



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMERA OBSTÉTRICA ANTE UNA
PÉRDIDA PERINATAL”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A:

ANAHÍ ALONSO GUTIÉRREZ

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES LAGUNAS



MÉXICO D.F.

2013



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.

SUMARIO

		Página
DEDICATORIAS		
AGRADECIMIENTOS		
CAPITULO I.	INTRODUCCIÓN	1
1.1	Situación problemática	1
1.2	Contexto del estudio	6
1.3	Objeto de estudio	7
1.4	Pregunta de investigación	7
1.5	Objetivos de estudio	8
1.6	Justificación y relevancia del estudio	8
CAPITULO II.	MARCO CONCEPTUAL, TEÓRICO – EMPÍRICO	12
2.1	Marco conceptual	12
2.2	Marco Teórico – Empírico	26
CAPITULO III.	ABORDAJE METODOLÓGICO	41
3.1	Tipo de estudio	41
3.2	Escenario de estudio	42
3.3	Sujetos de estudio	43
3.4	Recolección de datos	43
3.5	Análisis e interpretación de resultados	44
3.6	Rigor Científico	45
3.7	Consideraciones éticas	46

CAPITULO IV.	DISCUSIÓN Y RESULTADOS	47
	Gráfico No.1: La experiencia de la enfermera obstétrica ante un pérdida perinatal	48
4.1	Subjetividad / Corporalidad	52
4.1.1	Sentimientos y Emociones	59
4.1.2	Actitudes y Comportamientos	67
4.2	Cuidados de Afrontamiento	75
4.2.1	Hacia la Mamá	77
4.2.2	Hacia el cuerpo del Bebé	88
CAPITULO V.	CONSIDERACIONES FINALES	91
5.1	Proposiciones	93
5.2	Recomendaciones	102
REFERENCIAS		107
ANEXOS		113
APÉNDICES		
Apéndice A	Pregunta generadora de diálogo (entrevista a profundidad)	117
Apéndice B	Cédula de consentimiento informado	118
Apéndice C	Nota de Campo	119

DEDICATORIAS

A mis padres:

Rubén Alonso Espinoza

Hilda Gutiérrez Ortiz

Porque desde pequeña se preocuparon por darme lo mejor de ellos con esfuerzos y sacrificios. Por todo el amor incondicional que me han brindado hasta en los momentos más difíciles de mi vida y nunca haberme dado la espalda a pesar de los disgustos que les hacía pasar, por sus consejos, llamadas de atención y motivaciones, que me hicieron sentir capaz de salir adelante a pesar de las adversidades y provenir de una familia humilde pero sin duda luchona. A mi madre por ser, el ser que me dio la vida que es el regalo más maravilloso del mundo, por los desvelos que al inicio de la larga carrera vivió junto conmigo al acompañarme a la escuela y estar pendiente de mí cuando por las noches hacía tarea.

A mi padre por que a pesar de sus fallas como ser humano me ha hecho sentir siempre su presencia y saber que él esta ahí para cuando yo lo llame, por que desde pequeña ha sido para mí un hombre grande que siempre he admirado. Por guiar mi vida con energía, amor, respeto y admiración que fue un pilar esencial para que yo lograra mi superación personal al terminar mi carrera profesional siendo la mejor de las herencias que me pudieron dar, siempre confiando en mí.

A mis hermanos:

Salvador Alonso Gutiérrez

Mitzi Beatriz Alonso Gutiérrez

Porque al solo llevarme un año de edad con mi hermano, durante mucho tiempo fue mi confidente y compañero de escuela, hasta el momento de separarnos en la universidad y tomar rumbos diferentes, por acompañarme, alentarme y explicarme con paciencia algunas cosas que yo no entendía. A Mitzi por ponerme la presión de ser un buen ejemplo para ella e impulsarme para no fallarle.

A mi pareja:

Daniel Santos Álvarez Pliego

Quien a partir de que decidimos formar una familia, me apoyo en todas mis decisiones y me respaldo económicamente para continuar la última etapa de mi carrera profesional. Por dedicarle tiempo a nuestro hijo mientras yo hacía las tareas de la escuela y por soportar mis malos ratos de enojo, desesperación, y llanto.

A mi hijo:

Uriel Aarón Álvarez Alonso

A quien sacrifique desde su primer año de vida quitándole buenos ratos de mi tiempo junto a él todo por alcanzar la meta de mis sueños , pero quien fue la principal de mis inspiraciones por salir adelante para poder brindarle un futuro prospero y culminar satisfactoriamente con este trabajo.

A dos seres queridos:

Mi padrino: Antonio Padilla Villanueva

Mi tía: Margarita Alonso Venegas

Quienes fueron merecedores de todo mi cariño por acompañarme en el camino de la vida mientras me realizaba como profesionista, y guardar un espacio para mí en sus corazones hasta el momento de su muerte.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, primeramente por darme junto con mis padres la dicha de la vida, los alcances y la fuerza para lograr esta meta.

A todos los profesores que durante mi larga vida escolar me compartieron sus conocimientos para así llegar finalmente a la esencia de mi persona con el escudo de la Universidad Nacional Autónoma de México, quien a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia lograron mi formación profesional con valores, cariño hacía las personas y pasión hacía mi que hacer como L.E.O.

A la Dra. María de los Ángeles Torres Lagunas por su incondicional apoyo desde que fue mi profesora en séptimo y octavo semestre de la carrera, para posteriormente brindarme aun más sus conocimientos con la realización de este trabajo como mi asesora. Por su paciencia, tiempo, dedicación, experiencia profesional, palabras de aliento y motivación cuando sentía desfallecer. Por despertar mi interés y vocación por la lucha de la enfermería obstétrica con acciones sustentadas.

Al profesor Compton por su dedicación al brindarme herramientas y su tiempo en la revisión de las bibliografías consultadas y citadas en este trabajo.

A todas las (os) licenciadas (os) en enfermería y obstetricia por el tiempo prestado para la realización de las entrevistas necesarias que con su experiencia profesional, vivencias y reflexiones han sido el pilar fundamental de esta investigación.

Al Dr. Arzate que como jefe del área toco quirúrgica me abrió enteramente las puertas en el Hospital General Chimalhuacán.

A la maestra Mercedes Aguilar Ruvalcaba por darme espacio durante mi servicio social y aunar un arma tecnológica más para la realización de este trabajo.

A todas mis amigas, compañeras de servicio social, familia y personas en general que de algún modo ayudaron a la elaboración y culminación de esta meta.

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN.

La presente tesis titulada “La experiencia de la enfermera obstétrica ante una pérdida perinatal”, surgió de la inquietud durante mi servicio social de saber que hacer y que no hacer como enfermera en el área tóco quirúrgica cuando nos enfrentamos ante las pacientes con una pérdida, y de haber vivido la experiencia al tener sentimientos encontrados y no sentirme preparada para poder brindar apoyo a la mujer con duelo perinatal.

Buscando literatura, muy escasa por cierto, me oriente por saber cuáles son los sentimientos y emociones que ésta situación le genera al personal de enfermería para poder desarrollar su cuidado y ver si su estado emocional influye en sus comportamientos y actitudes en la atención a este tipo de pacientes; así mismo, determinar cuidados ideales a realizar con las mujeres que se enfrentan a esta situación.

1.1 Situación problemática

El embarazo es una etapa importante en la vida de las mujeres, por el cambio potencial que representa, independientemente de que éste haya sido planeado o no. Cuando el embarazo se interrumpe por alguna situación de enfermedad o personal, las mujeres experimentan sentimientos y emociones negativos como miedo o enojo, que al mismo tiempo generan dolor; y que en la mayoría de las veces no expresan con la enfermera o lo expresan de manera

subjetiva, ya sea porque el personal no sabe brindar cuidados a este tipo de pacientes o simplemente les afecta de manera emocional y les provoca dificultad hablar de ésta situación que es muy dolorosa y difícil de expresar, a tal grado de no poder brindar cuidados a pacientes en condición de pérdida, es decir se muestra la falta de empatía por parte del personal de enfermería.

Es labor de la enfermera, ganarse la confianza de sus pacientes, a fin de crear una relación terapéutica en donde la mujer doliente se acerque y pueda platicar sin represiones sus miedos y angustias que le genera este problema, si la enfermera sabe por el proceso de duelo que pasa una persona que sufre una pérdida y sus manifestaciones, entonces podrá abordar el tema con seguridad e identificar en un sentido claro la etapa de duelo por la que la paciente está pasando, así mismo desarrollará habilidades para que la resolución de éste sea menos difícil.

A nivel profesional la muerte es un tema “tabú” que provoca sentimientos negativos como: frustración, decepción, derrota, etc. En México existen pocas instituciones de salud que se preocupen por el malestar emocional que su equipo de salud sufre al atender situaciones de pérdidas, y que influye en sus intervenciones, es un cuidado que de alguna manera queda pendiente, por tanto es necesario saber mediante testimonios como se aborda una pérdida perinatal y como las interpreta el personal de enfermería, así mismo identificar las percepciones alrededor de dicho fenómeno.

Es por ello, que durante la práctica de mi servicio social bajo el programa universitario denominado “Maternidad Sin Riesgos”, surgió la inquietud de realizar esta investigación encaminada hacia la descripción de sentimientos, emociones, comportamientos, actitudes y estrategias de actuación (cuidados de afrontamiento a la pérdida) que emplean las enfermeras obstétricas ante una pérdida perinatal, ya que al haber vivido la experiencia estando en el Hospital General Chimalhuacán de atender el parto de una mujer que cursaba con su segunda gesta con un producto de menos de veinte semanas de gestación, el cual se encontraba sin vida, ya que cursaba con malformaciones congénitas no compatibles para vivir , “me sentí con poca preparación y dominio del tema, al no saber que decir, que hacer; por que me dio miedo, tristeza, impacto de tener a un bebé sin vida en mis brazos y me bloquee sin poder dar un cuidado acertado a mi paciente”, finalmente le pregunte si quería ver a su bebé, ella me respondió que si, yo se lo enseñé pero me quede muda al igual que la mamá al ver ese cuerpecito inerte.

Posteriormente me quedó la inquietud de saber si había hecho bien al mostrárselo. Mientras daba los cuidados asistenciales al cuerpo del bebé, la mamá observaba pero todo era en silencio, hasta que llego el camillero por la señora para pasarla al área de recuperación, entonces yo sentí por una parte desahogo y menos presión al estar brindando mis cuidados al bebé, cuando lo lleve al descanso me dio mucho miedo y al regresar al área de recuperación en la unidad toco quirúrgica preferí evadir la situación y no acercarme mucho a la mamá, solo para lo necesario.

Fue así que decidí indagar si había más personal de enfermería que pudiese tener sentimientos parecidos a los que yo sentí en esa experiencia, entonces empecé a buscar profesionales que contaran con cierto perfil, a calendarizar el día para realizarles la entrevista y conocer sus testimonios, previamente se explicaron los objetivos de la misma; se dio lectura al consentimiento informado, aceptado y firmado por cada uno de los entrevistados; pilar fundamental de esta investigación.

Al terminar las entrevistas y hacer el análisis de cada uno de los testimoniales pude detectar que el tema del involucramiento de los sentimientos y la influencia de ellos en el cuidado a la pérdida de un bebé no es ajeno al personal de enfermería, ya que somos quienes estamos las veinticuatro horas del día en cercanía con las mujeres que sufren un duelo por una pérdida, desde que su salud se ve comprometida, hasta lo que significa para ellas el no tener a su bebé en sus brazos con vida; por tanto las enfermeras están sometidas a diversas situaciones que implican estrés emocional y que obviamente afectan su salud.

Esto sin duda es un tema de suma importancia, pero muy poco atendido sin saber que ésta crisis circunstancial puede desencadenar situaciones más graves de sufrimiento mental, por consecuencia de comportamiento, en este caso de atención perjudicial hacía los pacientes, o en la vida misma de la enfermera (o), es por ello que debemos preocuparnos por desarrollar actitudes encaminadas a la salud mental en el personal de enfermería.

Así logre identificar las vertientes de interés con relación a mis objetivos y la necesidad de atender tanto la parte subjetiva como asistencial y corpórea que el personal de enfermería tiene al atender a una paciente con pérdida perinatal. Entendí la necesidad que el equipo multidisciplinario de salud tiene de desarrollar habilidades en cuanto escucha activa, empatía, y formación de relaciones terapéuticas; para poder brindar un cuidado acertado y que necesita de servicios de apoyo psicológico dentro de la institución en que se desempeñan que les brinde acompañamiento, que los oriente desde lo personal y colectivo, que los ayude a encontrar vías de afrontamiento a ésta problemática de una forma constructiva y positiva; que dé como consecuencia el enriquecimiento profesional y personal; todo esto a través de la formación de equipos especializados probablemente, para abordar estas experiencias de dolor a las que como personal de salud nos enfrentamos.

De igual manera consideré la importancia de cursos tanatológicos que estén orientados al manejo del duelo y de utilizar estrategias para que la carga emocional no solo la reciba una persona al solo ella atender este tipo de situaciones, por lo que será conveniente capacitar a más enfermeras para que sepan manejar este acontecimiento.

1.2 Contexto del estudio

El concepto de pérdida perinatal incluye las pérdidas ocurridas en cualquier momento de la gestación hasta el primer mes de vida del bebé (Hutti, 2005; citado por Pastor, 2011). En el mundo, anualmente, mueren 11 millones de niños antes de alcanzar los cinco años de edad, 38% mueren antes del primer mes de vida, y se estima además que ocurren unos 4 millones de mortinatos. Entre 25 y 45% de las muertes perinatales se presentan en las primeras 24 horas de vida (Lawn, 2005; citado por Vásquez, 2012).

Estudios revisados desde la literatura al respecto, son escasos: las experiencias de las enfermeras obstétricas ante una pérdida perinatal están incluidas en los que algunos autores denominan duelo, proceso que no se toca a fondo en este estudio, pero que nos ayuda a contextualizar lo que se pretende.

La consideración de la necesidad de apoyo en la elaboración del duelo en los mismos métodos de diagnóstico de enfermería, las diferentes iniciativas de formación centradas específicamente en el duelo y la literatura sobre el tema (aunque escasa), reflejan que también ésta experiencia vital ineludible es objeto de atención e interés y que ayudar requiere de la resolución del estrés emocional del personal de enfermería que atiende a este tipo de pacientes e identificar estrategias de afrontamiento a las pérdidas oportunas y específicas.

Ese “no saber qué decir” propio del acompañamiento en el duelo es tan significativo como que revela nuestra identidad de limitación, de vulnerabilidad, revela el valor de nuestra presencia silenciosa, el valor del abrazo y de la mano tendida, de la mirada y de la caricia sincera; revela el poder de lo pequeño, de lo sencillo, la necesidad de lo simbólico para sobrevivir, para seguir viviendo. (Bermejo, 2003). Por tanto las enfermeras quienes acompañan a personas con duelo han de ser conscientes de la importancia de la escucha activa, de su naturaleza, su proceso, su función y su diversidad, de no hacer caso omiso a sus propios sentimientos y emociones que experimentan al atender pacientes con una pérdida perinatal ya que en la medida en que afronten estos casos con respeto y empatía, el duelo es no sólo más fácil de elaborar, sino que se puede convertir en una experiencia de crecimiento y humanización.

Afortunadamente esta sensibilidad ante el tema está aumentando, como aumentan también las acciones formativas que tienden a capacitar a profesionales de la ayuda en el conocimiento de la problemática asociada.

1.3 Objeto de estudio

Pérdidas perinatales

1.4 Pregunta de investigación

¿Cuál es la experiencia de la enfermera obstétrica ante una pérdida perinatal?

1.5 Objetivos de estudio

General:

*Describir y analizar el significado de las experiencias de las (os) enfermeras (os) obstétricas que se enfrentan a una situación de pérdida perinatal.

Específicos:

*Describir los sentimientos y emociones que experimenta la enfermera (o) obstétrica ante una pérdida perinatal.

*Describir las actitudes y comportamientos de las (os) enfermeras (os) obstétricas frente a las pérdidas perinatales, que intervienen en el cuidado.

*Identificar las estrategias de actuación (cuidados de afrontamiento a la pérdida) que emplean las (os) enfermeras (os) obstétricas ante una pérdida perinatal.

1.6 Justificación y relevancia del estudio

Este trabajo de investigación titulado “La experiencia de la enfermera obstétrica ante una pérdida perinatal”, surgió de la necesidad del profesional de enfermería que atiende a mujeres con una pérdida en la unidad toco quirúrgica, sepa o aborde temas con respecto a lo que debemos hacer, decir o actuar y qué

no ante una pérdida frente a la doliente, para brindar un cuidado de calidad, de conocer nuestros propios sentimientos, emociones, actitudes y comportamiento que experimentamos como personal de salud así; facilitar el manejo a éstas situaciones y, ¿qué? como personal de enfermería debemos hacer para que las pérdidas perinatales a las que nos enfrentamos no nos afecten tanto a nivel psico-emocional.

Además de inquietarme saber que es lo que las (os) demás compañeras (os) enfermeras (os) sienten y piensan ante el manejo a pacientes con duelo perinatal.

Es importante mencionar que esta investigación contribuye al estudio de la influencia de la parte emocional que las (os) enfermeras (os) obstetras tienen al atender a pacientes con una pérdida perinatal, al describir la parte subjetiva con sus sentimientos y emociones que experimentan y que manifiestan de manera objetiva con su corporalidad mediante comportamientos y actitudes al brindar cuidados de afrontamiento a la mujer doliente y al cuerpo del bebé. Todo esto a través del análisis e interpretación de entrevistas al recordar experiencias vividas poco exploradas desde lo cualitativo.

La mayoría de las veces solo nos enfocamos a lo objetivo y a atender a la paciente no olvidando que tratamos con seres humanos, pero que solemos dejar de lado la parte subjetiva tanto de ellas como de nosotros como personal de salud, tal vez porque a veces el número de pacientes sobre pasa al número de enfermeras para su atención, y no nos damos tiempo para valorar esta parte que

sin duda es la más afectada, olvidándonos también de que como personal de salud somos seres humanos que sentimos, pensamos, tenemos necesidades y en ese sentido debemos prepararnos, primero nosotros para poder ayudar; ya que no podemos dar algo que nosotros no tenemos y que sin duda repercutirá en la atención de cuidado a nuestras pacientes.

De allí la necesidad de que las enfermeras desarrollen una capacidad de percibirse a sí mismas con objeto de entender ¿cómo? responden ellas ante las pacientes con una pérdida y ¿cómo? responden sus pacientes ante ellas; éste es un aspecto esencial del papel profesional de la enfermera, ya que las necesidades emocionales de los seres humanos sólo pueden ser satisfechas con la comprensión de otros seres humanos, desarrollando entre ambas una relación recíproca; con posibilidades terapéuticas ilimitadas, que puedan llegar a convertirse en algo extremadamente positivo y ser un factor importante en la recuperación futura de la paciente.

No considerar relevante los sentimientos y el estado emocional del personal de enfermería obstétrica, es un factor importante que puede estar repercutiendo considerablemente durante el cuidado haciendo proyecciones de duelos personales no resueltos.

Es por ello que el profesional de la salud que brinde la atención obstétrica en situación de pérdida perinatal, en particular el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe ser empático, persuasivo en sus recomendaciones de cuidado, capacitarse y sensibilizarse constantemente para que se permitan resolver sus

propios duelos y poder orientar, acompañar y de alguna manera dar motivación a la doliente siempre en las mejores condiciones posibles y con el interés que el personal de enfermería obstétrica necesita para asumir su práctica profesional de forma ética propia de la carrera.

Con ésta investigación, recomendaciones y consideraciones finales se pretende mejorar la atención de cuidado y personalizarla ante una experiencia, al momento de tal evento; mediante la atención del estado psico – emocional del profesional de enfermería, demostrando la importancia de que éste punto este afectado en el personal de salud, y del cuidado de afrontamiento que se dé a madres que han sufrido una pérdida, para esto se recomienda llevar a cabo las resonancias del cuidado propuestas por Leonardo Boff en todo momento para un cuidado esencial: el amor, la justa medida, la ternura, la caricia y la compasión.

Así, se ampliarán y mejorarán las intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el cuidado para con las mujeres que han tenido una pérdida perinatal.

CAPITULO II. MARCO CONCEPTUAL, TEÓRICO - EMPÍRICO.

2.1 Marco Conceptual

La pérdida especialmente de la vida puede considerarse una crisis ya sea situacional o evolutiva, real o potencial en la cual un objeto o persona valiosa se hace inaccesible o deja de percibirse como tal (Kozier, Erb y Olivieri, 1994:871). Las personas experimentan pérdidas, ya sea de una persona significativa o una sensación de bienestar. La muerte es inevitable, es una experiencia única que puede ser entendida no solo como la pérdida de la vida, si no como la última oportunidad de experimentar la vida de forma significativa y satisfactoria.

Aun que para la OMS el período perinatal se extiende desde las 22 semanas de gestación (154 días) hasta una semana de vida independiente, en la práctica y en la literatura sobre el tema, este período se amplía. Kowalski lo prolonga desde la concepción hasta el final del primer año de vida, lo que convierte en pérdidas perinatales al embarazo ectópico, al aborto espontáneo o inducido, a la reducción selectiva, a la muerte de un gemelo en gestación, al feto muerto intra útero o intra parto, a la muerte del prematuro, a la del neonato, y también a los bebés nacidos con anomalías congénitas (Kowalski, 1987; citado por López, 2011:57).

Por tanto el concepto de “pérdida perinatal”¹ rebasa el encuadre del período perinatal de la OMS e incluso de la pérdida por muerte.

La guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal refiere que mortalidad perinatal designa en España el número de muertes que se producen desde la semana 28 de gestación hasta los primeros siete días de vida por cada 1.000 nacidos vivos y muertos. En algunos países se entiende por mortalidad perinatal el número de muertes que se produce de la semana 22 de gestación o neonatos con más de 500gr de peso hasta la primera semana de vida por cada 1.000 nacidos vivos y muertos. Pero también varía la edad ya que algunas incluyen hasta el primer mes de vida, considerando por tanto todo el período neonatal (Guía, 2012:1-2).

Para Emma Ruiz (1998) “la subjetividad se define como el resultado del encuentro de los impulsos primitivos del ser humano, con las exigencias de su entorno social. Hablar de la subjetividad es hablar de la condición de los sujetos, de su índole, de sus peculiaridades, de aquello que los delimita y distingue del mundo de los objetos” (Emma Ruíz, 1998; citado por Lego, 2012).

¹ La pérdida perinatal es una experiencia indescriptible para los padres, difícil de asimilar, dado que su bebé representa el fruto de su amor y en la mamá, su realización como mujer, en donde se pierden por completo todas las expectativas que se tenían y lo ya programado o pensado, por tanto se espera el inicio de una nueva vida y no el final.

Desde la perspectiva de Michel Foucault, uno de los pensadores más lúcidos del siglo XX, la subjetividad sería el resultado de la incidencia de los mecanismos de normalización en el individuo, con lo cual hacer referencia a la manera en que los dispositivos disciplinarios se articulan, con el fin de producir un tipo de mentalidad acorde a las condiciones culturales existentes.

En psicología y sociología, la subjetividad es el conjunto de características particulares que hacen del ser humano, un sujeto único e irrepetible, una persona autónoma con pensamientos, deseos, intereses, voluntad propia (Lego, 2012).

Está vinculada a una cualidad, se origina en el latín *subiectivus* que se refiere a lo que pertenece al sujeto estableciendo una oposición a lo externo, y a una cierta manera de sentir y pensar que es propia del mismo, se sustenta en la opinión y los intereses propios del sujeto (Definición de, 2012). De esta manera se debe ser empático desde la subjetividad y dentro de la objetividad no permitir engancharse con la emocionalidad propia.

La emoción de acuerdo con Chóliz (2005); es entendida como una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Para entender la emoción es conveniente atender a estas tres dimensiones por las que se manifiesta, aunque puede haber de sincronía entre ellas. Podemos convenir que la reacción emocional (de diversa cualidad y magnitud) es algo omnipresente a todo proceso psicológico; por tanto las emociones son estados afectivos presentados por el ser humano.

Así las emociones se parecen a los sentimientos en que pertenecen al área vivencial afectiva en cuanto a su forma de aparición y expresión. Surgen ante una situación que aparece de repente, bruscamente. No es instintivo, ni tampoco innato y es el resultado de un aprendizaje, son adquiridas por procesos complejos de aprendizajes de una cultura y por incorporación de vivencias personales (Psicología de la salud, 2013).

También entendidas como fenómenos de raíz psico-fisiológica y, según los expertos, reflejan formas eficaces de adaptación a diversos cambios ambientales. En el aspecto psicológico, las emociones generan sobresaltos en el índice de atención y aumentan el rango de diversas conductas en la jerarquía de respuestas del individuo que las experimenta. En cuanto a la fisiología, las emociones permiten ordenar las respuestas de diversas estructuras biológicas, incluyendo las expresiones faciales, la voz, los músculos y el sistema endocrino, con el objetivo de definir un medio interno adecuado para el comportamiento más óptimo (Definición de, 2012).

El sentimiento es un estado de ánimo que se produce por causas que lo impresionan. Estas causas pueden ser alegres y felices, o dolorosas y tristes. El sentimiento surge como resultado de una emoción que permite que el sujeto sea consciente de su estado anímico. Los sentimientos están vinculados a la dinámica cerebral y determinan cómo una persona reacciona ante distintos eventos. Se trata de impulsos de la sensibilidad hacia aquello imaginado como positivo o negativo (Definición de, 2012).

Merino refiere que “las actitudes son el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción del individuo. Son la antesala directa de la conducta manifestada. Al conocerlas, controlarlas y operar sobre ellas se puede intervenir y orientar la acción humana o, al menos, pronosticar con certeza su dirección” (Merino, 1987; citado por Vásquez, 2012). También definidas como la postura del cuerpo que revela una intención o un estado de ánimo (Diccionario Real Academia de la Lengua Española, 2012).

La actitud ² engloba aquellos fenómenos psíquicos sobre los que el hombre tiene uso de libertad y que le sirven para afrontar los diversos desafíos que se le presentan de un modo o de otro (Definición ABC, 2012).

El comportamiento es la forma de proceder que tienen las personas u organismos ante los diferentes estímulos que reciben y en relación al entorno en el cual se desenvuelven. Para la Psicología, una de las disciplinas que más se ocupan del estudio del comportamiento, el comportamiento incluye todo aquello que hace un ser humano frente a su medio.

² Las actitudes son importantes porque nos comunican como reacciona o actúa alguien ante situaciones determinadas, tenemos actitudes ante diferentes situaciones, que a la hora de reaccionar es como se observa la manifestación de la actitud, como nos desenvolvemos (Psicología de la salud, 2013).

Cada interacción, por pequeña que pueda parecer, implica un comportamiento, mientras tanto, cuando el comportamiento empieza a vislumbrar patrones repetidos, podremos hablar de conducta (Definición ABC, 2012).

Boff (2002) señala que el cuidado “es más que un acto; es una actitud, abarca más de un momento de atención, cuidado y devoción, representa una ocupación, preocupación, responsabilidad e implicación afectiva con los demás”. Indica que cuando amamos, cuidamos, y cuando cuidamos, amamos, por eso es que el ethos que ama se completa con el ethos que cuida.

De acuerdo al uso que se le dé al mismo, el término cuidado se le denomina a la solicitud o a la especial atención que se le dispensa a algo o a alguien que lo solicite o lo requiera (Definición ABC, 2012).

Weissman y Worden afirman que la palabra afrontar implica la adaptación ante cualquier tipo de dificultad, es lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema percibido para conseguir alivio, recompensa o equilibrio, es salir adelante de una situación difícil echando mano de las habilidades, técnicas y conocimientos que una persona ha adquirido (Weissman y Worden, 1977; citado por Soriano, 2002).

Corporalidad: (Del lat. corporalitas, -ātis), Cualidad de corporal. (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2012)

Para Boff (2002), el cuerpo “es aquella porción del universo que animamos, informamos, concienciamos y personalizamos”. A través del cuerpo se manifiesta la fragilidad humana, al perder su energía, lo que provoca que enferme y muera. Para referimos al ser humano como un todo vivo y orgánico se alude a la corporalidad, el cuerpo y el alma, bajo una visión global.

Tanatología: (De *tanato-* y *-logía*). Conjunto de conocimientos médicos relativos a la muerte, en medicina legal, estudio de los efectos que produce la muerte en los cuerpos (Diccionario Real Academia de la Lengua Española, 2012).

El acompañamiento es ese cuidado a las personas en sus situaciones de vida que, en términos fraternales de amistad y de familia adquiere una especial significación ya que la misma refiere a la unión y la cercanía que se establece entre las personas. En tanto también se le llamará compañía a la persona o las personas que se encuentran encargadas de proveerles acompañamiento a otras, tal es el caso del personal de enfermería (Definición ABC, 2012).

El apoyo se refiere a la protección, auxilio o favor que un individuo, empresa, organismo u organización brinda a otro u otros en determinada situación de necesidad. Otro tipo de apoyo que la mayoría de los seres humanos buscamos alguna vez en la vida es el emocional, el cual supone que la persona que se encuentra atravesando por algún drama o conflicto, busque a una persona que lo escuche y demás, cree un espacio en el cual se siente seguro para poder expresar libremente y así liberar todas sus preocupaciones y tensiones (Definición ABC, 2012).

La culpa es una imputación que se realiza a alguien por una conducta que generó una cierta reacción. La culpa es una acción u omisión que genera un sentimiento de responsabilidad por un daño (Definición de, 2012).

Para Barnett (2011) “la empatía viene a ser la capacidad para poder percibir el propio estado emocional de otra persona, para ponerse en el lugar del otro y llegar a sentir lo que este sujeto se encuentra sintiendo en esos precisos momentos” (Barnett, 2011; citado por Vásquez, 2012). En psicología se traduce como la habilidad del terapeuta de “conectar” con el paciente, para así vivenciar y compartir sus sentimientos para comprender las motivaciones y tomas de decisiones de la persona con la que empatiza (Ahuad, 2013).

Ateniéndonos a las definiciones más usuales, la frustración es una “respuesta emocional relacionada con la ira y la decepción, que surge de la percepción de resistencia al cumplimiento de la voluntad individual. La causa de la frustración puede ser interna o externa” (Bautista, 2011; citado por Vásquez, 2012).

El miedo es definido por Wolfhard (2012) como un mecanismo de alarma y protección imprescindible del ser humano, como el dolor, el miedo es un maravilloso invento del organismo para su desarrollo en el proceso de evolución: ambos son necesarios para la supervivencia y no se puede prescindir de ellos.

En su evolución, el dolor y el miedo están estrechamente relacionados. Pero el dolor es más importante y significativo, la defensa del organismo depende de que, a través de las sensaciones de dolor, recibamos el aviso de la existencia de peligros inmediatos.

Los reflejos de dolor para la protección de nuestro cuerpo son mucho más rápidos de lo que puede ser nuestro intelecto, desde la perspectiva de la evolución, el miedo es un complemento y una extensión de la función del dolor, por tanto el miedo debe avisarnos de peligros que, si bien no conciernen directamente a nuestro cuerpo, es decir, que no nos han ocasionado dolor, pueden ser una amenaza para la salud o la súper vivencia.

El dolor según Jorge Sepúlveda (1994) es una experiencia individual, una sensación que evoca una emoción y ésta es desagradable y habitualmente existe un estímulo nocivo que produce daño fisiológico o eventualmente lo produciría de mantenerse (Sepúlveda, 1994; citado por Vásquez, 2012). El dolor sirve para indicar que existe una situación o problema, que requiere ser evaluada o solucionada.

El trauma según Pierre Janet (1919) es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y re actuaciones conductuales (Pierre Janet, 1919; citado por Mario Salvador, 2011).

La decepción es un sentimiento de insatisfacción que surge cuando no se cumplen las expectativas sobre un deseo o una persona. Se forma al unir dos emociones primarias, la sorpresa y la pena. La decepción, si perdura, es un desencadenante para la frustración y más adelante, la depresión. Similar al arrepentimiento, se diferencia en que el sentimiento de arrepentimiento se enfoca

básicamente en fallas en elecciones personales mientras que el de decepción se enfoca más en la insatisfacción proveniente del aspecto externo. Es una fuente de estrés psicológico (Wikipedia, 2012).

La impotencia deriva del vocablo latino *impotentia* y refiere a la falta o insuficiencia de poder para concretar una cosa, en ocasiones, el concepto de impotencia se asocia a la idea de incapacidad o ineptitud. En este caso, la impotencia además puede vincularse a la frustración (Definición de, 2012).

El temor es un sentimiento de inquietud y miedo que provoca la necesidad de huir ante alguna persona o cosa, evitarla o rechazarla por considerarla peligrosa o perjudicial (Online, 2012).

Para Chavarría (2011:36), el apego es la tendencia de los seres humanos a establecer fuertes lazos emocionales con otras personas, los apegos provienen de la necesidad que tenemos de protección y seguridad, se desarrollan a una edad temprana y tienden a perdurar a lo largo de gran parte del ciclo vital y se dirigen a personas específicas, generalmente son pocas.

Así mismo describe la desesperanza como el estado de ánimo en el que se ha desvanecido la esperanza, se presenta cuando la persona recibe un diagnóstico grave, cuando las pruebas demuestran irrefutablemente los hechos, la persona llega a comprender la cruda realidad, y pueden aparecer otra clase de sentimientos, como una gran tristeza, un llanto incontrolable, una constante melancolía, la persona no siente deseos de nada no hay ganas de comer, dormir, ni convivir con nadie (Chavarría, 2011:39).

Se considera sufrimiento a toda aquella sensación que genere dolor, molestia, malestar o infelicidad a la persona. El sufrimiento es una sensación ligada directamente al ser humano que se ha podido racionalizar y vincular con estados de ánimo o problemas emotivos, psíquicos y sociales que pueden ser las causantes del malestar físico. Es por esto que el sufrimiento puede tener soluciones pero en muchos casos puede requerir procesos muy largos de curación y sanación (Definición ABC, 2012).

La tristeza es el término utilizado para designar a una de las sensaciones básicas del ser humano, se caracteriza por generar sentimientos de desazón, angustia, preocupación y pérdida de energía o de voluntad, se expresa normalmente a través de gestos faciales en los que la cara toma una expresión más caída, falta de energía, el llanto como uno de los elementos más característicos de la tristeza ya que surge como una reacción casi instantánea

ante una situación de pérdida, dolor o insatisfacción, puede ser momentánea o esporádica de acuerdo al tipo de situaciones que se vivan (Definición ABC, 2012). Aunque se considera tradicionalmente como una de las emociones displacenteras, no siempre es negativa, regularmente la tristeza aparece después de una experiencia en la que se genera miedo o hay dolor crónico debido a que la tristeza es el proceso oponente del pánico y actividad frenética.³

Para Chavarría (2011:34), la pena es una emoción que tiene como característica principal agotar la energía cuando la pena, (la muerte de un ser querido) trae consigo el desánimo y la desesperanza, esta emoción lleva a la soledad, cuando tal vez sea el momento de mayor compañía. Una pena que no se asume completamente y no se quiere vivir por entero, puede resultar física y emocionalmente perjudicial.

La desilusión es la impresión negativa que experimenta alguien al comprobar que la realidad de algo no responde a la esperanza o la ilusión puesta en ello; desencanto, desengaño (The Free Dictionary, 2012). Falta de ilusión: la desmotivación y desilusión.

³ La tristeza puede inducir a un proceso cognitivo característico de depresión (tríada cognitiva, esquemas depresivos y errores en el procesamiento de la información), que según Beck (1983), son los factores principales en el desarrollo de dicho trastorno emocional (Beck, 1983; citado por Chóliz, 2005).

La sensibilidad deriva del latín *sensibilītas*, que es la facultad de sentir, puede ser la propensión natural del ser humano a dejarse llevar de los afectos de la ternura y la compasión. Para la biología, la sensibilidad es la facultad de los seres vivos de percibir estímulos, tanto internos como externos, a través de los sentidos (Definición de, 2012).

La valentía es el aliento o vigor en la ejecución de una acción. Está asociada al heroísmo, la gallardía y el valor. Cuando una persona es valiente, logra vencer sus temores o dudas y actúa con decisión y firmeza (Definición de, 2012).

La soledad es definida como el convencimiento de estar excluido constatar que no se tienen las mismas oportunidades y satisfacciones, distancia física de las cosas y de las personas, condición indispensable para descubrirse a si mismo al prójimo y a Dios como mero silencio. La soledad no implica necesariamente negatividad, también puede ser una posibilidad abierta para humanizarnos. Cuando la soledad llega al límite del aislamiento supremo y de la incomunicación personal pone en peligro la esperanza (Chavarría, 2011:35).

Ahuad (2013) describe a la alexitimia como la incapacidad de un individuo para expresar sus propios sentimientos y percibir adecuadamente los de las terceras personas.

2.2 Marco Teórico-empírico.

Para efectuar este estudio, abordarlo, analizarlo y sustentarlo, se emplearon principalmente teóricos como Leonardo Boff teólogo, filósofo, escritor, profesor y ecologista brasileño para abordar el cuidado, con la revisión del libro “El Cuidado Esencial” y para la parte de subjetividad – corporalidad se aluden a diversos autores por mencionar a algunos Collière (1986), Alberdi (2005), Worden (1997), Savater (1999); entre muchos otros mencionados y citados al final de esta investigación.

El Cuidado Esencial desde la perspectiva de Leonardo Boff.

Boff (2002) menciona que, el síntoma más doloroso, ya constatado hace décadas por serios analistas y pensadores contemporáneos, es un difuso malestar de la civilización. Aparece bajo el fenómeno del descuido, de la indiferencia y del abandono, en una palabra, de la falta de cuidado. Hay descuido e indiferencia por la dimensión espiritual del ser humano de delicadeza que cultiva la lógica del corazón y de la ternura por todo lo que existe y vive. Hay un abandono en el cuidado de la vida y de su fragilidad que está germinando un nuevo paradigma de religación con la naturaleza, que vuelve a fascinar, y de compasión por los que sufren; estamos estrenando una nueva ternura para con la vida y un sentimiento auténtico de pertenencia amorosa a la madre tierra.

Boff (2002) alude que cuidar es más que un acto; es una actitud. Por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo. Representa una actitud de representación, de responsabilización y de compromiso afectivo con el otro. Se encuentra en la raíz primera del ser humano, antes de que haga nada. Y todo cuanto haga irá siempre acompañado de cuidado e impregnado de cuidado. Sin cuidado, dejamos de ser seres humanos. Si no recibimos cuidado, desde el nacimiento hasta la muerte, el ser humano se desestructura, se marchita, pierde el sentido y se muere. Si, a lo largo de la vida, no se hace con cuidado todo lo que se emprende, acaba por perjudicarse a sí mismo y por destruir lo que le rodea. Por eso el cuidado debe ser entendido en la línea de la esencia humana.

El ser humano es un ser de necesidades que deben ser satisfechas; es un ser de cuidado; más aún, su esencia se encuentra en el cuidado. Poner cuidado en todo lo que proyecta y hace: he aquí la característica singular del ser humano. El cuidado es tan importante para la vida humana y para la preservación de todo tipo de vida.

Así pues, inicialmente no existe distancia entre nosotros y la tierra. Formamos una misma realidad compleja, diversa y única. Así lo afirmaron algunos astronautas, los primeros en contemplar la tierra desde fuera. Lo dijeron enfáticamente: desde la luna o desde nuestra nave espacial no notamos diferencia entre tierra y humanidad, entre negros y blancos, demócratas o socialistas, ricos y

pobres. Humanidad y tierra formamos una única realidad espléndida, reluciente y, a la vez, frágil y llena de vigor.

El cuidado acompaña al ser humano mientras peregrina por el tiempo y posee una dimensión ontológica que entra en la constitución del ser humano. Es un modo de ser característico del hombre y de la mujer. Sin cuidado dejamos de ser humanos. El cuidado es una estructura ontológica que está siempre en la base de todo lo que el ser humano emprende, proyecta y hace. El cuidado solo surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí. Paso entonces a dedicarme a él; me dispongo a participar de su destino, de sus búsquedas, de sus sufrimientos y de sus éxitos, en definitiva de su vida. Cuidado significa, entonces, desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, delicadeza.

La actitud de cuidado puede provocar preocupación, inquietud y sentido de responsabilidad. El cuidado es el permanente compañero del ser humano porque éste nunca dejará de amar y desvelarse por alguien, ni dejará de preocuparse y de inquietarse por la persona amada. Cuidar las cosas implica tener intimidad con ellas, sentir las dentro, acogerlas, respetarlas, darles sosiego y reposo. Cuidar es entrar en sintonía con las cosas, auscultar su ritmo y estar en armonía con ellas. En lugar de agresividad, hay convivencia amorosa. En vez de dominación, hay compañía afectuosa, al lado y junto con el otro.

La sociabilidad entre los humanos se ha visto quebrada por la dominación de unos pueblos sobre otros y por la reñida lucha de clases. En el ser humano no se ve si no su fuerza de trabajo, que hay que vencer y explotar, o su capacidad de producción y de consumo. Se ha perdido la visión del ser humano como ser de relaciones ilimitadas, ser de creatividad, de ternura, de cuidado, de espiritualidad, depositario de un proyecto sagrado e infinito.

El mundo construido a partir de lazos afectivos hacen que las personas y las situaciones se vuelvan preciosas, portadoras de valor y nos preocupamos por ellas. Les dedicamos tiempo. Sentimos responsabilidad por el vínculo que se ha establecido entre nosotros y los demás. No se ve bien si no con el corazón. Lo esencial es invisible a los ojos.

La dinámica básica del ser humano es el ethos, es el sentimiento, es el cuidado, es la lógica del corazón. El cuidado constituye, en la existencia humana, una energía que brota con fuerza, ininterrumpidamente, en todo momento y circunstancia. El cuidado acompañará al ser humano durante toda su vida, a lo largo de todo su recorrido temporal en el mundo. Toda vida necesita cuidado, de lo contrario enferma y muere.

Es el amor lo que origina la sociedad; la sociedad existe porque existe el amor y no al contrario, como suele creerse. Si falta el amor (el fundamento), se destruye lo social. El amor es siempre una apertura hacia el otro, convivencia y comunión con él. La justa medida: el equilibrio entre el más y menos. La sabiduría consiste en ver cada parte dentro de un todo articulado, como un precioso

mosaico compuesto por miles de telas o un deslumbrante bordado hecho de mil hilos de colores.

Ernesto “Che” Guevara citaba: hay que endurecerse pero sin perder la ternura jamás” (Boff ,2002). La ternura es el afecto que brindamos a las personas y el cuidado que aplicamos a las situaciones existenciales. Es un conocimiento que va más allá de la razón, pues se manifiesta como inteligencia que intuye, que va hasta lo profundo y establece comunión. La ternura es el cuidado sin obsesión; incluye también el trabajo, no como mera producción utilitaria, sino como obra que manifiesta la creatividad y la autorrealización de la persona. La relación de ternura no implica angustia porque no busca ventajas ni dominación. La ternura es la fuerza propia del corazón, es el deseo profundo de compartir caminos y brindar cuidados con calidez. La angustia del otro es mi angustia, su éxito es mi éxito y su salvación o perdición es mi salvación y perdición, no solo mía, sino de todos los seres humanos.

La caricia constituye una de las expresiones máximas del cuidado. El órgano de la caricia es, fundamentalmente, la mano: la mano que toca, la mano que acaricia, la mano que establece relación, la mano que arrulla, la mano que trae sosiego. Pero la mano es más que una mano. Es la persona humana que, a través de la mano y en la mano, revela un modo de ser cariñoso. La caricia toca lo profundo del ser humano, alcanza su centro personal. Para que la caricia sea verdaderamente esencial, tenemos que acariciar el Yo profundo y no solo el ego superficial de la conciencia. La caricia que nace del centro confiere reposo, integración y confianza. Al igual que la ternura, la caricia exige total altruismo,

respeto por el otro y renuncia a cualquier otra intención que no sea la de la experiencia de querer y amar. No consiste en pieles que se rozan; es más bien una inversión de cariño y amor a través de la mano y de la piel. La caricia es una mano cubierta de paciencia que toca sin herir y suelta para permitir la movilidad del ser con quien entramos en contacto.

Lo decisivo no son los hechos, sino los significados que los hechos producen en nosotros, enriqueciéndonos y transformándonos. Compasión, como sugiere la etimología latina de la palabra, es la capacidad de compartir la pasión del otro y con el otro. Se trata de salir del propio círculo y entrar en la galaxia del otro en cuanto a otro, para sufrir con él, alegrarse con él, caminar junto a él y construir la vida en sinergia con él.

En primer lugar, esa actitud lleva a la renuncia a dominar, e incluso a matar cualquier ser vivo, rechazando toda violencia contra la naturaleza. En segundo lugar intenta construir la comunión a partir de los que más sufren y son más castigados. Somos una especie que ha demostrado ser capaz de oprimir y de masacrar a sus propios hermanos y hermanas de la forma más cruel y despiadada.

Dicho de forma más sencilla, el desarrollo social busca mejorar la calidad de la vida humana en cuanto humana. Ello supone valores universales tales como una vida saludable y larga, la educación, la participación política, una democracia social y participativa y no solo representativa, garantía de respeto a los derechos

humanos y de protección contra la violencia, así como las condiciones que garanticen una adecuada expresión simbólica y espiritual.

Además, es importante cultivar la comprensión, la paciencia histórica, la capacidad de diálogo y el sentido de integración creativa, con referencia a la dimensión diabólica y demente de la historia humana. Estos valores están incluidos en el cuidado esencial.

El rostro tiene una mirada y un brillo a los que nadie puede sustraerse. El rostro y la mirada lanzan siempre una propuesta que busca una respuesta. Nace así la responsabilidad, la obligación de dar respuestas. Aquí encontramos el lugar de nacimiento de la ética que reside en esta relación de responsabilidad frente al rostro del otro, en especial, del más otro, que es el oprimido.

Salud es acoger y amar la vida tal como se presenta, alegre y laboriosa, saludable y enfermiza, limitada y abierta a lo ilimitado que vendrá más allá de la muerte. Cuidar el cuerpo significa la búsqueda de asimilación creativa de todo lo que nos puede ocurrir en la vida, compromisos y trabajos, encuentros significativos y crisis existenciales, éxitos y fracasos, salud y sufrimiento. Sólo así nos convertimos cada vez más en personas maduras, autónomas, sabias y plenamente libres.

Cuidar de nuestra salud implica mantener nuestra visión integral, buscando un equilibrio, siempre por construir, entre el cuerpo, la mente y el espíritu. Cuidar de nuestra alma en su totalidad. Cuidar de los sentimientos, de los sueños, de los

deseos, de las pasiones contradictorias, de lo imaginario y de las visiones y utopías que guardamos escondidas en el corazón.

El ser humano como ser que habla y que pregunta es un ser espiritual. Debemos ser compasivos para con nosotros mismos. Por mucho que mejoremos, siempre quedará algo por corregir que nos conviene aceptar con cierto humor y jovialidad. El ser humano está hecho de una madera tan nudosa que no se pueden cortar vigas rectas de ella. Así es la condición humana. Por tanto, conviene que aceptemos nuestras propias limitaciones con humildad, sin lamentarnos, aceptar que somos seres imperfectos superados por Dios y que tocar es curar, por que la mano que toca cura, porque acaricia, devuelve la confianza, ofrece acogida y manifiesta cuidado.

La madre Teresa había descubierto su camino hacia el cuidado esencial y, con una leve sonrisa, respondía de este modo: mientras ustedes discuten las causas y las explicaciones, yo me arrodillo junto a los más pobres de entre los pobres y cuido de sus necesidades. Más que las medicinas, es esta actitud de cuidado esencial lo que cura y rescata a la humanidad herida. Convertirse en un cazador de sonrisas en rostros tristes.

El cuidado vive del amor primordial, de la ternura, de la caricia, de la compasión, de la convivencia, de la justa medida en todas las cosas. Sin cuidado el ser humano hoy en día, en plena crisis del proyecto humano, descubre una clamorosa falta de cuidado en todas partes. Sus resonancias negativas se hacen evidentes en la escasa calidad de vida, en el sufrimiento de la mayoría

empobrecida de la humanidad, en la degradación ecológica y en la exaltación exacerbada de la violencia. Cada día vivimos tiempos más difíciles, cada vez tenemos menos contacto entre nosotros mismos, el uso de tecnologías, el trabajo, el estrés, el ir y venir, reducen las posibilidades de convivencia esto trae como resultado la desintegración y disfuncionalidad. Vivir una pérdida perinatal no es cosa fácil, es una situación a la que tarde o temprano se le deberá hacer frente como profesional de enfermería, ya que el embarazo por si mismo es una etapa que posiciona a las mujeres en cierta vulnerabilidad, y el sufrir una pérdida las torna aun más vulnerables tanto a ellas como a los profesionales que se enfrentan a estas situaciones.

De allí la importancia de tomar en cuenta las necesidades sentimentales y emocionales que demandan las mujeres que han tenido una pérdida perinatal, de la necesidad de escucha, de entablar una relación terapéutica con las enfermeras que las acompañan basada en empatía, a fin de afrontar y saberse ajustar a los factores estresantes de la vida cotidiana de una forma aceptable, superando la negatividad, evitando conductas mal adaptativas y viviendo la vida de forma holística.

Subjetividad - Corporalidad desde la perspectiva de diversos autores

Esta parte, según la literatura consultada, es una de las más importantes que el personal de enfermería y obstetricia debe desarrollar con tenacidad para tener una buena relación enfermera – paciente, ya que de ella depende la forma en que la mujer doliente conforme su duelo y exprese sus sentimientos, de tal manera que el tema de la muerte a futuro no le genere complicaciones en su salud emocional.

Parafraseando a Worden (1997) decimos que “las familias que afrontan la pérdida de un hijo de manera más eficaz son aquellas que llegan a hacer comentarios abiertos sobre el fallecido, sin prohibir ni buscar excusas para que algunos de sus miembros se queden callados. Las familias verdaderamente funcionales procesan sentimientos sobre la muerte incluyendo, admitiendo y aceptando sentimientos de vulnerabilidad” (Worden, 1997; citado por Rengel, 2010).

Uno de los aspectos importantes de las relaciones interpersonales enfermera – paciente es que permiten la comprensión de la propia *subjetividad*, al hacernos conscientes de que somos personas diferentes; así el análisis de la comunicación interpersonal en esta relación, ha destacado la importancia de la comunicación no verbal en los vínculos cotidianos, donde si bien una habilidad determinante es el lenguaje oral, los aspectos corporales que acompañan a lo dicho son fundamentales para la mejor comprensión del propósito de nuestros mensajes. Es el encuentro de dos cuerpos.

En este sentido, Colliere (1986) y Alberdi (2005) también aluden a que esta dimensión invisible del cuerpo, da un sentido al cuidado y configura la esencia del acompañamiento cuando se está ahí presente; capacita a la enfermera para apreciar la magnitud del sufrimiento de cada individuo que atiende y le proporciona información de valor para ofrecer los servicios asistenciales individualizados necesarios para ayudar a la paciente y a su familia a afrontar tanto los problemas reales como potenciales (Colliere, 1986; Alberdi, 2005; citados por Codorniu, 2011).

Así decimos que el cuerpo tiene un comportamiento, que junto con las aptitudes y los caracteres propiamente humanos los adquirimos a lo largo de la vida y la experiencia, por lo tanto, todo individuo aprende a ser hombre, como menciona Savater “nacemos humanos pero eso no basta: tenemos también que llegar a serlo” (Savater, 1999, citado por Campos, 2006), mediante el cuidado a los gestos que nuestro cuerpo emana como consecuencia de los sentimientos y emociones a los que se enfrenta, al estar con las pacientes que han sufrido una pérdida. De allí la importancia de cuidar el cuerpo del profesional de enfermería obstétrica al mantener el bienestar y confort en todas sus esferas entre las que destacan; por ser este tipo de estudio la emotividad, mental y espiritual que puedan tener.

El cuerpo siempre está en formación, en un proceso continuo de humanización, en este proceso, el cuerpo tiene su lenguaje, que juega un papel esencial, ya que permite aprender los diferentes significados creados por nuestro

grupo socio cultural, poder referirnos a situaciones o hechos, a cosas existentes o, incluso, a aquellas que pueden llegar a existir o que son difíciles de ver.

El lenguaje corporal humano es esencial para decir lo que queremos decir, con respecto a esto Savater dice “El aspecto simbólico del lenguaje, signos convencionales acordados por la sociedad humana que se refieren directamente a una realidad mental, hecha de significados y de sentidos, es la base de la importancia de la educación en la vida del ser humano” (Savater, 1999, citado por Campos, 2006), así pues el cuerpo es subjetivo, por tanto complejo; y al mismo tiempo lleno de necesidades y deseos, en los que debemos poner atención a los signos que éste expresa y que reflejan al mismo tiempo en las experiencias vividas con todo y su significado envueltos en subjetividad.

Según Savater hay niveles de entendimiento en el ser humano entre ellos menciona la sabiduría, que vincula el conocimiento con las alternativas de vida, intentando establecer cómo vivir mejor de acuerdo con lo que sabemos. Es en este nivel en donde, quizá, nos falte mucho por recorrer. Podemos estar informados de muchas cosas importantes para proporcionar una atención profesional a las pacientes y a sus familiares, podemos tener el conocimiento y las habilidades apropiadas para otorgar cuidados profesionales de enfermería, pero, tal vez necesitemos sabiduría para establecer relaciones interpersonales y terapéuticas, en nuestra profesión y en la vida cotidiana; genuinamente humanas; por tanto entender que el cuerpo habla por si mismo con tan solo un gesto, que exprese y que obviamente se reflejará en un comportamiento subjetivo.

En otras palabras, la llamada sociedad del conocimiento quizá necesite también convertirse en una sociedad con este tipo de sabiduría (Savater, 1999 citado por Campos, 2006).

Así el cuerpo, requiere una amplia formación específica, madurez profesional y personal, habilidades para la atención a los detalles y capacidad de una visión global de la situación. Estos requisitos proporcionarán capacidad de juicio clínico, facultad para adoptar decisiones, capacidad de intervención en las situaciones complejas; cualidades del profesional de enfermería que son recomendables en sus relaciones interpersonales durante el cuidado de las pacientes, como son: una actitud cálida y empática, la capacidad de escucha y acoger al paciente en sus estados emocionales, basada en la confianza y el respeto.

La relación enfermera – paciente que se establece es crucial para el logro de una intervención exitosa y está presente desde el inicio de la vida de un individuo.

Es lamentable mencionar que en el ámbito profesional de la enfermera, el desarrollo de la ciencia y la tecnología *la ha separado cada vez más del cuerpo de las pacientes y de sí mismas*, llevándolas a crear nuevas formas de comunicación (por ejemplo, estar pendiente de procedimientos y aparatos) tecnológizadas, como si se asemejara con una máquina, *lo que limita su relación cara a cara con las pacientes* y olvida la importancia de la mirada, la caricia, mismas que pueden

dificultar aún más el establecimiento de relaciones para brindar una atención profesional y humana, entonces el cuerpo es visto como una máquina.

Tratar humanamente a los demás, como personas y no como objetos o instrumentos para la realización de nuestros deseos; requiere tomar en cuenta los intereses de los otros, comprenderlos desde sus propias perspectivas; como dicen los psicólogos, se necesita de esa facultad llamada empatía.

Con respecto a esto Bascuñán y Titelman (2002) mencionan “cualquiera que sea el rol al que nos adscribimos, la relación enfermera-paciente, se refiere a un encuentro entre dos cuerpos como seres humanos”. Así, la esencia de la práctica de la enfermería es el encuentro entre un paciente necesitado de cuidado y un profesional de enfermería, asumiendo la función de cuidador (Bascuñán y Titelman, 2002; citado por Campos, 2006).

Por último el hecho de vivir pérdidas perinatales es una de las vivencias más dolorosas que experimenta el cuerpo, así mismo el profesional de enfermería; por tal motivo, el duelo debe ser elaborado de manera saludable; sin embargo, a pesar de que la elaboración del duelo es necesaria para sanar nuestro ser, entendiéndose éste de manera integral como mente, cuerpo y espíritu, cada vez que nos enfrentamos a una muerte, no contamos ni con el tiempo, ni con los recursos suficientes para hacerlo, de ahí que se adopten muchas veces comportamientos inadecuados.

Lo cierto es que cada situación que represente una pérdida real (paciente) trae consigo conductas ya sea corporales o dichas de manera subjetiva por parte del profesional de enfermería que en ocasiones son mal interpretadas por las mismas pacientes o familiares, por estas situaciones debemos tener cuidado de la parte subjetiva y corporal que las (os) enfermeras (os) utilizamos ante estas situaciones.

Recordemos que siempre es posible mejorar en todos los ámbitos de nuestra vida, mejorar como profesionistas, como personas, ya que el proceso de humanización es permanente, inicia con la vida y concluye con la muerte; en este sentido, podemos seguir considerándola como el acto final en el proceso de la vida y por lo tanto que forma parte de ésta.

CAPITULO III. ABORDAJE METODOLÓGICO.

3.1 Tipo de estudio

Esta es una investigación que se enmarca desde la perspectiva cualitativa de diseño descriptivo, exploratorio, permitió describir y analizar las experiencias que tiene el personal de enfermería obstétrica ante una pérdida perinatal, a través de realizar entrevistas a profundidad, analizar los testimonios, detectar categorías y subcategorías para concluir con el desarrollo de proposiciones.

Tamayo (2004:56,57,58,59), refiere que la investigación cualitativa por su enfoque metodológico y su fundamentación epistemológica tiende a ser de orden descriptivo orientado a estructuras teóricas, utilizados en el estudio de pequeños grupos. Se caracteriza por la utilización de un diseño flexible para enfrentar la realidad, este tipo de investigación está influenciada por los valores del investigador, de la teoría que utiliza, y del contexto en que lo realiza, así como tiene la capacidad de extenderse como proceso formativo y no como producto sumativo, se alimenta continuamente de la confrontación permanente de las realidades inter subjetivas que emergen a través de la interacción del recurso humano, procesos y realidades socio culturales, así como del análisis de documentación teórica pertinente y disponible. Los hallazgos se validan por las vías del consenso y la interpretación de evidencias.

Los estudios descriptivos según Best (1970), comprenden entre otras la interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de los fenómenos, en donde el enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre como una persona o grupo se conduce o funciona en el presente. Así mismo trabaja sobre realidades. (Best, 1970; citado por Tamayo, 2004:46).

En este caso el estudio de la experiencia obstétrica ante una pérdida perinatal es exploratorio, ya que se pretendió examinar detalladamente ésta problemática poco estudiada a nivel cualitativo, (por ello existen pocos referentes empíricos), con el objeto de dar a conocer fenómenos relacionados a la problemática proporcionando información que podrá ser utilizada en investigaciones posteriores.

3.2 Escenario de estudio

Se realiza en diversas instituciones de salud: Hospital General Chimalhuacán, Centro Universitario de Enfermería Comunitaria y en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la máxima casa de estudios UNAM. Los profesionales participantes firmaron la cédula de consentimiento informado para ser entrevistados, al mismo tiempo audio grabar las entrevistas y así permitir la publicación de sus testimonios. El número de participantes se determino mediante la saturación teórica. Previo a esto se calendarizaron las entrevistas y a los profesionales participantes se les explicaron los objetivos de la investigación.

3.3 Sujetos de estudio

Los sujetos que participaron en la investigación fueron siete profesionales licenciados en enfermería y obstetricia, con alguna especialidad o diplomado en relación al área obstétrica, tanatología; y una pasante de la misma profesión que estuvieran laborando o hayan laborado por lo menos un año dentro del campo y hayan vivido experiencias de pérdidas perinatales, quienes estuvieron dispuestos a participar en este proyecto de investigación.

3.4 Recolección de datos

Fue realizada mediante la estructuración de una entrevista a profundidad diseñada en torno a datos que pudiesen arrojar información que apuntara hacia los objetivos u objeto de estudio, aplicada a todos los profesionales en un lugar lo más apropiado posible; fue audio grabada con previa autorización y firma de los entrevistados mediante el consentimiento informado, cuyos datos solo fueron utilizados con principios éticos que la propia investigación exigía.

En una primera parte se mencionan los datos profesionales y la pregunta base con la que se inició la conversación; la cual fué: *“Describe tu experiencia cuando se presenta una pérdida perinatal”*, a partir de ella se continuó llevando el guion de la entrevista semi estructurada, la cual fue objeto de revisión y discusión por la directora de tesis con el objetivo de conocer su comprensión y lenguaje de las preguntas; también se utilizó la nota de campo en donde la observación hacia el entrevistado descifra el lenguaje no verbal como: expresiones faciales, silencios,

llantos, todo evidenciado en el momento de la entrevista y la técnica de bola de nieve. Las entrevistas duraron un promedio de 20 a 60 minutos.

3.5 Análisis e interpretación de los resultados

Se utilizó la técnica de análisis del discurso, propuesta por Orlandi (2002). Las entrevistas son transcritas literalmente tal y como fueron expresadas por los sujetos (texto EMIC), luego se realizó la reducción de los datos texto ETIC, sin perder la esencia del mensaje.

Se realizó un análisis detallado de cada entrevista línea por línea, frase por frase y párrafos, subrayando palabras clave, identificando párrafos y buscándole el sentido a expresiones del mundo subjetivo de la enfermera participante al realizar la entrevista; con el fin de obtener las unidades de significancia, entendidas como aquellos relatos que sustentan inicialmente los conceptos y van a dar origen a los significados, para posteriormente realizar una agrupación, considerar diferentes formas de clasificación, y así estructurar categorías y subcategorías, para finalmente realizar el análisis profundo de lo que quiso decir la entrevistada.

3.6 Rigor Científico

Para conservar el rigor metodológico de ésta investigación, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios que se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo (Castillo, 2003; citado por Vásquez, 2012), credibilidad, confiabilidad y transferibilidad.

La credibilidad buscó incrementar la probabilidad de que los datos sean creíbles, para ello utiliza los diarios de experiencias. En esta investigación se procuraron obtener resultados verdaderos y reales sustentados en las entrevistas grabadas, transcritas textualmente y el esfuerzo de la investigadora por conservar la pureza de los datos y las expresiones.

La transferibilidad se refiere a la posibilidad de aplicar los hallazgos de la investigación a otros sujetos o en otros contextos, para esto se realiza muestro teórico, se realizan descripciones detalladas del proceso seguido durante el desarrollo del estudio para la recolección y análisis de la información.

La confiabilidad referida en la garantía de que los hallazgos de la investigación no estén sesgados por motivaciones, intereses y perspectivas de la investigadora; se busca a través de descripciones de baja referencia, re chequeo con las participantes y la explicación del posicionamiento de la investigadora.

3.7 Consideraciones Éticas

Esta parte se cumplió mediante los aspectos éticos de la investigación, que fueron obtener el consentimiento informado de las participantes para la transcripción, análisis y publicación de los discursos, respetando el principio de anonimato, privacidad y confidencialidad que da seguridad a los profesionales para evitar que lo mencionado en las entrevistas se divulgue más que para fines de la propia investigación, se protegió de la siguiente manera:

Inicialmente mediante la captación de las (os) participantes por medio de un acuerdo de cita para realizar la entrevista y recolectar información por medio de ésta y la observación; las cuales se grabaron previo autorización de los participantes, respetando la identidad, por tal razón, se codificaron las (os) entrevistadas (os) y sus entrevistas, a través de seudónimos, por lo que la publicación de los nombres de los participantes no aparecen en los documentos, las grabaciones fueron destruidas en su totalidad una vez se finalizó la investigación.

CAPITULO IV. DISCUSIÓN Y RESULTADOS.

“La experiencia de la enfermera obstétrica ante una pérdida perinatal.”

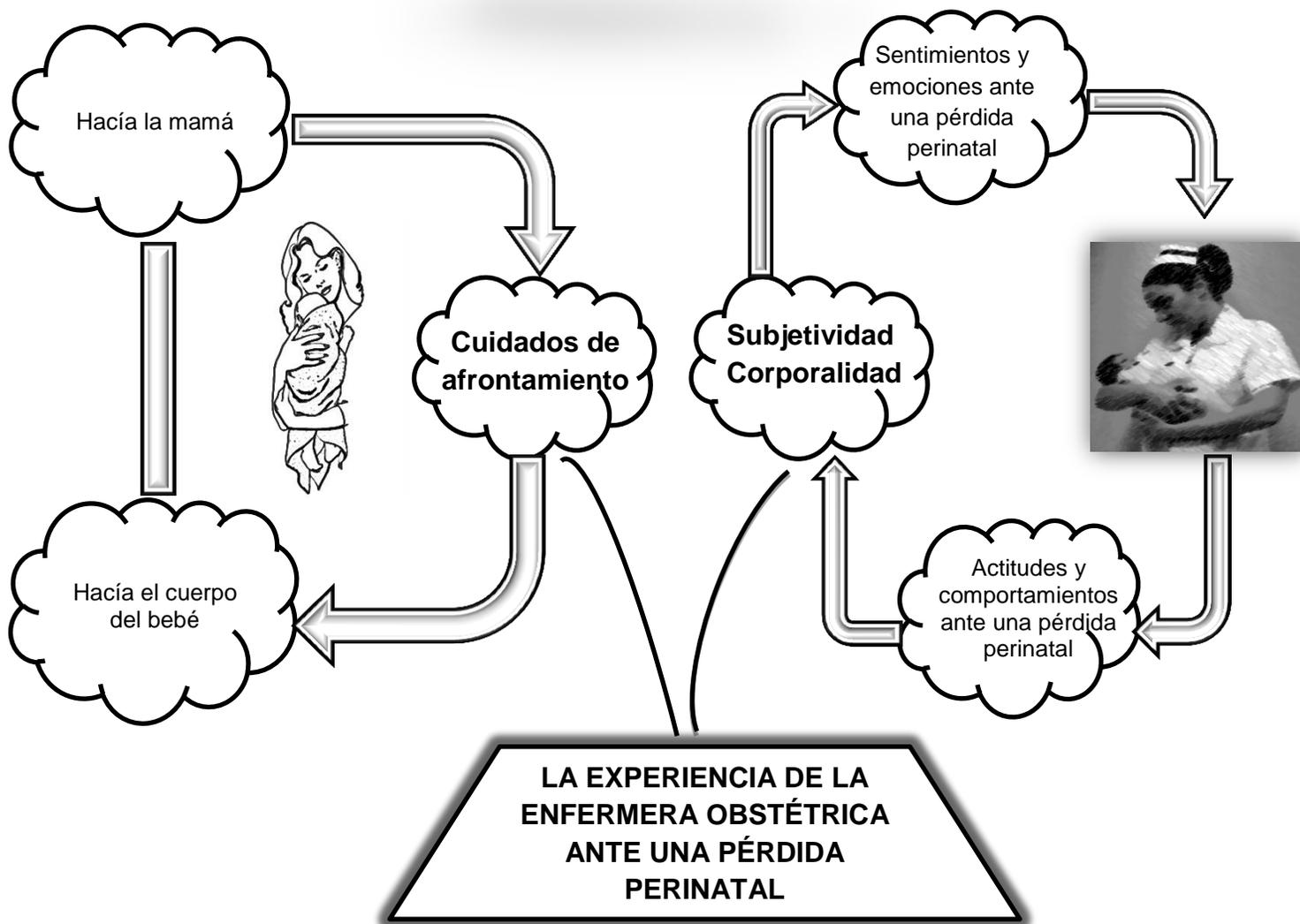
Como resultados de los discursos obtenidos de las entrevistas realizadas a los profesionales de enfermería obstétrica, emergieron dos categorías: “subjetividad/corporalidad de las (os) enfermeras (os) obstetras ante una pérdida perinatal” y “cuidados de afrontamiento”.

La primera categoría con dos subcategorías: - sentimientos y emociones de las (os) enfermeras (os); - actitudes y comportamientos de las (os) enfermeras (os).

La segunda categoría igualmente con dos subcategorías: - cuidados que realiza la enfermera (o) hacia la mamá; - cuidados que realiza la enfermera (o) hacia el cuerpo del bebé

Siendo agrupadas como se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico No. 1



Antes de iniciar la descripción de las categorías empíricas y subcategorías; se presentará el perfil general de cada uno de los profesionales entrevistados.

PERFIL DE LOS ENTREVISTADOS

ENTREVISTADA	CATEGORÍA	PAPEL QUE DESEMPEÑA
Luz	Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia	Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia
Mar	Licenciada en enfermería y obstetricia	Obstetra
Sol	Licenciado en enfermería y obstetricia, especialista en perinatología	Enfermero Perinatologo en el área toco quirúrgica.
Chavi	Licenciada en enfermería y obstetricia	Enfermera general en el área toco quirúrgica
Vera	Licenciada en enfermería y obstetricia	Docente de la asignatura de Obstetricia Tanatóloga
Cristal	Licenciada en enfermería y obstetricia	Docente de la asignatura de Obstetricia Enfermera
Caty	Licenciada en enfermería y obstetricia	Docente de la asignatura de Obstetricia Enfermera
Merry	Licenciada en enfermería y obstetricia	Coordinadora del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC). Partera profesional

Se interrogaron a ocho profesionales licenciados en enfermería y obstetricia, que han vivido experiencias en situación de pérdida perinatal o algunos de ellos atendido partos con producto obitado.

Participante No. 1.- Luz pasante de la licenciatura en enfermería y obstetricia, entrevistada por ser recién egresada de la carrera y prestar servicio al Centro Universitario de Enfermería Comunitaria desempeñando funciones de impartimiento como, consultas perinatales, cursos de psico profilaxis, estimulación temprana y atención de partos de bajo riesgo, además de haber vivido experiencias de pérdidas perinatales durante séptimo y octavo semestre de la carrera.

Participante No. 2.- Mar licenciada en enfermería y obstetricia, entrevistada por ser egresada del SUA de la ENEO; a través de la Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California, jubilada hace poco tiempo de la institución donde se desempeñaba como obstetra durante su práctica profesional y haber tenido contacto con pacientes con pérdida perinatal en varias ocasiones.

Participante No. 3.- Sol, entrevistado por ser licenciado en enfermería y obstetricia egresado de la Fes Zaragoza (licenciatura), especialista en perinatología (egresado de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia), desempeñándose en el área toco quirúrgica por alrededor de dos años, atendiendo pacientes en situación de pérdidas perinatales.

Participante No. 4.- Chavi, entrevistada por ser licenciada en enfermería y obstetricia, quien curso la licenciatura dentro de la institución en la que está adscrita como enfermera general en el área toco quirúrgica por alrededor de dos años; y anterior a este tiempo atender pacientes en hospitalización en el área de

legrados y cesáreas con producto muerto, en donde a adquirido experiencia en el trato de pacientes con una pérdida perinatal.

Participante No. 5.- Vera, entrevistada por ser licenciada en enfermería y obstetricia, desempeñándose como profesora impartiendo la asignatura de Obstetricia, tener contacto con pacientes durante las prácticas obstétricas con una pérdida perinatal y contar con el diplomado en tanatología.

Participante No. 6.- Cristal, entrevistada por ser licenciada en enfermería y obstetricia, haber trabajado en la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia desempeñándose como docente impartiendo la asignatura de la misma rama para posteriormente incorporarse a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia igualmente como docente, tener contacto con pacientes durante las prácticas obstétricas con una pérdida perinatal, y estar en el área operativa como enfermera dentro del seguro social.

Participante No. 7.- Caty, entrevistada por ser licenciada en enfermería y obstetricia, desempeñándose como profesora impartiendo la asignatura de Obstetricia en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, tener contacto con pacientes durante las prácticas obstétricas con una pérdida perinatal y estar en el área operativa como enfermera dentro del seguro social.

Participante No. 8.- Merry entrevistada por ser licenciada en enfermería y obstetricia, desempeñándose como coordinadora del CUEC en donde realiza funciones de impartimiento como, consultas perinatales, cursos de psico profilaxis, estimulación temprana y atención de partos de bajo riesgo de manera privada ya

que es partera profesional, además de haber vivido experiencia de pérdida perinatal durante la práctica profesional, también se desenvuelve como docente en el área de Obstetricia.

4.1 SUBJETIVIDAD / CORPORALIDAD

La subjetividad para los profesionales de enfermería y obstetricia engloba muchos significados, pero principalmente aluden al aspecto humano y al sentir que ellos como personal de salud enfrentan al atender a pacientes con una pérdida perinatal, esta dimensión subjetiva del propio cuidado configura la esencia, y sensibiliza a la (él) enfermera (o) para apreciar la magnitud del sufrimiento de cada individuo y del propio, que sólo la experiencia que se obtiene a lo largo de la vida laboral dá las herramientas para enfrentar estas situaciones, como lo citan los siguientes testimonios:

[...] “La carrera es humanística, tiene que ver con el sentir de la persona y con el de nosotros [...]” (Luz).

[...] “Cuando tú estas en la labor con el trabajo de parto junto con la mujer tienes el sentir y sufrimiento [...]” (Luz).

[...] “Yo soy sensible y si me dan ganas de llorar junto con la paciente [...]” (Luz).

[...] “De acuerdo a la edad de la mujer enfermera es diferente el sentimiento y las emociones que como personal atravesamos [...]” (Mar).

[...] “En un principio no lo voy a negar influía mi sentir en el manejo a este tipo de pacientes y lo proyectaba [...]” (Sol).

[...] “La experiencia clínica nos va dando las herramientas para que nuestro sentir no nos ocasione ningún daño al atender a este tipo de pacientes, por que si es difícil [...]” (Sol).

[...] “Me enriquece más ver situaciones de este tipo, aun que sé que no es de beneficio para las pacientes ya que es una pérdida, el beneficio es para mi por que sé

manejar más éstas situaciones y al mismo tiempo tengo control de la situación al saberme dirigir a la paciente [...]” (Sol).

[...] “Yo igual sentí muchas ganas de llorar junto con ella por que recordaba a mis sobrinas que eran de la misma edad que la paciente [...]” (Chavi).

[...] “En la medida en que yo deje de ver y sentir creo que será el momento de retirarme de la profesión [...]” (Vera).

[...] “Todos los casos te generan cierta expectativa, des amor, duelo por que así lo vives como personal de enfermería [...]” (Caty).

[...] “La pérdida de ese bebé, es una de las cosas que más me ha costado trabajo de superar y por lo tanto miedo [...]” (Merry).

Los testimoniales anteriores hacen referencia a la parte subjetiva que guardan dentro de sí mismos al enfrentarse a situaciones de pérdida, e incluso se ve el grado de afectación que una situación de éstas puede traer consigo para el profesional de enfermería. Mencionan a la profesión como humanística en donde es imposible dejar de lado los sentimientos y emociones, incluso refieren que la persona que deje de sentir dolor emocional por estas pérdidas deberá considerar el momento de retirarse de la profesión, ya que para atender a estas pacientes necesitan de empatía, para que se permitan entender y comprender con mayor claridad a las mujeres con duelo perinatal, sin embargo el vivir experiencias por repetidas ocasiones dejará una parte positiva en algunos de los profesionales que es aprender a tener mejor control y poder ayudar mejor de una forma acertada a sus pacientes.

Así mismo los aspectos subjetivos, como apuntan Colliere (1986) y Alberdi (2005), son invisibles, "no son observables directamente y muchas veces ni tan siquiera percibidos por el propio enfermo o familia" (Colliere, 1986; Alberdi, 2005; citado por Codorniu, 2011) e incluso por el resto de profesionales del equipo, por

tal la importancia de que se tome en cuenta la atención de la parte subjetiva de los mismos profesionales, ya que la afectación de sus sentimientos y emociones al manejar situaciones constantes de pérdidas, podrá afectar el mismo cuidado hacia sus pacientes.

De esta manera el profesional de enfermería tendrá que prepararse para ser capaz de afrontar con competencia y eficiencia las demandas de los cuidados y los retos que la misma profesión nos impone al enfrentar una pérdida, ya que cuidar se convierte en un acto profesional, en el que además de los conocimientos científicos se incorporan principios éticos (sentimientos, emociones) y humanos proporcionando un cuidado integral humanizado no olvidando que tratamos con seres humanos y que somos seres humanos que sentimos, pensamos, tenemos necesidades propias que hay que atender para así poder ayudar a los demás.

CORPORALIDAD

Cuando se produce una pérdida perinatal, la vida y la muerte caminan juntas, por tanto el cuerpo siente dolor y sufre un duelo, esto es un hecho para el que nadie, incluyendo el personal de enfermería esta preparado.

Así, los profesionales deben saber que la madre nunca olvida la comprensión, el respeto y el calor genuino que recibió de los cuidadores, durante la corta vida de su bebé, por eso la importancia de la comunicación no verbal en la relación con la enfermera – paciente frente al duelo perinatal, demostrando que la forma de mirar y la capacidad de escuchar, así como el uso del lenguaje oral, son

aspectos cruciales en el proceso de comunicación inter personal, de no ser así la situación puede resultar perjudicial.

El lenguaje como creación cultural es factor definitivo para ponernos en contacto con otras personas. Entonces, hablar, mirar, tocar y escuchar a alguien es empezar a dar un trato humano; que para la enfermera obstetra, sin duda son relaciones esenciales que se establecen con las pacientes para el logro de una intervención exitosa.

De esta manera el personal de enfermería obstétrica alude al comportamiento corporalista, como la parte fundamental de expresión ante sus sentimientos frente a una situación inesperada, como lo es una pérdida perinatal, pero que en muchas de las ocasiones no saben o no toman conciencia del impacto psicológico que éstas expresiones y actos poco apropiados causan al cuerpo de la mujer doliente, como lo reflejan los siguientes testimonios:

[...] “Me dan ganas de llorar junto con la paciente, pero te aguantas, te frustras y tratas de sacar el profesionalismo diciéndoles las palabras acertadas en ese momento como: así fue, hay que tratar de ser fuertes, armarse de valor y dar palabras de aliento, es darle la misma atención pero siendo un poco mas fría para que no se muestre tu sentimiento por que si te afecta [...]” (Luz).

[...] “Lo que me impacto, es que cuando llego aquí traía el cuerpo del bebé colgando y la cabeza estaba aún dentro atorada y pues causo expresión de sorpresa, la pobre señora era una joven de 19 años, era su primer bebé y por falta de cultura quizá información suceden estos casos [...]” (Chavi).

[...] “Impacto de ver como traía al bebé fue horrible, recuerdo que si hubo una chica que hizo una expresión de susto al ver la situación [...]” (Chavi).

[...] “Muchas veces no sabe como tratarlas o como actuar; en ese momento todos incluyendo a los médicos estaban impactados con un silencio mudo creo que nadie respiraba, lo único que se oía era el llanto de la señora, sentíamos que si hablábamos la emoción y el llanto nos iba a traicionar lo único que yo hice fue solo apretarle la mano por que si fue un caso muy triste [...]” (Chavi).

[...] “El actuar de enfermería en el momento del parto de la paciente que tiene una pérdida de este tipo queda marcado en ellas a futuro por que recuerdan cuando nació su bebé, a lo mejor el gesto que hizo la enfermera o como actuó el medico, o que le dijeron en ese momento [...]” (Chavi).

[...] “Es un hecho tan importante que si nos marca como mujeres, a todas las mamás [...]” (Chavi).

[...] “Porque en esos momentos no necesariamente necesitan que les digas algo, tienen que pasar su duelo desahogándose a su manera incluso negándose [...]” (Merry).

En los testimonios anteriores los profesionales retoman la importancia de los gestos corporales, confirman que el enfrentarse a éstas situaciones les resulta un tanto difícil, ya que no pueden hacer caso omiso de sus sentimientos, pero que tienen que ocultar al estar frente a la paciente, ya que no pueden mostrarse afligidos, pues la fuerza emocional para la mujer doliente en esos momentos son las (os) enfermeras (os) como personal de salud que está la mayor parte del tiempo a su lado, por tanto les genera en ciertas ocasiones frustración, entre otros sentimientos y emociones negativos, mismos que les impide actuar por temor a dañar psicológicamente a sus pacientes con un simple comentario expresado en forma inexperta o por temor a perder el control emocional.

Así pues, la enfermera es la persona que establece las relaciones afectivas y de esperanza más estrechas con las pacientes, por ello, el cuidado se desarrolla en el ámbito de lo interpersonal e implica concretizaciones de compasión, aceptación, empatía y respeto.

La importancia de la comunicación no verbal tal como el lenguaje corporal, la actitud, el contacto visual, el tono de voz, la expresión facial, el tacto y la postura

supone más del noventa por ciento del significado recibido del mensaje. El tacto (un abrazo, un apretón de manos) será un buen apoyo e incluso el silencio será mejor compañía que ofrecer consuelo mediante comentarios que son inaceptables.

Con respecto a esto Campos (2006), alude que los problemas derivados de una atención deficiente, como, la indiferencia, el desconocimiento de las formas de expresión ante el duelo e incluso la frialdad al hacer comentarios inválidos, tendrá un impacto profundo en la recuperación de los afectados y su entorno e incluso en el proceso posterior de duelo; por tanto comprender el impacto que la comunicación no verbal produce en la salud de las pacientes es en grado mayor del que muchas de las enfermeras lo percibimos.

Investigaciones indican que existen menos probabilidades de recaer en la ansiedad y depresión si la paciente está satisfecha con el modo en que la enfermera obstetra se comunicó con ella.

Sin embargo es muy probable que el comportamiento que la enfermera muestre ante la paciente e incluso que trabaja con rapidez, camina de prisa o contesta a preguntas de forma cortante sea considerada por sus pacientes como una persona enojada a quien no hay que acercarse; en cambio, la enfermera que sonríe, habla en forma cálida y amistosa o toma su trabajo con calma; comunica inmediatamente a las pacientes una aceptación que las impulsa a acudir a ella para pedirle ayuda y facilita así una relación terapéutica aceptable.

De esta forma, encontramos que el análisis de la comunicación interpersonal en relación enfermera-paciente destaca la importancia de lo no verbal en cualquier contexto social y cotidiano, requiere considerar el lenguaje como habilidad determinante, no sólo lo que se dice, sino también la entonación de la voz, el ritmo del habla, las inflexiones y los movimientos corporales, entre otras variables que influyen en la interpretación de lo dicho, para la mejor comprensión del propósito de nuestros mensajes.

Al respecto Cruz (1999), ha planteado que el comportamiento no verbal involucra un código secreto y complicado, escrito en ninguna parte, conocido por nadie y entendido por todos (Cruz, 1999; citado por Campos, 2006).

Por esto es importante mencionar que el significado que se le da a un bebé esperado por todos es de vida, un bebé no debe morir, es antítesis de muerte, sin embargo, muere y cuando esto sucede, produce dolor al cuerpo de sus allegados y si el suceso es en unidades hospitalarias, produce dolor en el personal que allí atiende.

Los profesionales de enfermería sabemos que todos los seres humanos mueren, pero sus costumbres, vivencias, educación; hacen que seamos personas antes que profesionales y como tal tenemos emociones, pensamos y actuamos de acuerdo a nuestras experiencias.

4.1.1 *Sentimientos y emociones*

En los testimonios de las entrevistas realizadas se alude al importante papel que juegan los sentimientos y las emociones que emana el cuerpo de las (os) enfermeras (os) obstetras en la atención a pacientes con pérdida perinatal, fenómenos similares pero a la vez diferentes.

Cabe destacar que el cuerpo manifiesta estar conmovido o agitado, ambos capaces de despertar, sostener y dirigir la actividad del organismo, sin embargo las emociones dependen de la conciencia que tiene el organismo de la importancia de una situación y de esta manera influye en los procesos cognoscitivos de percepción y pensamiento, en cambio los motivos son impulsos que nacen como producto de ciertas necesidades biológicas.

Es indispensable mencionar que los profesionales de enfermería aluden ser influenciados por roles que en su cotidianidad ejercen, tales como: madre, padre, esposa (o), ama de casas, etc, y no pueden sustraerse de estos significados, por ello la pérdida de un bebé, puede traerles reacciones, emociones o actitudes que reflejan el dolor que enfrentan como respuesta a ese estímulo desagradable llamado muerte, respuesta que se convierte inmediatamente en una expresión propia, producto de su experiencia laboral, por tanto los profesionales de enfermería también somos seres humanos que sentimos y respondemos emocionalmente ante una pérdida perinatal.

Es por ello que el personal multidisciplinario de la salud debe saber la forma de afrontar estas situaciones de vida.

Así Worden (1997) señala que la experiencia del duelo propio nos hace difícil ser o sentirnos útiles con la persona que lo experimenta, el profesional de la salud puede sentir frustración y enfado, de igual manera puede sentirse tan incómodo siendo testigo del dolor de la otra persona, que este malestar lo lleve a establecer una relación breve y superficial con el paciente (Worden, 1997; citado por Vásquez, 2012). Como es el caso de mi experiencia y en donde en algunos testimonios se menciona lo siguiente:

El cuerpo siente dolor, aludido por los profesionales de enfermería y obstetricia como una experiencia desagradable que produce un estímulo dañino a la salud emocional y que el hecho de experimentarlo consecutivamente les sirve de impulso y estímulo para saber enfrentarse a estas situaciones de pérdida de manera acertada, por otro lado el dolor puede causar reacciones de evasión o incluso negación en las (os) mismas (os) enfermeras (os).

El cuerpo siente frustración, surgida de los inconvenientes en el cumplimiento de las metas profesionales, personales y deseos, al observar deficiencias, tales como la falta de conocimiento, confianza o temor en las acciones realizadas, sentido como un camino bloqueado, un que hacer difícil como es el enfrentamiento a la pérdida perinatal.

El cuerpo siente tristeza; es la emoción más mencionada durante las entrevistas realizadas a los profesionales de enfermería obstétrica, y una manera de expresar su pena de abatimiento, infelicidad, desesperación, llanto y

melancolía; es la que generalmente bloquea el cuidado enfermero, inclusive puede provocar depresión.

El cuerpo siente culpa, generalmente ante la pérdida perinatal, ya que se percibe como una acción u omisión que genera sentimiento de responsabilidad por algo no realizado o por la consecuencia de lo realizado ante un daño causado.

El cuerpo de la enfermera siente miedo; aunque se esfuerce por ayudar a las pacientes con una pérdida perinatal, se encuentra que los miedos y angustias personales, son tan constrictivos, que les resulta difícil fijar su atención sobre los problemas emocionales de las pacientes, al llevar una carga de sus propias emociones. Casi todo el profesional de la salud que trabaja con pacientes que demandan cuidados emocionales, experimenta al principio esta sensación en grados variables, por que constituye una nueva experiencia, sin embargo se debe descubrir de donde viene ese temor, ya que en ocasiones deriva del miedo al daño corporal hacia sí mismas, con el comportamiento agresivo que suelen adoptar las pacientes como manifestación del duelo que están pasando, aquí la enfermera se dará cuenta que todo comportamiento tiene un significado y de que toda conducta es la respuesta a una necesidad humana, otra causa por la que se puede presentar el miedo es por la falta de competencia personal y profesional, al no sentirse lo suficientemente hábiles para ofrecer una ayuda importante a tales pacientes, esto es desafortunado, ya que justamente la indiferencia es una de las reacciones que más han dañado a las pacientes en sus relaciones posteriores con otras personas, no debe olvidarse que las enfermeras (os) son las personas más importantes con quienes las pacientes establecen una relación mas cercana en el

hospital, por otra parte es natural que la enfermera reaccione ante las situaciones de pérdidas.

Todos estos temores son comprensibles y razonables hasta cierto punto, ya que como cuerpo que siente, es inevitable que las (os) enfermeras (os) se abstengan de sus propios sentimientos y emociones, por el contrario, de controlar de una forma rígida su conducta personal y respuestas emocionales, les será difícil desarrollar una relación que ayude a sus pacientes, no obstante; los temores suelen ir desapareciendo conforme se desarrolla el conocimiento y la comprensión, haciendo frente con franqueza a tal hecho.

Y siente impotencia, al tener conocimientos profesionales que podrían ayudar a sobre vivir, pero que la naturaleza es más fuerte y ante todos los conocimientos se antepone, dejándonos sin armas ante la muerte, así que es común oír expresiones de desesperanza, des ánimo y cierta sensación de pesadez para el actuar de enfermería.

Entre otros sentimientos y emociones que siente el cuerpo no menos importantes, hacen mención al trauma, impacto, coraje, sorpresa, sufrimiento; mismos que hacen que la actuación como enfermera obstetra no sea en muchas ocasiones la más correcta evitando situaciones relacionadas con la muerte, reaccionando de manera hostil y despreciando o negando la gravedad de la pérdida.

Así pues la enfermera obstétrica encontrará que tiene que adaptarse a muchos aspectos de la situación, que requieren especial atención; es así que se establece la relación enfermera-paciente como factor importante en la experiencia terapéutica de la mujer doliente, entendiendo el papel que desempeña la enfermera en la vida emocional con quienes se relaciona.

Para justificar lo mencionado anteriormente se citan algunos de los testimonios a continuación:

[...] “Es un sentimiento de tristeza, por que a pesar de todo sufrirá el dolor de parto y no va a tener recompensa como las otras mamás [...]” (Luz).

[...] “En esos momentos me da tristeza, frustración, llanto por que es una situación penosa y que muchas veces se puede evitar [...]” (Luz).

[...] “Dentro de mis experiencias hubieron dos que me impactaron, la primera fue la atención del parto con un producto de semanas de fallecido, el tener en las manos a ese producto ya macerado, con su pielecita negra, ya no cianótica, en muy malas condiciones fue una sensación de impotencia, de tristeza, algo que marca como mujer [...]” (Mar).

[...] “Son emociones que le dan a uno como enfermera- mujer y uno se pregunta ¿qué hago?, esa impotencia [...]” (Mar).

[...] “Se nos hace un nudo en la garganta con ganas de llorar, y tenemos que mostrarnos a veces no como humano, no dejar que ese sentir nos impida y nos permita continuar proporcionando nuestros cuidados [...]” (Mar).

[...] “Tengo el recuerdo de una situación que me impacto mucho por que fue muy traumática [...]” (Sol).

[...] “Me enriquece más ver situaciones de este tipo, aun que sé que no es de beneficio para las pacientes ya que es una pérdida, el beneficio es para mi por que sé manejar más estas situaciones [...]” (Sol).

[...] “Por un mal manejo del área médica incluyendo enfermería por que no se paso desde el área de labor, no se hizo lo correcto para que ese niño naciera, siendo que venía bien pero falleció esa fue mi experiencia de trauma y decepción de no saber manejar las cosas [...]” (Sol).

[...] “Impacto de ver como traía al bebé fue horrible, lógicamente no lo iba a demostrar frente a la señora [...]” (Chavi).

[...] “Me generó sentimiento de coraje por que la persona que atendió a la paciente no sabía [...]” (Chavi).

[...] “Yo igual sentí muchas ganas de llorar junto con ella por que recordaba a mis sobrinas que eran de la misma edad que la paciente [...]” (Chavi).

[...] “Muchas veces no sabe como tratarlas o como actuar; en ese momento todos incluyendo a los médicos estaban impactados con un silencio mudo creo que nadie respiraba, lo único que se oía era el llanto de la señora, sentíamos que si hablábamos la emoción y el llanto nos iba a traicionar [...]” (Chavi).

[...] “Todos los casos te generan cierta expectativa, des amor, duelo por que así lo vives como personal de enfermería [...]” (Caty).

[...] “La pérdida de ese bebé, es una de las cosas que mas me ha costado trabajo de superar y por lo tanto miedo [...]” (Merry).

[...] “El cómo hacen las cosas las demás personas. Eso es lo que me afecto mucho psicológicamente, tanto que me encerré alrededor de dos meses en mi casa, no quería salir, de hecho le tengo miedo a los policías y patrullas [...]” (Merry).

[...] “Me llamaron por teléfono diciéndome que tenía que ir al ministerio público por que tenía una demanda por homicidio para mi fue espantoso ese caso [...]” (Merry)

[...] “Recuerdo otra pérdida perinatal muy cercana a mí, la que tuvo una amiga, yo me sentía el tercer papá me dolió mucho, sentía que ese bebé era un pedacito de mí [...]” (Merry).

Refieren que el hecho de no estar preparados para abordar de manera efectiva este fenómeno hace que los profesionales de enfermería se vean envueltos frecuentemente en situaciones que podrían poner en riesgo su salud física y mental, por ello la importancia de reconocer, analizar y admitir los sentimientos experimentados por los profesionales que se enfrentan a esta situación, examinándolos en discusiones de grupo con compañeras de trabajo que se preocupen por desarrollar y mejorar la percepción de sí mismas, estudiando su propia conducta, para que cuando vuelvan a vivir esta experiencia sea de una forma vista con mayor claridad de su significado y juzgar el papel que asumieron y el que les correspondía.

Una investigación realizada en Chile con personal de enfermería se centró en el desarrollo del vínculo cuidador-cuidado, desde la propia experiencia personal del profesional. Se mostró la importancia de valorar el trabajo del profesional, de

desarrollar una identidad grupal y profesional, de interactuar con otros profesionales, de reconocer y compartir experiencias de la práctica y trabajo en equipo (Campos, 2006).

Es así como la enfermería obstétrica implica ayudar a personas en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación o a la aceptación de una pérdida; esta última cuestión para los profesionales de la enfermería obstétrica resulta especialmente dolorosa, ya que quizás la situación los haga tener sentimientos que incluso los aparte de manera inconsciente de la doliente, con respecto a esto Arranz Barbero (2003) dice que “a menudo no sabemos qué decir y nos sentimos incapaces de ofrecer palabras de consuelo” (Arranz, 2003; citado por Vásquez, 2012).

Sin embargo enfermería debe analizar las dimensiones de su persona, clarificar sus emociones e integrar sus sentimientos acerca de la propia muerte, a fin de estar en condiciones de apoyar a personas en el último tiempo de la vida o a sus familiares.

Y aunque el dolor es una de las experiencias más comunes de la vida, siempre sorprende y continuamente nos exige aprender y adaptarnos a las nuevas circunstancias, así Vásquez (2012) afirma “nadie puede considerarse “experto” en el dolor; siempre tiene una dimensión de originalidad: en la forma cómo se manifiesta, en sus causas, y en las diversas reacciones que desencadena”.

Por esto considero que la enfermera, debe brindar cuidados con conocimientos científicos, éticos, humanísticos, consciente de que en la medida de su instrucción podrá desempeñar más eficazmente las tareas del cuidado, a la vez que adquiere las herramientas para afrontar o reducir su propia ansiedad ante la muerte.

De igual manera es esencial que como personal más cercano a las pacientes sepa reconocer la fuente de sus sentimientos / emociones negativos y entender esas influencias para hacer frente a sus reacciones. Mientras no se logre este objetivo, es poco probable que el personal de enfermería obstétrica pueda adquirir la habilidad y las actitudes que le harán posible convertirse en una influencia terapéutica en el ambiente de la mujer que ha sufrido su pérdida

Sobra decir que las enfermeras enfrentan situaciones que generan un impacto emocional capaz de afectarlas. Por tanto, no es sólo la paciente la que necesita de un ambiente cálido y de un trato humano, los profesionales de la salud, incluidos las y los enfermeras (os) por supuesto, también requieren de relaciones interpersonales humanas, a fin de hacer frente a las situaciones que muchas veces son emocionalmente demandantes.

4.1.2 Actitudes y Comportamientos

Toda conducta sirve a un objetivo y tiene un significado, sin embargo a veces es difícil interpretar con precisión o recibir el mensaje que el personal de enfermería en este caso, envía con su comportamiento.

La actitud constituye un componente esencial de la persona en general y permite actuar después de un estímulo de una forma determinada, de tal manera que cuando un profesional de enfermería obstétrica enfrenta una pérdida perinatal sus actitudes y comportamientos se basan en experiencias vividas, quienes a su vez cuentan con conocimientos profesionales y adquiridos a lo largo de la vida laboral.

Es importante mencionar que las pacientes cuando atraviesan una situación de pérdida emocionalmente se encuentran enfermas y suelen ser mucho más capaces de percibir con mayor claridad la amabilidad innata que se encuentra en la actitud de la enfermera que las está atendiendo, incluso si dicha actitud carece de habilidad.

También son capaces de percibir los sentimientos negativos que a veces se ocultan bajo las aseveraciones y los actos de algunos miembros del equipo de salud. Cuando los profesionales de enfermería viven una situación de pérdida, afloran comportamientos que condicionan la práctica e incluso la toma de decisiones sobre el cuidado. Es importante mencionar que los actos son consecuencia de intentos por cubrir necesidades y objetivos personales.

El comportamiento entonces se comprende mejor cuando uno tiene en cuenta la estructura interna de la persona y el contexto en el que ésta se mueve, así Morrison (1999) refiere que la conducta consiste en percepciones, pensamientos, sentimientos, emociones y acciones, en donde la expresión emocional y la interrupción de cualquiera de esas áreas puede dar lugar a problemas de conducta e inducir a comportamientos mal adaptativos, sin embargo se pueden corregir cuando la enfermera (o) es capaz de contemplar sus propias acciones y de ver como es que están afectando a sus pacientes.

Reconocer su comportamiento como inadecuado y sustituirlo como otro mas conveniente y útil es el primer paso para adquirir un cierto control sobre la situación en que uno como personal de enfermería se encuentra al enfrentarse a situaciones de pérdida.

Es así que analizando las entrevistas realizadas, se alude a diversas actitudes y comportamientos a las que el personal de enfermería obstétrica se enfrenta constantemente en el área tóco quirúrgica al presentarse una pérdida perinatal, así la actitud de cuidado puede provocar preocupación, inquietud y sentido de responsabilidad, teniendo comportamientos envueltos entre:

Empatía⁴, representada por las (os) enfermeras (os) obstetras mediante su capacidad de reconocer y compartir las emociones propias y de las pacientes, en donde incluyen la comprensión del significado de sus conductas, como la voluntad de caminar un trecho con los zapatos del otro, de ver el mundo tal como lo ve el

⁴ La empatía constituye un importante instrumento terapéutico, que puede restablecer la autoestima y dignidad de cualquier individuo, es un factor interviniente que surge de la combinación de la comunicación, la comprensión, el respeto y el amor (Morrison, 1999:115)

otro, al brindar los cuidados a la mujer que está en el trabajo de parto, sufriendo un dolor que no tendrá recompensa y al tener que enfrentarse al papel de enfermera – mujer, por tanto la empatía se ve como la primera aproximación afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro.

Las enfermeras que consiguen empatizar con sus pacientes son capaces de crear confianza suficiente, al mismo tiempo que muestran su aptitud intelectual y capacidad de escucha para una mejor comprensión y respuesta correcta a las reacciones emocionales de las mujeres que han tenido una pérdida, lo que permite una mejor interacción en la relación enfermera-paciente, siendo su antítesis la invalidación y la alexitimia.

Carl Rogers al respecto sostenía que el éxito de toda relación humana y terapéutica requiere tres condiciones fundamentales: autenticidad (que implica des hacerse de toda carga de pre concepción, prejuicios o estereotipos antes de comenzar a investigar, educar o asumir como terapeuta), aceptación (aceptar al otro sin pretender juzgarlo a través de nuestros propios valores y creencias) y empatía (Ahuad, 2013). Un axioma que resume toda reflexión sobre la empatía es: "Yo podría ser tú".

Refieren el apego e involucramiento, al establecer relaciones con sus pacientes mediante la creación de un vínculo afectivo y emocional, intenso, de carácter singular, que se desarrolla y consolida en la interacción y persigue lo mejor para la paciente o para la familia dando entrega de cariño, protección y compañía.

Sin embargo, puede afectar gravemente el estado psicológico de los profesionales de tal manera que la pérdida perinatal se hace propia del personal de salud que la está atendiendo y que puede convertirse en experiencia de dolor o tristeza.

Aluden a la sensibilidad al no resolver duelos personales, de tal manera que al enfrentarse a los que la carrera profesional demanda los traslada inmediatamente a sus pérdidas que tratan de resolver mediante duelos ajenos.

Por otra parte esa sensibilidad de tratar a nuestros pacientes como nos gustaría que trataran o hubiesen tratado a un ser querido puede resultar benéfico para el cuidado de nuestras pacientes, pero en la mayoría de los casos no es así.

La valentía, actitud representada por las (os) enfermeras (os) obstetras como la fuerza que uno saca del propio interior para reaccionar de manera heroica o intrépida en situaciones en las cuales el miedo, el peligro, el pánico están presentes, en pocas palabras es la etapa en la que la persona logra lidiar con ese miedo que le genera la situación, sobre poniéndose a él y realizando diferentes acciones.

La resistencia a la muerte sustentado en algunas circunstancias por acciones realizadas por parte del enfermero (a) obstetra que pueden ser erróneas como el guardar alguna esperanza de vida frente a la mamá al nacer el bebé ya diagnosticado con muerte y tratando de buscar de alguna manera una fuente de vida en él o simplemente tratando de sustituirlo diciendo palabras no acertadas

como: ya podrá embarazarse o través, podrá tener más hijos, es muy joven o simplemente Dios ya tiene otro angelito.

El trabajo rutinario por largo tiempo de carrera laboral, da lugar a circunstancias de dureza e insensibilidad. El contacto cercano con la muerte por repetidas ocasiones, hace que de alguna manera las (os) enfermeras (os) se acostumbren a las pérdidas viéndolo como algo tan normal para ellos o que forma parte de su trabajo, esto hace que se muestren de una manera fría, dura y hostil ante la persona que esta cursando su duelo; en donde la mayoría de las veces ésta actitud es utilizada como un mecanismo de defensa o de afrontamiento que ayudan al profesional de enfermería a continuar viviendo experiencias sin sufrir en exceso la angustia, la depresión o el miedo que invalida.

La soledad y el desamparo también se apoderan del cuerpo de las (os) enfermeras (os), influyendo en sus actuaciones y en la toma de decisiones, ya que al enfrentarse ante una situación que ponga en riesgo la vida de la paciente y que por alguna decisión tomada por ayudarla, se comprometa su carrera profesional, la institución en la que trabajan no las ampare; se tiene ésta sensación y por tanto actitud negativa de ayudar a las pacientes delimitando tanto así su cuidado, es por ello que como enfermeras debemos desarrollar una comprensión propia más allá del nivel intuitivo.

Aluden a que también es común adoptar una actitud no siempre correcta y de inexperiencia, ante como comportarnos y la tendencia inconsciente a evitar situaciones negativas que consigue en diversas ocasiones que como personal de enfermería sintamos una sensación de frustración e impotencia.

Así podemos decir que habitualmente lo que hacemos es opuesto a lo que se debería hacer, o decir, hechos o palabras que no resultan en muchas ocasiones ser los mas acertados para la doliente y por tanto, estas pacientes no pueden beneficiarse de nuestra colaboración. El conocer las actitudes y comportamientos del profesional de enfermería ante la muerte reviste gran importancia por la forma en cómo éstas influyen en una relación inter personal, como lo es en la atención de enfermería con las pacientes. Algunos de los testimonios son los siguientes:

[...] “Cuando le dices va a pasar la contracción, respire un poco más, tranquilícese, no se altere, trate de respirar, en pocas palabras estas teniendo una empatía [...]” (Luz).

[...] “A pesar de todo sufrirá el dolor de parto y no va a tener recompensa como las otras mamás [...]” (Luz).

[...] “Tratas de sacar el profesionalismo diciéndoles las palabras acertadas en ese momento como: así fue, hay que tratar de ser fuertes, armarse de valor y dar palabras de aliento, es darle la misma atención pero siendo un poco mas fría [...]” (Luz).

[...] “Cuando me entregan al bebé es buscar si hay una frecuencia fetal, aún que sé que el bebé esta muerto, trato de ver si hay una fuente de vida todavía [...]” (Luz).

[...] “Se olvida de que la persona es un humano, te cambias de rol de trabajador y como tal tienes que sacar el trabajo sin sentir [...]” (Luz).

[...] “Son emociones que le dan a uno como enfermera- mujer y uno se pregunta ¿qué hago? [...]” (Mar).

[...] “Se nos hace un nudo en la garganta con ganas de llorar, y tenemos que mostrarnos a veces no como humano, no dejar que ese sentir nos impida y nos permita continuar proporcionando nuestros cuidados [...]” (Mar).

[...] “Después de estar viendo pacientes he adquirido experiencia, cuando era estudiante siempre me impactaba todo lo que veía, incluso hasta me daba miedo, cuando uno ya esta trabajando el miedo pasa a segundo plano y adquieres una responsabilidad que es atender a las personas [...]” (Sol).

[...] “Cuidados que realizo cuando se presenta una pérdida perinatal para con la madre en primera instancia las limito hasta donde es mi responsabilidad como enfermero, hay partes en donde la responsabilidad es del médico [...]” (Sol).

[...] “En un principio no lo voy a negar influía mi sentir en el manejo a este tipo de pacientes y lo proyectaba, con la experiencia uno aprende a que no hay que tener tanta empatía [...]” (Sol).

[...] “Necesitan mayor tacto, mayor confianza para ellas mismas y no demostrarles lo que tu sientes debes ser valiente [...]” (Chavi).

[...] “Sentí muchas ganas de llorar junto con ella por que recordaba a mis sobrinas que eran de la misma edad que la paciente [...]” (Chavi).

[...] “Es un hecho tan importante que si nos marca como mujeres, a todas las mamás [...]” (Chavi).

[...] “En la medida en que seamos empáticas damos una atención humanizada [...]” (Vera).

[...] “El tema de las pérdidas, no es una situación a la que como enfermeras debamos de acostumbrarnos [...]” (Vera).

[...] “No debemos acostumbrarnos a las pérdidas y sin embargo solemos oír comentarios que dicen, te tienes que acostumbrar, es el pan de cada día, estas aquí y es lo natural de la profesión [...]” (Vera)

[...] “Por eso es que establecemos cierto apego, cariño y nos duelen las pérdidas de nuestros pacientes independientemente de que acabemos de conocerlas o quizá tal vez más tiempo [...]” (Vera).

[...] “Nosotros hacemos lo que aprendemos, pero hasta que se te presenta un caso de estos es cuando te das cuenta de que no tienes nadie que te apoye [...]” (Merry).

[...] “Yo me sentía el tercer papá me dolió mucho, sentía que ese bebé era un pedacito de mi [...]” (Merry).

El profesional de enfermería obstétrica refleja en sus testimonios que como personal de salud tienen la difícil tarea de ayudar a sus pacientes a enfrentar el paso de transición de la vida a la muerte, cuidado, que no es fácil y sin embargo tratan de hacerlo de la mejor manera posible al acompañar a la mujer desde que está en su trabajo de parto esperando un bebé que saben ya no tiene vida, es

aquí donde la empatía juega un papel importante, incluso se menciona que es más difícil brindar cuidados cuando se ponen en el rol de enfermera-mujer y que como tal podríamos estar en la misma situación; entonces se espera que nuestras actitudes y comportamientos sean los correctos (cálidos, favorables y de apoyo con la o los necesitados), ya que somos los que estamos en el momento del anuncio de la muerte y durante el nacimiento del bebé presentes, pero surge la inquietud de conocer cuan preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan ante ella, por lo que Bayes, R. Limonero (2000) dice “un primer paso en la mejoría de la formación de los profesionales de la salud en general y de enfermería en particular, consistiría en conocer las propias actitudes y emociones hacia la propia muerte y hacia la muerte de los demás (Bayes, 2000; citado por Vásquez, 2012).

Por otra parte, como profesionales somos seres humanos, que sentimos y vivimos diariamente una serie de situaciones, tanto a nivel personal como profesional, que implican tener que afrontar experiencias generalmente dolorosas en un entorno complejo y que así mismo afecta nuestro comportamiento - actitud ; y en la mayoría de los casos no se cuentan con recursos propios e institucionales; no se dispone del tiempo suficiente, ni con el espacio para mitigar o reparar de manera saludable estas formas de conducta, encontrando desamparo profesional.

Es así que cuando muere una criatura, el sentimiento de sin razón y absurdo se apodera del médico o la enfermera obstetra con la misma facilidad que en cualquier otro corazón.

4.2 CUIDADOS DE AFRONTAMIENTO

El personal de enfermería trabaja con pacientes que muestran una amplia gama de conductas y estilos de afrontar sus pérdidas; fomentar la responsabilidad es una intervención primaria con las pacientes que tiene dificultades emocionales, en este caso de la mujer que ha sufrido una pérdida, ya que les ayuda a construir su autoestima, dignidad y confianza en sí mismas.

Por tal motivo cualquier miembro del personal de enfermería debe hacer frente a las necesidades de salud mental de la mujer doliente, ya que es un fundamento importante en la profesión por ser quienes ayudan a las pacientes a afrontar éste problema y a cubrir sus necesidades vitales exactamente igual que el resto de nosotros.

Aquí la importancia de la comunicación que la enfermera deberá aprender para poder hablar y desarrollar conversaciones con sus pacientes de tal forma que se vuelvan parte de un ambiente terapéutico total, mostrando una actitud de aceptación, tolerancia y genuino interés en ellas, con objeto de que las pacientes se sientan protegidas en una experiencia que le sirva de apoyo emocional, envueltas en un clima de mutua confianza y respeto ; por tanto el cuidado no puede ser descrito en términos de rutinas y procedimientos, si no que tiene que ser comentado en términos de actitudes, sentimientos, relaciones y comprensiones.

Cuando se presenta una pérdida perinatal, el cuidado brindado tanto para el bebé como para la madre es una parte significativa y de él depende que la doliente se enfrente a un duelo “normal”, de que no haya consecuencias graves en el estado psicológico de la paciente; y aún que es una parte importante no descartamos que trastornos psíquicos dejen de presentarse en algunas de las pacientes, pero sin duda brindando un cuidado esencial se reducirá este riesgo.

Como Boff menciona el cuidado es más que un acto; es una actitud que abarca mas allá de un momento de celo y de desvelo (Boff, 2002), donde el personal de enfermería que atiende a pacientes con una pérdida perinatal tendrá que tener una actitud de responsabilización y de compromiso afectivo con el otro y de esta manera brindará cuidados para evitar que nuestra paciente deje de ser ser humano al descuidar de ella y evitar que se desestructure, se marchite, pierda el sentido y muera espiritualmente.

Así entender que el cuidado es tan importante para la vida humana y para la preservación de todo tipo de vida y que el ser humano es esencialmente un ser de necesidades que deben ser satisfechas.

Cuidado significa, entonces, desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención y delicadeza que en lugar de agresividad por parte del personal de enfermería, haya convivencia amorosa, en vez de dominación, hay compañía afectuosa, al lado y junto con el otro, por tanto el personal de enfermería obstétrica deberá abrir bien los ojos, pero no los del cuerpo si no los del alma, ya que no se ve bien sino es con el corazón. Lo esencial es invisible a los ojos.

4.2.1 Hacía la mamá

Cuando el personal de enfermería se enfrenta ante la situación de una pérdida perinatal, es prudente que desde el principio inicie una relación terapéutica aceptable, en donde el primer paso sería comenzar por presentarse así misma, explicando al mismo tiempo su posición en la unidad; mostrar el interés por conocer a la paciente con quien va a trabajar utilizando frases como: “¿me quiere ayudar a aprenderme su nombre?”⁵; entonces la enfermera se dará a la necesaria tarea de aprenderse los nombres y conocer las personalidades con quienes va a trabajar.

También es importante que en la creación de una relación terapéutica se cree un ambiente cordial; con acciones tan simples como la de sentarse cerca o a lado de las pacientes a fin de establecer un clima físico en el que la paciente sienta que la enfermera le está dando su interés y su tiempo.

Así Meza (2011:1) afirma que la participación del personal de enfermería resulta trascendente en la elaboración del duelo durante el proceso de pérdida perinatal, facilitando la resolución del evento y la reincorporación de los afectados a sus actividades de la vida diaria.

⁵ La conversación es el principio lógico de cualquier relación, que lleva como objetivo original lograr una comunicación terapéutica (Mereness, 1973).

Sin embargo, la atención de enfermería deficiente ante una pérdida, interfiere negativamente el proceso normal de duelo y podría transformarlo en un proceso de duelo complicado, es por eso que los profesionales de enfermería y obstetricia entrevistados aluden que para prestar estos cuidados se deberá ser sumamente empático, sensible y respetuoso, pues la pérdida de un bebé , es un dolor muy grande donde la madre se siente responsable del bienestar y seguridad de su hijo y cuando éste muere, la pérdida suele ser vivida como un fracaso y con una gran culpa.

De aquí la importancia de que la enfermera se prepare profesionalmente y en lugar de evitar el contacto con las pacientes por que tema dañarlas psicológicamente, pueda ayudarlas tratando de conocerlas para desarrollar la habilidad de trabajar terapéuticamente con ellas y que reflexione concienzudamente sobre el contenido de la experiencia que le provoco alguna vez desequilibrio emocional, comentando con otra persona más hábil, con mayor experiencia profesional y lo más importante que regrese ante la paciente preparada a proceder con mayor comprensión y en una forma más útil.

En los testimoniales se refleja que hay que proporcionar un cuidado con mayor tacto a estas pacientes pero sin distinciones que les puedan perjudicar emocionalmente ante las demás, enseñándoles desde la forma de respirar cuando están en el trabajo de parto si así es la situación, ponerse el papel de enfermera – mujer para tratarlas con la sensibilidad que merecen, permitiéndoles un ambiente de confianza y sinceridad, para que puedan exteriorizar sus sentimientos y así

mismo respetar ante todo sus creencias y valores, para favorecer satisfactoriamente las etapas del duelo al que están sometidas.

Aluden al acompañamiento como un papel importante en donde no necesariamente implica hablar y decir palabras que en muchas ocasiones suelen ser no acertadas, que basta con una simple caricia que como menciona Boff (2002) constituye una de las expresiones máximas del cuidado; la mano que toca, la mano que acaricia, la mano es más que una mano, por tanto la caricia toca lo profundo del ser humano y alcanza su centro personal.

Si acariciamos, entonces mostraremos la paciencia que toca sin herir, por otro lado es importante mencionar que el rostro y la mirada lanzan siempre una propuesta que busca una respuesta y es así que nace la responsabilidad del personal de enfermería obstétrica, la obligación de dar respuestas.

Así pues cuidar de nuestra salud implica mantener nuestra visión integral, buscando un equilibrio, siempre por construir, entre el cuerpo, la mente y el espíritu. Cuidar de nuestra alma en su totalidad.

Todo esto para hacerle sentir a la paciente nuestro apoyo, escuchándola con atención y respeto; explorándola previamente y preparándola psicológicamente para que tome decisiones que pueden ser difíciles como la de si desea ver o no a su bebé.

Lo anterior se cita en los siguientes testimonios:

[...] “Cuando le dices va a pasar la contracción, respire un poco más, tranquilícese, no se altere, trate de respirar, en pocas palabras estas teniendo una empatía [...]” (Luz).

[...] “Diciéndoles las palabras acertadas en ese momento como: así fue, hay que tratar de ser fuertes, armarse de valor y dar palabras de aliento, es darle la misma atención pero siendo un poco mas fría [...]” (Luz).

[...] “Se lo presentas a la mamá, es triste pero lo tienes que hacer [...]” (Luz).

[...] “Como enfermera tenemos que dar atención directa, decirle y acompañarla más que nada en esa etapa de su vida [...]” (Mar).

[...] “La mamá tiene que tener la experiencia de tener en sus brazos a su bebé, apoyándola dándole acompañamiento lejos de decirle que va a estar bien, que la edad, que puede volver a embarazarse [...]” (Mar).

[...] “Decirle que no respiro, que no lloro es muy importante [...]” (Mar).

[...] “Permitirle que ese duelo por esa pérdida, ellas lo sientan y así experimenten sus emociones y sentimientos [...]” (Mar).

[...] “Los cuidados sean de calidez de manera humana, holística y considerar cuáles son las creencias y valores de la mujer [...]” (Mar).

[...] “Necesita que yo este ahí probablemente tocándole su mano, su hombro o ella sintiendo mi compañía, mi apoyo [...]” (Mar).

[...] “Lo que yo hago es dirigirme a la paciente con respeto [...]” (Sol).

[...] “Respetar cualquiera que sea su decisión acerca de lo que se haga con su bebé siempre y cuando esté permitido y regido por normas y atenciones propias de enfermería como las del hospital [...]” (Sol).

[...] “Se le brindaron los cuidados que se le dan a una paciente que llega bien con su trabajo de parto, se canalizó, tomaron muestras de laboratorio [...]” (Chavi).

[...] “Le estuve hablando, tratando de protegerla, abrazarla, de decirle tranquila no estas sola [...]” (Chavi).

[...] “Solo tratamos de consolarla, recuerdo que yo le apretaba la mano, el hombro y tranquila le decía [...]” (Chavi).

[...] “Uno de los principales cuidados que realizo cuando se presenta una pérdida perinatal es el acompañamiento, el estar ahí con la persona y facilitarle un drenaje emocional les ayuda mucho no debemos racionalizar la pérdida por que en esos momentos la persona no esta para razonar si no para sentir y llorar [...]” (Vera).

[...] “Hay que tener tacto y si habría que explorar a la mamá para ver que es lo que quiere que se haga o ella hacer con su bebé, pero antes darle una preparación [...]” (Vera).

[...] “Debemos respetar ante todo el evento, a veces, acompañar no implica hablar o razonar mucho menos decir frases que no ayudan [...]” (Vera).

[...] “Si la decisión es verlo permitírsele y darle un tiempo con el cuerpo de su bebé, lo ideal es que sea en compañía de la pareja o de algún otro familiar [...]” (Vera).

[...] “Respeto su decisión y actitud, le doy tiempo y cuando la paciente decide comentarlo debemos disponernos a tener ese contacto con algo tan especial como el acompañamiento [...]” (Caty).

[...] “No necesariamente necesitan que les digas algo, tienen que pasar su duelo desahogándose a su manera incluso negándose [...]” (Merry).

[...] “El simple acompañamiento y hacerle sentir que ahí estas presente para lo que la paciente necesita es más que suficiente, esperar a que te dé la pauta para saber que hacer, y no que tú actúes sobre lo que sabes que debes hacer [...]” (Merry).

[...] “No debemos restringirlas ante su duelo ya que tienen la pérdida de su bebé y están tratando de vivir con ese dolor [...]” (Merry).

Los profesionales de enfermería obstétrica hacen importante dentro de los cuidados de afrontamiento que realizan con la mujer doliente la capacidad de escucha activa, como un factor que rodea en un 100% estos cuidados, ya que refieren que el acompañamiento no implica necesariamente emitir palabras o realizar acciones, si no que basta con hacerle sentir a la mujer que no esta sola al solo escucharla cuando ella lo necesita.

Sin embargo podemos ver también que se utilizan a menudo frases inaceptables y que son punto de preocupación, ya que el personal de enfermería debe saber que con esto en lugar de ayudar a nuestras pacientes podemos perjudicarlas en su salud emocional a futuro.

Al mismo tiempo consideran que el hecho de que la madre conozca a su bebé es un factor importante para que se disipen algunas de las dudas que llegaran a tener, se eviten malos entendidos dentro de la institución y con el personal de salud.

Es importante mencionar que la elaboración del duelo no significa hacer olvidar, sino poder recordar desde el presente al producto perdido, manteniendo el contacto con la realidad, por lo que el duelo es un proceso, no un estado.

Con respecto a este punto González (2002) afirma que la duración de este proceso es variable, la norma acepta un período de seis meses para la elaboración del mismo (González, 2002; citado por Meza, 2011), sin embargo hay duelos que no se resuelven satisfactoriamente y tardan años en ser resueltos; por eso la participación del personal de enfermería en la elaboración y resolución del duelo es especialmente importante ya que la labor de acompañamiento será útil cuando sea tranquilizante para las pacientes que han tenido una pérdida perinatal, en donde en lugar de proferir palabras huecas la enfermera pasa cierto tiempo con la mujer doliente escuchando y analizando la expresión de sus sentimientos, considerando su problema con cuidado y aceptando sus lagrimas sin hacer comentarios, o simplemente diciéndole que es razonable llorar ⁶.

⁶ Mediante la escucha activa la enfermera logra darle a la paciente la sensación de que se preocupa en forma genuina de su problema y podrá confortarla de verdad permaneciendo sentada en silencio a su lado.

Cuidados de afrontamiento hacia la madre que ha perdido un hijo son muchos; que como tal le competen al personal de enfermería, entre ellos también se menciona:

Brindar atención directa, siempre con respeto ante las decisiones y actitudes que se adopten, y no forzar a la paciente a hablar de la situación, si no dejarla hasta que ella decida comentarlo, entonces debemos disponernos a tener ese contacto con algo tan especial como el acompañamiento, al mismo tiempo dejarlas que experimenten sus sentimientos y emociones, permitiéndoles un espacio junto a su bebé y su pareja si es posible y así lo desean, tomando en cuenta sus creencias y valores sin tratar de racionalizar la pérdida por que en esos momentos la persona no esta para razonar si no para sentir y llorar.

Por tanto la importancia del uso terapéutico que la enfermera obstetra haga de sí misma, ya que puede ser una poderosa influencia si se lleva a cabo con conocimiento y destreza, siendo éste el único instrumento que solo ella posee y dirige, habiendo dos formas en las que puede influir directamente en el cuidado de las pacientes, una radica en el uso que ella hace de sí misma al tratar cara a cara con este tipo de pacientes y la otra en las actividades diarias que la paciente vive y que son dirigidas por la enfermera; la clave del éxito en ambas esferas es la forma como utilice su personalidad para interactuar en forma terapéutica con las pacientes.

Entonces si la enfermera quiere que una relación se vuelva terapéutica debe de ver a sus pacientes como seres humanos irremplazables que experimentan temores, alegrías, esperanzas, penas y desarrollar relaciones positivas con sus pacientes para comprender las respuestas emocionales y el probable significado de una gran parte de sus conductas, es importante mencionar que la relación terapéutica enfermera-paciente se presenta de manera diferente en cada situación.

Es así como la terapeuta, dentro de la relación enfermera-paciente trata con su capacidad profesional, habilidades y conocimientos, ayudar a sus pacientes que sin duda tienen problemas emocionales, mediante la fase de conocimiento y establecimiento de responsabilidades básicas entre la relación, otra fase donde se logran los objetivos; para terminar con el componente emocional donde la relación decrece gradualmente.

No es posible desarrollar un ambiente terapéutico sin la guía enérgica e inteligente de una enfermera, esto por que las pacientes las ven como una persona comprensiva con quien pueden discutir sus tensiones emocionales.

En un ambiente terapéutico la seguridad de las pacientes depende mas que nunca de las enfermeras, quienes deben estar alertas para reconocer cualquier cambio en el estado emocional de las pacientes e intervenir en el momento apropiado, por lo que es necesario mantener una continua comunicación con el demás personal de salud, esto se reflejará en un adecuado clima

terapéutico y en la experiencia total que la paciente viva en el hospital, dependerá especialmente del nivel de orientación profesional que la enfermera establezca ⁷.

Para complementar decimos que como enfermera obstétrica que ayuda a las pacientes en el cuidado de afrontamiento a su pérdida debe:

- Permitir y velar por la intimidad del niño y de la mujer doliente, dejando que se produzcan expresiones propias, necesarias de dolor y tristeza: que llore, que grite, que maldiga, que de rienda suelta a su aflicción porque ello le puede ayudar a elaborar el duelo en una forma natural y adecuada.

- Debe crear el establecimiento de simpatía mutua, sinceridad y confianza, ya que sirve como base para una relación terapéutica activa.

- Debe informar, aclarar errores de interpretación en cuanto al estado físico, objetivo del tratamiento y medidas adoptadas.

- Para valorar y analizar el estado emocional de la paciente en relación a la muerte es necesario saber escuchar, que implica permanecer en silencio pero no en pasividad. *La escucha activa* por parte del personal de enfermería tranquiliza a las pacientes, al estar con ellas durante el tiempo en que quieran hablar, sin mostrar sorpresa o desaprobación cuando éstas exteriorizan sentimientos negativos o decisiones que podrían ser escandalizantes.

⁷ La relación terapéutica es concebida según las principales corrientes psicológicas, alrededor de tres conceptos, considerados importantes en diverso grado dentro de cada relación terapéutica: la autenticidad, la aceptación incondicional o la empatía, manifestada por Rogers (Moreno, 2010)

Quien escucha puede y debe ser una enfermera activa, alerta e interesada en la plática; esto no puede fingirse; si realmente hay interés, se nota en la cara de quien escucha, en la forma en que mira y en las palabras de estímulo que da al que habla.

Es importante decir que si la enfermera no ha entendido algo cuando entabla una conversación, es mejor que pida la repetición de esa parte, ya que de no poder seguir la lógica, la paciente descubre en tan poco tiempo que la enfermera ha perdido la secuencia y el significado de la plática; ésta es una forma de perder la confianza de la paciente, y no puede ser posible para una relación terapéutica favorable.

Así entonces las (os) enfermeras (os) que buscan un acercamiento emocional y profesional con mujeres que han sufrido la pérdida de su bebé pueden ayudarlas mucho mejor a identificar sus necesidades y a satisfacerlas con cierta madurez; sin tal acercamiento, la enfermera (o) solo prestará una ayuda terapéutica muy pequeña. Al mismo tiempo:

- Debe saber guiar una comunicación no verbal, ya que ayuda a determinar sentimientos y emociones subjetivas; que constituye datos revelados a través de expresiones faciales, tono de la voz, posturas físicas, ademanes, actitudes intelectuales y emociones en general.

- Debe ayudar y orientar en los trámites burocráticos tales como autorización de autopsia si es necesario, obtención del producto, carta de defunción y gestiones funerarias.

- Debe estimular y respaldar la participación de la paciente y su familia en la asistencia y toma de decisiones; sin emitir juicios de valor acerca de las decisiones tomadas, si el objetivo es ayudar a la paciente, el hecho de dar un consejo o emitir juicios en sus decisiones, sugiere que uno como personal de enfermería trata de imponer los propios valores y decisiones sobre los de la paciente, al respecto Mereness (1973) afirma “ni los consejos ni las persuasiones serán útiles, ya que liberan a la doliente de la responsabilidad de tomar una decisión inmediata y hacen que sea dependiente de otras personas ante cada decisión”, en vez de dar consejos es más útil explorar con la paciente los aspectos positivos y negativos de las decisiones posibles que ella pueda tomar, el objetivo de esto sería ayudar a la paciente a identificar la decisión que una vez tomada pueda hacer que se sienta más tranquila.

- Si la muerte es predecible es recomendable brindar a los padres la oportunidad de estar con el niño, de abrazarle, hablarle, brindarle un nombre, si es posible (Oviedo, 2009:217), tomarle fotos, guardar la ficha de identificación de su bebé, brindarles una tarjeta con las huellas del bebé e incluso guardar un poco de su cabello.

Existen estudios que indican que si los padres crean recuerdos y hacen del bebé una persona tangible a través de verlo muerto, ponerle nombre y hacer un funeral, les ayuda a elaborar el duelo y evita complicaciones (Forres, 1982; citado por Meza, 2011).

Por último aludo a la Madre Teresa de Calcuta en el cuidado esencial de Leonardo Boff con lo siguiente y muy importante: Más que las medicinas, es ésta actitud de cuidado esencial lo que cura y rescata a la humanidad herida.

4.2.2 *Hacia el cuerpo del bebé*

La muerte es inevitable en el proceso vital de la persona, tan natural como nacer o crecer, pero este suceso es el más difícil de afrontar (Oviedo, 2009:218); por eso para el personal de enfermería es una situación incómoda prestar sus cuidados a una persona que ha perdido la vida, sin embargo es parte de su compromiso como profesional y por tal debe brindar cuidados a personas que lo necesiten sea con vida o sin ella.

Cuando se enfrentan a una pérdida perinatal el papel que desempeñan es doble, pues deben brindar cuidados tanto a la mamá en el proceso de duelo como al cuerpo inerte del bebé, con el respeto que merece como ser humano de tener una muerte digna.

Así los profesionales de enfermería obstétrica aluden al cuidado del bebé con trato humano, ya que merece que se le trate como a cualquier otro niño que tiene la dicha de vivir.

Como se muestra en los siguientes testimonios:

[...] “cuando me entregan al bebé es buscar si hay una frecuencia fetal, aun que sé que el bebé esta muerto, trato de ver si hay una fuente de vida todavía. Cuando me doy cuenta de que no es así, hago una mortaja con el niño y así le das sus cuidados, lo acomodas en la cama, lo limpias, cortas el cordón [...]” (Luz).

[...] “Atendemos al cuerpecito y le damos sus cuidados [...]” (Mar).

[...] “Aceptar las decisiones que la mamá tome como darle la bendición, rezarle alguna oración, cosas de acuerdo a su religión [...]” (Vera).

[...] “Obviamente ya le iba dando reanimación al bebé, lo trataron de intubar [...]” (Merry).

[...] “Como obstetra siempre vas a sentir nervios, vas a estar estresada por que sabes que de ti dependen dos personas muy importantes [...]” (Merry).

Los testimoniales nos remarcan la necesidad de cuidado a ese cuerpecito inerte, ya que en gran parte, de ellos depende la forma en como su madre lo recuerde si su decisión a sido verlo, por esto la importancia de prepararlo bañándolo, vistiéndolo incluyendo a la madre en las actividades si procede, limpiarlo, cortar el cordón y cubrirlo al hacer una mortaja, antes de mostrárselo a la doliente y a sus familiares.

Así mismo la guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal (2012) menciona que es de suma importancia que “el personal sujete al bebé en sus brazos cuando pregunta a la madre si lo quiere ver o cargar, ya que así se transmite que es un bebé querido y que se le trata con cariño”.

Tal vez se oye difícil, pero es necesario que los familiares o la madre realicen algunos ritos de acuerdo a sus creencias y valores si así lo deciden como: bautizarlo, vestirlo o permanecer un rato a solas con su bebé. La despedida es

importante, ya que ayuda a la madre a que acepte que tuvo una pérdida y que su bebé existió.

Por tanto cualquier profesional que tenga que tratar con un paciente producto de una pérdida perinatal deberá previamente pactar con sus sentimientos personales, aceptar las limitaciones de sus medidas terapéuticas y aprender a reducir sus tensiones y desmoralización.

Si el profesional consigue superar su crisis y tolerar estas situaciones, deberá continuar atendiendo tanto a la madre como al bebé; en caso contrario, no.

Cuando se superan estas dificultades, el resultado final suele ser positivo, ya que ese profesional se experimenta más crecido y maduro en el ámbito profesional y personal.

CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES.

La experiencia de la enfermera obstétrica ante una pérdida perinatal da evidencia principalmente a una de las categorías emergidas en esta investigación “subjetividad/corporalidad” mediante la forma de sentir y actuar que inunda a los profesionales al experimentar una situación de este tipo, describiendo los sentimientos y emociones que se apoderan de ellos y que traen consigo actitudes/comportamientos, que en diversas ocasiones suelen ser desaprobados tanto por la paciente como por compañeros de la misma profesión que tienen mayor preparación ante este tipo de situaciones.

Así mismo se muestra que las experiencias de dolor que viven los profesionales ante la muerte de un ser pequeñito, están representados por los significados encontrados y plasmados en esta investigación. En cuanto a los sentimientos y emociones (primera subcategoría) que guardan en su subjetividad al brindar el cuidado, se reflejan en conceptos de frustración, tristeza, culpa, miedo, impotencia, trauma, sorpresa, impacto y sufrimiento.

Mientras que sus comportamientos y actitudes (segunda subcategoría) los relacionan al sentir/pensar que cada uno de ellos tienen hacia el tema de la muerte y duelo, en donde también se basan en experiencias vividas, en factores que intervienen y condicionan la relación que establezcan con sus pacientes como el apego o involucramiento, empatía entre otros, reacciones que de alguna manera son naturales ante éste fenómeno, pero que vale hacer conciencia para

lograr tener un mayor control subjetivo y obtener mayor reconocimiento de nuestra profesión

Todo lo anterior forma parte de la evidencia al daño mental que las (os) enfermeras (os) obstetras pueden llegar a tener si no logran conocer sus propias sensaciones emocionales y sentimentales, mismas que ayudarán a canalizar todas sus energías para reinvertirlas en el cuidado de sí mismos y así seguir laborando con interés y dedicación necesaria, sin dejar a lado el sentir, sufrimiento y contexto en el que se desenvuelven sus pacientes, con el fin de lograr un cuidado humanizado, holístico y empático que dé como resultado un adecuado cuidado de afrontamiento (segunda categoría).a las pérdidas para brindar a la mamá y al mismo cuerpo del bebé (subcategorías).

Así concluimos que la pérdida de un bebé es vivida de manera única e individual por cada una de las (os) enfermeras (os), a pesar de que existan elementos comunes, afirmando que una misma pérdida tiene un significado distinto para los diferentes profesionales de enfermería, porque cada uno de ellos la percibe de manera distinta, y depende del sentido y calidad de cuidado, dependencia o independencia (apego, empatía) que se ha generado e inversión emocional de la relación establecida con la paciente y/o familiares.

Se determina que la mayoría de los profesionales de enfermería obstétrica, no cuentan con la formación profesional necesaria, ni orientación y recursos en el interior de las instituciones donde laboran que les ayude a enfrentar la muerte perinatal, por tanto, son los profesionales de enfermería quienes se enfrentan de

una manera subjetiva a esta experiencia, de ahí que sientan dificultades para relacionarse con las mujeres con duelo perinatal, con sus familiares y que las reacciones sean significativamente distintas como distintas son las personas.

5.1 Propositiones

Las proposiciones resultantes de los hallazgos de esta investigación “la experiencia de la enfermera obstétrica ante una pérdida perinatal” son las siguientes:

- La profesión de enfermería es totalmente humanística, en donde además de los conocimientos científicos, se incorporan principios éticos (sentimientos, emociones) y humanos (actitudes, comportamientos).

- Cuidar de la salud implica mantener una visión integral, buscando un equilibrio, siempre por construir, entre el cuerpo, la mente y el espíritu, es cuidar de nuestra alma en su totalidad.

- La dimensión subjetiva configura la esencia del cuidado y sensibiliza a los profesionales de enfermería para entender la magnitud de sufrimiento que les genera una pérdida perinatal tanto a ellos como a las mujeres que han perdido un hijo.

- Los profesionales de enfermería como seres humanos tienen costumbres, vivencias, educación ante lo profesional y espiritual, así como en su cotidianidad ejercen roles (madre, padre, esposa (o), amas de casa, etc), que los hace que sientan, piensen, actúen de acuerdo a sus experiencias; por lo que saber que

todas las personas formamos parte de un ciclo en donde la muerte forma parte de éste, no basta para sustraerse al significado de enfrentar a menudo la pérdida perinatal; y que trae reacciones, emociones o actitudes que reflejan el dolor que enfrentan como respuesta a ese estímulo desagradable llamado muerte.

- Es el cuerpo de los profesionales de enfermería quien siente miedo tan constrictivo, que les resulta difícil fijar su atención sobre los problemas emocionales de las pacientes, al llevar una carga de sus propias emociones. Siente tristeza, expresada como la forma de mostrar su pena de abatimiento, infelicidad, desesperación, llanto, melancolía; es la que generalmente bloquea el cuidado enfermero, inclusive puede provocar depresión y siente trauma, impacto, coraje, sorpresa, sufrimiento.

- El cuidado de los profesionales de enfermería y obstetricia no puede ser descrito en términos de rutinas y procedimientos, si no que tiene que ser comentado en términos de actitudes, sentimientos, relaciones y comprensiones mediante un ambiente terapéutico total que les brinde un clima de confianza, respeto, aceptación, tolerancia y genuino interés en las pacientes.

- El personal de enfermería que atiende a pacientes con una pérdida perinatal tiene una actitud de responsabilización y de compromiso afectivo con el otro, y de esta manera brinda cuidados para evitar que nuestras pacientes dejen de ser ser humano al descuidar de ellas y evitar que se desestructuren, se marchiten, pierdan el sentido y mueran espiritualmente; por tanto el personal de

enfermería obstétrica deberá abrir bien los ojos pero no los del cuerpo si no los del alma, ya que no se ve bien sino es con el corazón.

- Para brindar cuidados de afrontamiento la capacidad de escucha activa es necesaria, ya que es un factor que rodea en un 100% estos cuidados, mediante el acompañamiento, mismo que es útil cuando es tranquilizante para las pacientes, en donde en lugar de proferir palabras huecas la enfermera pasa cierto tiempo con la mujer doliente escuchando y analizando la expresión de sus sentimientos, considerando su problema con cuidado y aceptando sus lagrimas sin hacer comentarios desaprobados.

- La actitud constituye un componente esencial de la persona en general y permite actuar después de un estímulo de una forma determinada, de tal manera que cuando un profesional de enfermería obstétrica enfrenta una pérdida perinatal sus actitudes y comportamientos se basan en experiencias vividas, quienes a su vez cuentan con conocimientos profesionales y adquiridos a lo largo de la vida laboral.

- La actitud de cuidado provoca preocupación e inquietud, teniendo comportamientos envueltos entre: empatía, apego e involucramiento, valentía, dureza e insensibilidad, soledad y desamparo, es por ello que como enfermeras debemos desarrollar una comprensión propia más allá del nivel intuitivo.

- Los profesionales de enfermería afirman que el hecho de no estar preparados para abordar de manera efectiva este fenómeno hace que se vean envueltos frecuentemente en situaciones que podrían poner en riesgo su salud física y mental, por ello la importancia de reconocer, admitir, analizar las dimensiones de su persona y clarificar sus emociones integrando sus sentimientos experimentados acerca de la muerte, a fin de estar en condiciones de apoyar a personas en el último tiempo de la vida. Mientras no se logre este objetivo, es poco probable que el personal de enfermería obstétrica pueda adquirir la habilidad y las actitudes que le harán posible convertirse en una influencia terapéutica en el ambiente de la mujer que ha sufrido su pérdida.

- Que el profesional de enfermería obstétrica reconozca su comportamiento como inadecuado, lo sustituya por otro mas conveniente y útil es el primer paso para adquirir un cierto control sobre la situación en que uno como personal de enfermería se encuentra al enfrentarse a situaciones de pérdida.

- Cualquier miembro del personal de enfermería debe hacer frente a las necesidades de salud mental de la mujer doliente, ya que es un fundamento importante en la profesión, por ser quienes ayudan a las pacientes a afrontar su pérdida perinatal y a cubrir sus necesidades.

- El impacto que la comunicación no verbal, tal como el lenguaje corporal produce en la salud de las mujeres que han tenido una pérdida perinatal es mayor del que muchas de las enfermeras percibimos, ya que suponen mas del 90% del significado recibido de un mensaje, incluso el silencio será mejor compañía que

ofrecer consuelo mediante comentarios que son inaceptables; aquí la importancia de las frases a utilizar si es que se diera el caso. (Véase *anexo No.1*)

- En la creación de una relación terapéutica es importante que desde el principio sea de una forma aceptable, en donde el primer paso es comenzar por presentarse el profesional de enfermería así mismo, creando un ambiente cordial con acciones tan simples como la de sentarse cerca o a lado de las pacientes a fin de establecer un clima físico en el que la paciente sienta que la enfermera le está dando su interés y su tiempo; ya que la atención de enfermería deficiente ante una pérdida, interfiere negativamente el proceso normal de duelo y podría transformarlo en un proceso de duelo complicado

- Toda relación humana y terapéutica requiere tres condiciones fundamentales: autenticidad (que implica deshacerse de toda carga de preconcepción, prejuicios o estereotipos antes de comenzar a investigar, educar o asumir como terapeuta), aceptación (aceptar al otro sin pretender juzgarlo a través de nuestros propios valores y creencias) y empatía.

- El uso terapéutico que la enfermera obstetra haga de sí misma, es una poderosa influencia si se lleva a cabo con conocimiento y destreza, la clave del éxito en ambas esferas es la forma como utilice su personalidad para interactuar en forma terapéutica, así se debe ver a las pacientes como seres humanos irremplazables que experimentan temores, alegrías, esperanzas, penas y desarrollar relaciones positivas para comprender las respuestas emocionales y el probable significado de una gran parte de sus conductas.

- El personal de enfermería trabaja con pacientes que muestran una amplia gama de conductas y estilos de afrontar sus pérdidas; fomentar la responsabilidad es una intervención primaria con las pacientes que tiene dificultades emocionales, ya que les ayuda a construir su autoestima, dignidad y confianza en sí mismas.

-El estado emocional al que se someten las mujeres que han tenido una pérdida perinatal las torna más sensibles, con facilidad para detectar comportamientos fríos y hostiles que se ocultan bajo las aseveraciones y actos de la enfermera que las atiende, por el contrario nunca olvidan la comprensión, el respeto, la amabilidad innata y el calor genuino que reciben del personal de salud.

- La enfermera (o) que busca un acercamiento emocional con sus pacientes en lugar de evitar el contacto con ellas por que teme dañarlas psicológicamente, se ayuda mejor tratando de conocerlas, identificando sus necesidades y a satisfacerlas con cierta madurez, así desarrollará la habilidad de trabajar terapéuticamente con ellas y esté preparada para proceder con mayor comprensión y en una forma más útil; sin tal acercamiento la enfermera sólo prestará una ayuda terapéutica muy pequeña.

- Todo comportamiento tiene un significado y toda conducta es la respuesta a una necesidad humana y sirve a un objetivo, así la indiferencia es una de las reacciones que más han dañado a las pacientes en sus relaciones posteriores con otras personas, pero es natural que la enfermera reaccione ante las situaciones de pérdidas, aunque a veces es difícil interpretar con precisión o recibir el mensaje que el personal de enfermería envía con su comportamiento.

- El acompañamiento como un papel importante no necesariamente implica hablar y decir palabras no acertadas, basta con una simple caricia como menciona Boff que constituye una de las expresiones máximas del cuidado; la mano que toca, la mano que acaricia, la mano es más que una mano, por tanto la caricia toca lo profundo del ser humano, alcanza su centro personal.

- La expresión restringida de los sentimientos, emociones y la responsabilidad de mostrarse como el pilar “fuerte” emocional para sus pacientes ante una pérdida perinatal evidencia la carga emocional que se apodera de los profesionales de enfermería y obstetricia, ya que sienten frustración, miedo, culpa, tristeza, etc.

- Cuando las enfermeras controlan de una forma rígida su conducta personal y sus respuestas emocionales ante otras personas les será difícil desarrollar una relación que ayude a sus pacientes; no obstante, los temores suelen ir desapareciendo conforme se desarrolla el conocimiento y la comprensión, haciendo frente con franqueza a tal hecho.

- La reflexión concienzuda sobre el contenido de la experiencia que les provoco desequilibrio emocional, puede ayudar a los profesionales comentando con otra persona más hábil, y con mayor experiencia profesional.

- Cualquier profesional que tenga que tratar con un paciente producto de una pérdida perinatal deberá previamente pactar con sus sentimientos personales, aceptar las limitaciones de sus medidas terapéuticas y aprender a reducir sus tensiones y desmoralización, si el profesional consigue superar ésta crisis y tolerar

estas situaciones, deberá continuar atendiendo tanto a la madre como al bebé; en caso contrario, no. Cuando se superan estas dificultades, el resultado final suele ser positivo, ya que ese profesional se experimenta más crecido y maduro en el ámbito profesional y personal.

- El cuidado hacia el bebé es el mismo que se debe brindar a cualquier otro niño que tiene la dicha de vivir por eso es importante que el personal lo sujete en sus brazos cuando pregunta a la madre si lo quiere ver o cargar, ya que así se transmite que es un bebé querido y que se le trata con cariño.

- La elaboración del duelo no significa hacer olvidar, sino poder recordar desde el presente al producto perdido, manteniendo el contacto con la realidad, por lo que el duelo es un proceso con etapas y manifestaciones (*Véase anexo No.2*), no un estado, así el hecho de que la madre conozca a su bebé permitiéndole un espacio junto a él tomando en cuenta sus creencias y valores sin tratar de racionalizar la pérdida, es un factor para que se disipen algunas de las dudas que llegara a tener, se eviten malos entendidos dentro de la institución y con el personal de salud.

- La despedida es importante, ya que ayuda a la madre a que acepte que tuvo una pérdida y que su bebé existió, de ahí la importancia de que realicen algunos ritos de acuerdo a sus creencias y valores si así lo deciden como: bautizarlo, vestirlo o permanecer un rato a solas con su bebé.

- Tener experiencias por repetidas ocasiones de pérdidas perinatales, servirá a algunos profesionales de enfermería a saberse enfrentar a estas circunstancias y serán capaces de afrontar con competencia y eficiencia las demandas de los cuidados y retos que la misma profesión nos impone esto dará como resultado una mejor atención perinatal

- La naturaleza es más fuerte y se antepone a los conocimientos profesionales, dejándonos muchas veces sin armas ante la muerte, de aquí que el personal de enfermería tenga expresiones comunes de desesperanza, desánimo, sensación de pesadez e impotencia para el actuar de enfermería.

5.2 Recomendaciones

- Se sugiere continuar elaborando estudios acerca de la parte subjetiva que tienen los profesionales en enfermería y obstetricia al enfrentarse a diversas situaciones de pérdidas y como sus sentimientos / emociones influyen en su cuidado, así como de estudios que se enfoquen en la importancia de la relación terapéutica que la enfermera debe tener con sus pacientes.

- Incluir durante la carrera formativa asignaturas como la de salud mental, que nos ayuden a desarrollar habilidades y estrategias de afrontamiento para la vida y el manejo del duelo materno, con el fin de mejorar la formación de profesionales y así tener mayor control en las situaciones de pérdidas perinatales con respecto a nuestra emocionalidad.

- Incluir más a fondo el tema de la muerte y el duelo junto con sus fases para su conocimiento en la etapa formativa de carreras en el área de las ciencias de la salud, fundamentalmente las de medicina y enfermería y en todos los cursos de postgrados clínicos de ambas carreras.

- Implementar clases o cursos, seminarios o programas teórico – prácticos y metodológicos que lleguen a los compañeros que estén en este tipo de áreas encaminadas a lo humanístico, psicológico, lo emocional y tanatológico para que nos proporcionen una serie de herramientas para actuar con objetividad al atender a personas que estén en el trance de una pérdida perinatal.

- Tratar el tema en sesiones clínicas y proponer exposiciones tocante a las pérdidas perinatales

- Se recomienda tomar en cuenta a nuestros colegas y aprender de ellos, prepararse en otras áreas de forma individual acudiendo a instituciones de salud educativas a cursos que las mismas ofrecen o particularmente estudiar algún tema de un área específica que sea de nuestro interés, y así podamos brindar un mejor apoyo a las personas que cuidamos.

- A nivel de una institución propondría trabajo en equipo multidisciplinario que haya personal específico para el área perinatal, ya sea especialistas perinatales o licenciados en enfermería y obstetricia, que sepan manejar las cosas por interés, conocimientos, vocación y que desde urgencias hasta hospitalización este presente enfermería, trabajo social, psicología de tal manera que los tres estén en la misma frecuencia, ya que debemos de atender las comodidades de las pacientes no las del equipo de salud.

- Crear grupos de apoyo para el personal de enfermería dentro de las instituciones en donde se presentan pérdidas perinatales, donde se les permita compartir sus experiencias con otros colegas que también enfrentan esta situación y puedan perder el miedo a decir lo que sienten teniendo esa confianza de expresar sus dificultades con sus compañeros. Así mismo si el atender a una pérdida de este tipo les supone un problema que sea por una pérdida personal, un problema religioso, etc, tengan la libertad de hablarlo con su superior inmediato para ver si otra persona puede atender a este parto.

- Se sugiere el manejo del sentido del humor de los profesionales en enfermería y obstetricia expresado a través de la risa, ya que psicológicamente libera la ansiedad, y esto puede traducirse en una sensación de bienestar y relajación (Gonzales, 2005; citado por Campos, 2006).

- Tomar en cuenta que no sean siempre los mismos profesionales quienes atiendan a las madres o familiares que sufren este tipo de pérdida y asegurar que haya tiempo de respiro entre la atención a un parto de un bebé muerto y un bebé vivo. Esto ayudará a que todo el personal tenga experiencia con estos casos y así mismo mejorará la atención y capacidad de cuidado.

- Se sugiere que en las unidades de salud se tomen acuerdos para hacer un protocolo de atención o guía de manejo del duelo materno para presentarlo ante las autoridades hospitalarias correspondientes que sea respetado y se realice. Como profesionales de enfermería obstétrica pugnar por que sean respetadas.

- Asignar cubículos en donde se puedan tener solo a las pacientes que han sufrido una pérdida en donde se les dé orientación y trato como debe de ser en ese aspecto; ya que las circunstancias en hospitalización muchas veces van dirigidas a las madres que tienen a su bebé como platicas de lactancia materna y es una situación incomoda o difícil para la que ha perdido a su bebé.

- Crear un código para identificar a las pacientes que han sufrido una pérdida y saber su situación.

- En el contexto de la relación enfermera-paciente se sugiere desarrollar una serie de habilidades comunicativas por parte de la enfermera, mismas que van desde la capacidad de escuchar hasta el manejo de la comunicación no verbal. Un ejemplo (*Véase anexo No.3*).

- Dar orientación al personal de salud para facilitar el establecimiento de una relación terapéutica, que tenga fines de aprovechamiento tanto para los profesionales como para las pacientes.

- Conformar grupos tanatológicos multidisciplinarios, que permitan la participación de madres y padres que ya han vivido con tiempo de anterioridad la experiencia de esta situación a fin de ayudar de manera adecuada a padres que tienen poco tiempo de haber experimentado su pérdida.

- Implementar campañas de prevención, de cuidados en el embarazo, ya que se evitaría mucho esta situación educando a la gente para evitar cualquier tipo de estas situaciones. Actuar desde el primer nivel explicando el riesgo que corren de embarazarse, llevar un buen control prenatal, dar a conocer los métodos anticonceptivos.

- Que todo licenciado investigue todas las actividades que podemos hacer, como prescribir medicamentos; y se arriesgue a poner su propio cubículo de consultoría prenatal, para esto es necesario protegernos adquiriendo seguro de protección médica, civil, penal, etc y sobre todo contar con apoyo de todo el equipo de salud.

Con esta investigación y recomendaciones aspiro a la mejora en el actuar de enfermería durante el cuidado de nuestras pacientes con una pérdida perinatal e implementar todo lo que sabemos para rescatar algunas de las actividades correspondientes a enfermería, para eso es necesario que todos los egresados de esta carrera estemos enamorados de ella; eso es algo muy importante para que lo que hagamos lo reflejemos en el cuidado hacía nuestras pacientes que sin duda cada una es diferente.

Realmente rescatar este tema es un reto, en el mundo se viven pérdidas no solo de neonatos y es trágico que no haya quien nos oriente, quien nos auxilie.

Debemos, cambiar la tendencia que se tiene de enfermería acerca de que no aporta, no habla, no brinda apoyo tratando de que los licenciados que acabamos de egresar de la universidad entremos a trabajar con otra visión y actitud que se nos enseña en la carrera y no olvidar que somos y trabajamos con seres humanos que tenemos necesidades, por tanto dependemos de un cuidado empático.

El tener personal capacitado - especializado en el área tóco quirúrgica para el manejo de pérdidas es necesario, sin embargo no ha sido posible, por eso los profesionales de enfermería debemos estar bien preparados; la enfermera o enfermero obstétrica tiene esa capacidad solo hace falta pulirla.

REFERENCIAS

*Ahuad, Ernesto Jorge. *Derecho y cambio social. El principio de empatía y el derecho laboral.* (2013). Consultado el 6 de Marzo de 2013, EN:
<http://www.derechoycambiosocial.com/revista021/empat%C3%ADa%20en%20el%20derecho%20laboral.pdf>

*Bermejo Higuera, José Carlos (2003) *La muerte enseña a vivir. Vivir sanamente el duelo.* Consultado el 5 de Agosto de 2012, EN:
<http://josecarlosbermejo.es/articulos/la-muerte-ensena-vivir>

*Boff, Leonardo (2002) *El cuidado esencia. Ética de lo humano, compasión por la Tierra.* Madrid: Trotta

*Campos Huichan, Alejandro (2006). Importancia de las relaciones interpersonales en los cuidados de enfermería. *Episteme* 8-9. Consultado el 30 de Septiembre de 2012, EN:
<http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/>

*Chavarría Álvarez, Ana María (2011). Términos básicos de la Tanatología. *Tesina* (Diplomado en Tanatología). México, DF: Asociación mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C. Consultado el 30 de Septiembre de 2012, EN: <http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/37%20Terminos%20basicos%20de%20la%20Tanatologia.pdf>

*Chóliz Montañés, Mariano (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Consultado el 18 de Noviembre de 2012, EN: <http://www.uv.es/=cholz/Proceso%20emocional.pdf>

*Codorniu, N, y otros (2011). Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *Index de enfermería*. 20(1-2). Consultado el 5 de Agosto de 2012, EN: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000100015&script=sci_arttext

* *Definición ABC Tu Diccionario hecho fácil* (2012). Consultado el 5 de Agosto de 2012, EN: <http://www.definicionabc.com/>

* *Definición de* (2012). Consultado el 5 de Agosto de 2012, EN: <http://definicion.de/>

**Diccionario Real Academia de la Lengua Española* (2012). Consultado el 30 de Septiembre de 2012, EN: <http://www.rae.es/rae.html>

**Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal* (2012). Consultado el 25 de Septiembre de 2012, EN: <http://www.umamanita.es/Contenidos/Profesionales/Guia%20Combined.pdf>

*Kozier, Bárbara., Erb, Glenora., Olivieri, Rita. (1994). *Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica*. México, D.F.: Mc Graw – Hill – Interamericana

*Lego, Mizkyla (2012). *La construcción de la subjetividad*. Consultado el 12 de Marzo de 2013, EN:http://www.captel.com.ar/downloads/1304073013_construccion%20de%20la%20subjetividad_mizkyla%20lego.pdf

*López-García, AP. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 31 (109): 53 – 70. Consultado el 5 de Agosto de 2012, EN: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>

*Mario Salvador. *El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas*. Consultado el 26 de Noviembre de 2012, EN: <http://www.margajordana.info/wpcontent/uploads/2011/11/EITraumaPsicologico-Terapia-MarioSalvador.pdf>

*Mereness, Doroth (1973). *Elementos de enfermería psiquiátrica*. México, D. F.: La Prensa Medica Mexicana, S.A.

*Meza-Rodríguez, Ma. Del P; Vargas Contreras, M (2011). *Pérdidas perinatales: abordaje psicológico*. Consultado el 1 de Diciembre de 2012, EN: http://www.nestle-pediatria.com/nnani/lecturas/modulo13_subtema1.pdf

*Moreno-C, Norman Darío. (2010). Lo fundamental en la relación terapéutica. *Revista Electrónica de Psicología Social POIÉISIS* (19):1-8. Consultado el 4 de Marzo del 2013, EN: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/119/106>

* Morrison, Michelle, y otros (1999). *Fundamentos de enfermería en salud mental*. España, Madrid: Harcourt Brace Mosby

**Online Language Dictionaries* (2012). Consultado el día 25 de Septiembre de 2012, en: <http://www.wordreference.com/>

- *Oviedo-Soto, Sandra, y otros (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Rev. Mex. Pediatría*. 76(5):215 – 219. Consultado el 26 de Noviembre de 2012, EN: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf>
- *Pastor Montero, Sonia, y otros. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19 (6). Consultado el 30 de Septiembre de 2012, EN: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_18.pdf
- **Psicología de la Salud. Emociones, sentimientos, actitudes, pensamiento y salud* (2013). Consultado el 6 de Marzo de 2013, EN: http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/apunt_psicolog_salud_3.pdf
- *Rengel-Díaz, C. (2010). Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto. *Index Enfermería*. 91:37–43. Consultado el 1 de Diciembre de 2012, EN: <http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-037.pdf>
- *Soriano, José. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de psicología* 75:73-85. Consultado el 6 de Marzo de 2013, EN: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>
- *Tamayo y Tamayo, Mario (2004) *El proceso de la investigación científica*. México, D.F.:Limusa.

**The Free Dictionary* (2012). Consultado el 25 de Septiembre de 2012, EN:
<http://www.thefreedictionary.com>

*Vásquez Soto, Claudia (2012). Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos. Tesis (Magister en enfermería materno perinatal). Colombia, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Consultada el 18 de Noviembre de 2012, EN:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/7002/1/539512.2012.pdf>

*Wikipedia (2012). Consultado el 30 de Septiembre de 2012, EN:
<http://es.wikipedia.org/>

*Wolfhard H, König (2000). El miedo desde la perspectiva de la psicología profunda y la astrología. En: Congreso Mundial de Astrología de Lucerna (6 de Junio de 2000) *Memorias* (1-8). Consultado el 10 de Octubre de 2012, EN: http://astro-api.es/docs/El_miedo_psicologia_profunda.pdf

ANEXOS

No. 1 *Frases para usar, frases para evitar*

La comunicación que la enfermera adopte con la paciente durante el proceso de duelo perinatal, es un factor importante para el afrontamiento, por eso el interés de saber que decir y que no decir ante este tipo de situaciones, ya que de no tener la idea, el personal de enfermería puede resultar tan perjudicial como las mismas palabras que emane de su boca.

Para usar	Para evitar
“Siento lo que les ha pasado”	“Sé fuerte”
“Me imagino cuánto querrían a ese bebé”	“No llores”
“No me molesta que lloren”	“Es la voluntad de Dios”
“La verdad es que no sé muy bien que decirles”	“Ahora tienes un angelito”
“Tienes un bebé precioso/a”	“Debes ser fuerte por tus hijos/esposo/familia, etc.”
	“Eres joven, ya tendrás más” “Dios necesitaba otra flor en su jardín” “Todo pasa por alguna razón, es el destino”

Fuente: *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal* (2012). Consultado

el 25 de Septiembre de 2012, EN:

<http://www.umamanita.es/Contenidos/Profesionales/Guia%20Combined.pdf>

No. 2 *Etapas del duelo*

Tema importante para cualquier personal de salud que trabaje con pérdidas de cualquier tipo, ya que de no conocerlas, será difícil la comprensión y cuidados que se brinden a las pacientes.

En 1969 Kubler-Ross, eminente psiquiatra, analizó su experiencia con más de quinientos pacientes moribundos y describió cinco etapas del duelo:

- 1) Negación y aislamiento: que es la etapa inicial en que las personas se sienten culpables porque se apodera de ellas un estado de incredulidad frente a la muerte.
- 2) Enojo o ira: proyectando su sentimiento hacia otras personas, expresándola como depresión, ya que culpar a otro es una manera de evitar el dolor, la aflicción y la desesperación de una persona al aceptar que la vida deberá continuar.
- 3) Pacto: con el que el enfermo debe ganar tiempo antes de aceptar la realidad, por lo que retrasa la responsabilidad necesaria para liberar emocionalmente la pérdida.
- 4) Depresión: enojo dirigido hacia adentro que incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia.
- 5) Aceptación: el enfermo piensa en sus seres amados, sin sentir o expresar sentimientos intensos de alegría o tristeza cuando los recuerda; vivirá el presente sin adherirse al pasado y sin hacer planes para el futuro.

Fuente: Oviedo-Soto, Sandra, *y otros* (2009). Duelo materno por muerte perinatal.

Rev. Mex. Pediatría. 76(5):215 – 219. Consultado el 26 de Noviembre de 2012, EN: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf>

Manifestaciones del duelo

Tema que se relaciona con el conocimiento de las etapas del duelo, y que como enfermeras tenemos que saber que tipo de situaciones pueden llegar a presentar nuestras pacientes o el mismo personal de enfermería que se enfrenta a una pérdida perinatal, facilitando así la resolución del duelo mediante comprensión permitiendo sin egoísmo exteriorizar sus sentimientos de la persona afectada.

Físicas	Vacío en el estómago, opresión del pecho y garganta, palpitations, suspiros, alteraciones, sueños, pesadillas, anergia, apetito escaso o ansioso, boca seca, cefaleas, sensibilidad al ruido, quejas somáticas
Emocionales	Insensibilidad, aturdimiento, tristeza, culpa, reproche, rabia, desesperación, hostilidad, irritabilidad, soledad, desamparo, añoranza. Alivio.
Conductuales	Mente ausente, aislamiento social, crisis de llanto, conductas de búsqueda o evitación, objetos de apego, hiperactividad
Psicológicas	Incredulidad, negación, rumiaciones sobre el fallecido, confusión, irrealidad, ideas de sustitución, sensación de presencia, alucinaciones, ilusiones, falta de concentración de la memoria.
Espirituales	Búsqueda de sentido, conciencia propia mortalidad, replanteamiento de creencias.

Fuente: López-García, AP. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 31 (109): 53 – 70. Consultado el 5 de Agosto de 2012, EN: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>

No. 3 *Serie de habilidades comunicativas a desarrollar en el profesional de enfermería según López y Vargas*

Lo considero un dato importante, ya que como anteriormente mencionaba, la mujer que enfrenta una pérdida perinatal, recuerda detalles que para nosotros podrían ser de poca importancia pero que sin duda suele llegar a marcar la vida de nuestras pacientes, ya que recuerdan hasta lo más mínimo del nacimiento de su bebé. Por eso la importancia de saber y desarrollar estos puntos relevantes para el personal de enfermería.

- El comportamiento visual (los ojos y la mirada)
- La postura
- Los movimientos
- Los gestos y las expresiones
- La voz y la entonación
- El lenguaje
- La atención
- El manejo del humor
- El aspecto y el vestido

Fuente: López y Vargas, 2002; citado por Campos Huichan, Alejandro (2006).

Importancia de las relaciones interpersonales en los cuidados de enfermería. En: Universidad del Valle de México (Oct-Dic de 2006: Querétaro) *Memorias* (8-9). Consultado el 30 de Septiembre de 2012, EN: <http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/>

APÉNDICES.



Apéndice A

**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**



Tesis para obtener grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Estudio sobre: “La experiencia de la enfermera obstétrica ante una pérdida perinatal”

Licenciados en enfermería y obstetricia, especialistas perinatólogos y tanatólogos.

Laborando al menos un año dentro del área obstétrica viviendo experiencias en situaciones de pérdida perinatal o con atención de partos con producto obitado.

Pregunta generadora de diálogo:

- Por favor ¿Describeme tu experiencia cuando se presenta una pérdida perinatal?

Fuente: Elaboración propia Alonso Gutiérrez Anahí



Apéndice B

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia



Tesis para obtener grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia

CÉDULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: *“LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMERA OBSTÉTRICA ANTE UNA PÉRDIDA PERINATAL”*

Código _____

Entiendo que se me realizará un cuestionario y una entrevista audiograbada, en una Institución de salud o el lugar más apropiado, en un horario que a mí me sea el más conveniente, estoy consciente que fui elegida (o) para participar en esta investigación y que los resultados que se obtengan de la misma tendrán un beneficio social, profesional e institucional. También se me ha explicado que puedo negarme a responder alguna pregunta o a suspender la entrevista en el momento que yo quiera, si así lo deseo, por lo tanto *acepto la realización de la entrevista a profundidad y autorizo la grabación de la información* que proporcione sobre mi experiencia en la atención a pacientes en situación de pérdida perinatal. Consciente de que dicho procedimiento no implica ningún riesgo para mi persona y mi familia y que se me ha informado que los testimonios que exprese de mi experiencia en determinado lugar o institución de salud serán confidenciales y utilizados única y exclusivamente para fines de la investigación: **“La experiencia de la enfermera obstétrica ante una pérdida perinatal”**, cuyos beneficios permitirán identificar dimensiones de mejora para brindar un cuidado integral y humano a las mujeres mexicanas que presentan una pérdida perinatal.

Firma de aceptación de la entrevista _____

Fecha y Firma de quien realiza la entrevista _____

Fuente: Elaboración propia Alonso Gutiérrez Anahí



Apéndice C

**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**



Tesis para obtener grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia

NOTA DE CAMPO

**Investigación: “LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMERA OBSTÉTRICA ANTE
UNA PÉRDIDA PERINATAL”**

Nota: Realizar inmediatamente después de haber concluido la entrevista a profundidad, describiendo el entorno y las situaciones ó eventos relevantes que se hayan presentado durante la misma así como información complementaria a la audigrabación.

Nota de campo #: _____

Participante #: _____

Lugar: _____

Fecha de la entrevista: _____

Tiempo aproximado de la entrevista _____

Fuente: Elaboración propia Alonso Gutiérrez Anahí