

76



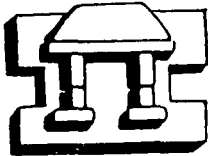
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

CAMPUS IZTACALA

**"INTERVENCION PSICOLOGICA Y MANEJO DE
PACIENTES CON PERDIDA PERINATAL EN EL AMBITO
HOSPITALARIO"**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
GRACIELA GARCIA ROSAS



IZTACALA

ASESORES: LIC. IRMA DE LOURDES ALARCON DELGADO
LIC. MA. ANTONIETA COVARRUBIAS TERAN
LIC. ROQUE JORGE OLIVARES VAZQUEZ.

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agadezco a mis padres el haberme brindado la maravillosa oportunidad de estudiar una carrera universitaria, que ha sido una de las experiencias más enriquecedoras que he vivido.

Gracias PADRE por enseñarme con tu ejemplo la nobleza y el amor por la familia, el luchar cada día por lograr nuestros sueños y no descansar hasta alcanzarlos, para mi, tu sigues a mi lado guiando mis pasos, cuidandome de no tropezar y liberandome de todos los peligros , te quiero mucho.

Gracias MADRE por enseñarme el papel tan importante que tenemos las mujeres, por infundirme confianza en mi como persona por enseñarme la fortaleza con la que hay que enfrentar la vida.

Gracias Hermana por escucharme y brindarme tu apoyo incondicional.

INDICE

	PAG
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO 1	
MATERNIDAD	
1.1 Instinto maternal.....	4
1.2 Aspectos historico-culturales de la maternidad.....	8
1.2.1 La maternidad en la sociedad mexicana.....	13
CAPITULO 2	
EMBARAZO	
2.1 Aspectos emocionales y fisicos del embarazo.....	17
2.2 Embarazo de alto riesgo.....	27
CAPITULO 3	
PROCESO DE DUELO	
3.1 Definición.....	33
3.1.1 Etapas.....	34
3.1.2 Duelo patológico.....	36
3.2 Duelo que le sigue a una pérdida perinatal.....	37
3.3 Necesidades de los padres y hermanos al presentarse la pérdida.....	47
3.4 La vida continúa.....	50
3.5 Embarazos posteriores.....	52
CAPITULO 4	
PROPUESTAS DE INTERVENCION PSICOLOGICA	
4.1 El psicólogo como parte del equipo hospitalario.....	54
4.1.1 El psicólogo como parte del equipo hospitalario en la atención de mujeres con perdida perinatal.....	58
4.2 Implantación del servicio de apoyo psicológico para las parejas que están enfrentando la muerte de su bebé, en la misma institución.....	61
4.3 Capacitación al equipo hospitalario.....	69
4.3.1 Recomendaciones para enfrentar una crisis de pérdida en el mismo hospital.....	72
4.4 Apoyo emocional al equipo hospitalario.....	75
DISCUSION.....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	82
ANEXO.....	88

RESUMEN

Con el fin de establecer el tipo de intervención del psicólogo como parte del equipo hospitalario en la pérdida perinatal, en el presente trabajo se realizó un análisis del proceso de duelo contextualizándolo en aspectos socio-culturales de la maternidad, el embarazo, el proceso de duelo tomando en cuenta las necesidades de los padres y en especial de la madre .

El trabajo se enfocó a la revisión teórica de los factores socioculturales que rodean la maternidad; el desarrollo fisiológico y psicológico del embarazo, el proceso de duelo y recomendaciones para abordarlo en el ambiente hospitalario.

Con fundamento en dicha revisión se proponen realizar más investigación sobre el tema así como la implantación de un servicio psicológico que funcione en los hospitales dando apoyo a las madres que pasan por la pérdida perinatal y al mismo tiempo dar apoyo psicológico y capacitación al equipo hospitalario.

Finalmente se propone la inserción del Psicólogo en el área de Gineco Obstetrica donde puede desarrollar numerosas funciones que van desde la capacitación del personal médico hasta la intervención directa con la mujer.

INTRODUCCIÓN:

Cuando se sabe que una mujer está embarazada, en la mayoría de los casos resulta una buena noticia el saber que un bebé nacerá en pocos meses. En especial para la madre ésta etapa de su vida está llena de fantasías sobre su futuro bebé, su apariencia, el nombre que le pondrá, etc.

Como muchas etapas de la vida de la mujer, el embarazo, trae consigo una crisis en su existencia y en la de su pareja, con cambios que se irán afrontando conforme éste se desarrolla.

Pero en algunas ocasiones esta etapa llena de ilusiones y esperanzas se puede convertir en una de conflictos para los padres, puesto que de un momento a otro pueden surgir complicaciones durante el embarazo o en el parto mismo, teniendo como desenlace la muerte del producto esperado. En esta situación tan delicada los padres y en especial la madre tienen necesidades específicas, las cuales deben de ser cubiertas por el personal médico en la medida de lo posible.

En nuestro país no se le da la debida importancia a la muerte de un bebé no nacido o que muere al nacer, así como tampoco a la trascendencia psicológica de éste suceso en la pareja y en especial para la madre.

En algunas instituciones hospitalarias no se cuenta con el apoyo de un servicio psicológico, ya que no está contemplado en la estructura hospitalaria ni en las funciones a realizar por cada profesional de la salud, sólo se cuenta con médicos y enfermeras quienes tienen que atender a un gran número de pacientes en el menor tiempo posible, quizás ésa sea la razón por lo que se abocan principalmente a la atención del aspecto físico de la mujer, descuidando soslayando su bienestar psicológico.

Pese a lo anterior no se debería descartar la valiosa labor del Psicólogo en el momento mismo en que la pareja o la madre se está enfrentando a la pérdida de su hijo y realizar un trabajo en conjunto con los médicos y enfermeras, para lograr la salud integral del individuo.

El caso de los padres que pierden a un bebé que aún no conocían, se podría decir que es especial puesto que no tuvieron tiempo de expresarle sus afectos, tocarlo, conocerlo, etc., por esto y otras razones el propósito de esta tesis es abordar la pérdida perinatal, las necesidades de los padres que están atravesando por esta crisis; y la manera en que la intervención del psicólogo como parte del equipo hospitalario es de gran ayuda para llevar a cabo el proceso de duelo bajo supervisión profesional.

En el primer capítulo se abordan el instinto materno así como los aspectos histórico-culturales de la maternidad, la maternidad en la sociedad mexicana y los ideales que se han generado alrededor de ella y el significado de éstos en la vida de la mujer.

El capítulo dos abordará al embarazo como una etapa de cambios físicos, emocionales, y socioeconómicos así como la readaptación a un nuevo estilo de vida, los temores y angustias que vive la mujer en el transcurso de un embarazo normal y cuando éste se convierte de alto riesgo. Los aspectos legales que le siguen a una pérdida y el impacto de está.

En el capítulo tres se hablará acerca del proceso de duelo, su definición, y la descripción de las etapas que lo componen, concebido como un proceso de readaptación después de la pérdida ya sea de bienes materiales o la muerte de algún ser querido.

Este capítulo también se referirá a los embarazos que terminan con la muerte del bebé, la crisis por la que atraviesan los padres, los sentimientos que experimentan ellos y el resto de la familia, al igual que la búsqueda de una explicación a tan lamentable deceso; destacando el papel del personal hospitalario como las personas más próximas en los momentos críticos y en quienes pueden encontrar respuestas a sus dudas.

También se incluye en este capítulo las repercusiones que tiene la pérdida del producto en la vida familiar y en embarazos posteriores; además de cómo se le considera legalmente al producto no logrado y los trámites que siguen al deceso.

Una propuesta de intervención por parte del psicólogo en el proceso de duelo se tratará en el capítulo cuatro así como el por qué es necesaria la inserción de éste en el equipo hospitalario.

Recomendaciones para la capacitación del equipo hospitalario para poder enfrentar una crisis de pérdida y apoyo emocional al equipo hospitalario.

CAPITULO 1.

MATERNIDAD

1.1 Instinto.

¿Qué es mujer? según el diccionario Larrousse mujer: persona del sexo femenino, esposa, mujer de casa, la que tiene gobierno y disposición para mandar o ejecutar los quehaceres domésticos.

Mujer: persona del sexo femenino, la casada con relación al marido, la que ha llegado a la pubertad. (Diccionario enciclopédico, 1981)

Ante esto podemos pensar que la definición que se encuentra en cualquier diccionario acerca de una persona del sexo femenino: es el ser dotado de órganos para ser fecundado. Pareciera ser que la única cualidad o característica de la mujer es su capacidad para la reproducción. Hecho que si bien tiene una base biológica objetiva la limita en tal forma, que solo se le considera una máquina reproductora y en función de ésta se han derivado sus demás actividades, que son secundarias al papel materno.

Si bien Engels (1978) menciona la importancia que tiene la mujer para la reproducción social, sobre todo el lugar tan importante que la mujer desempeña para la perpetuación de la especie. El que las mujeres biológicamente sean las únicas (entre hombres y mujeres) que pueda procrear vida no es una razón determinante para que ellas sean exclusivamente las encargadas de la crianza y educación de los hijos.

Sin embargo, por estos tipos de definiciones a la mujer se le han adjudicado miles de adjetivos como "la madre debe de ser santa", " las madres sacrifican su vida por la de sus hijos" "el destino de toda mujer es ser madre", etc. Estas suposiciones no son nuevas y tienen por lo general, un trasfondo de tipo político-económico. A este respecto; Lewontin, Rose y Kamin (1987) en su libro "No está en los genes" realizaron un análisis minucioso sobre la vieja idea de que la desigualdad entre las personas es natural y por lo tanto inevitable,

visión que como ellos mencionan se remonta a la aparición de la sociedad burguesa en el siglo XVII y a la visión de Hobbes de la existencia humana como una *Bellum omnium contra omnes*, una guerra de todos contra todos, que conduce a un estado de relaciones humanas de competitividad, desconfianza mutua y deseo de gloria". pg 15.

Con el afán de demostrar una superioridad del hombre sobre la mujer y de así sustentar una división social del trabajo, se han desarrollado una serie de explicaciones planteando que este tipo de desigualdades son determinadas biológicamente por lo tanto son inevitables e inmutables para justificar así las razones por las cuales las mujeres deben estar en casa y hacerse cargo de los niños.

Estos autores mencionan que esta visión ha sido reformulada por una nueva derecha de la ciencia donde se plantean dos tipos de discursos: el primero, es el reduccionismo, que en su sentido amplio intentan explicar las propiedades de conjuntos complejos en términos de unidades simples, por ejemplo: si una sociedad es "agresiva" es porque los individuos que la componen son agresivos, o bien, la manera en que está organizada una célula debe estar organizada la sociedad.

La segunda postura es el determinismo biológico, la cual afirma, que la naturaleza humana esta determinada por nuestros genes, esto es que la "herencia genética es una expresión de inevitabilidad", es decir, que no es modificable. Bajo estos supuestos han girado un sin fin de teorías para marcar las diferencias sexuales que todavía en la actualidad distinguen determinadas funciones para hombres y para mujeres, que más que otra cosa tienden a hacer ideologías sexistas.

De esta manera se plantea que las mujeres son poseedoras por naturaleza del "instinto materno", según J. Laplanche y J. B Pontalis (1983)(citado en Ferro) lo definen:

"Instinto: Clásicamente, esquemas de comportamiento heredado, propio de una especie animal, que varía poco de uno a otro individuo, se desarrolla según una secuencia temporal poco susceptible de perturbarse y que parece responder a una finalidad." (Ferro, 1991).

Es decir; que como el instinto es algo con lo que se nace, esto guiará a la madre a encontrar las conductas adecuadas que le permitirá resolver aquellas cuestiones en el momento del parto tales como: que hacer con la placenta, como cortar el cordón umbilical, como desfleamar al recién nacido, etc. y generalmente la gran mayoría de las mujeres en el momento de parir necesita de otro ser humano que le ayude en dicha actividad.

A este respecto Fernández (s/f) realizó una investigación acerca de los mitos maternos donde por principio diferencia muy específicamente entre lo que se denomina reproducción, de la maternidad: comunicándonos que reproducción está referida al orden de la especie; la maternidad entra en el orden de la cultura, manejando la relatividad en la que se encuentra la especie humana inscribiendo todos sus actos, aún los que se pueden pensar como más biológicos como hechos culturales. Es decir, la maternidad se cumple más como una función social que como un fenómeno natural inherente a la mujer, adscrito a su sexo biológico.

"como natural que la mujer sea madre. Así adscribimos la maternidad como un fenómeno de la naturaleza y no de la cultura.

...define y consolida este hecho como perteneciente al orden biológico. Es natural que la mujer sea madre porque posee:

-Un privilegiado aparato reproductor : nidación interna y mamas." (p 8).

También, la maternidad está vista como un hecho atemporal y por lo tanto, ahistórico y acultural, es decir, que siempre ha sido así, nunca ha sufrido cambios y sucede lo mismo en todas las culturas, todas las mujeres desde los tiempos más remotos han sido madres y se han cargado de sus hijos. Sin embargo las siguientes investigaciones han demostrado que la maternidad es un concepto que se ha construido a lo largo de la historia, por ejemplo: Ferro (1991)

menciona que el ideal de maternidad aparece en un momento histórico determinante, en el surgimiento de la industrialización, cuando a la mujer se le adjudica las tareas del hogar, el cuidado de los niños, en otras palabras el cultivo de la vida privada. Puesto que en las sociedades primitivas y probablemente en la antigüedad no se presentaba esta idea del "instinto materno" ya que las mujeres practicaban el aborto o el infanticidio, para mantener el equilibrio en la densidad de la poblaciones.

Así mismo Badinter (1981) señala cómo, a lo largo de doscientos años, los discursos de los políticos y de los grandes pensadores, desde Rosseau a Freud, elaboraron una imagen de mujer donde destacaron su sentido de abnegación y de sacrificio, responsabilizándolas de la crianza y educación de sus hijos. "Al tiempo que el carácter grandioso y noble de estas tareas era objeto de exaltación, eran condenadas todas aquellas que no sabían o no podían desempeñarlas a la perfección. De la responsabilidad a la culpa no hubo más que un paso, que no tardó en franquear la aparición de la menor dificultad infantil. A partir de entonces inició la costumbre de pedir cuenta a la madre" Badinter (1981) p. 198.

No sólo la ciencia ha aportado discursos sobre la maternidad, sino que también la religión, por ejemplo; la católica promueve la maternidad al mencionar que se deben de recibir los hijos que Dios les mande y condena el aborto. Ferro (1991) menciona que en "la tradición judeocristiana no podemos disponer de nuestra vida ni de nuestra muerte, porque la vida nos ha sido dada por el creador. Se castiga la tentativa de suicidio, por ley porque no somos dueños de nuestra vida".

Por otro lado en el catolicismo se enaltecen las características de la virgen, como el mantenerse pura, ser obediente interceptora y de inmenso amor al pueblo de México, creando una dependencia y marcando el ideal de madre-mujer que se debe seguir, así como lo menciona Octavio Paz (1992) "La virgen católica es también una madre (Guadalupe Tonantzín la llaman aún algunos peregrinos indios) pero su atributo no es velar por la fertilidad sino de encontrar un regazo, la virgen es el consuelo de los pobres, el escudo de los débiles, el amparo de los oprimidos", con esto se idealiza más el amor materno y la sobreprotección maternal.

1.2 Aspectos Histórico-Culturales de la Maternidad.

La maternidad esta enmarcada de muchos elementos culturales que a través de la historia han dado origen a lo que hoy significa ser madre. Estos elementos generalmente se presentan en los países industrializados y son ideas generalizadas que existen al respecto de ser mujer y de lo que le debe de significar ser madre.

La palabra madre tiene culturalmente una estrecha relación con la palabra mujer, ambas palabras tienen una reciprocidad inquebrantable, ya que solo puede ser madre una mujer y solo es mujer aquella que es madre, la que pare hijos y la única que sabe cómo cuidarlos.

De esta manera desde la época primitiva los hombres se dedicaban a la caza y la pesca mientras que las mujeres a la recolección de raíces y frutos así como a la crianza de los niños. La tarea de las mujeres en estas sociedades "primitivas", específicamente, el cuidado de los niños, se debía a que eran ellas quienes los parían y les proveían el alimento necesario para su supervivencia ya que estaban dotadas físicamente para el cumplimiento de esta función. (Austin, citado en: Tuñón 1991).

La participación de la mujer era tan importante como la del hombre para la conservación de su tribu, puesto que su trabajo se complementaba, por un lado, el hombre llevaba la comida y por el otro la mujer al parir a los hijos evitaba que se extinguiera clan.

Como era ella la que se encargaba de la crianza de los hijos se quedaba en la tribu con ellos y estando ahí, tuvo tiempo para observar lo que ocurría a su alrededor, descubriendo cómo la tierra producía de manera natural el alimento que consumían, comenzó entonces a intervenir en este proceso; haciéndose cargo también de la agricultura.

Ya que ellas conocían los misterios de la creación, eran consideradas diosas dadoras de vida; quedando así sentadas las bases para la identificación de la mujer-madre con la madre-tierra y para la concepción de la maternidad como natural. (Tubert, 1991).

Esta división del trabajo, a partir de las diferencias sexuales, podríamos decir que dio origen a la delimitación de las funciones de cada miembro de la sociedad de acuerdo a sus habilidades físicas, teniendo como objetivo común la supervivencia de la tribu. Esta organización proporcionó las bases sobre las cuales esta cimentado el funcionamiento de nuestra sociedad actual.

Ferro señala que en ciertas sociedades era común la práctica del infanticidio, si la mujer no mataba a sus hijos podría ser catalogado como cuidadora de niños y en otras se promovían el aborto, la autora señala que este siempre ha existido para controlar el crecimiento de una población.

Los filósofos griegos como: Aristóteles, Galeno, Hipócrates; que se dedicaban al estudio del cuerpo humano no mostraron mucho interés en el cuerpo femenino. La mujer era reducida a ser la poseedora del útero que según ellos sólo era un recipiente en donde se desarrollaba el nuevo ser; pues se tenía la creencia de que el hombre era el poseedor del huevo generador de vida que depositaba dentro de ella, donde se maduraba hasta nacer. (Tubert,1991).

Se consideraba que la mujer era un ser enfermo, encontrando la cura a todos sus males en el embarazo, además de que ésa era su única función en el mundo, motivo por el cual era algo natural que no ameritaba ser objeto de estudio. (Tubert,1991).

Beauvoir (1989) señala que con la llegada del cristianismo no se presentaron grandes cambios en la posición de mujer y madre pero la religión comienza a perfilar el camino que se seguiría hasta llegar a la industrialización, por ejemplo, en la Biblia se señala que : el varón por haber sido el primer ser humano que se creó, era la criatura más inteligente e importante de la creación. Por otro lado la mujer era repudiada y desvalorizada, porque fue ella quien peco e hizo pecar a Adán en el paraíso al desobedecer y comer del fruto prohibido y como consecuencia ambos fueron desterrados recibiendo como castigo:

... "A la mujer le dijo: Tantas haré tus fatigas cuantos sean tus embarazos: con dolor parirás a tus hijos. Hacia tu marido irá tu apetencia y él te dominará. Al hombre le dijo: Por haber escuchado la voz de la mujercon fatiga sacarás del suelo alimento todos los días

de tu vida.....Con el sudor de tu rostro comerás el pan..."
(Génesis, 3, 16-19).

Simone de Beauvoir (1989) ha mencionado que al inicio de la sociedad burguesa la mujer soltera gozaba de la plenitud de sus derechos civiles, pero al casarse los perdía. Además indica que el marido poseía el derecho sobre el divorcio, tenía el derecho de matarla y tenía mas derechos sobres sus hijos.

En Francia, Napoleón Bonaparte que estuvo al servicio de la naciente burguesía industrial y con el apoyo de la iglesia se decidió a combatir el concubinato tanto por la vía civil como por la vía religiosa.

Tanto en ese país y quizás en toda Europa se presentaba un alto índice de mortalidad infantil, que en un futuro sería la fuerza de trabajo así que en primera instancia el Estado Francés se preocupó por el cuidado de los niños, pero más tarde, analizó que resultaba mas barato que fuesen las propias madres quienes se ocuparan del cuidado de los niños así que se hizo un llamado para que las madres cumplieran su "función".

Badinter (1981) menciona que el estado elevó a las mujeres como responsables de la nación y plantea que el estado recurrió a diversos discursos políticos para convencer a las madres de que se ocupasen personalmente de sus hijos adquiriendo nuevos deberes, como el amamantar y cuidar a sus hijos hasta que estuvieran en posibilidades de sobrevivir. Mas tarde se le otorgó el papel de educarlos. Señala que las madres burguesas asumieron con entusiasmo esta nueva responsabilidad. La idea principal era que la madre educara a sus hijas y les transmitieran las mismas ideas para que de esta forma reproducir el modelo de madre.

La sociedad en general manejó el desprecio o la piedad para las mujeres que no tenían o no querían hijos. A este respecto, Badinter (1981) ha señalado que "quienes definieron la < naturaleza femenina > tuvieron cuidado de hacerlo de manera tal que implicara todas las características de la buena madre: eso es lo que hacen Rousseau y Freud, que con ciento cincuenta años de distancia elaboraron una imagen de la mujer singularmente coincidente destacan el sentido de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

abnegación y el sacrificio que según ellos caracteriza a la mujer < normal> ... Tachada de egoísta, de malvada, hasta de desequilibrada, la mujer que desafiaba la ideología dominante no tenía otra alternativa que asumir mejor o peor su <anomalía>".

En 1885 surgieron publicaciones dedicadas a las mujeres como: "EL libro de oro de la mujer casada" (citado en Rocha, 1991) las cuales daban algunos consejos a las mujeres casadas; de los que a continuación se mencionaran algunos:

I. Ama y sé fiel a tu marido. Recuerda que al pié del altar le juraste con solemne juramento amarlo hasta el fin de tus días.....

II. Se prudente. Mira que la prudencia es el cerrojo que impide la entrada á los disturbios conyugales. Nunca importunes a tu marido preguntándole de donde viene ni adonde va , ni porqué sale, ni por qué entra sino quieres exponerte á que el día menos pensado te confiese su desamor y deslealtad. Que tus labios estén siempre cerrados á las recriminaciones y reproches y abiertos á las súplicas y el ruego.

III. Se resignada: La resignación es la gran virtud del sufrimiento...sufre y calla" (P:44).

Estas primeras publicaciones nos dan cuenta de la marcada ideología que se le imponía a las mujeres de esa época y que no era muy distinta a la que tiempo atrás se daba.

Desde que la mujer fue separada de la producción, paso a depender económicamente del hombre: en caso de ser solteras era del padre y si era casada del esposo; por lo cual el esposo debía tener un empleo con una remuneración suficiente para mantener a su familia.

El trabajo para la mujer, era considerado sólo para aquellas que eran solteras, viudas o que su condición económica fuera precaria y no tenían otra alternativa para llevar dinero a casa, en cualquier caso, este hecho se consideraba como una desgracia. puesto que si ambos padres trabajaban no podría existir una verdadera familia. Además los sueldos para la mujer se han considerado mas bajos que los de los

hombres ya que se suponía que toda mujer era mantenida por su padre o por su esposo y por lo tanto no requería de un buen sueldo. Kay (1978).

Kay hace mención que para el siglo XIX en los Estados Unidos de Norteamérica, la mujer era identificada con el matrimonio y con la maternidad. Además la posición social y la madurez de la mujer cobró singular valor, puesto que se hizo distinción entre las mujeres solteras y las casadas, resultando con mejor posición la mujer como el símbolo social ocioso del marido.

A pesar de que el campo de acción de la mujer estaba muy delimitado a principio de este siglo, no se negaba el acceso a la educación superior, pero se consideraba que como mujeres sus estudios deberían estar encaminados a actividades propias de su sexo como el estudiar para maestras y ser las segundas madres de los niños que tuvieran a su cargo en la escuela.

Fueron pocas las mujeres que comenzaron a incursionar en otras actividades que no estaban de acuerdo a sus "habilidades femeninas" constituyendo el comienzo de la emancipación femenina.

No fue fácil para las mujeres que vivieron al principio del siglo XX poder realizar actividades que se consideraban únicamente masculinas como estudiar medicina, química, arquitectura, etc. , se tuvieron que enfrentar a la oposición de personas con ideas conservadoras.

La maternidad no dejó de ocupar un aspecto importante en la vida de esta nueva generación de mujeres, al mismo tiempo que eran estudiantes de licenciaturas o empleadas también eran madres y amas de casa, lo que trajo consigo una doble jornada de trabajo.

La gran mayoría de las mujeres que trabajan, no buscan en éste la realización de su vida, mas bien lo hacen porque su situación económica es precaria y no basta con trabajar en el hogar para mantener a sus hijos (Riera, 1991)

1.2.1 La Maternidad en la Sociedad Mexicana.

Según Aramoni (1984), la mujer mexicana posee características y modelos de conducta, dinanismos de actitud, que la hacen distintas de cualquiera de las otras mujeres del mundo, sea occidente u oriental. En virtud de que la mujer mexicana nace dentro de un hogar y de una familia educada en una forma particular, dentro de una cultura de matices propios y con una tradición peculiar, la hace comportarse y adoptar una forma de vivir diferente a la mujer de otros países.

En las sociedades Nahuas del México prehispánico, la división del trabajo también se hacía de acuerdo al sexo de los miembros de las tribus; los hombres se dedicaban a la caza y a la pesca mientras que a las mujeres se les encomendaba la hechura de textiles con los cuales hacían sus ropas, también tenían a su cargo la preparación de alimentos, la recolección de hierbas y frutos, y la crianza de los hijos, en especial el de la hija. (Tuñón, 1991).

Para los nahuas la principal función tanto de las mujeres como de los hombres era la de reproducirse, por este motivo los homosexuales y las personas estériles eran repudiadas pues no estaban cumpliendo con dicha función.

Las mujeres embarazadas no alteraban sus actividades cotidianas por su estado, cuando el parto se aproximaba el esposo se encargaba de contratar a la partera que era una mujer que asistiría a la embarazada en el momento del parto.

El trabajo de la parteras consistía en bañar a la parturienta, luego le preparaban una sala en donde había de parir, y cuando se aproximaba el tiempo del alumbramiento le daban a la futura madre una bebida de hierbas las cuales ayudaban al parto.

Al nacer la criatura, la partera tenía ya preparada la ropa y los pañales del recién nacido a quien atendía, al igual que a la madre. El momento del parto era para los indígenas una lucha en la cual podría salir victoriosa la madre y obtener como recompensa a su hijo o por el contrario podría morir.

Las indígenas que morían en el parto eran consideradas como mujeres valientes e incluso se les admiraba de la misma forma que los soldados que morían en combate. (Tuñon, 1991).

Los primeros cuatro años de vida los niños estaban al cuidado de la madre pues hasta esa edad los dejaba de amamantar, durante ese tiempo la madre dedicaba la mayor parte de su tiempo al cuidado de su hijo.

Como método de control. las mujeres sabían que, mientras estuvieran amamantando a su hijo no podían tener relaciones sexuales con su marido, y por esta razón existía la poligamia, pues el "señor" tenía necesidades, las cuales debían de atenderse (Zorita, citado en: Tuñon, 1991).

Dicha creencia de que la madre no puede tener relaciones sexuales mientras esté amamantando nos habla de que desde épocas remotas se considera que las mujeres-madres son asexuadas, es decir que no tienen deseos, ni sienten placer en sus encuentros sexuales, y que dichos encuentros solo son para procrear hijos.

Estas creencias, forman parte esencial del ideal de madre que aún en nuestros días tienen vigencia; se transmitieron de generación en generación, ya que para estas sociedades la educación de los infantes era una de las principales preocupaciones de los nahuas adultos. A partir de los tres años el cuidado y educación de los hijos varones le era encomendada al padre y de igual forma la educación de las hijas a la madre.

Dicha educación consistía; en el caso de los varones en actividades fuera del hogar como la recolección de leña, recolección de granos, etc., para las niñas pequeñas las tareas que se le encomendaban se realizaban dentro de su hogar, como el observar a su madre hilar para que cuando fuera mas grande realizara esta actividad.

Cuando la niña cumplía siete años ambos padres la llamaban y le daban consejos para su vida futura en donde tocaban el tema de la sexualidad; la sexualidad era vista como una recompensa en este mundo de sufrimiento, pero con algunas restricciones como la de

ejercerla solo después de casarse y sólo con su marido, sin excesos pues esto les traería enfermedades y desnutrición.

Los consejos que los padres daban a sus hijas hacían hincapié en ser sumisas y obedientes, cuidar de su marido y sus hijos, realizar todas sus actividades dentro de la casa.

Consideraban que " la propiedad de la buena madre es tener hijos y darles leche, la madre virtuosa es vigilante, tígera, veladora, solícita, congojosa; cría a sus hijos, tiene continuo cuidado de elloses como esclava de todos los de la casa..." (Tuñón,1991,p 108).

Además de la educación que recibían en su casa, los niños de entre los seis y nueve años ingresaban al colegio o Calmecac donde recibían educación sacerdotal, la instrucción que recibían en este colegio era muy estricta pues se les enseñaba obediencia y sacrificio ya que en este colegio se preparaba a altos funcionarios. Otra escuela era la llamada Telpochcalli, donde la educación que recibían no era tan estricta pues su meta era la de formar al ciudadano medio. Ambas escuelas eran mixtas.

Una de las principales preocupaciones de los padres era la educación de sus hijos y en especial el de las hijas, pues de ellas dependía en el momento de casarse el buen nombre de la familia, ya que era indispensable que fueran vírgenes, es por eso quizás que la mayor parte de su vida la pasaban dentro de su casa y sin conocer a más hombres que a su padre y su marido.

Sin embargo, no todas las mujeres se dedicaban al trabajo del hogar, Agustín (citado en: Tuñón,1991) reporta que en poblaciones urbanas existieron mujeres que dejaban el trabajo del hogar para participar en relaciones externas.

Las hijas de comerciantes podían dedicarse a esta labor e incluso llegaron a ocupar puestos políticos importantes, sin embargo a pesar de que eran mujeres se les consideraba que tenían actitudes masculinas, es decir, no reconocían que la mujer tenía la misma astucia e inteligencia como una característica humana, sino como algo propio y único del varón.

En esta cultura el valor que la mujer tenía, por un lado se enaltece cuando entra a la edad reproductiva y está embarazada y por otro es conceptualizada como objeto de trueque.

El propósito de la educación para las mujeres era, proveerlas de armas para poder llevar su casa, educar a sus hijos y así cumplir con sus deberes de una "buena esposa".

Con la llegada de los españoles se intentó sustituir los valores indígenas por la visión europea del mundo. La iglesia fue el medio para impulsar tal propósito y a lo largo de los siglos impuso un complejo cuerpo de reglas sobre el comportamiento, en especial del sexual, al regular el matrimonio, impedir la infidelidad y la ilegitimidad de los hijos. Así mismo imponer la imagen de la Virgen María como madre sublime consolidándose en la Virgen Guadalupana y cobrando un gran valor la castidad.

Las mujeres eran junto con joyas y metales preciosos los obsequios que los jefes indígenas daban a los conquistadores, llegando a tener estas varias esposas y con ellas varios hijos.

Al producto de las uniones de españoles con las mujeres indígenas se les despreciaba, no gozaban de los mismos derechos que tenían los hijos de españoles con españolas y eran denominados hijos "ilegítimos"; estos sucesos eran muy comunes, dando inicio a la mezcla de razas.

Los sacerdotes que llegaban a la colonia a evangelizar a los nativos al darse cuenta de la vida de "promiscuidad" que llevaban los indígenas y los españoles, comenzaron a inculcarles a los nativos el matrimonio monogámico y a los españoles les mandaban traer a sus cónyuge de España para poder dar fin a la poligamia. y al mismo tiempo detener el mestizaje.

La religión cristiana era parte fundamental en la educación a todos los niveles, para las mujeres se hacía énfasis en su futuro papel de esposa y madre; el saber regir su hogar y su vida mediante los lineamientos religiosos, mismos que se inculcaba tanto a españoles como indígenas; pues era la que predominó en la época de la colonia en México.

CAPITULO 2

ASPECTOS FÍSICOS Y EMOCIONALES DEL EMBARAZO.

Históricamente el lugar que se le ha designado a la mujer es ser madre, pues tiene la capacidad biológica para procrear vida y el conocimiento "instintivo" para cuidar de sus hijos sin que esto represente ningún tipo de problema, o al menos es lo que se nos ha hecho creer.

Desde la infancia, se nos ha enseñado a ser madres y llevar una casa. Nuestras madres y abuelas nos proveen de escobas, cocinas, trastes, sin que puedan faltar los muñecos que simulan ser bebés.

Cuidando bebés de trapo pasábamos largas horas sumidas en nuestros juegos, creyendo que el hacerlo es la cosa más sencilla del mundo ya que para eso hemos nacido.

Cuando esos juegos se quedan atrás y la realidad de un embarazo se hace presente nos damos cuenta que hemos sido engañadas, ya que el tener un hijo no es tarea fácil. Saberse embarazada representa para la mujer un sin fin de cambios en todos los aspectos de su vida.

El darse cuenta que la realidad es totalmente diferente a lo que se nos ha hecho creer, provoca que el embarazo sea una crisis, misma que ayudara a la futura madre a readaptarse creando nuevas formas de comportamiento a medida que éste avance y que le ayudarán a iniciar una nueva etapa de su vida.

Aún en embarazos planeados la futura madre experimentará sentimientos de angustia y temor, aunque en general se sentirá feliz y constantemente se imaginará el aspecto de su hijo, su carácter, etc., así como la relación con su pareja puede estrecharse.

En muchas ocasiones el embarazo es resultado del descuido y por lo tanto no es deseado, por muchas razones: no se cuenta con el apoyo de la pareja, la situación económica es precaria, la pareja ya tiene mas hijos de los que puede mantener y un nuevo embarazo puede que les dé al traste con su ya difícil vida, etc., en lugar de sentir felicidad y anhelo por la noticia, se tiene un enorme sentimiento de rechazo, angustia y temor a enfrentar el proceso.

Por si fuera poco el rechazo que siente por su bebé le provoca sentimientos de culpa que son el producto de una lucha constante entre el ideal de madre que culturalmente le han introyectado y sus verdaderos sentimientos que resultan contrarios.

La crisis del embarazo abarca todos los aspectos de la vida de la mujer desde los mas simples hasta los mas complejos como pueden ser los de orden psicológico.

Para algunas mujeres la preñez les representa tener que compartir su cuerpo con alguien que no conoce y en algunos casos no desea; Dolto (1982) menciona que los vómitos y malestares en general que una mujer sufre durante su embarazo se deben al rechazo por el producto.

Y son precisamente estos síntomas los que caracterizan el inicio del embarazo; que es el período comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto; dura normalmente 280 días y se divide en tres trimestres: el primero va desde el día cero hasta la semana 13; el segundo trimestre es de la semana 13 hasta la semana 27, el tercer y último trimestre es de la semana 27 a la 39 ó 40 semanas de gestación.

En el aspecto físico **El primer trimestre** comienza con la suspensión de la menstruación, se caracteriza por trastornos digestivos, el abultamiento progresivo del abdomen, el crecimiento de las mamas, coloraciones pigmentarias en algunas zonas específicas del cuerpo, ganas frecuentes de orinar, náuseas y vómitos. (diccionario terminológico de ciencias médicas),

La célula fertilizada necesita grandes cantidades de sustancias nutritivas y de oxígeno para multiplicarse, crecer y desarrollarse hasta convertirse en un ser humano apto para la vida fuera del útero a las cuarenta semanas.

Al principio del embarazo, las células de la placenta producen grandes cantidades de hormonas sexuales¹ las cuales ayudan a ajustar el metabolismo de la madre y su función a las exigencias del feto. (Macy y Falkner, 1980).

¹ estrógeno y progesterona.

Esta producción a gran escala de hormonas en el cuerpo de la futura madre también provocan cambios repentinos en el estado de ánimo, puede que experimente de pronto una gran alegría y luego una gran tristeza, mezclado con miedo y cansancio.

Se dice que estos cambios son puramente psicológicos, ya que se presentan en forma distinta entre las mujeres; según Macy y Falkner, (1980) estas diferencias cambian con respecto a la *"influencia de las experiencias psicológicas que son formuladas por la cultura en que viven y que su propia personalidad y experiencia familiar conforman"* (p. 50)

La vida de una mujer embarazada, sobre todo si es primeriza comienza a tener muchos cambios; deberá incluir en su rutina frecuentes visitas al médico, modificar sus hábitos alimenticios y prescindir de fumar cigarrillos e ingerir alcohol, incluso su ropa tendrá que ser diferente.

El trabajo físico y el ejercicio deben ser moderados ya que una sobrecarga de trabajo puede causar trastornos graves en el transcurso del embarazo.

Durante estos primeros meses del embarazo, los cambios físicos casi no son notorios, por lo cual algunas mujeres se sienten incrédulas ante éste hecho, les es difícil admitir que dentro de ellas se esté generando vida, que una persona real se está desarrollando en su vientre y se preguntan si realmente están listas para la maternidad.

Las mujeres que ya han estado embarazadas comprenden mejor a las madres primerizas con respecto a los sentimientos inquietudes o dudas que les surgen ante esta nueva etapa de su vida que las enfrenta a un nuevo ser que a pesar de ser su hijo no conocen, además saben que dependerá totalmente de ella y de los cuidados que le brinde para que su desarrollo físico y emocional sea satisfactorio.

"Sólo una mujer que haya estado embarazada puede comprender la experiencia de otra y que muchas veces se describe como una sensación de placidez, de bienestar sabiéndose siempre con alguien aunque se encuentren solas..." (Castillo, 1994, p393)

La futura madre, en algunas ocasiones puede encontrarse a sí misma examinando su pasado, pues el cambio que se avecina le dará un giro a su vida futura, deben examinarse dichas partes de sí mismo que sobreviven del pasado para ver cómo encajan con el futuro. (Macy y Falkner, 1980).

En este estado la mujer no solo necesita contar con la comprensión de otras mujeres, y de su pareja también requiere del apoyo y confianza en el médico obstetra que la atenderá a lo largo de su embarazo; ya que él seguirá muy de cerca el transcurso de este y ella dependerá en gran medida de su diagnóstico y supervisión para enfrentar esta etapa de su vida.

Por otro lado la mujer siente una enorme responsabilidad al elegir a su médico y el lugar en donde dará a luz pues si se llegará a presentar algún acontecimiento grave ella se sentirá culpable por no haber hecho una buena elección. (Turini 1980)

Segundo trimestre: Conforme el embarazo avanza las exigencias del feto que se encuentra en constante crecimiento, cada vez son más, por ejemplo la sangre de la madre, mediante la cual transporta y recolecta oxígeno y otras sustancias al bebé, aumenta su producción alrededor de un kilogramo, lo cual da como resultado que el corazón de la madre trabaje más rápido; la madre se vuelve más lenta en sus movimientos además de sentir deseos de dormir por mas tiempo del que acostumbra.

Para el quinto mes se presenta el pataleo, el feto se mueve suave, rítmica y continuamente, reacciona al ser tocado; muestra fehaciente de que el bebé es un ser vivo y que está creciendo; conforme van avanzando los meses el bebé tiene más actividad intrauterina.

Estos movimientos al ser percibidos por la madre intensifican la experiencia de su embarazo, permite compartirlo y también identifica al bebé como una persona que a pesar de que depende de ella para subsistir, es a la vez una persona distinta a ella.

La madre al percibir a su hijo como una persona diferente a ella, comienza a encarnar en su futuro hijo sus deseos y fantasías sobre su apariencia física y sus actividades futuras.

En él se encuentran concentrados todos los anhelos que atravesaron su desarrollo y en función de esa caracterización narcisista que el niño adquiere éste puede ser llamado a ocupar todos los espacios que quiere atribuirle el deseo materno. (González de Chávez, 1995)

En cuanto a la relación de pareja también se ve afectada pues es posible que la gestante experimente oscilaciones en el deseo sexual que quizá nunca había experimentado. (Castillo, 1994). Para algunas mujeres el deseo sexual no disminuye sino todo lo contrario, aumenta. En cambio algunas otras suspenden sus encuentros sexuales con sus cónyuges, pues su cuerpo cambia, tendrá algunas limitantes que no tenía antes de embarazarse.

"...la dilatación del vientre remite, a la deformación corpórea requiere un trabajo de luto, de readaptación , y de aceptación de la pérdida de la imagen erótica...dado que el cuerpo es el representante narcisístico por excelencia para la mujer..." (González de Chávez, 1995)

Las relaciones sexuales en la pareja embarazada, no están prohibidas salvo si existe amenaza de aborto. Dichos encuentros sexuales hacia finales del embarazo resultan incómodos para la madre ya que su vientre ha crecido, además de que las contracciones uterinas pueden provocar un parto prematuro.

Por otro lado, los hombres no dan pie a encuentros sexuales con su pareja por temor a provocar un aborto o lastimar al bebé, Seiden (1980) reporta que algunos hombres no tienen relaciones sexuales con su esposa por que la ven como madre y no como mujer.

La apariencia física es importante para la mujer, misma que se ve seriamente afectada durante el embarazo, para este segundo trimestre el bebé continúa creciendo al igual que la placenta, la cantidad de líquido amniótico y los pechos, lo que provoca que la madre aumente de peso y su cuerpo pierda la figura estética.

Algunas mujeres pudieran experimentar sentimientos de rechazo por el bebé, porque les está provocando que aumenten de peso, se sientan gordas y menos atractivas para su pareja; además de verse limitadas al realizar algunas actividades.

Mientras que otras, durante su embarazo se sienten felices por que su marido considera que lucen atractivas, les prestan atención, las cuidan y no las golpean.

En el tercer trimestre el momento del parto esta más cercano, en esta última etapa es característico que las mujeres embarazadas tengan muchas dudas y temores sobre su salud y la de su hijo.

Según Turrini (en Blum,1980) las últimas seis semanas del embarazo pueden considerarse para la mujer gestante como un desastre porque el bebe ocupa mucho espacio; la madre siente su estomago oprimido al igual que sus pulmones, tiene dificultad para respirar, sus movimientos se vuelven mas lentos y torpes

La preparación psicológica para el parto es prioritaria en las últimas semanas del embarazo; la preparación para el parto se define como la aceptación de la venida del bebé, al igual que la diferenciación e individualización del bebé. La mujer que trabaja tendrá que dejar su empleo y comenzar con la experiencia de aislamiento, aburrimiento y el impacto de todo lo que significa ser de repente desempleada.

La madre puede experimentar tensión ya sea en forma positiva (cuando desea al bebé) o en forma negativa (cuando no lo desea), es muy lógico pensar que la mayoría de las mujeres experimenten cierto grado de tensión a lo largo de su embarazo, misma que en algunos casos pueden manejar de manera satisfactoria con el apoyo de sus esposos y familiares.

Muchas embarazadas sufren temores como: tener un hijo con síndrome de Down, no tener leche para alimentar a su hijo, morir en el parto o que el niño muera, incluso tienen sueños en donde ven a sus hijos muertos o que sufren algún accidente en donde ellas y sus bebés fallecen.

Otros temores, podrían ser el miedo al dolor, a la episiotomía, a otras maniobras obstétricas y finalmente a no desempeñar bien el papel de ser madres. (Castillo, 1994)

Es muy común que los niveles de ansiedad en las mujeres embarazadas aumenten en los primeros meses debido a la situación nueva que están viviendo y vuelvan a bajar a la mitad del embarazo; y de nuevo volverán a subir al aproximarse el momento

del parto ya que otra vez se enfrentarán a una situación desconocida.

La ansiedad que experimentan las madres en estos últimos meses de gestación también se puede deber a que se aproxima el momento en que verán culminados todas sus fantasías, y conocerán al hijo que han llevado en su vientre por algunos meses.

Conforme se aproxima mas el momento del parto la futura madre se formula muchas preguntas con respecto a si misma y a su bebé; en especial las madres primerizas sienten temor a esta situación; a la que nunca antes se habían enfrentado.

El ingresar a un hospital y encontrarse solas ante algo que totalmente desconocen, sentir dolor, preguntarse si el parto será prolongado y en especial la incertidumbre de tener un hijo normal o todo lo contrario.

Faltando dos semanas o mas antes del parto la cabeza del bebé baja hasta el suelo de la pelvis, la madre nota un descenso del volumen del abdomen.

Llegado el momento del parto el dolor que experimenta se debe principalmente al miedo que le genera la situación según el ginecólogo Read (citado en Pritchard, Macdonald y Gant, 1986) quien llegó a la siguiente conclusión:

"Probablemente el miedo puede ejercer un efecto perjudicial en la calidad de las contracciones uterinas y en la dilatación cervical provocando dolor".(p,5)

Por lo anterior, es importante que el personal médico que se haga cargo de la gestante que se encuentra en labor de parto le inspire confianza y cordialidad; hacerles ver que desean sinceramente evitarle todo el dolor posible.

Los médicos, enfermeras y estudiantes deben tener muy presente que la moral de una mujer durante el parto puede decrecer en algunos casos por acciones u observaciones descuidadas que hagan; ya que algunos comentarios entre dicho personal puede ser oído por la madre y ser mal interpretados. (Pritchard, Macdonald y Grant, 1986)

El parto es en sí "*la expulsión o extracción completa de un feto...*" (Pritchard, Macdonald y Grant, 1986). Este comienza con los llamados "dolores de parto" que son contracciones uterinas, cuando se presentan más fuertes y seguidas es señal de que el trabajo de parto ha comenzado.

Los médicos dividen este proceso en tres fases:

La primera fase se le denomina "trabajo de parto", éste puede durar entre dos y veinticuatro horas, de acuerdo al tamaño del niño a la posición y a el número de partos que haya tenido la madre; entre más partos menos tiempo durará esa fase.

Durante esta fase, el cuello del útero se abre hasta cinco o diez centímetros. Los músculos largos del útero trabajan para abrir los músculos circulares del cuello del útero causando las contracciones, conforme se acerca el momento de expulsar al bebé las contracciones son más frecuentes e intensas. (Farfán ,M, 1989)

En la segunda fase del parto, la madre suele sentir ganas de empujar con cada contracción, esta presión abdominal se combina con la fuerza de las contracciones uterinas para posibilitar la expulsión del feto.

Esta fase puede durar de 30 min. a dos horas o más, los huesos del bebe se amoldan al espacio de la pelvis ósea materna para poder salir por el canal de parto.

Una vez que sale la cabeza se despejan las vías aéreas de sangre y líquido amniótico mediante una sonda de aspiraciones, y se le corta el cordón umbilical el cual lo mantuvo unido a su madre. (Ross, M, Calvin,J, Hobel y Murad citado en: Hacker, N y Moore, G, 1989)

La tercera fase del parto es la expulsión de la placenta, la separación de la placenta suele producirse a los cinco o diez minutos del final de la segunda fase. . (Ross, M, Calvin,J, Hobel y Murad citado en: Hacker, N y Moore, G, 1989)

En el parto la mujer se enfrenta a situaciones muy desgastantes, por un lado en el aspecto físico, utiliza todas sus energías para dar a luz a su hijo. Por el otro, en el aspecto psicológico según González de Chavez (1995) :

"En el parto se reactiva la angustia del nacimiento y a la vez se produce el encuentro con un desconocido, el hijo...es ése el momento en que el feto, el niño del inconsciente, asume la forma de un niño real con el que hay que confrontarse y al que hay que aceptar..." (p, 90)

Al tener a su hijo en sus manos se da cuenta del ser indefenso que es y la responsabilidad que esto le representa, pues la requerirá absolutamente.

Su narcisismo como mujer, si tomamos en cuenta todos los mitos que le rodean, se ve enaltecido pues esta cumpliendo con su función.

La etapa que sigue al parto es llamada cuarentena o puerperio, algunas mujeres se sienten alegres y otras por el contrario se sienten tristes e irritables, estos cambios emocionales se deben a la descompensación hormonal que provoca el parto.

Después del parto *"La nueva madre tiene que enfrentarse a dos procesos...por una parte, la aceptación del niño como un ser separado de sí y diferente al fantaseado, por otra, hacerse cargo de su alimentación y cuidados. Ambos son procesos que suponen un gran esfuerzo interno sin un tiempo intermedio para poder adaptarse al cambio y que deparan, además, decepciones, demandas, ansiedad, etc."* (González de Chávez, 1995 p, 91)

Los cambios físicos siguen estando presentes ya que el útero y el abdomen reducen su tamaño hasta quedar de 20 a 25 veces más pequeño².

Durante las siguientes seis semanas, se pierde peso de 2 a 2.5 kg. del propio cuerpo de la mujer más el peso del niño y los contenidos del útero. También después del parto se da inicio a la lactancia. (Farfán, M, 1989)

Describir paso a paso los cambios físicos que sufre la mujer a través de las etapas del embarazo resulta ser una tarea sencilla, pues se puede encontrar en diversos libros que han sido escritos para dar a conocer a las futuras madres casi todo acerca del proceso.

² A este proceso se le llama Involución.

Sin embargo la experiencia de la maternidad no se puede resumir en un capítulo de un libro y mucho menos hacerlo ver como un hecho natural y cotidiano en la vida de las mujeres; es cierto que por siempre las mujeres ha procreado hijos pero ésta no es razón suficiente para no prestarle la debida atención a la trascendencia tanto física como psicológica que genera dicho estado.

El impacto que tiene en la vida de una mujer sentir como dentro de su cuerpo una persona totalmente diferente a ella esta creciendo y al mismo tiempo saber que esa persona sin ella no existiría.

Mas allá de ver el nacimiento de un hijo como el cumplimiento de la función femenina en este mundo, hay que reconocer que este proceso representa un sin fin de cambios en todos los aspectos de la vida, los cuales provocan temor, desconcierto y muchas dudas, las cuales deben ser escuchadas.

No olvidemos mencionar al padre que también contribuyó a que todo este proceso se diera, su vida también cambia, indudablemente, pero su caso es un poco diferente ya que él no sufre cambios físicos ni malestares, no percibe al bebé dentro de su cuerpo, etc.

Su paternidad se hace consciente de golpe al tener a su bebé en brazos; al igual que la madre el encuentro con su hijo le hace asumir que su vida va a cambiar radicalmente, la responsabilidad como proveedor de su familia, lo convierte en algo vital para su supervivencia.

Aunque su principal función, socialmente designada, sea la de abastecer a su familia de lo indispensable para subsistir, ésta no es razón de peso para se le restrinja su participación en las labores de cuidado y crianza de su hijo. Como padre tiene derecho a una intervención más activa en el embarazo de su esposa y compartir con ella las emociones que esto les genera a ambos.

Así como se nos ha designado un rol de acuerdo a nuestro sexo biológico y en base al cual tenemos que pensar y vivir la maternidad y la paternidad con sus respectivas limitantes, también se ha dicho que el embarazo es una etapa de felicidad y dicha. El mito de la maternidad jamás apunta a que existen complicaciones obstétricas las cuales pueden acarrear incluso la muerte de la madre o el bebé, y en el peor de los casos, ambos.

Las complicaciones que se presentan durante el embarazo son una realidad palpable que en algunas ocasiones se pueden prevenir o tratar a tiempo, pero en otras no.

2.2 Embarazo de alto riesgo

Embarazo de alto riesgo se denomina a aquellos casos en los que:

"...por incidir durante la gestación, en el parto o en el neonato determinadas circunstancias sociales, médicas, obstétricas o de otra índole, se acompañan de una morbilidad y mortalidad perinatales superiores a las de la población general. (González, 1992)"

El embarazo compromete todos los órganos y sus funciones de la mujer gestante; ya que la adaptación fisiológica del embarazo afecta a los sistemas cardiovasculares, pulmonares, endocrino, hematológico, neurológico, renal y digestivo.

En las gestantes normales y de buena salud, las respuestas adaptativas son las adecuadas y son bien toleradas. Cuando existe alguna enfermedad subyacente o que puedan desarrollarse con el embarazo, las respuestas de los distintos órganos son más vulnerables y se puede llegar a su fallo, dando lugar a un embarazo complicado o de "alto riesgo" (Hacker, N y Moore; G; 1989).

El embarazo de alto riesgo, es una situación delicada en donde dos vidas están en peligro y la naturaleza femenina no es capaz de resolverla por sí sola.

Muchas cosas suceden al mismo tiempo en la vida de la mujer, por un lado su embarazo con su bien conocida crisis, las ambivalencias que pudiera experimentar al respecto y si a este le atribuimos que la madre no cuenta con el apoyo de su pareja, la posible oposición de sus familiares a su situación, las condiciones precarias en que pudiera vivir, si no tiene trabajo, ni dinero suficiente para sostener a su futuro hijo y muchas otras fuentes generadoras de estrés, pueden provocar que su embarazo se complique aún más.

El tener que enfrentarse a situaciones que nunca ha vivido como son complicados estudios, visitas frecuentes al hospital, etc., la harán sentirse en repetidas ocasiones perdida e incapaz de tomar

decisiones trascendentales para su embarazo, pues sabe que toda la responsabilidad recae en ella. El apoyo de su pareja (si existe) y familiares así como la confianza en su médico le serán de gran ayuda.

Especialmente el apoyo que la madre sienta por parte de su médico resulta prioritario pues es él quién en esta situación está más cerca de ella. La relación que el médico cree con la paciente embarazada tanto en uno normal como en una de alto riesgo es básica pues de está dependerá en gran medida que la madre se sienta tranquila y confiada.

La visita médica debe ser un espacio en donde las mujeres gestantes tengan libertad de manifestar sus temores y dudas al respecto de todo el proceso y sean escuchadas.

De no ser así al presentarse alguna complicación que se pudo haber prevenido o llegado el momento del parto todas las dudas y temores que no fueron aclaradas den como resultado que la madre se enfrente a una situación desconocida que le genera niveles de ansiedad tan altos que interfieran con el parto, o con algún otro procedimiento y lo vuelvan doloroso y prolongado. (Turrini, 1980 en: Blum, 1980)

Algunos representantes de la profesión médica tienden a dar por hecho que la gestación de un bebé constituye una función normal de las mujeres, por lo cual no representa ningún riesgo para su salud física ni psicológica.

Tan es así, que han procurado ignorar los sentimientos y ansiedades de muchas mujeres embarazadas, arguyendo que se trata de perturbaciones irracionales e improcedentes de lo que constituye un proceso perfectamente saludable. (Macy y Falkner, 1980).

Lo cual es un error, ya que durante la gestación la vida de ambos está en constante peligro y algunas complicaciones pueden desencadenarse sin previo aviso o por el contrario la madre puede percibir algunos síntomas que la alerten sobre algún problema con su gestación y prevenir consecuencias funestas.

El mantener informada a la madre sobre posibles síntomas a los cuales ella debe prestar atención y reportarlos es también tarea del médico; quién no debe dar por hecho que ella sabrá cómo reaccionar ante cualquier situación de riesgo que se le presente.

En un estudio realizado por Bueso, Rodríguez y Castellanos, (1991) y Ortigosa y Karchmer, (1996) encontraron que existe relación entre la baja escolaridad de las mujeres que viven en lugares marginados y el aumento de mortalidad perinatal; de ahí la importancia de tener bien informadas a las madres³.

Con ésta información, obtenida por los autores arriba mencionados, se puede identificar uno de los aspectos que ponen en riesgo la salud de la madre y del bebé; y es a partir de éste que se pueden implementar campañas de prevención, en donde se les enseñe a las mujeres gestantes alguna forma de autodetección de posibles problemas en el transcurso del mismo.

Ya que todo embarazo compromete cuidados especiales y un cierto cambio en los hábitos de la madre, la información que se tenga al respecto es de vital importancia. Tanto los médicos como las madres deben conocer y tener en cuenta los signos de alarma para poder distinguir a tiempo entre un embarazo normal y uno de alto riesgo.

Existen categorías importantes de riesgo elevado que deben descubrirse antes del parto, para prestarles la atención adecuada en el tratamiento de gestaciones posteriores o presentes.

Los signos de alarma para poder identificar un futuro embarazo de alto riesgo son según Pritchard, Macdonal y Grant (1986):

- 1) afecciones médicas preexistentes.
- 2) mala evolución de los embarazos anteriores como mortalidad perinatal, prematuridad, retraso del crecimiento fetal, malformaciones, accidentes placentarios y hemorragias maternas.
- 3) evidencia de hiponutrición materna,

Otro factor que influye para que se presenten problemas obstétricos sin que halla antecedentes clínicos es el estrés excesivo que experimenta la madre en el transcurso del embarazo mismo que provoca complicaciones al feto al igual que un parto prematuro.

³ cabe aclarar que la mortalidad perinatal no sólo se debe a la escasa educación de las mujeres, también a las precarias condiciones en las que viven; la mala alimentación, la carencia de servicios básicos como luz, agua potable, recursos económicos exiguos, etc.

Además en un estudio realizado por Stott y Latchford, (1976 citado en: Seiden, 1980) encontraron relación entre el aumento de los niveles de ansiedad con la existencia de complicaciones obstétricas, dicha ansiedad trae como consecuencia retardo mental, desordenes de la conducta, entre otros padecimientos al bebé.

Sin embargo, no todos los embarazos de alto riesgo pueden ser detectados a tiempo para ser tratados, algunos que en apariencia eran normales, se pueden complicar de un momento a otro y sin causas aparentes.

Es cierto que la mujer gestante juega un papel trascendental en la identificación oportuna y temprana de anomalías en el embarazo y parto pretérito siendo esencial la educación en la autodetección de síntomas. (Salinas, Martínez, Pérez, 1991), pero también es un hecho que en muchas ocasiones los signos de alarma son muy sutiles, por lo tanto no pueden ser identificados por la madres.

Es común que si se presenta alguna complicación médica en el proceso normal de un embarazo, la mujer es sometida a una constante vigilancia médica con el objetivo de lograr un nacido vivo sin tomarla en cuenta como una persona que sufre al poner la vida de su hijo en peligro y es tratada como un caso clínico

Esta actitud crea en ellas un desconocimiento de su propio cuerpo, de lo que está pasando en él y sobre todo el sentimiento de pérdida del control de una situación en donde todas las personas a su alrededor opinan sin tomarla en cuenta.(Turrini, 1980 en: Blum,1980)

En los embarazos de alto riesgo las implicaciones psicológicas pueden ser más severas que las fisiológicas, sobre todo si su embarazo se complicó a causa de un accidente o por subestimar algún malestar, la madre se siente culpable por poner en riesgo su vida y la del bebé; los daños físicos que pudo haber sufrido, en algunas ocasiones no suelen ser tan graves como la culpabilidad que sienten por haber tenido el accidente o no haberse atendido de inmediato. (Seiden,1980)

El parto que le sigue a un embarazo de alto riesgo podría ser el momento mas intenso para la madre, pues después de haber llevado durante nueve meses o menos un estricto control de su embarazo, llega el momento de saber si su esfuerzo le retribuye con un hijo vivo y sano o no.

Es así que el parto representa una fuente estresora; mismo que se sabe de antemano complicado, el nerviosismo de la madre no la ayuda a ella ni al médico a desempeñar su labor lo mejor posible.

La atención a las mujeres embarazadas la proporcionan principalmente médicos y enfermeras los cuales se deben preparar para brindarles una buena atención en el aspecto físico al igual que apoyo emocional. El atender los dos aspectos ayuda a que la gestante baje su nivel de ansiedad y el parto se vuelva menos complicado.

Después del parto, la madre inicia la relación con su hijo cuando se le pone en brazos, lo conoce, verifica el sexo, identifica que todas las partes de su cuerpo estén completas y lo abraza. (Sasmor,1990)

La reciprocidad en la relación madre-hijo de ese primer momento da a la madre la satisfacción de ser correspondida. Esta relación no se da cuando el resultado de un embarazo de alto riesgo, es un bebé muerto.

La noticia quizás no es tan devastadora si durante algún trimestre del embarazo este se identificó como de alto riesgo, la madre sabe que las posibilidades que tiene su hijo de vivir son las mismas que tiene de morir, es así que ella contempla esta última posibilidad como algo real y de alguna forma la prepara para un fatídico desenlace.

En cambio para las madres que no tuvieron ningún problema durante su gesta y de un momento a otro ésta se complica teniendo como resultado un bebé muerto; el suceso les resulta totalmente contrario a lo que esperaban y para el cual no estaban preparadas, pues se nos ha repetido tantas veces que el embarazo de una mujer es un hecho cotidiano que se resuelve por la simple acción de la naturaleza, que la idea de tener algún contratiempo queda descartada.

Por lo que al presentar complicaciones e incluso la muerte del feto las lleva a vivir, en algunos casos, una experiencia dramática, que se suma a la ya mencionada crisis del embarazo.

La pérdida del feto y la del embarazo genera en las mujeres que la padecen diversas reacciones, así como en su pareja⁴ y el resto de su familia, que no pueden ser ignorados. Con esta pérdida no solo se muere el bebé, también su identidad como futuros padres, las fantasías y los planes que ya se habían hecho.

Su vida futura repentinamente tiene que tomar otro rumbo, la pareja se tendrá que replantear nuevas metas de una forma imprevista. Esta pérdida como cualquier otra tendrá un proceso de duelo mediante el cual las personas afectadas podrán superarla.

Sin embargo la muerte de un bebé que no nació o murió al momento de nacer tiene características muy especiales que hacen diferente y en algunas ocasiones difícil el poder superar dicha pérdida

Estas características que son exclusivas de la pérdida perinatal se trataran en el siguiente capítulo así como el proceso de duelo y sus connotaciones particulares que se presentan en estos casos.

⁴ Si es que cuentan con la presencia del padre de su hijo

CAPITULO TRES

PROCESO DE DUELO.

3. 1 Definición

A lo largo de nuestra vida sufrimos varias pérdidas; ya sean objetos materiales o bienes, personas, mascotas a quienes amamos; según Pertz (citado en: Martínez, 1994) la pérdida es una situación de estar sin algo que una vez se tuvo, y por lo que el individuo sufre y se aflige. este autor señala cuatro tipos de perdida:

1. Pérdida de una persona significativa: puede ocurrir a través de la muerte, divorcio, separación, rechazo o abandono.
2. Perdida de un aspecto de uno mismo: puede ser física o psicológica, la primera se relaciona con la apariencia física que se tuvo en la juventud y se pierde con la vejez; y la segunda, son cuestiones como la memoria, autoestima, la visión, etc.
3. Perdida de objetos externos: cuando un individuo pierde posesiones, dinero, bienes materiales, etc.
4. Perdida de la realización del desarrollo de proyectos: la pérdida del embarazo al no tener a su hijo y perder su status de madre.

No contar con el objeto significativo nos llena de tristeza, sin embargo, el sufrir la muerte de un ser querido representa una pérdida irrecuperable e irremplazable, con la cual nos embargan sentimientos de soledad y desamparo.

Hablar sobre la muerte no es un tema muy recurrido en conversaciones cotidianas ya que para la gran mayoría de la gente es algo desagradable; el no mencionarla es quizá la forma de negar su existencia. Sin embargo, es un hecho cotidiano como cualquier otro; ya que ser parte de la vida también nos hace ser parte de la muerte.

Vivir la muerte de un ser querido, es un acontecimiento doloroso, pues significa que ya no contaremos mas con su presencia y jamás lo volveremos a ver; forzosamente nuestra vida cambia en medida de la relación que hayamos tenido con la persona fallecida (Abuelos, Padres, Tíos, etc.).

Toda una parte de nuestra vida, nuestra sensibilidad se pierde junto con él (ella) y no volveremos a recuperar. Aunque se evite hablar de ella, la muerte de un ser querido nos recuerda que existe y algún día nosotros también moriremos.

Cada vez que sufrimos cualquier tipo de pérdida atravesamos por un proceso de duelo, el cual nos ayuda a readaptarnos a la vida prescindiendo de lo que perdimos. Este término se aplica también en el caso de las personas que sufren la muerte de un ser querido; Freud (citado en: diccionario de psicología.) define el duelo como: *"pérdida consciente del objeto de amor... El esfuerzo que tiende a reconstruir el equilibrio psíquico turbado por la pérdida de una persona querida"*. (p. 50,51)

Autores como Binger y cols (1980) Bowlby (1990) y otros han dividido el proceso de duelo en etapas. Estas etapas se pueden o no presentar, así como tener diferente intensidad todo depende de las circunstancias en que se haya presentado la muerte, el lugar que la persona fallecida haya ocupado en la familia y del contexto sociocultural de la persona que lo experimente.

La muerte de alguna persona enferma o de algún anciano, se podría decir que ya se esperaba, en estos casos el duelo no resulta tan doloroso como el que le sigue al fallecimiento de una persona víctima de algún accidente, catástrofe natural o la muerte de un niño pequeño.

Cuando la muerte se presenta de forma inesperada el impacto de la noticia es más fuerte y los sentimientos que los sobrevivientes generan al respecto son más intensos.

3.1.1 Etapas

En general las etapas del duelo son:

La primera etapa es la de embotamiento de la sensibilidad o de impacto y negación: dura desde algunas horas hasta una semana. Al recibir la noticia del fallecimiento de la persona amada, la mayoría de la gente se siente aturdida e incapaz de aceptar la realidad. Se caracteriza por la reacción de sorpresa y aturdimiento que lleva consigo accesos de risa llanto, bloqueo y afectivo. Este es un mecanismo adaptativo de defensa que regula la entrada de la información dolorosa de modo que no sea demasiado abrumadora. (Binger, et al,1980)

El dolor que provoca la noticia aparece en oleadas, al igual que la falta del sentido de la realidad, una sensación de aumento de la distancia emocional con la otra persona y la presencia intensa de la imagen de la persona fallecida, acompañados por sentimientos de culpa y ansiedad.

La negación del suceso, sentimientos de irrealidad, como si fuera un sueño; mismos que se presentan con mayor intensidad cuando la muerte ocurre inesperadamente.

La segunda etapa se le denomina como: Búsqueda de la figura perdida y se presenta después de algunas horas o días de la pérdida; La persona en duelo comienza a percibir la realidad, muestra gran inquietud, insomnio y pensamientos obsesivos con respecto a la persona perdida.

Estos sentimientos pueden acumularse de tal modo que los deudos lleguen a creer que están enloqueciendo, cuando en realidad todos estos síntomas son normales cuando se está apesadumbrado. (Hernández, 1988)

La búsqueda de una explicación a la pérdida, de posibles culpables de la muerte y de la persona fallecida son aspectos característicos de esta etapa. Además se experimenta una sensación de vacío, incapacidad temporal para realizar actividades rutinarias, desgano o fuertes depresiones sobre todo al presentarse fechas conmemorativas de la persona fallecida (cumpleaños, aniversario, etc).

Los rituales que siguen a una muerte son vitales para que la elaboración del duelo siga un curso normal; el tener el certificado de defunción, el funeral y entierro; ayudan a que los deudos se despidan de la persona fallecida y den por hecho que ya no la volverán a ver jamás.

Tercera etapa de desorganización y desesperanza: En esta es casi inevitable que quien ha sufrido una pérdida sienta que nada podrá salvarse y se caiga en depresión y apatía; los sentimientos de devaluación y autoculpa se incrementan, además se presentan trastornos en el ciclo de sueño-vigilia, anorexia, e hipocondría.

Los patrones previos de pensamiento, sentimiento y acción se ven rebasados por la realidad debiendo examinar la nueva situación y considerar las posibles alternativas para enfrentarla, lo que implica una nueva definición de sí mismo y de su situación.

La cuarta y última etapa es la de reorganización, en ésta los deudos se dan cuenta que tienen un nuevo papel que afrontar ante una nueva realidad, con lo cual se ven obligados a reconstruir sus propias vidas.

En la medida en que la ausencia de la persona fallecida se va convirtiendo en una realidad palpable, los deudos se van reorganizando prescindiendo de ella para seguir adelante. Se asume el hecho doloroso como recuerdo sin que afecte ya al funcionamiento normal.

La presencia del dolor se da no solamente en la fase inicial sino en todas las que forman parte del proceso de elaboración del duelo, también se acompaña de recuerdos recurrentes sobre el ser desaparecido.

Según Binger y Malinak (1980), el proceso de duelo dura de año y medio a dos años aproximadamente, aunque los recuerdos que se tienen de la persona fallecida y el lugar que ésta ocupaba como miembro de la familia nunca se terminan, lo habitual es una recurrencia ocasional de aflicción activa, sobre todo cuando algunos hechos hacen recordar la pérdida.

En la mayoría de los casos de pérdida, el apoyo que familiares y amigos proveen a la persona en duelo de alguna forma la ayudan a superar esta experiencia. De no ser esto suficiente, algunas personas encuentran apoyo y consuelo en sus creencias religiosas, en donde se promete vida y reencuentro después de la muerte, también porque les da un espacio en donde expresen su angustia y temores cuantas veces les sea necesario.

Un duelo adecuado, es cuando la persona no se culpa por la pérdida; aunque siente un vacío y cierta desorientación, su autoestima no se ve afectada y por lo general puede vivir su pena con la ayuda de familiares y amigos.

3.1.2 Duelo Patológico.

Si el duelo de una persona se prolonga excesivamente puede empezar a idealizar a la persona fallecida y olvidar los aspectos negativos de la relación. El individuo se obsesiona con la pérdida, expresa sentimientos de culpa y se condena a sí mismo por lo sucedido, terminando en un duelo patológico (Lipkin, 1984).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se cataloga duelo patológico cuando después de un año y medio a dos, la persona afligida aun no ha podido superar la pérdida, por alguna razón se queda estancada en alguna de las etapas y para continuar necesita ayuda profesional.

Las causas que dan origen a un duelo patológico son diversas, pero por lo general, cuando no se posee algún documento o el cuerpo de la persona fallecida, los sobrevivientes de ésta tienen mayor dificultad para aceptar la muerte, pues no cuentan con pruebas que confirmen el hecho.

Estos episodios son frecuentes en algunos casos de la pérdida del embarazo que además de ser en su mayoría inesperados, los padres expectantes no tienen ningún documento o prueba de la existencia de su hijo.

3.2 Duelo que le sigue a la pérdida perinatal

El saber que una mujer esta embarazada nos da un mensaje de vida, un nuevo ser se está formando que dentro de poco nacerá y tendrá todo un futuro por delante. Sin embargo, no podemos ignorar que donde hay vida también hay muerte y esta no es la excepción; no todos los embarazos llegan a su término con un nacido vivo.

Según Dunn y cols (1991), un 20% de los embarazos se pierden por razones desconocidas; en estas ocasiones en lugar de tener vida se tiene muerte, y con ella una crisis muy fuerte principalmente para los padres expectantes y el resto de la familia.

El proceso de duelo que le sigue a esta pérdida, presenta las mismas etapas que se mencionaron al inicio de este capítulo, aunque con algunas características particulares.

Su proceso de duelo comienza de una forma abrupta, ya que lo que en la mayoría de los casos se trata de una muerte inesperada, por eso siempre resulta ser un momento de bloqueo emocional.

Al enterarse de que su bebé murió los padres experimentan sentimientos de ira, culpa, ansiedad, estrés, etc. ya que no sólo perdieron a su bebé sino también las fantasías que generaron alrededor de éste y su futuro. Es así que ellos tienen que lidiar con una doble pérdida (Janssen, Cuisiner, Hoogduin, 1996).

La trágica noticia de la pérdida perinatal, es recibida con una sensación de irrealidad y permanece por varias semanas. (Berezin; Friedman, 1974 y Grubb 1876 citado en: León, 1986)

En la primera etapa de negación característica ante el impacto de la noticia pueden causar confusión al grado de no saber reconocer qué sucesos son reales y cuáles son producto de su imaginación e incluso, en el caso de la madre, dudará de si en verdad estuvo embarazada o no.

Los padres experimentan una sensación de incredulidad, como si lo ocurrido le estuviera pasando a otra pareja o estuvieran viendo una película; no pueden creer que les este pasando a ellos, en lugar de regresar a casa con un bebé en brazos regresaran sin nada (De Frain, 1991-1992).

Esta negación de los sucesos aunado a el embotamiento característico de esta primera etapa de duelo, provoca en algunos padres que los recuerdos que tienen al respecto sean demasiado confusos e incluso lleguen a creer que el médico que atendió a la madre, robó a su hijo para venderlo en el mercado negro y por lo tanto su hijo este vivo. El no querer o no poder aceptar la realidad ha llevado incluso a algunos padres a rescatar del cementerio a su bebé pues sueñan que esta vivo y sino lo sacan de la tumba morirá (De Frain y cols 1990-91). Esta duda persistirá por mucho tiempo, llegando a causar un duelo patológico si no cuentan con pruebas palpables de que su hijo murió.

La depresión y el insomnio son otras reacciones que tienen después de la pérdida; algunos padres experimentan terribles pesadillas sobre la muerte y otros tienen cientos de recuerdos o aspectos tristes de la tragedia (De Frain y Cols, 1991-92).

La falta de pruebas también puede ocasionar que la madre se culpe de ser la única responsable de la muerte de su hijo debido a que no conoció las causas que provocaron la pérdida.

En el trabajo realizado por Drenovsky (1994) con 78 padres en duelo por la muerte de su bebé, quienes respondieron a un cuestionario, encontró que la gran mayoría de ellos sentían ira en contra de su bebé por haberse muerto. En especial si la muerte sucedió repentinamente, pero este sentimiento no lo expresaban ya que creían no era bien visto por la sociedad.

Los padres que perdieron a un hijo lo idealizaban y el sentirse iracundos con ellos les hacía sentirse más culpables. También encontró que la incredulidad y la injusticia que rodea la muerte de un niño siempre existe; después de la muerte de un niño los padres buscarán una explicación posible para este evento injusto así como la necesidad de encontrar a alguien a quién culpar por la muerte de su hijo y castigarlo.

Quienes pertenecen a algún culto religioso, piensan que su vida la dirige un ser Supremo, y al sufrir la pérdida creen que Dios los ha castigado por alguna mala acción que ellos cometieron o simplemente está obrando injustamente en su contra, sienten ira y resentimiento en contra de su religión.

Su vida no puede ser igual después de la pérdida. A partir de ésta sienten envidia de ver a otras parejas con sus bebés en brazos, ya sean conocidos o no. Al ver a las mujeres embarazadas se sienten incómodas les hace recordar a ellas que también estuvieron en ese estado y lamentablemente terminó en muerte. Familiares y amigos de la pareja en duelo que tienen hijos pequeños o están en espera de tenerlos se alejan de la desafortunada pareja quizá porque ellos temen que les ocurra lo mismo (De fraim, 1990-91).

En reuniones sociales es común que se evite hablar del tema cómo si al no mencionarlo pudieran olvidar que alguna vez existió, esta situación daña más a la pareja pues sienten injusto que traten de negar a su hijo y no les den oportunidad de expresar sus sentimientos de tristeza (De fraim, 1990-91).

No sólo los padres se ven afectados por el fallecimiento del bebé también el resto de la familia sufre, los hijos de la pareja que ya existían antes de la pérdida, como por ejemplo los abuelos.

Si existen hermanos, la comprensión de lo que está ocurriendo dependerá de la edad que tengan; entre más pequeños sean, menos entenderán lo que está pasando a su alrededor con respecto a la muerte de su hermano.

Koorcher (1974) y Lanetto (1980 citados en: Orbach y cols, 1994-95) encontraron que la percepción que tienen los niños de la muerte se desarrolla paralelamente con el desarrollo cognitivo propuesto por Piaget que va de acuerdo a la edad.

La comprensión de la muerte en los niños probablemente se da mediante la adquisición del conocimiento y experiencias relativas a esta; a la par con la maduración cognitiva, es así que los niños muy pequeños (menores de cinco años) no tengan pleno conocimiento de lo que sucede a su alrededor. Sin embargo, es muy importante que se le dé una explicación clara y sencilla al niño sobre la muerte de acuerdo a sus capacidades para entenderlo, Ehrlich (1989) divide en tres etapas la forma en como los niños visualizan a la muerte:

- El niño menor de cinco años generalmente no reconoce la muerte como un proceso irreversible, sino que la percibe como una pequeña variación de la vida. En esta etapa, el niño concibe la muerte y los objetos muertos como una forma de sueño, un receso temporal del estado de vigilia, el niño piensa que la persona fallecida se despertará o que está jugando.
- Los niños de entre cinco y nueve años aceptan a la muerte como una situación permanente, aún cuando se le dificulta entender qué pasa cuando alguien muere.
- Hasta después de los nueve años, el niño entiende lo definitivo de la muerte y puede reconocer que ésta es un proceso natural e inevitable. El niño de esta edad se interesa en las causas de la muerte y en lo que sucede cuando el cuerpo deja de funcionar.

Los padres son los más indicados para poner al tanto de lo que les acontece a sus hijos sobrevivientes y explicarles lo sucedido. Aunque en algunas ocasiones resulta confuso para mismos los padres entender los motivos de la muerte es necesario que se acerquen a sus hijos les expliquen lo sucedido y compartan con ellos su tristeza.

De lo contrario, si no lo hacen, los niños tienden a buscar explicaciones a lo que está sucediendo y por lo general no son las más adecuadas, es por eso que los padres deben ayudar a sus hijos sobrevivientes a enfrentar apropiadamente la muerte y darle salidas emocionales e intelectuales (llorar expresar su enojo y hacer preguntas); dejar que asista al funeral y participe en el como parte también de su proceso de duelo. (Ehrlich, 1989)

Los abuelos son una parte importante de la familia y por lo tanto también ellos se ven afectados por la muerte de su nieto, ven roto el "orden natural " en donde las personas adultas son las que mueren y no la gente joven.

En un estudio realizado por Ponzetti (1992) encontró que los abuelos tenían las mismas reacciones que los padres de un bebé muerto. Sentían aflicción y angustia ante la pérdida; en lo que se diferenciaban era en que los abuelos se sentían más angustiados por sus propios hijos que por su nieto muerto ya que al percibirlos en una situación tan triste les preocupaba su salud y deseaban que las cosas se resolvieran lo mejor posible para sus hijos.

Para la mujer, esta pérdida no sólo representa la muerte de su hijo, también pierde status dentro de la sociedad, ya que en nuestra cultura la identidad de la mujer se basa en su capacidad reproductiva, y en ésta tiene un lugar privilegiado en la sociedad, y al no cumplirla se devalúa.

Cuando está embarazada la gente a su alrededor ya sea conocida o no, le brinda un trato diferente, su opinión es mas valiosa que la de una mujer que no ha sido madre, se le respeta, se le llena de atenciones para que nada les moleste y pueda molestar al ser humano que llevan en su vientre, ya que esta es su función física más laudable y para la cual nació.

Además, toda futura madre es considerada como una mujer buena y noble que consagra su vida a su bebé aun antes de nacer, no importando que su conducta anterior a éste hecho, no haya sido bien aceptada por las normas sociales. Las mujeres se ven envueltas en el ideal de la maternidad donde únicamente se deja ver lo ideal de este estado como una regla de la naturaleza que siempre ocurre, ignorando que la realidad puede ser totalmente diferente al mito.

El que la gestante viva en el ideal de la maternidad o no, se refuerza con el cambio en las relaciones personales con la gente a su alrededor, por un lado, si éste fue deseado, hacen que sea vivido con mas intensidad pues su experiencia aumenta su identidad como mujer; si por el contrario, el embarazo no es deseado la misma experiencia hace vivir a éste de forma ambivalente pues ella experimenta rechazo por su estado, mientras que las otras personas lo ven como algo maravilloso.

Sea o no deseado, su identidad femenina la lleva a prepararse para los cambios que tendrá en su cotidianidad, así como, para el nuevo papel que va a desempeñar .

Cuando la madre se encuentra en el segundo trimestre, a través de los movimientos intrauterinos que percibe, reconoce a su bebé como un ser independiente, a pesar de que necesita de ella para vivir; con el cual crea una relación un tanto imaginaria.

La madre fantasea con la apariencia que tendrá su hijo al nacer, la forma en que lo va a cuidar, el nombre que le pondrá, el trabajo que desempeñará cuando crezca e incluso algunas madres esperan que su hijo traiga solución a problemas que esté enfrentando

Todos estos planes que ella se hace a lo largo de su embarazo se ven inconclusos cuando por alguna complicación sobreviene la muerte del feto. Al igual que los preparativos que los padres y en especial la madre habían hecho para el cuidado de su hijo ya no le serán útiles y de golpe tendrá su vida que tomar otro rumbo, ahora sin el bebé.

Bowldy (1990), señala que cuando la culminación del embarazo no es esperada, ya sea por la muerte del producto; o no se encuentre en condiciones normales o muera al nacer el proceso emocional de los padres, principalmente de la madre tiende a modificarse, generando sentimientos negativos que requieren poner en juego mecanismos que permitan una adaptación para superar proceso de duelos

El dolor que sufren los padres se relaciona con la etapa del embarazo en que se presentó la muerte del producto, según una investigación que realizó Theut y cols (1989) con padres que habían experimentado la pérdida de su bebé, además de las condiciones en que este se haya dado (deseado o no)

Ellos encontraron que si se trata de un aborto en donde el producto pesa menos de 500g y el tiempo de gestación es inferior a 20 semanas. En las primeras semanas del embarazo si se presenta una aborto espontáneo, el dolor que la madre experimenta no es muy intenso, porque aun no se había identificado con su hijo al no percibir movimientos, ni cambios notorios en su físico.

Los abortos ocurren tanto fuera como dentro de un hospital. La tristeza de la pérdida es a menudo mezcla de miedo y susto. Si el aborto fue inesperado pudo haber ocurrido entre el pánico y los apuros de una urgencia.

La muerte fetal, es a la que tiene lugar entre las 20 y 28 semanas de gestación, el producto pesa de 500 a 999 grs. En este período la madre ya percibía los movimientos intrauterinos de su bebé, los cambios físicos son más notorios y la experiencia de la mujer es más real formando un vínculo con el bebé. Al sobrevenir la pérdida en este momento la hace más difícil de superar.

Estos padres padecen un dolor más intenso que los primeros, pues en pérdidas tardías tuvieron más tiempo de formar un lazo emocional y físico fuerte, además el bebé ya tenía un lugar en la familia.

Se le denomina óbito a la muerte que ocurre en las últimas semanas de gestación, la bebé muere dentro de la madre y permanece ahí durante algunos días, la experiencia de dolor que los padres viven es muy intensa pues casi consideraban realizadas sus fantasías.

En algunos casos la madre tiene pleno conocimiento de que su bebé está muerto dentro de ella antes de que el médico se lo confirme; este hecho les resulta muy difícil de aceptar. La idea de traer un cadáver en su cuerpo les hace sentirse como la tumba de su hijo, además se sienten contaminadas y sucias. En estos casos los obstetras inducen el parto; parto que resulta para la madre doloroso; y pudiera ser que una depresión intensa, la tristeza y el conocimiento de que el hijo que esperaban ha muerto pueda incrementar la experiencia de dolor además de que todo el sufrimiento que ellas padecen será en vano. (Lewis, 1980 ; Sherr, 1992)

Cuando la madre sabe que va a dar a luz a un bebé muerto, pierde interés en éste y lo único que quiere es que termine todo. Por lo general, cuando se presenta un caso de óbito, el bebé lleva de dos a más días muerto dentro de su madre.

El aspecto de un óbito al nacer es muy desagradable y totalmente contradictorio a la idea que los padres tenían de la apariencia de su hijo.

La muerte neonatal se refiere a la muerte de un recién nacido durante los primeros siete días de vida. La muerte neonatal tardía se refiere a cuando el bebé fallece de entre los siete y 29 días de vida.

Cuando la muerte se presenta a las pocas horas o semanas de haber nacido el bebé; los padres se enfrentan a un hijo enfermo, quien es llevado a la sala de terapia intensiva donde lo conectan a una máquina.

La imagen de su hijo es devastadora para la madre quien no se preparó para cuidar de un niño enfermo, además siente temor de levantarlo entre sus brazos, se está consciente que su salud es frágil, además de las restricciones hospitalarias.

Estos padres tienen oportunidad de conocer a su hijo, aunque la imagen que queda en sus recuerdos no tiene ninguna similitud con la que ellos se formaron de su bebé antes de nacer, sin embargo, el hecho de tenerlo físicamente les resulta benéfico para la resolución del proceso de duelo porque tienen la certeza de la muerte de su hijo.

Las pérdidas que acabamos de mencionar no se pueden prevenir. Un embarazo normal, puede dejar de serlo de un momento a otro sin ninguna explicación; muchas cosas ocurren al mismo tiempo que provocan que la mujer se siente confundida al llegar al hospital. El personal hospitalario toma el control de la situación ignorando a la madre quien siente que su cuerpo es manipulado por personas extrañas e impotencia al no poder hacer nada por su bebé. (Sherr, 1992)

Al nacer un feto muerto, es un ser despersonalizado porque no tiene nombre ni nada que lo identifique, lo cual rompe con las expectativas de la madre de tener un hijo vivo con el cual relacionarse (Leon, 1986).

Provoca además, a los padres una sensación de vacío, ya que no tuvieron tiempo demostrar a su hijo afecto y decirle lo mucho que le querían; al mismo tiempo les parece injusto que muera un bebé para quien se supone la vida apenas empieza.

La madre es quien se ve más afectada ya que al bebé lo sentía como parte de ella y al perderlo percibe que murió una parte de su propio cuerpo, Por otro lado su narcisismo como mujer es afectado seriamente, siente que ha fallado como madre y cree que se ha devaluado. (León, 1986)

Este suceso es más difícil para ella, tuvo que enfrentarse a un embarazo, labor y parto que terminó en muerte, es así que ella tiene que enfrentar no una, sino varias crisis emocionales al mismo tiempo que la hacen más susceptible a caer en un duelo patológico de no contar con objetos o testimonios palpables de la existencia de su embarazo y pérdida.

La intensa identificación de la mujer con la maternidad durante el embarazo la prepara para asumir la responsabilidad del infante, quizá, esto explique porque ella experimenta una culpa enorme. (león, 1986). Algunas creen que fue por su mala conducta, o porque no se cuidaron bien durante el embarazo y que Dios la está castigando quitándole a su hijo.

Si el embarazo fue vivido en la ambivalencia del no deseo y deseo, por tener un hijo, al perderlo la mujer siente culpa por tener pensamientos agresivos contra su bebé y cree que por eso murió.

Janoff-Bulman (1979. citado en: Dunn y cols, 1991) distingue dos formas en que las madres se autoculpan del deceso:

- La primera es que ella atribuye que su pérdida se debió a las actividades que realizó durante el embarazo, rectifica estos errores y procura no volverlos a cometer en futuros embarazos.
- La segunda consiste en que la mujer atribuye su pérdida a fallas que ella como persona tuvo, por eso merece la pérdida, contrario a la primera, en este caso, la madre no trata de enmendar sus errores.

En cambio la relación que existe entre el bebé y el padre es mas bien de tipo indirecta, por algunas razones; en primer lugar él no sufrió cambios físicos, la paternidad socialmente está vista como el proveedor de sustento familiar, teniendo poca participación durante la gestación y en la crianza de los hijos, es así que, el embarazo lo vive a través de lo que su mujer le expresa (Theut, et al, 1989). No por esto la pérdida le resulta menos dolorosa.

Él también se puede sentir culpable, por ejemplo de que no tenía trabajo y por lo tanto no le brindó a su esposa embarazada la alimentación y los cuidados necesarios, lo que contribuyó a que se muriera su bebé (De Frain y cols1990-91).

El proceso de duelo se da de forma diferente entre los esposos, la mujer lo hace más abiertamente, llora más, se le ve afligida y tarda más en volver a sus actividades acostumbradas.

En cambio el esposo regresa casi inmediatamente al trabajo, pero esto no indica que a ellos no les haya afectado el evento, sino que culturalmente se les ha inculcado que son ellos quienes son el sostén tanto económico como emocional de su familia por lo cual se deben de mostrar fuertes y que tienen todo bajo control.

Al no manifestar tan abiertamente como las mujeres su dolor y la aflicción que padecen tratan de ocultar sus sentimientos con el objeto de brindarle apoyo a su esposa (De Frain y cols1990-91).

El padre regresa mas rápido a sus actividades cotidianas que la madres, pero al realizar su trabajo lo hacen sin prestar atención a este, teniendo su mente ocupada en la muerte de su hijo.

La vida seguirá su curso, ambos padres regresarán a sus actividades, lo que quizá en apariencia denote que han superado la pérdida, sin embargo, la amarga experiencia que tuvieron no la podrán olvidar y es posible que su duelo nunca concluya por distintas razones.

Es por eso que la forma en que sea manejada esta pérdida desde el principio será trascendental para el curso normal o patológico del duelo. Las investigaciones que se han realizado al respecto son recientes y escasas.

Lo anterior se puede deber a que en realidad es bajo el porcentaje de pérdidas perinatales por lo que es comprensible que existan pocos antecedentes relacionados con el impacto emocional que provoca este evento y sus características específicas para su manejo.(Sherr, 1992).

Los datos que se han encontrado en estas investigaciones son muy valiosos; en ellos se sustenta la importancia de dar a la familia (en especial a la madre) que sufre una pérdida de esta índole, atención oportuna y específica para estos casos.

Se ha encontrado también que el desempeño que tiene el personal hospitalario en situaciones de crisis como ésta, es muy importante, por lo cual deben estar preparados para enfrentarlo. Sin embargo, la realidad es otra, ya que en muchas ocasiones el médico no le da la importancia que para los padres tiene la pérdida, y cree que el animarlos a olvidar el suceso y volverse a embarazar lo mas pronto posible solucionará el problema.

Al igual que los médicos la gran mayoría de las personas no toman en cuenta que ese bebé que murió representó para sus padres situaciones únicas que vivieron desde el momento en que supieron del embarazo hasta su deceso, que nunca se repetirán. Por lo cual se comete un error al tratar de ignorar su existencia y buscar en otro embarazo su reemplazo, como si no tuviera valor como persona.

Las circunstancias que la pareja vivió alrededor del embarazo fueron únicas e irremplazables para ellos, así como la pérdida tiene características muy particulares, las necesidades de los padres también son muy específicas que deben de ser tomadas en cuenta por los profesionales de la salud para que puedan ayudar a la pareja a tener un duelo normal.

3.3 Necesidades de los padres y familiares después de una pérdida perinatal.

Al recibir la noticia de que su bebé ha muerto los padres reciben una fuerte impresión que no les permite dar credibilidad a lo que esta ocurriendo, sienten que están viviendo una pesadilla de la cual quieren despertar.

Lo que suceda inmediatamente después de recibir la noticia sobre el fallecimiento, de su bebe, es muy importante para que cuando todo se vaya normalizando les quede claro a los padres cómo sucedió y cuáles fueron las causas del fallecimiento, con lo cual se ayudarán a poder tener un proceso de duelo normal

El tener algo tangible de la existencia del recién nacido y de su muerte es fundamental para los padres para que no se sientan confundidos entre la realidad y una pesadilla, al mismo tiempo para que se deslinden responsabilidades y no se sientan culpables por la muerte.

En primer lugar, un certificado de defunción, en el cual se indique las características del fallecimiento del bebé, y el realizar una necropsia al cadáver para que los padres tengan pleno conocimiento de las causas de la muerte y puedan corregirlas en el caso de un nuevo embarazo. El poseer este documento, significa para ellos la muestra fidedigna de que el embarazo existió y que su hijo no sobrevivió a éste.

También ayuda mostrar el cadáver del bebé a los padres, animarlos a que lo toquen, abracen o le tomen fotos para que tengan un recuerdo de su apariencia, ponerle nombre a su hijo para que no sea un feto anónimo.

El que los padres tengan tiempo de ver a su bebé y tocarlos les da la oportunidad de poder expresarle todo lo que sienten, su tristeza, su ira, etc. Si los padres se encuentran muy aturdidos por la noticia se recomienda que un familiar vea el cuerpo del bebé y tome fotos, para que cuando los padres tengan deseos de conocer algo sobre su hijo ésta persona les describa la fisonomía del bebé y muestre las fotos.

Llevar a cabo todo el ritual que le sigue a la muerte de una persona, como lo es el velorio y funeral, reconociendo al bebé como miembro de una familia que le da la importancia que tiene su muerte. El sepelio del infante les da oportunidad a los padres de despedirse de su hijo como una persona que existió, única e irremplazable.

Por su parte, el médico que atendió el parto, tiene que seguir atendiendo a la pareja, no solamente en el aspecto físico, también en el emocional, estar atento a escuchar las dudas que sigan teniendo y aclarárselas, esto contribuirá a que el duelo tenga mejor resolución. (León, 1986)

Lo que más necesitan los padres es ser escuchados y sobre todo que las personas le den la importancia que tienen los sentimientos que están experimentando y no traten de animar a la pareja a que olvide a ese hijo y se vuelvan a embarazar con en propósito de reemplazar al bebé muerto.

Thearle y cols. (1995) en sus encuestas ha encontrado que la religión juega un papel muy importante en el proceso de duelo de los padres y abuelos, ya que en algunas ocasiones los familiares del bebé, culpan a Dios de ser injusto al darle muerte a su hijo, encuentran en él al culpable que buscaban y descargan su ira en su contra.

Otros padres encuentran en la religión, consuelo a su tristeza y alguna forma de aceptar su pérdida como algo del destino, sin que tengan la necesidad de encontrar un culpable.

Los sacerdotes o pastores por lo general están dispuestos a escuchar a estos padres las veces que les sea necesario, es quizá por ese motivo que las parejas encuentran consuelo en ellos y se dedican más que antes a las actividades religiosas.

El recibir la noticia del deceso, vivir el funeral, y encontrar apoyo emocional en distintas personas es sólo el inicio de un cambio de vida. Los padres deben de continuar con sus actividades cotidianas al igual que el resto de la familia.

Para atender a estas demandas, De Frain y cols (1990,-91) han encontrado a través de entrevistas realizadas a padres en duelo, qué aspectos de su experiencia consideraron les ayudo a superar la pérdida y cuales les perjudicaron.

3.4 La vida continúa.

La vida que sigue después de la pérdida es quizás para las personas quiénes la padecieron más difícil, ya que tendrán que vivir a partir de ese momento con los recuerdos dramáticos.

Lo que al principio se vivió como una pesadilla al paso del tiempo se va convirtiendo en una realidad, cada día que pasa la pareja se da cuenta que su hijo no existe más, que murió muy pequeño y no tuvieron la oportunidad de sentirse padres, para lo cual se estaban preparando a lo largo del embarazo.

Ahora se enfrentarán a una vida que les parecerá injusta pues les quitó a su hijo, la mujer por su parte sentirá que no esta cumpliendo como tal y que ha fallado gravemente a su naturaleza y pudiera ser que se sienta devaluada. El varón tendrá que reprimir sus sentimientos de tristeza y regresar a su trabajo demostrando su fortaleza de carácter digno de su papel como sostén de la familia.

Las parejas en duelo tienden a buscar alguna salida que las libere de la profunda tristeza de haber perdido a su bebé o tratan de hacer algo con la esperanza de que les haga olvidar lo ocurrido. Cada pareja tienen su muy particular forma de expresar su tristeza, a continuación se mencionaran algunos cambios posteriores a una pérdida según los hallazgos de diferentes autores:

En un estudio realizado por De fraim y cols (1990-91) algunas parejas se cambiaron de casa después de la pérdida, pues las habitaciones de esta de alguna forma les recordaba el embarazo y los preparativos que hicieron para cuando el bebé naciera y estuviera con ellos, lo que les causa una profunda tristeza de la cual quieren escapar creyendo que el cambiarse de casa les ayudaría a olvidar.

Si el bebé era el que unía a la pareja, esta se disuelve después de la pérdida. Brabant (1995) encontró un alto porcentaje de divorcios entre parejas que habían perdido un hijo, estos se debían principalmente a que los problemas entre ellos se acentuaban y se culpaban mutuamente por la pérdida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La violencia familiar se hizo presente en algunas otras parejas a raíz de la muerte del bebé principalmente por el varón, debido según este autor, a que los hombres tienen problemas para expresar su tristeza, frustración o culpa en una forma abierta y honesta y sus sentimientos salen aparejados con ira.

El abuso en el uso de sustancias tóxicas es otra de las formas en que los padres pretenden olvidar el dolor que experimentan al perder a un hijo. Si alguna de las partes era adicta a alguna sustancia tóxica como el alcohol u otras drogas comienzan a abusar de estas, después de la muerte de su bebé.

En los casos más graves los padres piensan en el suicidio, para poder estar con sus hijos y al mismo tiempo dejar de sufrir. Los pensamientos suicidas están presentes en los padres en duelo, principalmente en la madre, sin embargo, estos no se llevan a cabo ya que afortunadamente se da cuenta de que tiene otras razones para seguir viva.

Otra forma en que las madres trataban de olvidar lo ocurrido era durmiendo, ya que la experiencia tan terrible que estaban viviendo les parecía como una pesadilla, ellas se dormían con la esperanza de que al despertar nada hubiera pasado.

La vida toma otro valor después de que se presenta una pérdida de este tipo, lo que antes les resultaba atractivo pierde interés y lo ven como algo frívolo, revalorizan a las personas y las relaciones.

Los padres se dan cuenta que la sociedad no está dispuesta para escucharlos hablar de su dolor y angustia, pareciera como si nada hubiera ocurrido, sus amigos evitan el tema y lo ignoran por completo lo cual les molesta, pues sienten que para los demás su hijo fallecido jamás existió. Esta actitud por parte de familiares y amigos hace que los padres se alejen de ellos y busquen el apoyo que necesitan en otro lugar o se vuelvan retraídos.

Algunos padres no pueden evitar mirar con celos a conocidos o personas en la calle que llevan a sus bebés en brazos e incluso se alejan de amistades que tengan niños pequeños. El estar en contacto con ellos les recuerda a cada momento que ellos también pudieron haber estado cuidando, jugando y viendo crecer a su hijo.

No todo lo que suceda después de la muerte de un bebé tienen que ser aspectos negativos; algunas parejas logran superar la pérdida en pareja, se vuelven más unidos y se apoyan más que antes de sufrir la pérdida.

Algunas madres hacen un recuento de su embarazo y al realizar este análisis adjudican a alguna o algunas actividades el motivo por el cual murió su hijo considerándolo como un error, el cual lo tomaran como una experiencia para prepararse mejor en un futuro embarazo.

Muchas parejas que no llevaban sus cultos religiosos de acuerdo a los lineamientos de éste, al acercarse de nuevo encuentran paz y consuelo en ellos, se sienten renovados y con fuerza para ser miembros más activos en su religión.

Como ya se ha mencionado, no sólo los padres sufren la pérdida también el resto de la familia; los abuelos por ejemplo experimentan algunos sentimientos similares al de los padres en duelo como: culpa, tristeza, desesperación, etc.

En la gran mayoría de las parejas de abuelos su matrimonio se estrecha más después de la pérdida de su nieto, buscan olvidar su sufrimiento durmiendo largas siestas y se vuelven con más fervor hacia sus prácticas religiosas (De fraim, 1991-92).

Los padres al igual que los abuelos, después de la pérdida de un bebé, revalorizan el sentido de la vida y procuran pasar más tiempo con sus hijos o nietos sobrevivientes, les dan mas muestras de cariño y los sobreprotegen; quizás porque temen volver a perder a otro hijo sin que le hayan expresado su cariño.

3.5 Embarazos posteriores.

Es muy probable que las parejas vuelvan a embarazarse después de sufrir una pérdida. Este nuevo embarazo será vivido con temor desde el principio, pues los recuerdos de su anterior pérdida los tendrán presentes. En esta ocasión la pareja debe de ser tratada tanto en el aspecto físico y principalmente el emocional.

Hay que recordar que el embarazo por sí solo representa para la mujer angustia y temor, si a esto agregamos la pérdida de uno anterior, este nuevo será vivido con más angustia.

Su experiencia previa de pérdida la hará vivir el nuevo embarazo diferente al primero, tendrá miedo de crear un vínculo emocional con su hijo, y hacerse fantasías de él, pues considera la posibilidad de volver a perderlo.

Es necesario marcar un límite entre el bebé muerto y el que se espera, enfatizando que ambos casos son distintos al igual que los bebés, que de ninguna manera el nuevo embarazo suplantarán al anterior. Ya que se tienen la idea de que si se anima a la madre a embarazarse lo más pronto posible esta olvidará al que no se logró y su dolor se mitigará.

Este consejo por lo general lo hacen los médicos, quienes creen que la mujer al tener la facultad de reproducirse, lo mismo le da un embarazo que otro. Sin embargo, hemos visto que no es así, la mujer atraviesa por muchos cambios en su vida que a lo largo del embarazo le da tiempo de adaptarse y cuando sufre una pérdida todo lo que ella había planeado lo tendrá que cambiar de un momento a otro.

En un nuevo embarazo la angustia que la madre genere al llegar el momento del parto alcanzará niveles muy altos, pues los recuerdos más dolorosos que tiene de su pérdida se refieren precisamente a este momento en el cual supo que su bebé no se había logrado.

Revivirá los momentos de su pérdida al mismo tiempo en que transcurre la nueva experiencia que le será más dolorosa, y su angustia no cesará hasta que conozca el resultado del parto.

Quizás la muerte perinatal sea imposible de resolverse completamente, porque tiene muchas particularidades que la hacen distinta a otras pérdidas. En los duelos se hace una retrospectiva de los recuerdos que se tienen de la persona en el pasado. El duelo perinatal es un luto en donde se abandonan deseos, esperanzas y fantasías acerca de alguien quien pudo estar y nunca estuvo. (León, 1986).

CAPITULO CUATRO

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

4.1 El psicólogo como parte del equipo hospitalario.

¿Porque es necesario un psicólogo en el equipo hospitalario?

La respuesta es fácil de encontrar, si citamos la carta de promoción de la salud producto de una conferencia Internacional realizada en Ottawa ,Canadá en donde uno de los principales objetivos es; *"salud para todos en el año 2.000 "*, mediante un nuevo concepto, que la define como: *"... el bienestar físico, mental y social del individuo ..."* (7-21,Nov, 1986) Por otro lado la OMS define salud como: *"el estado de completo bienestar físico mental y social de un individuo y no solamente a la ausencia de enfermedad o invalidez (diccionario terminológico de ciencias médicas, 1990. p 1006)".*

Con estas definiciones nos podemos dar cuenta que el nuevo concepto que se esta proponiendo abarca aspectos tanto físicos como sociales de los individuos así como la estrecha relación que existe entre ambos.

Según Baum, A Kantz,d Gatche, L, R (1997) Propone que la Psicología de la salud se basa en el modelo biopsicosocial el que considera los determinantes psicológicos y sociales.

Es así que la psicología de la salud podría ser una herramienta para lograr el objetivo, que sea planteado "Salud para todos en el año 2000" en el cual se contempla como la principal estrategia la creación de campañas informativas para la prevención de enfermedades mediante las cuales se conserve la salud.

Dichas campañas de prevención pueden ser creadas y dirigidas por Psicólogos, pues en nuestra formación se cuenta con las características adecuadas para realizarlo, ya que estas campañas están basadas en el cambio de actitudes de riesgo por actitudes de cuidado y prevención por parte de las personas sin dañar sus creencias y de forma que se adecue mejor al estilo de vida que han tenido, al crear conciencia en las personas de que las enfermedades se pueden evitar o controlar al máximo con algunas modificaciones en su estilo de vida se estará generando un cambio.

Sin embargo, las campañas no son nuestra única herramienta para lograr dicho objetivo, lo es también la creación de equipos multidisciplinarios en donde Médicos y Psicólogos trabajen en la creación de nuevas estrategias de intervención en beneficio de sus pacientes.

Se ha observado que el prescribir medicinas no es suficiente para poder superar satisfactoriamente alguna enfermedad, también hace falta que los médicos y enfermeras brinden un trato mas personal a sus pacientes dándole un valor equivalente al aspecto físico y emocional, sin embargo, en la práctica hospitalaria este último es descuidado.

Las instituciones públicas de nuestro país en la actualidad son accesibles a la gran mayoría de la población sin embargo, se ven obligadas a atender el mayor número de personas en el menor tiempo posible, para poder cubrir a la población que corresponde a cada clínica, aunque para lograr este objetivo se tengan que sacrificar la calidad en la atención médica, sacrificando el aspecto emocional de los pacientes.

Según Donabedian (1984) para alcanzar la calidad en la atención médica y obtener el éxito en el tratamiento, ésta la divide en dos aspectos, el técnico y el interpersonal:

"...La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos..."

"...El manejo de la relación interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernen la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares..." (P, 6)

Lo que propone Donabedian como calidad en la atención médica abarca tanto el aspecto físico de la persona, como la relación interpersonal que debe de existir entre médico-paciente con la finalidad de brindar atención que contemple al individuo como un todo.

Por otro lado, nos encontramos con un desacuerdo, entre lo que anteriormente se citó y lo que el modelo médico propone, pues éste último concibe al galeno como colector de datos que describen el desorden en términos fisiológicos, bioquímicos y otros términos igualmente impersonales y presupone que el procesamiento de los datos es objetivo, sin que el

médico se influya por características irrelevantes del paciente tales como la clase social, creencias, valores, etc. (Fielding y Evered, 1980)

El modelo médico no da lugar a la propuesta de calidad en la atención médica de Donadedian, ya que el objetivo del galeno es la colección de datos meramente fisiológicos, bioquímicos, etc., sin tomar en cuenta la parte psicológica del paciente.

En un estudio realizado por Shepherd y cols (citado en: Fielding y Evered, 1980) encontraron que los médicos tienden a buscar en sus pacientes ante todo una causa física para sus síntomas y sólo hasta que el paciente no respondía a ningún tratamiento médico y seguía quejándose empezaban a considerar la posibilidad de que se tratara de algo psicológico.

Lo que nos indica que al no contemplar el aspecto psicológico del paciente, como parte de sus síntomas y si además se descuida la calidad en la relación médico-paciente; da como resultado que el tratamiento únicamente con medicamentos no es suficiente, pues llevará a fracasos continuos; y a la depresión emocional y física del paciente en busca del restablecimiento de su salud.

Además, dicho modelo no solo contempla al paciente como un emanador de datos sino que también propone que el médico sea objetivo al tratar con sus pacientes dando por hecho que este profesional de la salud no se ve influenciado por su propio contexto social y que carece de prejuicios al desempeñarse en su profesión.

El médico como cualquier persona se hace prejuicios de sus pacientes con base a su nivel económico, cultural, raza, etc. Lo anterior queda demostrado en la investigación que realizaron Fielding y Evered (1980) donde se comprueba que los médicos no son objetivos al atender a sus pacientes.

Esta investigación se llevó al cabo en Gran Bretaña en donde la entonación de las personas ciudadinas es diferente a la entonación con la que habla la gente de provincia, además se tiene la idea de que es más difícil de entender, su nivel socioeconómico es bajo y su cultura es menor que la de las personas que viven en la ciudad.

Por lo que la investigación consistió en que un actor se hizo pasar por paciente se grabaron dos cintas, utilizando en una ocasión la entonación de una persona de ciudad y en otra la de una persona de provincia, reportando los mismos síntomas en ambas ocasiones. Estas grabaciones fueron presentadas a diferentes Médicos y ellos emitieron su diagnóstico.

Los resultados que obtuvieron fueron que el diagnóstico que dictaminaron los médicos fue diferente para ambos casos a pesar de tratarse de los mismos síntomas. Estos autores llegaron a la conclusión de que los médicos, que sin saberlo, participaron en su investigación se vieron influidos por los prejuicios que tenían con respecto a las personas de provincia al identificarlos al hablar y dando por hecho que la comunicación con estos pacientes les resultaría difícil, por lo que su disposición a involucrarse con el paciente y el tratamiento se redujo, afectando el diagnóstico.

Es muy probable que los médicos no se den cuenta que tienen prejuicios con respecto a sus pacientes y crean que son objetivos al tratar a todo tipo de paciente de la misma forma, sin embargo, es un hecho que existen; así como el descuido de este aspecto en el desempeño de su labor. El reconocer dichos prejuicios y trabajarlos bajo la conducción del psicólogo como parte de la personalidad del médico ayudaría a dar un mejor servicio a los pacientes y al médico poder identificarlos y manejarlos en beneficio de su desarrollo profesional y personal.

Lo anterior influye en el tratamiento médico ya que la relación que el médico logre establecer con sus pacientes y dependiendo de como la cataloguen, buena o mala, se verá reflejada en el éxito o fracaso del tratamiento. En un estudio realizado por la Dra. Scheitel y cols (1996) se encontró que esta falta de comunicación entre médico y paciente provoca en estos últimos olviden inmediatamente después de salir del consultorio hasta el 68% de las indicaciones que les hace el médico para su tratamiento, por lo que en la mayoría de los casos el paciente se retira sin recordar el diagnóstico que le ha sido dictaminado, ni el resto de la información recibida de la consulta.

Lo anterior apunta a la necesidad de poner más atención a la calidad de las consultas que se brinda en las instituciones de salud dando un valor equivalente tanto al aspecto físico, como al emocional. Para brindar al paciente una atención integral el equipo de salud no sólo debe estar compuesto por médicos y enfermeras sino también por psicólogos.

Para aquellas personas que pierden la salud el apoyo psicológico es una necesidad, puesto que las implicaciones emocionales son diversas en especial para las personas que padecen alguna enfermedad crónica, o en el caso de que pierda alguna función orgánica o algún miembro, la intervención del psicólogo es imprescindible para apoyarlos en la readaptación del enfermo a una nueva vida.

4.1.1 El psicólogo como parte del equipo hospitalario en la atención de mujeres con pérdida perinatal.

Se ha hablado de la intervención del psicólogo en el campo de la salud de una forma general ya que su participación en el equipo hospitalario es necesaria a todos los niveles, sin embargo, el interés de esta propuesta de intervención contempla específicamente la rama de la medicina que se encarga del cuidado de la salud y de los padecimientos propios de la mujer.

Particularmente con miras a brindar apoyo psicológico a mujeres que sufren una pérdida perinatal, atendiendo cada caso de acuerdo a las necesidades propias de la paciente, colaborando con el médico para lograr abarcar los aspectos que la medicina no tiene a su alcance y proporciona a la paciente una atención integral.

Como se ha mencionado en las investigaciones aquí citadas la "objetividad" médica no es de mucha ayuda para el paciente ni para el médico, para el primero, en algunos casos no funciona el tratamiento porque no hubo una verdadera comunicación entre ambos y para el segundo, el desconocerse como persona lo limita en el desempeño de sus funciones como médico pues no puede identificar ni controlar sus debilidades y aprovechar sus cualidades al relacionarse con sus pacientes.

Quizás los médicos no se pregunten el porqué algunos tienen mas éxito que otros al tratar a sus pacientes y cuáles son los elementos que contribuyen a que sus pacientes recuperen la salud o logren controlar la enfermedad, sin estar conscientes que además de las medicinas lo que les

funciona es su trato amable y el entablar una buena comunicación con sus pacientes.

Esta falta de orientación del manejo psicológico propio y del paciente principalmente en los jóvenes estudiantes de medicina se puede ubicar desde la instrucción universitaria, pues en ésta sólo les enseñan a salvar vidas mediante procedimientos quirúrgicos, prescripción de medicinas, etc., y no a enfrentar a todo tipo de pacientes con diferentes creencias, costumbres como profesionales y como personas, así como, a enfrentar la muerte como algo cotidiano en el desempeño de sus funciones, es así que sus primeros encuentros con ella están cargados de sentimientos ambivalentes.

Estas carencias, en su instrucción, tienen que ser llenadas a través de la práctica, a fuerza de cometer aciertos y errores, utilizando su sentido común o lo que ellos creen que es mejor, estas situaciones se va resolviendo sin darle la importancia debida y sin interesarse en prepararse más para atender a los deudos.

Dar la noticia del fallecimiento de un bebe, así como de cualquier otra persona es algo que resulta desagradable por la tristeza que se genera en los deudos y el desconocimiento de su reacción, de esta manera los médicos que no están ajenos ante el sentimiento de la muerte se les dificulta dar la noticia, sobre todo, sino cuentan con la capacitación para enfrentar dicha situación.

En el momento de la pérdida perinatal la paciente necesita a un profesional que la apoye y al mismo tiempo a un ser humano que comprenda su sentir y no a una autoridad médica que no se involucre en su situación.

Es precisamente en la pérdida del embarazo que los médicos se enfrentan ante la madre y los familiares de ésta para darles la noticia del fallecimiento del bebé; aquí ya no es un organismo enfermo al cual hay que curar prescribiendo pastillas, se tiene ante sí a unos padres que en su mayoría experimentan una pena muy profunda y frustración entre otros sentimientos.

Al mismo tiempo se enfrentan a sí mismos al recordar el dolor que causa la muerte de un ser querido y la frustración e impotencia como profesional al no haber podido salvar una vida que apenas comenzaba.

En algunos casos de pérdida perinatal en donde se desencadene una crisis muy seria de no ser atendida la paciente inmediatamente por un psicólogo para manejarla, se puede generar, problemas emocionales serios.

Particularmente, en casos de una pérdida perinatal la intervención oportuna por parte del psicólogo es fundamental por las características que tiene esta situación; es por eso que el equipo hospitalario debería estar conformado por enfermeras, médicos y psicólogos en donde los primeros compartan con el psicólogo el manejo de la mujer que ha perdido su embarazo, cada profesional se abocará a la parte que le corresponde atender, trabajando en forma conjunta para llegar a la atención integral de la paciente.

También, en los casos en que la madre tenga conocimiento de que su bebé murió dentro de ella y tiene varios días muerto, el psicólogo puede manejar las emociones que la madre experimenta al momento en que se confirma la muerte del bebé, su labor no termina ahí, también su asistencia durante la extracción del óbito puede ayudar a la madre a encarar la situación.

Debido a que la pérdida se presenta de manera inesperada, todas las expectativas de la madre se ven rotas de un momento a otro; es muy importante contar con la guía del psicólogo para que no se descuide el más mínimo detalle, desde notificar a la madre la muerte de su hijo y ser para ella el apoyo emocional que requiera para sobreponerse a la pérdida hasta continuar con alguna terapia que la ayude a que su duelo siga un curso normal.

Identificar y observar reacciones de la pareja en duelo, así como del contexto en el cual están inmersos, para determinar en cada caso si la pareja o algún miembro cuentan con la fuerza necesaria para resolverlo por sí solos o de lo contrario necesitan iniciar una terapia que les ayude a no caer en un duelo patológico sino todo lo contrario resolverlo obteniendo un beneficio para su vida futura es tarea puramente del psicólogo.

León (1986) reporta que la atención médica dictamina para estos casos que la mujer se vuelva a embarazar lo mas pronto posible, con la creencia de que un nuevo embarazo hará que el que no se logró se olvide, lo cual es un error ya que cada embarazo es vivido por la mujer de forma distinta.

El prescribir medicamentos como antidepresivos o somníferos no ayuda a la madre en duelo sino todo lo contrario, lo que ella necesita es llorar a su bebé y reconocerlo como una persona que existió aunque sólo haya sido por un corto tiempo.

La forma en que se debe dar atención a los casos de pérdida del embarazo varían de acuerdo a la etapa gestacional en que se presente ésta, pues según, León (1986) los familiares que pierden a su bebé en el primer trimestre de embarazo tendrán un duelo menos intenso que los que lo pierden en el tercer trimestre cuando casi lo habían logrado.

En una entrevista realizada por la autora de esta tesis al Jefe del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología (INPER) (6,Nov,1997), en donde se le da atención a las señoras que han sufrido una pérdida, refirió que contrario a lo que la literatura recomienda sobre dar atención a la pareja con pérdida, en la práctica ha encontrado que en muchos casos el proporcionar terapia en pareja resulta contraproducente pues tanto la señora como el marido no se sienten en libertad para expresar sus sentimientos por la presencia de su cónyuge.

Lo anterior se debe, según el jefe el departamento de psicología del INPER, a que la pérdida descubre en muchos casos que la relación de pareja es deficiente, al principio aparentemente las mujeres lloran por su hijo muerto pero en realidad lo que opera es una disfunción de la relación de pareja.

La pérdida perinatal tiene gran connotación psicológica que no se puede dejar en manos de los médicos, pues su campo de acción no abarca los aspectos emocionales que surgen al respecto.

4.2 implantación del servicio de apoyo psicológico para las parejas que están enfrentando la muerte de su bebé, en la misma institución

La mujer que atraviesa por la muerte de su hijo que aún no ha nacido, no sólo pierde a su hijo real, también sufre la pérdida del hijo fantaseado, la interrupción del embarazo, la sensación de integración con el feto, la pérdida de la maternidad prevista, la atención y cuidados especiales que se le conceden a las gestantes y la anulación de la atención médica, con todo esto su autoestima tiende a decrementarse y siente desconfianza de su

cuerpo y su naturaleza femenina para procrear, sobre todo si el producto presenta anomalías fetales y problemas genéticos.

La muerte perinatal constituye una crisis de maduración de familias que intentan iniciar una nueva etapa de desarrollo en su vida. La madre que sufre una pérdida necesita que se le dé apoyo emocional en el mismo instante en que ésta se está, presentando, pues son los primeros momentos después de la muerte del niño los mas trascendentales en el curso del duelo.

Depende en gran medida la forma en que ésta mujer sea tratada por el personal que es responsable de su cuidado en el hospital, que su experiencia sea dolorosa pero pueda superarla o que le deje marcados en su memoria recuerdos desagradables.

Cualquier pérdida representa una crisis, las personas que la padecen se encuentran especialmente receptivas y pueden intervenir si se hace en el momento y el sitio idóneo antes de que sean consolidadas las defensas rígidas y soluciones de inadaptación. (Weiss y cols, 1989)

Una atención inmediata y en el mismo lugar en que se presenta la crisis es imprescindible pues de lo contrario existe la posibilidad de que si el paciente no recibe ayuda y por el mismo no puede superar la crisis, lo lleve a que ésta se profundice y suicidarse en los casos más graves o por otro lado a adquirir hábitos y patrones disfuncionales de pensamiento que pueden arraigarse profundamente en la vida del paciente y mas tarde sea muy difícil de cambiar.

Por tal motivo es necesario que las clínicas ginecológicas cuenten con un departamento de atención Psicológica que se encargue de éstas mujeres; pues este profesional cuenta con las habilidades para poder identificar en la paciente aspectos fuertes y débiles de su personalidad que la ayuden en el proceso de duelo que inicia.

La atención psicológica oportuna de la pérdida perinatal es importante pues tiene mas probabilidades que otro tipo de perdidas de caer en un duelo patológico, pues el bebé vive en el imaginario de la madre y ella puede que nunca conozca a su hijo, quedando confundida y dudando de si realmente estuvo embarazada. Dicha atención contempla además al padre y resto de la familia.

La participación del psicólogo es necesaria debido a que los médicos niegan y minimizan el significado de la pérdida, prescriben sedantes o recomiendan lo más pronto posible otro embarazo, sin reconocer que es necesario que la pareja sufra el dolor de su pérdida para poder superarla (Cullberg citado en: León , 1986)

Este servicio tendría como objetivo Intervenir en el momento mismo en que se inicie un proceso de duelo perinatal para prevenir posibles problemas de orden psicológico, que interfieran con el desempeño cotidiano de las personas en duelo.

Las funciones principales del servicio de atención psicológica a personas que padecen una pérdida perinatal, serían :

- Brindar apoyo emocional a quienes sufren una pérdida perinatal en el momento mismo en que se presenta utilizando los elementos esenciales de una intervención en crisis.

- Ayudar a trabajar su dolor con el fin de salir de la crisis, restableciendo en la medida de lo posible su vida futura.

- Difundir el conocimiento mas general de la naturaleza de la aflicción y del duelo a través de la educación.

El trabajo se llevaría a cabo con la colaboración de los médicos y enfermeras que atienden el aspecto físico de la mujer que presenta problemas con su embarazo concluyendo en pérdida. La intervención del Psicólogo se hará a partir del momento en que se conoce la muerte del producto, este notificará a la madre el fallecimiento de su hijo, teniendo en cuenta lo que esto significa para ella.

El psicólogo en primer lugar, revisará el expediente de la paciente, el cual deberá incluir datos demográficos como: nombre de la paciente, estado civil, solvencia económica, prácticas religiosas, número de partos, número de pérdidas, si el embarazo fue planeado, trimestre en que se encontraba, si presentó problemas desde su inicio ó si estos fueron repentinos.

El conocimiento de estos datos darán al psicólogo una visión global de la paciente y sus condiciones de vida, lo cual le ayudará a decidir la forma en que se acercara a la mujer para notificarle que su bebé no se logró y brindarle el apoyo necesario. Si la situación lo amerita el psicólogo

acompañará a la gestante en el momento en que los médicos extraigan el cadáver del cuerpo de la madre brindándole siempre apoyo emocional.

El anuncio del fallecimiento del neonato, de preferencia debe hacerse a ambos padres al mismo tiempo, procurando la mayor privacidad posible para que puedan expresar sus sentimientos. En este primer encuentro del psicólogo con los padres, el profesional utilizará las técnicas de intervención en crisis las cuales tiene por objetivo ayudar a la persona a que recobre el nivel de funcionamiento que existía antes de la crisis (Slaikeu, 1988).

Dicha crisis tiene una duración desde el momento en que se presenta hasta casi seis semanas después; en los casos de duelo Lindemann (1944 citado en: Slaikeu, 1988) dice que el terapeuta es quién *"...ayuda a la persona a aceptar el dolor de la pérdida, analizar la relación con el desaparecido, expresar la pena y el sentido de la pérdida total, descubrir una formulación aceptable para relaciones futuras por el deceso, verbalizar sentimientos de culpa y también encontrar personas cercanas a quienes se les pueden establecer nuevos patrones de conducta"*

A través de la intervención en crisis se buscará aumentar las oportunidades del paciente para crecer mediante ésta, asistirlo y ayudarlo a que domine la situación y reorganice su vida.

Encaminar, orientar y auxiliar a la pareja al confirmar la realidad de la muerte perinatal, el impacto de la noticia provocará en ellos una sensación de embotamiento y confusión en un momento en que deberán tomar decisiones trascendentales para el proceso de duelo que comienza.

El Psicólogo les sugerirá algunas acciones para que conozcan a su hijo y tengan algún recuerdo de éste, teniendo presentes las diferencias individuales y las distintas formas de reaccionar de las personas, por lo que se deberán respetar las decisiones que los padres tomen, aunque no parezcan las mas adecuadas.

Se animará a la pareja a ver y sostener al bebé, incluso si su hijo está macerado o deforme, ya que muchas veces los padres que saben que su hijo nació deforme, crean en su mente una imagen negativa que en muchas ocasiones supera a la real y al darles la oportunidad de ver a su hijo, sus fantasías aterrizarán en algo verdadero y encontrarán algún aspecto de él que tomarán como recuerdo.

El que los padres le seleccionen y pongan un nombre a su bebé, les servirá para que ellos lo puedan identificar como miembro único de la familia y al recordarlo se puedan referir a él por su nombre. Además este hecho facilitará el proceso de duelo y permitirá a los padres enfocar apropiadamente los sentimientos de pesar por el hijo muerto, sin que descarguen su ira y dolor en otros hijos.

Otro aspecto al cual se debe poner especial atención, es a las pruebas concretas de la existencia del bebé como son: las impresiones de pies y manos, brazaletes de identificación, certificado de defunción; las cuales les servirán a los padres para los momentos en que necesiten de pruebas palpables que les ayuden a aceptar la muerte de su hijo.

De ser posible, el que se le practique la necropsia al cuerpo del bebé es importante; pues mediante ésta se conocerán los factores que influyeron en el deceso y estos datos serán de gran ayuda para que los padres no sientan que son los culpables directos, además esta información sirve para poder prevenir complicaciones en futuros embarazos.

En algunas ocasiones la idea de ver a su hijo muerto aterra a los padres y se niegan a conocerlo, ante estas situaciones no es recomendable forzarlos a que vean el cuerpo; lo que sí se puede hacer es sacarle fotografías.

Pudiera ser que no les interesen a los progenitores llevarse los documentos arriba descritos¹, al abandonar el hospital, sin embargo, son importantes para que puedan procesar su duelo. Después de algunas semanas cuando los padres comiencen a recapitular el suceso tendrán la necesidad de regresar al hospital en busca de los documentos que no quisieron conservar, por lo que es importante que el hospital archive estos y estén accesibles a futuros reclamos.

Un aspecto que considero debería cambiar es que en la práctica hospitalaria los cuerpos de los no nacidos que tienen menos de siete meses son catalogados como piezas patológicas las cuales son eliminados mediante la cremación, esta acción es quizás la que mas repercute en el proceso de duelo generando inadaptación, pues el funeral que se le da a una persona fallecida forma parte del proceso de duelo.

¹ certificados, fotografías, brazaletes de identificación, etc.

Además, los padres pueden preocuparse por desconocer el destino que vaya a tener el cuerpo de su hijo y la forma en que será tratado. Debido a esto, es conveniente que se le indique a los padres que pueden reclamar el cuerpo para que le den sepultura o si prefieren, que el hospital se haga cargo de él².

El arreglo de los servicios funerarios, entierro, cremación, etc; que pudieran ser abrumadores, dan a los padres la oportunidad de recuperar el sentido de control y pensar que han hecho algo positivo por su hijo.

El servicio de apoyo psicológico además orientara a los padres acerca de los sentimientos que les generará la pérdida, brindándoles información del proceso de duelo en general y las particularidades de éste.

Si tienen hijos mayores se les orientará para que puedan notificarles lo sucedido de manera adecuada para la edad de los hermanos sobrevivientes, pues se suele pensar que si estos son pequeños no comprenden lo que está pasando y prefieren evadirlos; sin embargo, lo mejor en estos casos es compartir con ellos el dolor de la pérdida y hacerlos participantes activos en la celebración del funeral.

La atención inmediata de las mujeres con pérdida, no concluye con el manejo de la crisis, sino que continúa a lo largo del proceso de duelo que puede durar un año aproximadamente. El llevar un seguimiento del caso es importante para la vida futura de la madre y las consecuencias que la pérdida dejó; así como para futuros embarazos que se pudieran presentar.

El seguimiento que se le dará a estos casos se hará con base a psicoterapia de grupo la cual es una forma de tratamiento en la que se producen cambios benéficos en pacientes alterados desde el punto de vista emocional. El potencial que ofrece la terapia de grupo es que disminuyen con mayor rapidez las resistencias, en la medida en que éste comprueba que sus dificultades y problemas no son exclusivamente suyos y puede compartirlos con otros a los cuales, no les resulta ajeno (Burrow, en Notó y Recasems, 1989)

Los lineamientos de esta técnica el grupo se conforma de no menos de cinco personas y no mas de doce teniendo como ideal a ocho miembros con

² En el caso en que las dimensiones del feto sean propicias para que los padres puedan hacerle un funeral si así lo desean.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

una o dos sesiones a la semana con una duración de una o dos horas dependiendo del número de asistentes.

Los miembros que conformarán el grupo terapéutico se deben seleccionar de acuerdo a su problemática para que en el momento de hacer los grupos, estos estén integrados por miembros que compartan situaciones similares. Razón por la cual el grupo de terapia que aquí se propone se debe de componer exclusivamente de mujeres que hayan tenido una pérdida perinatal.

Kanas y Farrell (1989) recomiendan que las sesiones sean dirigidas por dos psicólogos. Un psicólogo se desempeñará como coordinador dentro del grupo teniendo contacto directo con los integrantes del grupo y guiando la tarea terapéutica, dejando paso a la libre discusión, en la que todos puedan aportar lo que quieran o crean interesante; también procurará un clima permeable a la experiencia a la vez que señalando el curso del grupo y de sus integrantes esclareciendo e interpretando sus reacciones; en el transcurso del tiempo el análisis de lo que se obtenga lo irá haciendo el mismo grupo.

El coordinador del grupo estará al servicio de ampliar y profundizar en las emociones las expresiones de todos los miembros, sus intervenciones serán breves pero fomentando la discusión.

El otro psicólogo fungirá como observador de la dinámica de grupo que se esté llevando a cabo, recogiendo y organizando lo que surja haciendo anotaciones de lo que observa para después efectuar una lectura (descriptiva e interpretativa) del proceso grupal y devolviendo al grupo cuando considere necesario, también dará retroalimentación y discutirá junto con el coordinador lo que suceda en el grupo y el rumbo a seguir para obtener mejores resultados (Ávila y García, 1991).

Las ventajas de la experiencia psicoterapéutica grupal son que ofrece retroalimentación sobre la conducta interpersonal, da la oportunidad de ventilar sentimientos reprimidos, ofrece una sensación de aceptación por otras personas y ayuda a descubrir las motivaciones inconscientes de lo que se hizo o hace. (Kanas y Farrell, 1989)

Estas terapias son las que se adecúan mas a las características de la población a quien va dirigido este trabajo; debido a la riqueza que se puede obtener, ya que al estar varias personas formando un grupo en donde los

otros miembros también comparten su misma situación les permite sentirse en confianza entre ellas y tengan mayor libertad para expresar sus sentimientos, etc. Además de la facilidad con que se pueden realizar, el ahorro de tiempo y recursos económicos.

Los esposos y demás familiares que requieran también de apoyo psicológico serán atendidos por separado, ya que su presencia puede que interfiera en el trabajo que cada uno realice. El tratamiento psicológico que se les dará a estas personas será de acuerdo a los lineamientos de la Psicoterapia dinámica breve. La cual sólo se aboca al tratamiento de un problema específico, tiene una duración de entre 12 y 20 sesiones, aunque este número puede variar; cuenta con tres fases: inicial, media y de terminación.

En casos especiales en donde se detecte que una madre no progresa en la psicoterapia grupal lo mas recomendable sería que tuviera a la par una psicoterapia individual porque así el trabajo estará centrado el la paciente y será mas intenso. La principal preocupación del servicio de psicología en esta área de la ginecología es brindar a la mujer una atención integral y digna que esté a su alcance y en el menor tiempo posible.

Los psicólogos que estén a cargo de las pacientes en duelo deberán estar sometidos a supervisión, en donde ellos hablarán de sus propias experiencias de pérdidas de familiares o amigos, las mismas que trabajarán con la intención de que no interfieran con su labor. También se les asesorará en todos los casos que manejen, comentando principalmente los sentimientos que las pacientes les generan y tratar de buscar su origen.

Contradictoriamente a la importancia que revisten los casos de pérdida perinatal existe poca literatura al respecto y la que existe es de origen extranjero; por lo que hace falta realizar investigaciones al respecto con población mexicana para conocer las posibles repercusiones que pueden tener las pérdidas y la mejor forma de intervención psicológica.

En el caso de que sí existan datos al respecto, que se divulguen reportes formales de profesionales que estén realizando alguna labor parecida, en donde relaten su experiencia, lo que ayuda y lo que perjudica a estas personas, para no repetir los errores y con base a los aciertos buscar nuevas y mejores alternativas para el manejo de las mujeres que pierden a su hijo antes de nacer.

4.3 Capacitación al equipo médico u hospitalario

Es evidente que la atención que reclama la paciente en este caso, no sólo se limita a curar alguna enfermedad o calmar molestias, existen otros padecimientos que no se pueden sanar con medicamentos, como el dolor que provoca a las madres la muerte de su hijo, a quienes no tuvieron oportunidad de verle con vida.

El trato que requieren estas pacientes obedece más que al aspecto físico al psicológico, a este último por lo general en la práctica hospitalaria se le resta importancia y al presentarse estos casos se cometen muchos errores, estos van desde el momento preciso en que los médicos se dan cuenta de que el bebé ha muerto dentro de la madre hasta el manejo de futuros embarazos.

La constante revisión de diferentes médicos, el intercambio de miradas entre ellos y sobre todo el no tomar a la madre como la principal protagonista e informarle sobre la situación, en términos que ella comprenda, tiene como consecuencia una paciente que no coopera y resentida con el personal hospitalario, pues su cuerpo está siendo manipulado y ella no puede intervenir ni expresar lo que siente y es la última en saber qué es lo que le está pasando.

Otro aspecto fundamental en el manejo de mujeres con pérdida, es la forma de notificarle a ambos padres del fallecimiento del bebé y brindarles apoyo emocional inmediato; pues de eso depende en gran medida que el duelo de la pareja inicie y progrese bien o se estanque.

En muchas ocasiones la manera en que el equipo hospitalario transmite la noticia no resulta ser la más adecuada, ya que no cuentan con alguna instrucción que les indiquen lo que se debe y no se debe hacer o decir en estas situaciones. La forma más sencilla de salir del paso es haciendo uso del sentido común, que en la mayoría de los casos resulta contraproducente, Ya que: *"...una atención inadecuada o inapropiada durante el periodo de duelo puede dañar a quienes están involucrados y el proveedor a cambio puede recibir una retroalimentación negativa..."* (Sherr, 1990. p 54).

Los errores que pueda tener el personal hospitalario en el trato que dan a las parejas en duelo lo repetirán durante mucho tiempo; pues médicos y enfermeras creerán que lo que están haciendo es lo correcto hasta que no

exista una capacitación que los prepare para hacer frente a estas situaciones. Por medio de la capacitación se pretenderá que los miembros del equipo médico puedan descubrir y mejorar sus habilidades básicas de comunicación con sus pacientes.

La principal tarea que tiene el psicólogo al capacitar al equipo médico es proporcionarles la información necesaria sobre los aspectos emocionales del proceso reproductivo; tomando en cuenta la influencia de la cultura que ha idealizado la maternidad y las repercusiones que tiene en la identidad femenina, estos elementos les ayudarán a comprender por qué puede ser tan importante la maternidad y la pérdida perinatal para algunas mujeres, así como las posibles consecuencias de un proceso patológico de duelo.

A continuación se enlistan algunos ejes, los cuales se deben tomar en cuenta para la capacitación al equipo médico en el manejo de la paciente que pierde a su bebé que no ha nacido o que muere al poco tiempo después de nacer.

A) Dar a conocer el por qué la muerte perinatal entrafña muchos problemas psicológicos para los padres. Debido a que los aspectos emocionales del proceso reproductivo y el nacimiento del hijo son experiencias intensamente significativas para la pareja y en especial para la mujer.

B) El papel que juega el médico en estas situaciones. Destacar la relación que existe entre el estado emocional de la paciente y su influencia en las reacciones físicas como una ventaja o desventaja para el desempeño de sus funciones como médicos y enfermeras. Mostrarles cómo en sus manos esta el controlar la angustia de las mujeres que presenten alguna complicación obstétrica por medio de una comunicación sincera y abierta en beneficio de ambos; la madre estará mas tranquila y dispuesta para cooperar y al medico se le facilitará su intervención.

C) Dar a conocer la manera mas adecuada de informar a la paciente que su bebé no se logró.

D) Cómo enfrentar situaciones de este tipo.

E) Cómo prevenir e identificar crisis graves, que ameriten la atención de personal especializado (Psicólogo).

F) Descubrir y mejorar las habilidades individuales de los médicos para solventar en la medida de lo posible el problema al que se enfrentan; ya que ellos enfrentan día con día una amplia gama de necesidades emocionales y físicas, por lo que tienen que estar bien preparados para satisfacerlas; las habilidades que vayan descubriendo a lo largo de la capacitación serán encauzadas a las necesidades de orientación psicológicas de los casos de pérdida perinatal .

G) Cómo reconocer y atender las necesidades psicológicas de las mujeres que sufren una pérdida perinatal; mostrando por parte del personal hospitalario una actitud comprensiva para cada caso de pérdida que se presente.

La capacitación será más efectiva si se realiza a través de la aportación de las experiencias que puedan tener al respecto los asistentes. Los contenidos se pueden ir intercalando a lo largo del análisis de las narraciones para que queden más claras las acciones correctas y las incorrectas.

Sherr (1990) sugiere que para tener un mejor aprovechamiento en este tipo de sesiones se realice un registro de las mismas (de preferencia por escrito) para poder dirigir al cuerpo médico a lo largo de la crisis. Este registro deberá enumerar los múltiples factores y verificar cómo los maneja el cuerpo médico.

Se debe tener muy claro que la intención de dicho análisis no es el de criticar, sino de tomar como ejemplo los errores y corregirlos en el futuro. También se les debe animar para que después de haber asistido a la primera sesión pongan en práctica lo aprendido y la retroalimentación se haga inmediatamente.

Con la información que se les brindará en las sesiones de capacitación se esperará que los asistentes brinden una atención integral a la paciente; aunque por desgracia todavía existen muchos miembros del cuerpo médico que se resisten a aprender las habilidades de orientación psicológica ya que las contemplan como ajenas a su área de práctica. Sin embargo, toda interacción entre médico-paciente contiene un elemento de este tipo de orientación. (Sherr, 1990).

Además, no todas las clínicas cuentan con recursos económicos suficientes para contar con la presencia de psicólogos de tiempo completo o la cantidad necesaria de ellos para que abarquen a toda la población.

4.3.1 Recomendaciones para enfrentar una crisis de pérdida en el momento mismo en que se presenta.

El paso quizás mas difícil es el comunicar el fallecimiento del bebé a los padres. Este primer paso también es decisivo para que el duelo tenga una trayectoria normal.

Para hacerlo no existen reglas específicas que nos digan cuál es la forma correcta de dar la noticia, ya que todas las situaciones son diferentes así como las necesidades de cada pareja son específicas. Sherr (1992) nos recomienda algunos lineamientos que pueden ser útiles:

1.-Al dar la noticia se debe buscar un lugar privado y lo mas confortable posible, en donde los padres puedan expresar sus sentimientos sin la presencia de alguna persona extraña.

2.-Lo importante es no demorarse, ser tan sincero como sea posible; brindarles a los padres la oportunidad de preguntar, estar siempre abierto a contestar las dudas de la manera más clara posible, pues los padres al recibir la noticia se sienten perturbados y se niegan a creerlo, por tal motivo es posible que no logren comprender las causas que ocasionaron el deceso en el primer momento.

3.-Debe tomarse en cuenta la opinión y el nivel de conocimiento de los padres para ajustar sus necesidades a la forma en que se les expliquen los hechos. El médico a cargo debe asegurarse de que está proporcionándoles la información adecuada en relación a la causa de muerte, haciendo que estos le repitan dicha información en sus propios términos.

Tener presente que la memoria bajo condiciones de tensión y ansiedad se reduce drásticamente, el brindarles la oportunidad de regresar o proporcionarles por escrito la información también es de gran ayuda.

4.-Darles tiempo para reaccionar y permitirles que sus emociones fluyan, anticipando reacciones de crisis nerviosas, llanto, risa, incredulidad, evasión, ira o explosiones intensas.

5.-Preferentemente la persona que notifique a los padres de la pérdida debe ser alguien que ellos ya conocían, para que se sientan en confianza de desahogar sus sentimientos sin sentirse limitados por la presencia de extraños. Si lo anterior no es posible, hay que procurar iniciar una relación de una manera rápida.

6.-Es inadecuado decir simplemente: "No se preocupe, usted puede tener otro hijo", dado que la pérdida de un bebé requerirá de un período de luto que puede durar de un año a dos y tal señalamiento puede ser interpretado como una negación de la necesidad de la familia de apesadumbrarse. Insístase en el sentido de que el bebé muerto no puede ser reemplazado por otro.

La pérdida neonatal se diferencia de otras pérdidas porque los padres no cuentan con recuerdos vívidos de su hijo pues murió antes de nacer, lo cual hace que este tipo de duelos sea el que tenga mayor índice de patología.

El fuerte impacto de la noticia confunde a la madre, incluso ésta llega a dudar de si realmente estuvo embarazada o fue un sueño. Los recuerdos tangibles del embarazo y del bebé van a ayudar a la madre a no caer en un duelo patológico.

7.-Animar a la madre a ver el cuerpo de su hijo, permitir que lo cargue, lo vista para que lo depositen en el féretro y se le dé tiempo para que se despidiera de él, con esto la ayudará a no sentirse confundida, además de que se le da la oportunidad de conocer a su hijo y tener un recuerdo real de él.

Si la madre no quiere verlo, se puede llamar a algún familiar (esposo, hermana, etc.) para que él lo conozca, o pueden tomarle fotografías. En caso de que el bebé haya nacido con alguna deformidad se debe acomodar al bebé de forma que disimule un poco su problema. El que algún familiar conozca al bebé o se le tomen fotos es con la finalidad de que si más adelante la madre tenga deseos de conocer a su hijo pueda recurrir a la persona que lo conoció y preguntarle sobre su bebé o pueda consultar la fotografía.

8.-Se recomienda también que se le practique la necropsia al cuerpo del bebé con la finalidad de informar a los padres de las causas que provocaron la muerte y deslindar así responsabilidades. El resultado de la

necropsia además puede servir a los padres y al médico para tener en cuenta lo que ocasionó la pérdida y prevenirla en un nuevo embarazo.

9.-Contar con un certificado de defunción representa para los padres la muestra fidedigna de que su hijo realmente existió.

10.-Dar a conocer a los padres que tienen derecho de reclamar el cuerpo de su bebé³, ya que los rituales que le siguen a el deceso de una persona como es un funeral, forman parte del proceso de duelo y ayudan a los deudos a asimilar la pérdida.

11.-Se debe canalizar a la pareja, a atención psicológica para que reciba apoyo emocional lo mas pronto posible, en especial a la madre pues en la gran mayoría de los casos de pérdida la mujer es quién lleva todo el peso de la muerte de su hijo, pues lo tuvo en su cuerpo y dependía de ella para vivir.

La mayoría de las muertes neonatales no pueden preverse y ésta sucede inesperadamente ante el asombro de los padres expectantes y el desconcierto de los médicos. Como sucede con las muertes inesperadas, estas pueden ocurrir en cualquier momento y lugar, por eso es necesario que la atención de las pacientes gestantes sea integral y esté generalizada en todos los hospitales que las atienden. Sobre todo que el personal que esté a cargo de ellas este capacitado para afrontar situaciones de crisis.

El personal hospitalario que está en contacto más directo con la paciente y sus familiares no es el único que es necesario conozca todo lo relacionado a la parte emocional de un embarazo y su pérdida; el personal administrativo también debe estar enterado de todos estos aspectos.

La institución de salud debería funcionar como un solo organismo y estar todos capacitados, hablar el mismo lenguaje para poder atender a las personas sobre una misma línea, al estar bien organizada en todas sus áreas enteradas de aspectos tan particulares como éste, se llegará a dar un buen servicio integral.

De esta forma el paciente con pérdida no solo se sentirá comprendido por el equipo médico sino también por toda la Institución, ya que además de ser atendidos por médicos, psicólogos, enfermeras etc, también tienen que realizar tramites legales que forman la parte administrativa del hospital y si

³ Si este no es demasiado pequeño, lo cual puede dificultar su manejo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

las personas responsables de esto conocen las necesidades de los sobrevivientes podrán comprenderlos y facilitarles los trámites.

4.4 Apoyo emocional al equipo médico.

El proporcionar una atención integral al paciente, es una prioridad del equipo médico y ellos al igual que sus pacientes son seres humanos a quienes afecta lo que pasa a su alrededor.

La pérdida es muy dolorosa para los padres que la padecen, sin embargo por grave que ésta haya sido solo viven esta situación en una ocasión, en cambio los médicos y enfermeras, tienen contacto con la muerte en repetidas ocasiones e incluso varias veces en un día.

Seitz y Warricks (citado en: León, 1986) sugieren que los médicos inconscientemente se sienten culpables de la muerte; quizás por eso promuevan la tendencia a no darle la debida importancia distanciándose de los sentimientos de los padres y sus preguntas así como no permitiendo que tengan acceso al cuerpo del bebé.

Por su lado Bruce (citado en: León, 1986) reporta que también las enfermeras son usualmente insensibles y distantes al dolor de la madre que ha perdido a su hijo.

Lo cual, quizás se deba a que la instrucción médica no aborda a la muerte como algo con lo que su profesión tendrá que enfrentar con mas frecuencia que otras profesiones; en una investigación de Cadwell y Mishara (citada en Cámara, 1980) encontraron que los médicos tenían gran dificultad para hablar sobre el tema de la muerte, el cual les representaba un gran problema y concluyó que los médicos son quienes tienen mas alto nivel de ansiedad ante ésta.

En la práctica médica el constante trato con personas enfermas y moribundos hace que los médicos, enfermeras, etc., se insensibilicen ante el dolor de sus pacientes y familiares, quizás como una forma de equilibrio en su propio estado emocional.

Sin embargo, estas muertes no pueden pasar desapercibidas, como tampoco pueden ignorar los sentimientos de tristeza o incomodidad que quizás les provoca notificar a los padres el fallecimiento de su hijo y ser testigos de su dolor.

La complejidad de problemas que a diario se enfrentan en su campo de trabajo influyen directamente en su estado emocional. En ocasiones, los médicos resuelven su propia culpabilidad negando el impacto emocional de la enfermedad de la criatura o su muerte.

La labor de un médico no es nada fácil pues tiene a su cargo el restablecimiento de la salud de muchos pacientes y cada uno tiene necesidades particulares; así como trabajar día con día inmerso en el ambiente tenso de un hospital lo que les genera a ellos y al resto del personal niveles elevados de estrés.

Ellos, así como nosotros, tienen tras de sí una historia y vida familiar que aunada a la carga emocional de su trabajo podríamos comprender el por qué algunos se vuelven hostiles en su trato con los pacientes que sufren y transpolan sus problemas a sus hogares, padecen frecuentemente de dificultades en el sueño o de preocupaciones fuera de las horas de trabajo. (Udaeta, 1988)

La carga tan pesada de su trabajo debería tener un espacio en donde puedan desahogar sus frustraciones y los sentimientos que esto les genera. Un lugar en donde puedan hablar sin tapujos y se sientan en libertad para poder expresarse, sean escuchados y comprendidos, donde puedan analizar el porque de sus reacciones ante ciertos pacientes y puedan manejarla en pro de ambos⁴, proporcionándole a sus pacientes una atención médica de calidad con todos los elementos mencionados⁵.

Contar con un departamento de psicología en una institución hospitalaria no debe ser exclusiva para la atención de los pacientes, sino también para el personal de dicho hospital, que atienda las necesidades y exigencias propias de su profesión de acuerdo a los hallazgos de los autores citados en este apartado, es evidente que el personal hospitalario también tiene necesidad de hablar sobre sus emociones ante la muerte y los sentimientos que les genera el trabajar en un lugar en donde el ambiente está cargado en su mayoría de angustia, dolor y desesperanza, con un profesional como el psicólogo que lo ayude a aceptar sus emociones ante estas situaciones o a trabajar con él alguna experiencia desagradable.

⁴ propio médico y paciente

⁵ Según la calidad que Donabedian (1991) propone.

Como parte de esta propuesta de intervención psicológica en el ámbito hospitalario, es atender también al personal que labora en dicha institución mediante grupos de psicoterapia en donde se trabajen temas como: manejo de estrés, miedo a la muerte, fracaso, etc., o proporcionar terapia individual para los casos que así se requiera.

Como se puede observar la labor del psicólogo en el área de salud no termina aquí, ya que su participación como parte del equipo multidisciplinario abarca muchos otros aspectos de la vida hospitalaria; el trabajo aquí presentado es solo una pequeña muestra de los enormes alcances que tiene la psicología en este campo; y quedan muchas líneas de investigación en las cuales trabajar y explotar para que rindan resultados benéficos para la sociedad.

Es así que otra de las intenciones de este trabajo es ampliar el campo de acción del psicólogo, al mostrar las enormes ventajas del trabajo de un equipo multidisciplinario pues al contemplar todos los aspectos de la vida del paciente y tomar en cuenta sus necesidades estaremos contribuyendo a reconceptualizar el término de salud .

Como estas situaciones son imprevisibles habría que considerar que una vez establecido el servicio de atención psicológica en las clínicas ginecológicas, se cuenten con psicólogos de base que cubran guardias como los médicos para poder solventar problemas que se llegasen a presentar en cualquier momento.

DISCUSION:

Al realizar la búsqueda bibliográfica para la realización de este trabajo me pude dar cuenta que existe pocas referencias del tema particular de pérdida perinatal y la bibliografía revisada sobre embarazo en diferentes bibliotecas de universidades y de instituciones de salud tenían una tendencia a ser muy técnicos, en el caso de los que iban dirigidos a los profesionales de la salud y otros tendían a enmarcar a la maternidad como la consagración de la vida de la mujer a sus hijos y la realización femenina.

Difícilmente encontramos estudios que tomen en cuenta a la maternidad, desde las emociones más profundas que siente la mujer frente al hijo en su embarazo.

La gran mayoría de las madres prefiere guardar todos los sentimientos con respecto a su maternidad y a la forma en que vivieron el embarazo, parto y crianza de sus hijos; mas aún si el embarazo no llego a termino, el cual se convierte en un secreto familiar que se prefiere no mencionar en un intento, quizás, de no revivir la experiencia. Sin embargo, tan solo hace falta escarbar un poquito para que las angustias y temores que pudieron haber vivido salgan a flote y darse cuenta de que no han sido superadas.

Lo anterior quizás se deba a que en nuestra cultura el valor de la maternidad lo tenemos tan arraigado que aceptamos como "natural" que la mujer sea madre, sin ningún problema físico ni emocional, además de que se le ha valorado como el suceso mas grandioso en la vida de la mujer y como tal hay que vivirlo.

Ciertamente el embarazo es un suceso grandioso en la vida de cualquier mujer, pues le representa un cambio total de vida sea deseado o no, sin embargo, no podríamos decir que por regla general éste se vive con alegría, entusiasmo, ilusión, pleno conocimiento sobre el proceso de la maternidad; porque para algunas la realidad puede ser otra.

Cuando se planea o no, el momento de ser madre, y se intenta vivir la ilusión por la maternidad como lo marca el ideal nos lleva a sentimientos contradictorios y a un callejón sin salida en el cual no hay cabida para expresar todos los miedos, angustias que se viven al estar embarazada.

La ambivalencia entre el deseo y el no deseo, la difícil realidad de ver cómo paulatinamente el cuerpo va cambiando y deformándose, perder autonomía, libertad de movimientos, bienestar físico e incluso el tener que compartir su cuerpo, vitalidad, y tiempo con alguien que a pesar de que es su hijo no conoce.

Sentir que ella es la única que vive su embarazo porque aunque tenga pareja los cambios, las molestias físicas, los movimientos fetales, las experimenta inmediatamente ella.

Todos estos aspectos y muchos mas pareciera ser que son ignorados por las personas que están alrededor de la mujer embarazada; y solo se ensalza lo maravilloso que es y ha sido la maternidad. Médicos y enfermeras también dan por hecho que es algo tan "natural" y cotidiano, que la futura madre sabrá qué hacer en el momento adecuado durante su embarazo y que la gran mayoría de las gestas se resolverán sin ningún contratiempo.

Solo en los casos de embarazo de alto riesgo se les da una atención mas especializada a las mujeres, la cual consiste en monitorear el proceso fisico de la madre y del feto desatendiendo la parte emocional de la mujer.

Si se prestara mas atención a estos aspectos nos encontraríamos con que algunas mujeres gestantes tienen la necesidad de expresar sus dudas, angustias y temores, del proceso que están viviendo, con mas razón a quienes se les diagnosticó un embarazo de alto riesgo.

Se puede señalar que la idealización de la maternidad es una construcción cultural pues al compararla en este momento histórico con otras épocas, nos damos cuenta que al paso del tiempo ha ido cambiando, respondiendo a las exigencias de la modernidad, por lo que no podemos decir que ésta es atemporal y que por siempre la mujer es la única que puede criar a un recién nacido.

Si retomamos a Badinter nos podrá dar muestra de que la mujer no siempre se consagró en cuerpo y alma al cuidado y crianza de sus hijos y a su marido, como lo estipula el ideal actual. Las mujeres pudientes de la Francia del siglo de las luces, sólo daban a luz a sus hijos para después dejarlo toda su primera infancia al cuidado de las nodrizas; sin que ellas sintieran necesidad alguna por criarlo y cuidarlo o no poder separarse de él.

La muerte de algún vástago según los reportes de Badinter no era vivida con tanta dramatismo como en nuestros días, posiblemente por que los padres se separaban de su hijo después de nacer y no se entablaba un vínculo entre ambos.

Mucho de lo que el valor de la maternidad nos ha inculcado es que la mujer es mujer hasta que es madre y si ésta se quiere desempeñar en alguna profesión se ve ante la disyuntiva de elegir entre luchar por tener éxito en su trabajo o tener hijos. Si elige tener hijos y trabajo este último se duplica pues tiene que convertirse en madre, esposa, profesionista, etc.

Tener que dividirse entre tantas actividades, es el precio que se paga por no sentirse fuera de lo que está establecido como identidad femenina; la maternidad es tan exigente que surgen conflictos con el desempeño de otras funciones; como el sentirse siempre culpable por no poder atender a sus hijos y en cierto modo preferir el trabajo a estar con ellos.

Actualmente el número de hijos por pareja se ha reducido quizás, porque la mujer esté buscando nuevas formas de desarrollo personal y la llegada de los hijos la posponga. Otro factor que ha influido en la reducción de los hijos es la situación económica tan precaria que vive actualmente nuestro país, al igual que la proliferación de campañas de planificación familiar.

Las familias actuales en su mayoría planean a los hijos en función de los intereses profesionales y económicos de la pareja, es así que, la pérdida de algún embarazo no solo representa la muerte de su hijo, sino la pérdida de los planes de una vida familiar.

En estos casos el aspecto físico de la madre queda en segundo plano para dar prioridad a las consecuencias emocionales de dicha muerte.

Este podría ser otro motivo por el cual hay que abrir nuevas líneas de investigación sobre el embarazo, no sólo biológicamente hablando, sino también emocionalmente, ya que la disminución en el número de hijos por familia, da como resultado que su lugar en la familia sea cada vez menos sustituible.

Por otra parte, retomando las investigaciones que se realizaron a mujeres que sufrieron pérdida, en la mayoría de los casos su embarazo se complicó sin previo aviso y sin que se pudiera hacer algo por conservar la vida del feto, lo cual crea en las mujeres incertidumbre y sentimientos de culpa por no haber salvado la vida de su bebé.

Lo anterior comparándolo con lo que reporta Badinter en la antigua Francia en donde los hijos no se planeaban, el número de hijos por familia era muy elevado y las tasas de mortandad infantil eran también muy altas, no especifica que la mujer-madre experimentarían la muerte de un recién nacido, es decir, pasará por problemas emocionales derivados de este fallecimiento.

Lo que nos lleva a reflexionar que la sociedad y su forma de vida está cambiando, así como sus necesidades de atención tanto emocional como física.

En estos casos el servicio médico en algunas ocasiones no dan la debida importancia a los sentimientos que la mujer genera ante la pérdida de su bebé, conservando la idea de que la mujer puede tener los hijos que quiera sin que le representa ninguna dificultad ya que es algo cotidiano y que se resuelve por sí solo.

Si se detecta alguna complicación en el embarazo a tiempo de ser atendida, lo que procede es darle seguimiento muy de cerca contemplando casi exclusivamente el aspecto físico de la madre y del bebé; ante esta situación la mujer siente que pierde el control de su cuerpo y que su embarazo no corresponde con lo que el ideal de la maternidad dice, que es de lo mas "natural" que una mujer se embarace y expulse al bebé sin ningún

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

contratiempo, el sentirse diferente a lo establecido la enfrenta a nuevas conflictivas que en la mayoría de los casos nadie le ayuda a resolver.

En estas situaciones los papeles cambian, la mujer que por "naturaleza" sabía todo con respecto a la maternidad, ahora depende de su médico casi totalmente para que se pueda conservar su salud y lograr un producto vivo. La experiencia de la maternidad se vuelve una experiencia hospitalaria.

Un dato muy reiterativo que se obtuvo al consultar los trabajos aquí citados fue que lo que mas afecta a la mujer que ha perdido a su bebé es sentirse culpable por la muerte de su hijo, "el no haberse cuidado bien", "por algún castigo divino", "por no desear que naciera", o bien "por seguir trabajando en lugar de cuidar su embarazo", etc. El sentimiento de culpa de las mujeres por no cumplir su función reproductiva es lo que hace que el duelo sea mas difícil de superar, pues ellas se señalan como las únicas responsables de la muerte de su hijo, en vez de dar vida, ellas proveen muerte.

Se tiene la creencia de que la pérdida perinatal se puede superar fácilmente, pues no hubo un vínculo entre madre e hijo puesto que al no conocerlo es lo mismo que la muerte de un desconocido. Además se les recomienda a las mujeres que pueden volver a embarazarse sin ningún problema aparente.

Sin embargo, lo que se ha revisado en este trabajo nos señala que el embarazo no es un proceso simple que se pueda dejar actuar por sí sola a la "naturaleza", pues somos individuos parte de una sociedad influenciados por muchos aspectos que hacen que cada mujer viva de forma distinta su embarazo; y por lo tanto también la pérdida perinatal en donde el principal factor que afecta a las mujeres es sentirse culpables de la muerte de su hijo, por no haber podido identificar que algo estaba mal y pedir ayuda a tiempo; dichos aspectos difícilmente los podría tratar un médico o una enfermera

Debido a que existe un gran desconocimiento al respecto; la muerte perinatal es hasta la fecha un tema que apenas se está descubriendo; este podría ser el inicio de un extenso campo de investigación en el cual debido a todas las connotaciones emocionales que conlleva no debiera ser objeto de estudio únicamente para los médicos.

La parte emocional es tan delicada que no sería suficiente con la atención que enfermeras y trabajadoras sociales le brindan a la paciente, ya que un curso de capacitación o la simple lectura de información al respecto no les dan los conocimientos necesarios para afrontar situaciones de crisis como lo es la pérdida de un embarazo y su manejo a profundidad, como la preparación profesional de un Psicólogo, pues cuenta con capacidad analítica, comprensión de los problemas humanos desde el punto de vista individual y sus repercusiones, es decir, todo lo que compete al humano compete al Psicólogo.

REFERENCIAS

- Alcocer, J y Alva, M (1993) Medicina legal, México . Limusa, P 83
- Avila y García (1991) Manejo de la paciente embarazada, México, siglo veintiuno
- Aramoni, A (1984) El mexicano un ser aparte. Editorial. Testimonio. México.
- Bandinter, E. (1981) Existe el amor maternal?, España, Paidos.
- Baum, A Krantz, D, Gatchel, R (1997) An introduction to Health Psychology. New York. Mc Graw-Hill. Cap 1, 8, 9.
- Brabant, S, Forsyth, C y Mcfarlain, G. (1995) "Life after death of a child", Journal of death and dying, Omega vol 31 (1),67-85.
- Binger, C y Malinak, D. "Muerte y duelo", En: Goldman (1980) Psiquiatría general, México, Manual moderno. Cap 9
- Bowlby (1990) La perdida afectiva: tristeza y depresión, Argentina, Paidos.
- Cámara, C y Medrano P. (1980) La relación del personal hospitalario con el paciente moribundo ,Tesis, U.I .A.Pp 7-12
- Castillo, A. comp. (1994) La dimensión psicológica de la maternidad y la paternidad, en: Antología de la sexualidad Humana, Porrúa Conapo tomo I
- De Beauvoir, S. (1989) El segundo sexo. tomo1. De. siglo veinte
- De Frain, J, Martens, L, Stork, H. (1990-91) "Efectos de la muerte perinatal en la familia", Journal of death and dying, Omega. vol 22 (2) 81-108.
- De Frain, J, Jakub, D y Mendoza, B. (1991-92) "The psychological effects of sudden infant Deaht on Grandmothers and Grand fathers". Journal of death and dying. Omega vol. 24 (3) 165-182.
- Diccionario terminológico de ciencias médicas (1987) México, la Prensa.
- Diccionario enciclopédico (1981) México, Plaza & Janes.

Diccionario de Psicología (1991) México, Interamericana.

Dolto, F. (1980) Sexualidad femenina. España, Paidós.

Dunn, D, Clinton, K y Lasker, J. (1991) "Expaining pregnancy loss: Parents and physicians attributions". Journal of death and dying, Omega vol 23 (1) 13-23

Denovsky, C. (1994) Anger and Desire for retribution among bereaved parents. Journal of death and dying, Omega vol. 29 (4) 303-312

Donabedian, A (1984) La calidad en la atención médica, México, La prensa médica mexicana. p 4-6.

Engels, F. (1978) El origen de la familia, la propiedad privada y el estado, Editores mexicanos unidos, S.A México 2a edición.

Ehrenkranz. "Muerte Neonatal", En: Queenan, J y Hobbins, J (1984) Normas para la atención del embarazo de alto riesgo, México, Manual Moderno, Cap 53.

Ehrenkranz R. (1984) Muerte neonatal: cuidado de los padres en: Queenan, Hobbins, Normas para la atención del embarazo de alto riesgo, México, Manual Moderno.

Ehrlich (1989) Entorno psicosocial que dificulta la elaboración del duelo, México, Interamericana.

Falcón, L.(1974) Mujer y sociedad, Barcelona, Fontanella.

Farfán, M, A. (1989) "De nosotras para nosotras. Parto" ,Fem Año13 -80

Fernández, A. (s/f) Los mitos de la maternidad, Buenos Aires, centro de estudios de la mujer (publicación interna)

Fernández MacGregor, A ."Reacción emocional ante la pérdida perinatal.", En: Arcelus, M, Fernández, Folbert,K. La Psicología en el ambiente perinatal. Lucille C. Atkin, (ed) INPER. S:S:A. Pp .180-228

Fernández, Folbert, K. (1988) La Psicología en el ambiente perinatal. Lucille C. Atkin (ed), INPER. S.S.A. Pp. 247-261.

Ferro, N.(1991) El instinto maternal o la necesidad de un mito. España, Siglo veintiuno.

Fielding y Evered (1980) Psiquiatría general, México, Manual Moderno.

González, Ch, F, Mª , A. (1995) Cuerpo y subjetividad femenina. España, Siglo veintiuno.

González (1992) Guía práctica para el embarazo de alto riesgo, México, ed. Mosby

Hacker, N y Moore, G (1989) Compendio de ginecología y Obstetricia, México, Mc graw hill, México, Cap. 10

Hernández (1988) Psicología, México. Manual Moderno.

Jansen,Cuisiner,Hoogduin (1996) Normal and special Aspects of pregnancy. New york Columbia University Press.

Jaime, G y Fernández, J (1990) "Muerte fetal factores de riesgo y diagnóstico".En:Revista de perinatología, Dic Vol 5 (4) 24-28.

Kanas, N y Farrell, D (1989) Psicoterapia de grupo. en: Howard H. y Goldman. Psiquiatría general, México, Manual Moderno.

Lara, M. (1994) Masculinidad y femineidad, en: Antología de la sexualidad humana, Porrúa Conapo tomo 4

León, M. (1995) La familia nuclear: origen de las identidades hegemónicas femenina y masculina. En: Arango, León, Viveros. Género e identidad, Colombia, TM editores.

León, M (1986) "Psychodynamic of perinatal loss" Pshychiatry, vol 49 noviembre 312-324.

León, M (1987) "Short-term psychotherapy for perinatal loss" Psycotherapy vol 24 (2) . 186-195

Lewis, H.(1980) "Efects and implications of stillbirth or other perinatal death." En:Blum,B. Psychological aspects of pregnancy, Birthing and Bonding. New york Human sciences press. Cap 19.

Lewonti, R. C. Steven R. y Bon. j Kamin (1987) No está en los genes, España, Ed. Critica.

Lipkin y Cohen R. (1984) Atención emocional del paciente. México, Prensa medica mexicana.

Lovell, A (1983) "Some questions of identity late miscarriage, stillbirth and perinatal loss", En: Soc.Sci.Med. Col 17(11) pp 755-761.

Lynn, S y Frauman, D (1988) Psicoterapias contemporáneas, Bilbao, España, De Desdée be brouwer, Cap 12.

Macfarlane, A ,(1985) Psicología del nacimiento, Madrid, Morata.

Macy, y Falkner, F (1980) Embarazo y nacimiento. México, latinoamericana, Harper & Row

Marmar, Ch. (1989) Psicoterapia dinámica breve En: Howard H. y Goldman. Psiquiatria general, México, Manual Moderno.

Martinez, G (1994) "Perdida perinatal, aspectos teóricos-clínicos", En: psicología iberoamericana. 2(1) 55-67.

Morales, C (1989) "Repercusiones emocionales de la reproducción", En: Revista de perinatología Vol 4(4)

Morris (1967) Enciclopedia familiar, México, Salvat.

Orbach y cols (1994) Perceived Changes in Life Meaning following Bereavement. Omega 24 (4) 307-318.

Ortigosa y Karchmer (1996) "Potencial preventivo de la educación comunitaria sobre la mortalida neonatal" En: Perinatología y reproducción humana, vol 5 (1)

Paz, Octavio (1992) El laberinto de la soledad, México, Ed.Fondo de cultura económica, vigésima primera reimpresión.

Pérez, A (1988) "Manejo del estado emocional de la gestante por el equipo de salud". En: Arcelus, M, Fernández, Folbert, K. La Psicología en el ambiente perinatal. Lucille C. Atkin, (ed) INPER. S:S:A. Pp .180-228.

Ponzetti (1992) Actitud frente a la muerte, México, Interamericana.

- Pritchard, Macdonald y Grant (1986) Obstetricia, México Salvat, Cap 17.
- Riera J, M y Valenciano E. (1994) Las mujeres de los noventa, España. Ed.Morata.
- Rocha, M. (1991) El álbum de la mujer, El porfiriato y la revolución, México, Instituto Nacional de antropología e historia.
- Rodríguez y Castellanos (1991) El proceso del parto. México, Limusa.
- Rousseau, J (1763) Emilio, México, editores mexicanos. p27
- Salinas, Martínez, Pérez (1991) Cuidados para el embarazo, parto y bebé, México, Instituto nacional de perinatología.
- Scheitel, (1996) "Falta de comunicación entre médico paciente", Mayo clinic proceedings (12) en: Informática médica sep,1997, año 1, (9)
- Seiden, A (1980) "The sense of mastery in the childbirth experience..." En: Nadelson.C.,Williams . D. & Martin . F. (edit.). The woman patient. Medical and psychological interfaces. Vol. 1 Sexual and reproductive Aspects of womens healthcare. SA. Premium press.
- Sherr,L (1992) Agonía, Muerte y Duelo, México, Manual moderno.
- Slaikeu, K (1988) Intervención en crisis, México, Manual moderno
- Thearle,Vance, Najman (1995) "Church attendance religious affiliation and parental responses to sudden infant death, neonatal Death and stillbirth".Journal of death and dying, Omega vol 31(1).51-58.
- Tostado, G, M. (1991) El álbum de la mujer, Época colonial, México, Instituto Nacional de antropología e historia.
- Theut, Pedersen, Zaslow, Cain, Rabinovich y Morihisa, "Perinatal loss and Parental Bereavement" en: Journal of Psychiatry Vol 14 6 (5) 1989, 635-639.
- Tubert (1991) Mujeres sin sombra maternidad y tecnología, España, siglo veintiuno

Tuñón, J (1991) El álbum de la mujer, El siglo XXI, México, Instituto Nacional de antropología e historia.

Tuñón, P, E. (1991) El álbum de la mujer, Época prehispánica, México, Instituto Nacional de antropología e historia.

Turrini, P (1980) "Psychological crises in normal pregnancy". En: Blum,B. Psychological aspects of pregnancy, Birthing and Bonding. New york Human sciences press. Cap 8.

Udaeta, E (1988) "Vida y muerte en la unidad de cuidados intensivos", En: Arcelus, M, Fernández, Folbert, K. La Psicología en el ambiente perinatal. Lucille C. Atkin (ed), INPER. S.S.A. Pp.229-245

Weiss, L, Frischer, L y Richman, J (1989) "Adaptación de los padres a la pérdida intraparto y en la sala de expulsión "En: Hogeman, R, Clínicas perinatológicas de norteamérica No. 4 Dic. Interamericana México.

Zacha, M. (1990) La atención a los padres de los niños de alto riesgo, En: Sasmor, J. Educación para el parto, México, Limusa.

ANEXO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
CAMPUS IZTACALA
PSICOLOGÍA

GUÍA DE ENTREVISTA

Obj: Conocer la función que realiza el Psicólogo con mujeres que presentan embarazo de alto riesgo en el INPER.

- 1.-¿Cuál es la función del departamento de Psicología en el INPER?
- 2.-¿En qué consiste la atención que brinda del departamento?
- 3.-¿Con qué otros profesionales trabaja el Psicólogo?
- 4.-¿El trabajo es multidisciplinario o interdisciplinario?
- 5.-¿Cómo se realiza dicho trabajo?
- 6.-¿Se les proporciona ayuda psicológica a todas las personas que asisten a este hospital?
- 7.-¿Cómo se hace la selección de las personas a las cuales se les proporciona apoyo psicológico?
- 8.-¿Cuál es el procedimiento que se sigue con las pacientes?
- 9.-¿Qué corriente teórica se maneja en las terapias?
- 10.-¿Se efectúan pruebas psicométricas?
- 11.-¿Con qué objeto se aplican?
- 12.-¿Qué criterios se siguen para canalizar a las pacientes a terapia grupal o particular?
- 13.- ¿Se evalúa constantemente a las pacientes (si la respuesta es si) ¿como se evalúan?
- 14.-¿Se incluye a la pareja? ¿Porqué?
- 15.-¿Realizan visitas a piso?
- 16.-¿En qué caso y que tipo de atención se da?
- 17.-¿Cuándo dan de alta? ¿Porqué?
- 18.-¿Cuáles son los problemas Psicológicos relacionados con el embarazo que se atienden mediante este departamento?
- 19.¿Qué tipo de investigación se lleva a cabo en este departamento?
- 20.-¿El qué una mujer sufra un óbito o muerte neonatal, se considera como un problema psicológico por los profesionales que la atienden (médicos, enfermeras, etc.)
- 21.-¿En este hospital se realizan o se han realizado investigaciones al respecto?
- 22.-¿Se atiende a la problemática a la que se enfrentan?
- 23.-¿Qué difusión se le da a los resultados?
- 24.-¿Cuándo se presenta un caso de óbito o pérdida neonatal que procedimiento se sigue?
- 25.-¿Se prepara a los médicos y enfermeras para manejar casos de pérdida del embarazo?

- 26.-Como institución ¿tiene interés por los casos de pérdida?
- 27.-Existen registros sobre los casos de perdida y sus causas.
- 28.-¿Tienen seguimiento los padres que sufrieron una pérdida?
- 29.-¿Existe interés por parte de los médicos de conocer aspectos emocionales de sus pacientes?
- 30.-Los resultados de las investigaciones que se realizan en el instituto sirven para realizar cambios en algunos aspectos en que se evidencian, que se esta fallando?
- 31.-¿Considera que el ámbito hospitalario esta abierto para el desarrollo del Psicólogo?