a percatarse de la magnitud de la pérdida.

El manejo mal orientado del duelo en la madre puede derivar en enfermedad, por lo que representa un riesgo mayor en los dos primeros años después de la pérdida de su hijo. Además puede ocasionar alteraciones psicológicas, no sólo en los padres, sino también en otros miembros de la familia.

En cuanto al personal de salud, debe conocer las diferentes etapas de la pena o aflicción que ocasiona la muerte, poseer la habilidad necesaria para establecer relaciones interpersonales e identificar situaciones de riesgo, así como escuchar pacientemente los temores y las quejas de los padres y familiares afligidos, respetando siempre su autonomía, como principio moral rector de su relación con ellos, cuando los ayude a afrontar su duelo.

Los autores de este trabajo consideran que se debe:

- a. Incluir el tema de la muerte y el duelo en la etapa formativa de carreras en el área de las ciencias de la salud, fundamentalmente las de medicina y enfermería y en todos los cursos de postgrados clínicos de ambas carreras.
- b. Se debe capacitar al personal de salud a través de información actualizada acerca de la preparación emocional y desarrollo de habilidades en el manejo del duelo materno.
- c. Elaborar un protocolo o guía de manejo del duelo materno en las instituciones de salud.
- d. Conformar grupos tanatológicos multidisciplinarios, que permitan afrontar de manera adecuada, con los padres, esta situación particular.

Los resultados presentados anteriormente nos permiten conocer las características de las mujeres con antecedentes de mortinato, donde claramente sus realidades difieren entre ellas tanto en la paridad, causa de muerte, estado civil y semanas de embarazos al momento de la pérdida.

Con respecto a el significado que las mujeres con antecedentes de mortinato otorgan a la maternidad, los testimonios demuestran que independiente a que ejerzan o no la maternidad actualmente, tienen incorporado este concepto, demostrando, que es algo implícito en ellas, ya que es un proceso que se viene cultivando a lo largo de todo su historia, manifestándose en su cuerpo físico-mental. Donde, sin duda parte fundamental e influyente a la hora de ejercer la maternidad, es lo aportado por los elementos psicológicos, como lo declara **Pacheco, G. (43)**, al

analizar que desde muy pequeña la mujer, es preparada y educada para ejercer esta función, que es parte de su rol femenino, como además lo describen Freud,(1931), Caruso, (1996) Y Palomino, M. (2004).

Si bien autores como **Carmona (2)** , establecen la maternidad como un largo y complejo proceso que precede al momento específico del parto, se establece mediante esta investigación que depende exclusivamente de cada mujer, de acuerdo a el significado que se tenga de la maternidad, el momento que ellas conciben el inicio de la maternidad. Lo anteriormente señalado se demuestra que es independiente de la paridad ya que tanto mujeres multíparas como primigestas defieren en esto, dependiendo sólo de sus experiencias vividas y el significado que tengan de maternidad.

Otro factor influyente en el significado de maternidad en estas usuarias es el credo religioso, ya que de alguna manera para ellas resulta un regalo de su divinidad, siendo esto según la escritura bíblica, un hecho de gran importancia para la familia, donde la vida humana es vista como sagrada.

Las mujeres con antecedentes de mortinato perciben la maternidad como un fenómeno maravilloso, único e irrepetible porque implica en ella un triunfo de su identidad, lo que genera gran significancia en sus vidas; así mismo como lo establece **Asebey (10)**, quién afirma que existe una interacción entre aspectos biológicos y sicológicos que interfieren en el significado de la maternidad que estas establezcan, lo que hace que este proceso sea único en ellas. Desde el punto de vista social la maternidad, como bien rectifica **Carmona, (2)** y los resultados obtenidos, es el eje organizador de las vidas de estas usuarias, debido a que otorga reconocimiento frente a la sociedad, confiriéndole un status; además que la mujer busca la maternidad para obtener el reconocimiento de la sociedad para sentirse plenas y reconocidas. En este estudio este pensamiento del autor se ve reflejado en primíparas con antecedente de mortinatos entrevistadas que se encontraban ya embarazadas luego de un lapso intergenésico breve. Esta decisión de embarazo de inmediato podría ser considerada como un intento para superar la pena o disminuirla por la pérdida anterior. Lo anteriormente dicho, lo avalan a su vez los resultados de **Fernández, A. y Ramos, I. (59)**, quienes concluyen que las mujeres hacen un

embarazo después del mortinato buscando de alguna forma el reconocimiento y la respuesta a una necesidad insatisfecha.: la de ser madres.

Un nuevo embarazo post-pérdida resultaría perjudicial si la mujer no ha elaborado el Duelo como lo señala **Toledo (32)**, quien recomienda un espacio intergestación que permita superar la pena y enfrentar un embarazo sin miedos y complicaciones.

Las usuarias entrevistadas revelaron miedo a la recurrencia de otra pérdida, razón por la cual postergan el embarazo y este sentimiento de miedo y ansiedad, se tradujo también en un estado de alerta y vigilancia frente a la evolución del actual embarazo, tal como lo avalan también los estudios de **Bucay, J. (19)**.

La causa de la muerte fetal, una experiencia de parto traumático o secuelas que haya generado la patología son factores influyentes en el deseo de una nueva gestación.

El significado de la pérdida fetal de las mujeres en estudio es similar, ya que como establece **Toledo (32)**, culturalmente no se acepta la muerte, menos la de un hijo porque altera el orden natural de la vida y a diferencia de la muerte de otros significativos no se basa en experiencias y recuerdos si no en esperanzas y fantasías de los padres.

Un hallazgo en este estudio fue que las respuestas más intensas y similares son las relacionadas con la función reproductiva, las cuales se ven afectadas por no llevar a cabo la maternidad.

En relación del tiempo de superación de la pérdida, las usuarias entrevistadas a pesar de haber transcurrido más de un año, aún presentaban fuertes reacciones emocionales de etapas iniciales del Duelo como Miedo, sentimientos de Culpa y rechazo al personal de salud, hecho evidenciado por la investigadora en las entrevistas. Estos hallazgos contrastan lo establecido por **Morrison (25)**, al manifestar que las reacciones intensas del Duelo desaparecen gradualmente en un periodo de 6-12 meses.

Al comparar el Duelo por pérdida fetal y otros significativos, en las entrevistadas se

aprecia que la muerte de su feto tiene una significancia y relevancia mayor, por el impacto que genera en su vida sexual, reproductiva, familiar y social, ya que como lo señala **Bucay R. (19)** esta muerte les quita una parte importante de su futuro y les deja una ausencia que se percibe toda la vida. No así como en otras pérdidas significativas, donde es más aceptada por que son predecibles, como lo asegura **Morrison, Z. (25)**, al referir que la muerte perinatal puede crear una respuesta a la pena más severa y quizás más intensa que la respuesta que se produce con la muerte de un familiar adulto.

Con respecto a la atención otorgada por el Equipo de Salud existen estrategias y / o conductas que no son las adecuadas para la resolución de Duelo. Lo que hace que este proceso sea muchas veces insuperable y traumático para las usuarias, generando ansiedad, avalando así lo propuesto por **Bowlby (24)**, quien señala que la calidad de los cuidados recibidos por estas mujeres son cruciales para disminuir el riesgo de ansiedad.

Otro hallazgo en esta investigación es la información otorgada por las madres, las que mediante sus discursos, manifiestan haber percibido conductas negativas del personal de Salud que se tradujeron en diálogos pocos empáticos y dificultad para ponerse en el lugar de la persona que sufre, generando en las madres la percepción de ser discriminadas, de ser menos importantes frente al resto de las pacientes y que el profesional se insensibiliza frente a estos procesos.

Se destacan conductas positivas referidas por las entrevistadas: el contacto físico, palabras de aliento y de apoyo; el libre accesos de pareja, familiares y significativos, el profesionalismo humano de algunos integrantes del Equipo de Salud y el apoyo frente a otro proceso reproductivo; administración de analgésicos en el trabajo de parto; en algunas información de su estado de salud; la oportunidad de otorgarle funeral a su hijo muerto. Esto es avalado por **Bucay, J. (18)**, quien señala que la calidad de los cuidados recibidos por una mujer con mortinato son cruciales para el bienestar a largo plazo.

Se destacó como otro aspecto positivo de la atención recibida, la oportunidad de contacto con el hijo nacido muerto, que tuvieron la mayoría de las mujeres del

estudio, hecho que significó un momento único e inolvidable, y que algunos autores Gonzalez (20), Liberman, D. **(22)** recomiendan para ayudar a asumir el Duelo.

En el estudio se establece según la percepción de las entrevistadas que el estar junto a otras madres felices con sus niños en brazos, fue una conducta errónea e inhumana, lo que afectó de alguna manera la recuperación de estas.

Al igual que en otras situaciones de aflicción y de crisis, la familia y la pareja es considerada como la fuente de apoyo esencial, hecho manifestado por todas las entrevistadas quienes destacan las muestras de comprensión y la no recriminación, de parte de pareja y significativos, como muy positivas para aceptar la situación de pérdida. Para las madres que no tienen todavía hijos su gran apoyo fueron sus sobrinos, los cuales reflejaban sin duda alguna la imagen de su hijo, ellas les manifestaban todo su amor y cariño.

Lo que se asemeja a lo concluido por **Fernandez (59)**, quienes valoran a los familiares como pilares fundamentales en la resolución de Duelo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

PRIMERA: Una vez analizados los resultados, podemos concluir que estas usuarias con antecedentes de pérdida fetal a pesar de presentar características sociodemográficas y obstétricas diferentes, experimentan uno de los sucesos más impactantes que le puede acontecer a una mujer que desea concretar la maternidad, describiéndolo como un acontecimiento de sufrimiento, personal, inolvidable y que influye fuertemente en su autoestima. El impacto de este episodio radica en que la maternidad se ha ido cultivando a toda mujer a lo largo de existencia; donde los aspectos

psicológicos influyen fuertemente en la adquisición de este rol, resultando difícil aceptar el incumplimiento de este, en mujeres que se han planteado llevarlo a cabo.

SEGUNDA: Para la elaboración del duelo neonatal, será muy importante externar sentimientos, emociones y pensamientos libremente, sin juzgar, pues es común que los miembros de la familia lleguen a sentir enojo y resentimiento hacia el bebé o hacia Dios; por lo que se deberá respetar lo que cada uno de los miembros de la familia expresen y sientan con respecto a la situación. Durante esta etapa será de gran importancia la comunicación entre la pareja y los hijos para lograr unirse dentro de esta terrible experiencia de dolor y consternación y así lograr salir adelante.

TERCERA: La pérdida fetal no influye en el significado que se le otorgue a la maternidad debido a que esta es un deseo inherente a toda mujer.

CUARTA: Algunas mujeres que vivencia Duelo por pérdida fetal, necesitan sentirse apoyadas por su pareja, familia y por la sociedad para sentirse plena, por lo que necesita embarazarse a la brevedad. El enfrentar una nueva gestación con un lapso intergenésico breve y cuando aún no se ha resuelto el Duelo, les condiciona mayores aprensiones, ansiedad y miedo a la recurrencia, lo que podría resultar perjudicial para la evolución del nuevo embarazo.

QUINTA: Para las mujeres entrevistadas, la muerte de un hijo no es aceptada porque es una alteración del orden natural de la vida y además porque se relaciona con las expectativas y sueños que son propios del proceso adaptativo de la

maternidad durante el embarazo, que no se concretan al momento del parto, por lo que hace esta pérdida sea insuperable, inolvidable y decepcionante al compararla con otras pérdidas significativas.

SEXTA:

Si bien todas las mujeres con antecedentes de mortinato viven el Duelo por la pérdida, las reacciones y/o respuestas difieren en cada una de ellas, así como el tiempo de superación de este proceso. La paridad no interfiere en el significado del Duelo, las etapas de este proceso son similares en primíparas y múltiparas; y la intensidad de este proceso va a depender de las experiencias vividas y lo traumática que resultó para estas.

SÉPTIMA:

En relación a la calidad de la atención recibida, las opiniones de las entrevistadas dejan al descubierto los problemas derivados de la falta de normativas respecto al manejo y tratamiento del Duelo Perinatal en sus distintas etapas, generando opiniones que reflejan descontento, lo que de alguna manera repercute en la resolución del Duelo.

OCTAVA:

Dentro de las estrategias más significativas puestas en prácticas por el equipo de salud, según la percepción de las usuarias, se encuentra la administración de analgesia durante el parto, aislamiento en sala de puerperio, acceso a pertenencias utilizadas en la atención del hijo muerto. El contacto con el hijo muerto en el momento del parto, es considerado una de la más significativa.

NOVENA:

La familia y la pareja son consideradas de gran apoyo por estas usuarias, pero tiene diferente significancia durante este proceso, razón por la cual son consideradas positivas toda acción o medida que facilite el acceso a los centros de salud.

- DÉCIMA:** La sociedad no está preparada para enfrentar la muerte de un hijo y tiende a enjuiciar a estas mujeres haciendo que estas dificulten su Duelo.
- DÉCIMA PRIMERA:** Los resultados de este estudio aportan la base para orientar la implementación de normas de atención integral a usuarias y pareja, que presenten mortinatos; donde se incluya la activa capacitación del Equipo de Salud en clínica de Duelo Perinatal con desarrollo de herramientas para enfrentar este tipo de crisis.
- DÉCIMA SEGUNDA:** Equipo de Salud multidisciplinario coordinado con la atención primaria, desde el momento en que la mujer y pareja se hayan informado de la pérdida, hasta que decidan planificar una nueva gestación y culmine sin complicaciones. Además aspecto importante a considerar es la incorporación de herramientas, en las escuelas formadoras de profesionales y no profesionales, para el abordaje de situaciones de crisis, como es la pérdida fetal.
- DÉCIMA TERCERA:** Con respecto al rol de la Enfermera, integrante fundamental de este Equipo de Salud tendrá un rol orientador y facilitador para la resolución del Duelo, teniendo en cuenta que al sugerir las conductas intrahospitalarias frente a la pérdida es finalmente la mujer quién decide como sobrellevar este acontecimiento. El contacto, información y apoyo directo de este profesional, le facilitarán a la mujer la toma de decisiones con respecto a un nuevo embarazo sin miedos para mejorar su calidad de vida en las que no opten por una gestación.

B. RECOMENDACIONES

1. Implementación de normas de atención integral a padres que presenten mortinatos; donde se incluya la activa capacitación del Equipo de Salud en clínica de Duelo Perinatal con desarrollo de herramientas para enfrentar este tipo de crisis.
2. Se recomienda la incorporación de herramientas, en las escuelas y facultades formadoras de profesionales y no profesionales, de la salud para el abordaje de situaciones de crisis, como es la pérdida fetal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz, Juan José y Cano Justo, Manual de Psicoterapia Cognitiva, libro electrónico, 2005. (www.psicología-online.com/libros) versión digital.
2. Carmona, Zoraida y Bracho, Cira, La Muerte, el Duelo y el Equipo de Salud, 2008.Revista de Salud Pública (XII) 23 de diciembre, Venezuela.
3. Freud, Sigmund.. Duelo y melancolía. En: *Obras Completas. ordenamiento, comentarios y notas de James Strachey, con la colaboración de Anna Freud, asistidos por Alix Strachey, Alan Tyson y Angela Richards; 2002.tr. Directa del alemán de José L. Etcheverry*. T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
4. Solís L. (La construcción de la parentalité. En: Solís L, editor. *La parentalité, défi pour le troisieme millénaire*. Un hommage a Serge Lebovici, 2002. París: Presses Universitaires de France.
5. OMS: Informe sobre la salud en el mundo 2007. Un porvenir más seguro. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI, Ginebra, OMS.
6. INEI. Perfil sociodemográfico del Perú.2º Ed.2008.Pág.
7. Gómez B. Eficacia de las intervenciones destinadas a madres y familiares tras una pérdida perinatal.2005. Evidentia enero-abril; 2013(4). En: <http://www.indexf.com/evidentia/n4/91articulo.php>. Consultado el 7 de Octubre de 2012.
8. Cordero MA, Palacios P, Mena P, Medina L. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido.2004 Rev. chil pediatr (Chile); 75 (1): 67-74.
9. *Gálvez Toro A, Salido Moreno MP*. (Los discursos de la muerte perinatal y las prácticas sociales en las instituciones de salud: 2002. Antropología social y cultural. Universidad de Granada.
10. Oviedo, S., Parra, F. & Marquina, M., La muerte y el Duelo. 2009.Enfermería

Global, 15, 1 – 9

11. González Calvo, Valentín , Trabajo Social Familiar e Intervención en Procesos de Duelo con Familias, Ponencia al VI Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo,2006.Social.(<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002448>
12. Raja, R. Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del Personal Sanitario ante la muerte. 2005.Tesis Doctoral. Univ. de Cádiz.
13. Klaus, M. kennel, J. 2012. Maternal infant bonding. Saint Louis Mosby Company.
14. Loverde Rubio, Eduardo .Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia2002 Vol.46 N°2 Págs. (75-81
15. Obando, Ligia y Villalobos María, Procesos de Duelo en una Familia con un Paciente Terminal. Un Acercamiento desde el Modelo de Terapia Familiar Sistémica, en una Familia Costarricense con un Miembro Varón Homosexual con SIDA, 2000.Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología, San Pedro, Costa Rica.www.ts.ucr.ac.cr266.
16. *DSM-IV-TR*. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 2005. Texto revisado. Ed. Masson, Barcelona
17. *Gálvez Toro A, Salido Moreno MP*. Los discursos de la muerte perinatal y las prácticas sociales en las instituciones de salud: Antropología social y cultural. Universidad de Granada. 2002.
18. Bucay, Jorge, El Camino de las Lágrimas, Editorial Océano, México, D.F. Bulechek G.M. (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ªEd. Barcelona: Elsevier España.
19. González Calvo, Valentín, Trabajo Social Familiar e Intervención en Procesos de Duelo con Familias, Ponencia al VI Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social 2006. (<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002448>
20. Rojas Posada, Santiago, El manejo del duelo. Una propuesta para un comienzo, Editorial Norma, Bogotá, Colombia.2005.

21. LOITEGUI, A. "Duelo anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje", Licenciada en Psicología, [Tesis] Universidad de Belgrano, consultado: 15 de Julio 2013. Disponible:http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/250_loitegui.pdf
22. ROJAS, P. "Duelo anticipatorio en padres de niños con cáncer", 2005. Licenciada en Psicología, [Tesis] Pontificia Universidad Católica Del Perú, consultado: 25 de Julio 2013. <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBoQFjAA&url=http%3A%2F%2Ftesis.pucp.edu.pe%2Frepositorio%2Fbitstream%2Fhandle%2F123456789%2F614%2>
23. BOWLBY J. "La pérdida afectiva. Tristeza y depresión".1980. Ed. Paidós, Barcelona, 1993, consultado: 12 de Julio 2013. Disponible:[file:///C:/Documents%20and%20Settings/JMP/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-TeoriasSobreAfectosYSintomas3674188%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/JMP/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-TeoriasSobreAfectosYSintomas3674188%20(1).pdf)
24. Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental. Duelo y pérdida. Madrid: Harcourt Brace, 1999.
25. García, A. M. Continuidad de lazos entre madres y padres y sus hijos fallecidos. Experiencia con padres participantes en un grupo de duelo.2008.
26. Engel, G. "Grief and Grieving", American Journal of Nursing, 1964, 64:93- 98.
27. Lacasta MA, Soler MC. El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. En: Camps C, Carulla J, Casa AM, González M, Sanz Ortiz, Valentín V, eds. Manual SEOM de cuidados continuos. Dispublic; 2004. p.713-30.
28. KÜBLER-ROSS, E.; KESSLER, D. "Sobre el duelo y el dolor".2006. Barcelona: Editorial Luciérnaga. Kehl, K.A. (2005 Julio/ Agosto). Recognition and support of anticipatory mourning. Journal of Hospice and Palliative Nursing, 7, 206-211, consultado: 22 de Septiembre 2013. Disponible: <http://www.casadellibro.com/libro-sobre-el-duelo-y->

eldolor/9788489957749/1076019

29. Gómez B. Eficacia de las intervenciones destinadas a madres y familiares tras una pérdida perinatal. 2005. Evidentia enero-abril; 2(4). En: <http://www.indexf.com/evidentia/n4/91articulo.php>. Consultado el 7 de Octubre de 2012.
30. Gómez Sancho, M. El Hombre y el Médico ante la muerte, Madrid, Arán Ediciones.2006.
31. WORDEN J. W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. La elaboración de los tipos especiales de pérdida. 1997. Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona. (Original no consultado, citado por: TOLEDO R, C; RODRIGUEZ, M. 2004. La muerte en neonatos, Descripción del duelo perinatal. Revista Tanatos nº3 Marzo.
32. TOLEDO R, C; RODRIGUEZ, M. La muerte en neonatos, Descripción del duelo perinatal. Revista Tanatos 2004. nº3 Marzo. (Disponible en. <http://tanatologia.org/seit/revista.html> Consultado el: 15 de septiembre del 2012).
33. Tizón J. Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. 2004. Barcelona: Fundación Vidal y Barraquer, Paidós
34. KAPLAN H, SADOCK B.(1999) Duelo, luto y el sentimiento de pérdida. En: Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría; Ciencias de la Conducta - Psiquiatría Clínica. Ed. Médica Panamericana S.A. 8ª edición. Madrid. 78- 83.
35. Posada RS. (2005), *El manejo del duelo. Una propuesta para un nuevo proceso*. Bogotá: Editorial Norma.
36. Pérez Valera, Víctor, Aspectos espirituales y religiosos del duelo por la muerte de un ser querido. 2009.<http://www.uia.mx/humanismocristiano/docs/duelo.doc>
37. Rojas Posada, Santiago El manejo del duelo. Una propuesta para un comienzo, Editorial Norma, Bogotá, Colombia.2005.

38. *DSM-IV-TR*. (2005). Op.cit.
39. Gómez B. Eficacia de las intervenciones destinadas a madres y familiares tras una pérdida perinatal. 2005. Evidentia enero-abril; 2(4). En: <http://www.indexf.com/evidentia/n4/91articulo.php>. Consultado el 7 de Octubre de 2012.
40. Cordero MA, Palacios P, Mena P, Medina L. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Rev. chil pediatr (Chile)*; 75 (1): 67-74.2004.
41. Montecinos A. Duelo perinatal. Fronteras de su atención. Taller de duelo perinatal Puerto Montt, abril 2003. (Disponible en <http://www.prematuros.cl/duelo/fronterasatencion.htm>.)
42. Palomino Moral PA. , El derecho a duelo. *Index de Enfermería*, 2004. (versión digital); Disponible en http://www.index-f.com/indexenfermeria/32-33revista/32-33_articulo_54.php. Consultado el 17 de Octubre de 2012.
43. Pacheco Borrella G. Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura de los Cuidados Digital*; 2003. 14. Disponible en < http://www.index-f.com/cultura/14revista/14_articulo_27-43.php>. Consultado el 26 de Enero de 2012.
44. O'Connor, N. *Déjalos ir con amor: La aceptación del duelo*. México: Trillas.1999.
45. Bucay, Jorge, *El Camino de las Lágrimas*, Editorial Océano, México, D.F. Bulechek G.M. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 5ªEd. Barcelona: Elsevier España.2004.
46. Casarjian, R. *Perdonar, una decisión valiente que nos traerá paz interior*. Barcelona: Urano.1994.
47. Shafir, R., *El arte de escuchar*. Barcelona: Grijalbo. 20010
48. Liberman, Diana *Es hora de Hablar del Duelo: del Dolor de la Muerte al Amor a*

la Vida, Editorial Atlantida, Buenos Aires, Argentina.2007.

49. Newman MA. Health as Expanding Consciousness. 2nd ed. New York: National League for Nursing Press; 1994.
50. Watson, J. Relación transpersonal de cuidado: New dimensions of human caring theory. *Nursing Science Quarterly* 1988; 1(4):175-181.1998
51. Husserl, E. Ideas Relativas a una Fenomenología Pura y a una Filosofía Fenomenológica. México, Ediciones 3ª Edc.1989.
52. Husserl, E. *Problemas Fundamentales de la Fenomenología*. Madrid: Alianza.1994.
53. Sánchez, Beatriz. La Fenomenología: Un Método de Indagación para el Cuidado de Enfermería. Facultad de Enfermería. Cuidado y Práctica de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Editorial Unibiblos. Bogotá Colombia.2000. Pág. 24,25
54. Hernández, R. E. Metodología de la Investigación Científica (Cuarta Edición ed.). México: 2006. Mcgraw-Hill. Obtenido de https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-dela-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf
55. Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. [publicación periódica en línea] 1979 marzo. [Citado: 2013 abril 16]. Disponible en file:///D:/Papa/TESIS%203/PROYECTO%20DE%20LINGAN%20VEGA%20MARIBEL%20CUIDADO%20ESPIRITUAL-SIPAN-2018/10._INTL_I52.
56. Giorgi A. The theory, practice, and evaluation of the phenomenological methods as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*. ; 28(2):235- 240.1999.
57. Ruiz, Juan José y Cano Justo, Manual de Psicoterapia Cognitiva, libro electrónico (www.psicología-online.com/libros) versión digital.2005

58. Pangrazzi A. *El duelo, cómo elaborar positivamente las pérdidas humanas*. Buenos Aires: Ediciones San Pablo; 2006.
59. Fernández, Antonieta y Ramos Ileana, *Familia y Procesos de Duelo, Análisis de la Dinámica de una Familia con un Paciente con Cáncer* 2005.
60. Mena, Patricia ET AL. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista Chilena Pediatría*. Enero, volumen 75, no.1, p.67-74. 2004.
61. GARCIA, A. Sobre el morir y la muerte. La muerte en neonatos, Descripción del duelo perinatal. *Revista Tanatos* nº3 21. GUIAS PERINATALES. 2003. Muerte fetal in útero. capítulo 24. Disponible en:
<http://www.cedip.cl/Guias/Guia2003/capitulo24.swf>
62. Palomino Moral PA. El derecho a duelo.2004. *Índex de Enfermería* (versión digital); Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/32-33revista/32-33_articulo_54.php. Consultado el 17 de Octubre de 2012.
63. Obando, Ligia y Villalobos María *Procesos de Duelo en una Familia con un Paciente Terminal. Un Acercamiento desde el Modelo de Terapia Familiar Sistémica, en una Familia Costarricense con un Miembro Varón Homosexual con SIDA, Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología, San Pedro, Costa Rica*.www.ts.ucr.ac.cr266.1994.
64. Távara L y col. Mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios como estrategia para reducir la mortalidad materna y perinatal. *Ginecol Obstet (Perú)*; 2000.46 (2): 124-34.
65. Cervantes R, Denegri J, Watanabe T. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Lima-Perú: Ministerio de Salud- Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología-OPS/OMS 2005, 218p.
66. Pangrazzi A. (2006),Op.cit.
67. Díaz, L. & Rolla, E. Los procesos de elaboración del duelo en madres,

pertencientes a la corporación Renacer, que han perdido de manera abrupta a uno de sus hijos. 2006. Tesis de grado, Universidad Académica de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2978/77%20-%2091.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

68. Gloria M Clasificación De Intervenciones En Enfermería (Nic) Mccloskey, Joanne C./BULECHEK, ATINA LIBROS (Badalona, BCN, España) 2012.
69. Parkes C. M. Laungani P. y Young B. (Eds.). Death and bereavement across cultures. London: Routledge, 1997.
70. *Gálvez Toro A, Salido Moreno MP*. Los discursos de la muerte perinatal y las prácticas sociales en las instituciones de salud: Antropología social y cultural. Universidad de Granada. 2002.
71. Pacheco Borrella G. (2003),. Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura de los Cuidados Digital*; 14. Disponible en < http://www.index-f.com/cultura/14revista/14_articulo_27-43.php>. Consultado el 26 de Enero de 2012.
72. Lagarde, M. Maternidad, Sexualidad y Comportamiento Reproductivo: Apuntes sobre la Identidad de las Mujeres. 1998. Disponible: http://www.grhf.harvard.edu/_Spanish/course/sesion2/maternidad.html

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN ESCUELA DE POST GRADO
UNIDAD DE POST GRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA**

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha solicitado participar en el estudio de investigación titulado:

VIVENCIAS y SIGNIFICADO DE DUELO DE LA MADRE QUE HA SUFRIDO UNA MUERTE NEONATAL HUANCAYO 2013.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste Enfermera que forma parte de un equipo de investigación.

Entiendo que la entrevista formará parte de un estudio sobre las experiencias y vivencias de los padres que han sufrido una pérdida neonatal sin embargo, yo no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación.

Se me ha explicado los objetivos de dicha investigación. Asimismo, se me ha dado a conocer que:

- No se me aplicará ningún procedimiento o intervención que ocasione riesgos para mi salud.
- Responderé a una Encuesta, cuyas preguntas he leído y he comprendido.
- Accederé a que se me entreviste sobre el tema si fuera necesario.
- Los datos y resultados obtenidos son de carácter estrictamente confidencial y su uso sólo comprenderá fines académicos y de investigación,
- Al participar del estudio, yo estoy de acuerdo en que se disponga de los datos recolectados mediante la encuesta y/o entrevista que se me solicite contestar para los fines citados.
- Cualquier pregunta que yo quiera hacer en relación a mi participación deberá ser contestada por el investigador y/o responsables de la tesis.

Este consentimiento está dado voluntariamente, sin que se haya ejercido ningún tipo de presión para su aceptación.

Investigadora Participante

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN ESCUELA DE POST GRADO
UNIDAD DE POST GRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

ANEXO 2

GUÍA PARA LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Objetivo.- Recabar información de las madres que conforman la población de estudio respecto a vivencias y significado del proceso de duelo por experiencia de muerte neonatal.

I. Datos demográficos correspondientes a la madre

Nombre..... Fecha de valoración

Dirección..... Teléfono.....

Parentesco del fallecido Fecha del fallecimiento

1. Causa del fallecimiento

.....
.....

2. **Edad:** 18 - 29 años 30 - 39 años 40 - 49 años
 50 - 59 años más de 60 años

3. **Categoría profesional u ocupación**

4. **Religión / espiritualidad**

Ateo Musulmán Cristiano Budista

Otra

5. **Estado civil:** Soltero/a Casado/a Separado/a Viudo/a

Otro.

6. **¿Hijos vivos?:**

1 hijo 2 hijos Más de 2 hijos

II.- DATOS DE NEONATO

Edad gestacional:

Género: Masculino Femenino

Causa de muerte:

III.- SIGNIFICADO DE MATERNIDAD Y PÉRDIDA FETAL

1. ¿Qué significa para usted la maternidad?.

.....

2. ¿Qué entiende usted por pérdida?
.....
3. ¿Qué significado tuvo para usted la pérdida de su hijo?
.....
4. ¿Qué diferencia tiene esta situación que la hace ser diferente a otras cercanas que ha vivido usted?
.....
5. ¿Qué consecuencias trajo para usted esta situación?
.....

IV.- REACCIONES ANTE LA PÉRDIDA DEL NEONATO

6. ¿Cómo ve usted que cambiado su autoestima?
.....
7. ¿Cómo ve la maternidad hoy en día?
.....
8. ¿Cómo enfrentaría un nuevo embarazo?
.....
9. ¿Cuáles serían sus miedos al enfrentar un nuevo embarazo?
.....
10. ¿Con qué apoyo cuenta para enfrentar un nuevo embarazo?
.....
11. ¿Qué pasó con usted cuando su hijo había muerto?
.....
12. ¿Por qué cree usted que murió su hijo?
.....

V.- ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD

13. ¿Qué vio que hacía el equipo de salud en esos momentos?
.....
14. ¿Cuán importante fue el apoyo del equipo de salud en ese momento?
.....
15. ¿Qué sintió en el momento de su parto o cesárea?
.....
16. ¿Qué le significó el estar apoyada

.....
17. ¿Qué sintió al estar hospitalizada luego de su parto o cesárea?

.....
18. ¿Qué le significó el estar apoyada en ese momento?

.....
19. ¿Qué vio que hacía el equipo de salud en esos momentos?

.....
20. ¿Qué acciones según usted fueron las más significativas por parte del equipo de salud?

.....
21. ¿Qué importancia le otorga al equipo de salud en el proceso vivido?

.....
22. ¿De qué manera el equipo de salud le ayudó a enfrentar ese momento

.....
VI.- REDES DE APOYO

23. A parte del equipo de salud. ¿Quién más la ha ayudado?

.....
24. ¿De qué manera le ayudaron a enfrentar ese momento?

.....
25. ¿De qué manera sus familiares fueron útiles en el proceso vivido?

.....
26. ¿Cuál fue la importancia de sus familiares en este proceso?

.....
27. ¿Cuál fue la importancia de su pareja en esos momentos?

.....
28. ¿Qué características de su personalidad le ayudaron a enfrentar la pena?

.....
29. ¿Por qué cree usted que murió su hijo?

.....
30. ¿Cómo siente que la vieron las otras personas?

.....
Gracias por su colaboración

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN ESCUELA DE POST GRADO
UNIDAD DE POST GRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA**

ANEXO 3

ENTREVISTA DE RECONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO DE DUELO

(Adaptado, Neimeyer, 2002a)

Preguntas de contacto

- ¿Qué experiencia de muerte o pérdida te gustaría explorar?
.....
- ¿Qué recuerdas de cómo respondiste a esa experiencia en su momento?
.....
- ¿Cómo cambiaron tus sentimientos al respecto con el tiempo?
.....
- ¿Cómo respondieron a esa pérdida otras personas importantes en tu vida?
.....
- ¿Cómo respondieron a tus reacciones?
.....
- ¿Quién eras tú como persona, en términos evolutivos, en el momento de la pérdida?
.....
-

Preguntas vivenciales

- ¿Qué sentimientos, si los hay, notas en tu cuerpo a medida que revives esta pérdida?
.....
- ¿Qué forma tienen?
.....
- ¿Hay algún movimiento asociado? Si es así, ¿en qué dirección?
.....
Si no ¿hay algo que bloquee este movimiento?
.....
- ¿Cuál es la parte más significativa emocionalmente de la experiencia?
.....

Preguntas de explicación

- ¿Cómo diste sentido a la muerte y la pérdida en ese momento?
.....
- ¿Cómo la interpretas ahora?
.....
- ¿Qué creencias espirituales o filosóficas contribuyeron a tu adaptación a esa pérdida?
.....
- ¿Cómo quedaron afectadas por la pérdida?
.....
- ¿La pérdida alteró la continuidad de la historia de tu vida de alguna forma?
.....
- ¿Cómo te has enfrentado a esa alteración con el paso del tiempo?
.....

Preguntas de elaboración

- ¿Cómo ha afectado esta experiencia a tus prioridades?
.....
- ¿Cómo ha afectado a tu visión de ti mismo/a o de tu mundo?
.....
- ¿Qué lecciones sobre el amor has aprendido de la persona que perdiste o de su pérdida?
.....
- ¿En qué sentido sería tu vida diferente si esa persona estuviera viva o la pérdida no se hubiese producido?
.....
- ¿Qué metáfora o imagen utilizarías para simbolizar tu dolor por esta pérdida?
.....
- ¿Hay algo que puedas hacer y que sea útil en este momento?
.....