

“Abrazar la muerte cuando se espera la vida”

Pérdida Gestacional Recurrente



“Abrazar la muerte cuando se espera la vida”

Pérdida Gestacional Recurrente

Trabajo final de grado

Modalidad: Pre-proyecto de investigación

Estudiante: Yessica Tabarez

CI: 5.035.245-7

Tutora: Carolina Farías

Fecha de entrega: julio de 2016

Montevideo, Uruguay

Resumen:

La pérdida gestacional es la complicación más frecuente del embarazo humano, se estima que ocurre en un 75% de las parejas que intentan el embarazo. Se le denomina pérdida gestacional recurrente a una falla en la evolución normal de la gestación que incluye la aparición de dos o más pérdidas gestacionales.

El presente pre proyecto de investigación tiene como finalidad conocer el impacto y las consecuencias psicológicas que produce sobre madres y padres la Pérdida Gestacional Recurrente. Este estudio será de tipo exploratorio, analítico y descriptivo y se basará en una metodología cualitativa de investigación. Para cumplir con el objetivo propuesto se utilizará como técnica la entrevista en profundidad a parejas de entre 20 a 40 años que cuenten con dos o más pérdidas gestacionales en su historia reproductiva.

Este estudio busca a través de los discursos de las parejas hacer visibles sus vivencias frente a las pérdidas gestacionales repetidas que tuvieron que atravesar. Se espera que los datos recabados sirvan como insumo para desde nuestra disciplina generar avances en cuanto a esta temática poco estudiada y pensar en intervenciones que oficien de espacio para la escucha y acompañamiento a los progenitores ante las pérdidas de sus hijos.

Se espera contribuir al Sistema Nacional Integrado de Salud y al Sistema Nacional de Salud Mental mediante la producción de conocimientos como aporte al diseño y desarrollo de políticas públicas y proyectos de intervención acordes a las necesidades de la población implicada en la temática.

Palabras claves: pérdida gestacional recurrente, impacto psicológico, progenitores.

Índice:

- Resumen.....1
- Fundamentación.....3
- Antecedentes.....4
- Marco Teórico.....7
- Problema y preguntas de investigación.....11
- Objetivos.....13
- Estrategia o diseño metodológico.....13
- Consideraciones éticas.....14
- Cronograma de ejecución15
- Resultados esperados.....16
- Bibliografía.....17

Fundamentación:

El embarazo y la llegada de un hijo se consideran uno de los momentos más importantes en la vida de las mujeres y sus familias, en el cual se generan expectativas, deseos, ilusiones y esperanzas en torno al nacimiento del hijo, que van llenando de significado este nuevo rol que la mujer va a comenzar a desempeñar, en donde se prepara para vivenciar su maternidad. Durante esta etapa y también desde antes de la concepción la mujer experimenta cambios emocionales y físicos por lo que la misma es considerada como un momento de crisis (Defey, 1996).

Generalmente la maternidad y el embarazo están asociados con los términos nacimiento, comienzo, vida, alegría; ya desde el inicio del embarazo, a las pocas semanas de gestación los padres y familiares tienen la oportunidad de ver la imagen del bebé en los controles ecográficos, esto ayuda a que muy tempranamente los padres le otorguen una existencia al niño que está por nacer (Ansermet, 2014). En esta circunstancia nunca se imagina que la gestación no va a llegar a buen término, sin embargo esto ocurre cuando se presenta una pérdida gestacional.

Frente a una pérdida gestacional los padres enfrentan el duelo por la pérdida de su hijo, así como también la frustración de su maternidad y paternidad, de esta manera la ilusión de ser madres y padres, las expectativas de crianza y las esperanzas que se proyectaban a futuro quedan de forma abrupta interrumpidas. “La pérdida de un niño recién nacido es especialmente significativa porque es repentina e inesperada, y esto hace que sea difícil el poder superarla” (Alvarado, 2003, p.304)

Este trabajo pretende ir un poco más allá e indagar sobre las pérdidas gestacionales recurrentes. Resulta relevante llevar a cabo esta investigación por la necesidad de hacer visible esta realidad a la que se enfrentan las parejas ante el duelo por sus hijos; ya que en nuestra sociedad el duelo en general y más aun el duelo por pérdida perinatal es un tema evitado y negado sobre el cual existe un silenciamiento, que se vuelve necesario romper. Las pérdidas perinatales son en la actualidad un tema tabú debido a que los abortos exigen hablar acerca del dolor, sangre, sexo, fracaso, temas sobre los cuales la sociedad elige mirar para otro lado queriendo deshacerse de la carga que estos conceptos suponen, además implica hablar sobre muerte, el gran tema aun pendiente en nuestro tiempo. En el siglo XXI, cuando los asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción son de interés general y creciente, el aborto espontáneo sigue relegado al silencio. Esta indiferencia social hacia la pérdida perinatal ha impedido que las mujeres transmitan la sabiduría de su vivencia de generación en generación (Claramunt, 2009).

En estos casos y aun más cuando la pérdida ocurre en etapas tempranas de la gestación el duelo realizado por la madre no es socialmente aceptado, ya que suele no considerarse al feto como un bebé lo que lleva a minimizar el dolor y sufrimiento de la madre no proporcionando un espacio para elaborar la pérdida (Freitas y Barros, 2015) y más aún cuando esta es repetida.

Cuando la mujer atraviesa por una pérdida gestacional, luego de esta aparecen ciertos temores y ansiedad entorno a una futura gestación, en donde se puede ver afectada la percepción acerca de su capacidad reproductiva y materna, así mismo al no poder tener la posibilidad de desarrollar su rol maternal pueden surgir sentimientos de incompletud e inferioridad con respecto a no poder cumplir con el rol maternal socialmente esperado (Costa, Nascimento, Da Rocha y Iaconelli, 2013). Este rol maternal socialmente esperado está arraigado a lo que es el rol de género mujer-madre que se ha construido a lo largo de los años, el cual lleva como estandarte que la función reproductiva exitosa y el ejercicio de la maternidad son el principio y fin de la vida femenina (Badinter, 2011).

Con respecto a la vivencia de la pareja al atravesar las pérdidas de sus hijos, el sentir del padre particularmente queda en un segundo plano, otorgándosele mayor atención al vivenciar de la madre. Esto se ve reflejado en la escasa literatura acerca del sufrimiento del padre ante las pérdidas de sus hijos. Este escenario motiva a que la presente investigación tome como uno de los objetivos además de la vivencia de la madre, indagar y conocer el impacto psicológico que genera en los padres específicamente.

Sobre esta temática existe escasa bibliografía sobre todo en nuestro país, por este motivo se vuelve preciso generar nuevos avances y conocimientos sobre todo desde la psicología que impulsen a que este fenómeno no permanezca oculto y sea posible un reconocimiento y validación otorgándosele la atención e importancia que amerita.

Antecedentes:

Claramunt (2009) plantea que es altamente significativo que la gran mayoría de los libros dedicados a preparación para el embarazo se “olviden” de hablar sobre el tema de las muertes perinatales, teniendo en cuenta que una de cada tres concepciones termina en pérdida, dato suficiente como para tenerlo en cuenta y tratar sobre este fenómeno, considerándolo también como parte del proceso de embarazo.

Frente a este panorama la autora plantea que hay pocos espacios donde se aborde la pérdida de manera integral: desde lo fisiológico, lo emocional, con información detallada y puesta al día, como requieren las parejas que pasan por ello. Nadie se prepara con

antelación para algo así, únicamente existe la posibilidad de crear conciencia en el caso de que las pérdidas hayan sido múltiples.

En nuestro país el Ministerio de Salud Pública en las Guías en Salud Sexual y Reproductiva (2005) expone como objetivo en su capítulo de Normas de atención a la mujer embarazada atender de manera integral el proceso al que se enfrentan las mujeres durante el embarazo, teniendo como prioridad el generar un ámbito adecuado para el intercambio de información con el propósito de empoderar a las mujeres respetando su opinión y autonomía contemplando las diferentes situaciones sociales y culturales. Sin embargo, no se encuentran en las normativas vigentes pautas de actuación en casos de muerte perinatal. Con respecto a la atención que reciben las mujeres con pérdidas gestacionales por parte del equipo de salud Claramunt (2009) plantea que la mujer es atendida mejor o peor según el grado de inteligencia emocional del personal sanitario que le toque en suerte y/o según las costumbres de cada centro. Pero no hay en general un espacio de reflexión y revisión que ayude a replantear las actuaciones que han sido vividas negativamente por las madres.

Haciendo referencia a los aspectos médicos y legales en nuestro país se expide certificado de defunción perinatal cuando el producto de la gestación es de 500grs o más desconociéndose la edad gestacional, lo que se denomina óbito fetal; este certificado debe ser firmado únicamente por el médico que asiste el parto, no pudiendo ser firmado por obstetra-partera. Según la normativa vigente cuando el producto de la gestación es menor de 500grs se considera un aborto y no requiere certificado de defunción en forma obligatoria, considerándose pieza anatómica (Lozano y Rodríguez, 2007).

Claramunt (2009) señala que ante una pérdida gestacional existe únicamente el informe del médico que indica que el bebé ha fallecido, siendo este el único papel legal que comprueba que el bebé existió. La autora añade que estos y otros informes médicos son redactados según la jerga profesional lo que lleva a que las mujeres no entiendan con claridad qué se les está informando, generando miedos y ansiedades.

La pérdida gestacional recurrente es un evento traumático el cual genera gran impacto especialmente en la mujer, este se manifiesta a través de diversos síntomas y alteraciones psicológicas. Sánchez, Gómez, González y Lozano (2010) explican que uno de los principales impactos a nivel psicológico de las pérdidas perinatales es la manifestación conocida como duelo. Según un estudio realizado por estos autores la sintomatología más frecuente es la ansiedad, seguida de trastornos del sueño, trastornos de alimentación, depresión, dificultades sexuales, dificultad en la atención, ideación suicida y en menor medida suspicacia, problemas somáticos, fobias, conductas obsesivo-compulsivas y

agresión. Los autores mencionan que por pérdida gestacional la reacción natural es un estado depresivo descrito como ensimismamiento, pérdida de interés respecto de los hábitos cotidianos, dificultad para mantener ligas emocionales con las personas u objetos que nos rodean, pérdida del apetito y del interés por la apariencia física y en los casos de duelo complicado, autoinculpación y autodevaluación.

Arranz (2005) plantea que la pérdida gestacional recurrente impacta de forma negativa en la percepción que tienen las mujeres de los futuros eventos reproductivos. Cada nuevo embarazo está cargado de emociones como el miedo y la ansiedad, que desembocan, si no es manejado el duelo a tiempo, en depresión perinatal: si se logra el embarazo en depresión gestacional y si se logra el nacimiento en una posible depresión postparto.

Deteniéndonos sobre las conflictivas familiares pasadas y su vínculo con las pérdidas gestacionales, Giménez (2011) señala que ha habido muchas referencias y estudios respecto a la reactivación inconsciente del vínculo de la embarazada con su madre durante este período vital y sobre cómo esto puede influir en sus identificaciones y en el proceso de gestación de su hijo. Dinora Pines (1994) sostiene que “en estas circunstancias prevalecen sentimientos previos a la concepción, la mujer embarazada siente ambivalencias hacia su madre y hacia su propio hijo aún no nacido”. (Giménez, 2011, p.124)

En referencia a la vivencia del padre ante la pérdida gestacional De Sousa y Muza (2011) plantean que en relación a la cuestión de género algunos estudios sobre pérdida gestacional indican que siendo la mujer la persona que lleva al bebé en su vientre, puede manifestar mayor sentimiento de culpa en relación a la pérdida si se compara con el hombre. El padre presenta comúnmente una respuesta más controlada a la pérdida debido a la necesidad de mostrarse fuerte y brindar soporte a la mujer. (Freitas y Ramos, 2015, p.1124). Sin embargo Costa, Nascimento, Da Rocha y Iaconelli (2013) señalan que acerca de la implicación del padre frente a este fenómeno aun no se encuentra suficiente literatura ni relatos que evidencien acerca del sufrimiento del hombre frente a las pérdidas gestacionales de sus hijos.

En nuestro país el Ministerio de Salud Pública en su Manual de Procedimientos para el manejo sanitario de la Reproducción Asistida (2014) plantea que en el caso de las parejas que opten por llevar adelante un tratamiento de este tipo, deben someterse a un estudio citogenético en el caso de abortos de repetición (tres abortos espontáneos consecutivos o no) según la normativa vigente en la ley 19167 y su decreto reglamentario.

Según estudios de la Sección Citogenética del Laboratorio Clínico de Clínica Alemana de Santiago, Chile (2014) alrededor de un 5% de todas las parejas enfrentará pérdida reproductiva recurrente, es decir, dos o más abortos espontáneos. La mitad de los abortos del primer trimestre son causados por anomalías cromosómicas fetales diagnosticadas por

técnicas convencionales; el 20% de los abortos del segundo trimestre tienen una alteración citogenética. La pérdida reproductiva recurrente tiene una incidencia entre 1 a 5% de la población en edad reproductiva. Hay causas conocidas, como factores genéticos parentales, anomalías anatómicas, anticuerpos antifosfolípidos, enfermedades endocrinas y trombofilias. Las evaluaciones habituales no encuentran la etiología en el 50% de los casos. Al evaluar posibles factores responsables de pérdida reproductiva, el estudio citogenético del aborto es crucial y relevante para establecer un pronóstico. Las pacientes con pérdida reproductiva recurrente tienen altos grados de ansiedad y depresión, esta información puede servir para hacer un cierre emocional del evento y para no buscar estudios o tratamientos innecesarios.

Con respecto a los abortos recurrentes y su posible relación con la esterilidad la Sociedad Española de Fertilidad (2016) plantea que no existe consenso en cuanto al número de abortos previos que justifique el inicio del estudio por infertilidad. Se considera necesario individualizar cada caso teniendo en cuenta la edad de la mujer, las circunstancias que rodean las pérdidas gestacionales tempranas, los antecedentes personales y familiares y la ansiedad de la pareja. Se sugiere que lo ideal es realizar el estudio de infertilidad tras dos abortos debido a que la probabilidad de volver a abortar es similar tras tres abortos (24-30% frente a 30-33%).

Marco Teórico:

MATERNIDAD:

Esta investigación propone pensar a la maternidad desde dos perspectivas, por un lado como construcción social que se ha mantenido a lo largo de los años hasta convertirse en la actualidad en un modelo fuertemente instalado en la sociedad y sobre el cual se han establecido determinadas formas de ejercer, sentir y vivenciar el proceso de maternidad y todo lo que a esto lo rodea. Por otro lado nos interesa la maternidad como una de las etapas fundamentales en la vida de las mujeres que genera grandes cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales comprendiendo un proceso que comienza a organizarse en la infancia a través de la relación con la propia madre, posteriormente con el logro de estar embarazada, luego el parto, nacimiento del hijo, puerperio inmediato y continúa posteriormente con la crianza del mismo (Cigarroa, 2011).

A lo largo de los años se ha construido un discurso específico occidental acerca de la maternidad, como finalidad única de las mujeres, apoyada en la biología, reforzado por el mandato divino y como deber social. La relación mujer-madre-maternal como única forma de realización femenina ha sido la construcción ideológica mantenida durante siglos por el

poder político y las instituciones, y de acuerdo a ella, se ha erigido la vida de las mujeres (Blázquez y Montes, 2010).

El modelo hegemónico de maternidad sobre el cual se apoya actualmente nuestra sociedad es una ideología concreta de la maternidad y de género donde el amor materno se considera la emoción innata de la maternidad. Se espera que las mujeres vivencien el ser madres con felicidad, alegría incorporando estas emociones a su proceso de maternidad y todo lo que ello implica. Este modelo obliga a las mujeres a eliminar y tratar de ocultar otros sentimientos como pueden ser angustia, preocupación, ansiedad, miedo, inseguridad, hostilidad, culpa que terminan convirtiéndose en tabúes no pudiendo ser expresados libremente ni elaborados por las mujeres en este momento de sus vidas. Esta prohibición social, la negación de otras emociones diferentes al amor, conduce a una autocensura de las propias mujeres y a un aislamiento emocional cuando disponen de experiencias diferentes a las que el modelo indica (Blázquez y Montes, 2010).

Sharon Hays (1998) usa el término maternidad intensiva como un modelo actual que exige no solo atender a las necesidades de las criaturas, sino además mantener un fuerte compromiso emocional por parte de las mujeres, lo que hace que vivan esta experiencia con una enorme cantidad de exigencias, y no tengan cabida otra emociones más allá de la felicidad y la alegría. Sin embargo para las mujeres en la actualidad existe diversas formas de vivir y valorizar la maternidad, ser madres es una experiencia que tiene una profunda repercusión emocional: para algunas mujeres constituye una etapa de renuncias significativas que supone una situación de dependencia y vulnerabilidad; para otras significa el mayor logro alcanzado en su vida (Blázquez y Montes, 2010, p. 89).

Oviedo, Urdaneta, Parra y Volcanes (2009) mencionan que durante el embarazo la mujer percibe al feto como parte de ella misma y no como un sujeto separado, esta experiencia de fusión es de carácter narcisista y a partir de ella se funda el vínculo de apego materno a su hijo, debido a que la madre deposita en él parte de su autoestima, por lo que la gestación llena las ambiciones narcisistas más relevantes señaladas por Freud, entre las que se encuentran la sensación de omnipotencia derivada del hecho de dar vida a un nuevo ser, la afirmación de su feminidad y la ilusión de la inmortalidad, al contribuir a la perpetuación de las próximas generaciones de seres humanos, a través de su hijo.

Cigarroa (2011) señala que en el proceso de la maternidad, las etapas evolutivas normales pueden ser potencialmente disparadoras de situaciones traumáticas, ya que involucran, además del psiquismo, todo el cuerpo de la mujer que se modifica continuamente, adecuándose a cambios orgánicos y fisiológicos que requieren un trabajo psíquico que facilite la adaptación a este nuevo estado vital. Siguiendo con los planteos de la autora durante el embarazo normal pueden considerarse tres fases. La primera de las fases se

inicia cuando la mujer toma conciencia de su estado, esta se caracteriza por la presencia de dos vivencias de angustia, por un lado una angustia ante los cambios corporales experimentados y por otro lado una angustia menos consciente que implica el temor hacia el feto que crece en su interior. Esta primera etapa se extiende hasta el cuarto mes aproximadamente. Luego nos encontramos con la segunda fase que comienza a partir de la percepción de los movimientos fetales y se extiende hasta las últimas semanas de embarazo. La percepción de la presencia del bebé en el interior de la madre produce cambios intrapsíquicos que dan lugar al proceso de individuación y a la propia diferenciación del objeto original (la separación de la mujer embarazada de su propia madre). A partir de dichos cambios surgen los sentimientos maternos: el deseo y el placer de sustentar al bebé, brindarle alimento, sostén y apoyo a ese ser dependiente que vive en el interior de su cuerpo pero que poco a poco comienza a diferenciarse como otro ser, aquí es donde se inicia la progresiva separación madre-bebé. La tercera fase comprende las últimas cuatros a seis semanas de gestación y se caracteriza por los bruscos cambios corporales ante un embarazo avanzado y la preocupación por la inminencia del parto o la posibilidad de una cesárea, así como también las fantasías de un parto prematuro, malformación del bebe o de dar a luz un hijo muerto.

El embarazo “es un proceso trascendente y crucial en la vida de una mujer, ya que en ese momento puede confirmar su fertilidad y su capacidad de gestar una nueva vida”. (Cigarroa, 2011, p.66). Cuando la mujer no consigue cumplir o llevar adelante esta “función natural” como realización de lo femenino de concebir un bebe perfecto y saludable la invaden sentimientos de incompletud e inferioridad como ocurre en las pérdidas gestacionales.

PÉRDIDA GESTACIONAL RECURRENTE (PGR):

Atendiendo al concepto de pérdida gestacional recurrente, este ha tenido variadas definiciones a lo largo del tiempo, en un principio se lo denominaba infertilidad pero este término no resultaba el más acertado ya que se refería tanto a la imposibilidad de lograr un embarazo como también a la de lograr un embarazo a término. También se le llamó “aborto” o “aborto habitual”, pero quedaba oculta en ese término la diferenciación del aborto involuntario del voluntario, así como también la falta de precisión del tiempo de embarazo en que ocurría la interrupción (González, Carreño, Bravo y Morales, 2009).

En la actualidad se utiliza el término PGR el cual refiere a cuando las mujeres atraviesan por tres o más pérdidas gestacionales. En ocasiones el concepto se amplía siendo también contempladas a partir de dos o más pérdidas gestacionales, así como también nacidos vivos entre uno y otro evento. La pérdida gestacional recurrente es un trastorno clínico específico que comprende el fracaso de la reproducción, existiendo una falla en la evolución normal de la gestación. Estos autores mencionan que la pérdida gestacional es la

complicación más frecuente del embarazo humano, ocurriendo con más frecuencia en etapas tempranas de la gestación, se estima que ocurre en un 75% de las parejas que intentan el embarazo. (Gutiérrez, Barajas, Fernández, Nahúm y Morales, 1999).

Stroebe y Schut (1999) mencionan que ante la muerte fetal se desencadenan varias pérdidas que funcionan como estresores, la principal es la del bebé ansiado, pero hay otras pérdidas colaterales importantes: el momento de convertirse en padre o madre, el rol de padre o madre si es el primer hijo, la composición familiar como se imaginaba, el reconocimiento de ese hijo en la mente de los demás pese al tiempo transcurrido, la confianza en la seguridad de otros hijos, la inocencia al embarazo y parto, los amigos o familiares que no estuvieron a la altura y negaron la relevancia de la pérdida, el derecho a mencionar ese hijo en ciertos lugares, el contacto y la posibilidad de crear recuerdos (López, 2010).

González, Carreño, Sánchez y Morales (2009) indican que en la pérdida gestacional recurrente el enfrentamiento con la muerte desempeña un papel esencial; no sólo es la búsqueda de un embarazo, sino la expectativa de que éste llegue a término. La pareja sabe que es posible el embarazo pero no en qué momento puede interrumpirse. La experiencia repetitiva genera una considerable ansiedad y la culpa acumulada de la búsqueda del embarazo exitoso ha implicado también la pérdida de vidas, en lugar de lo que se anticipaba como un logro. La pérdida gestacional recurrente produce culpa por varias vías. La primera es la sociedad ya que la pareja siente que no está a la altura de las circunstancias con respecto al grupo que los contiene al no retribuir y participar en su conversación. Hay culpa también por los embarazos malogrados, tal falla se asume como un acto responsable y no como la consecuencia de una posible limitante biológica. Hay culpa respecto a la pareja porque la persona se siente defectuosa al no poder aportar su parte proporcional al éxito reproductivo y además puede existir la culpa ligada a otras culpas del pasado por situaciones morales no resueltas aún ligadas frecuentemente a relaciones familiares conflictivas o prácticas abortivas.

Atendiendo al papel paterno en torno a este tema Bartilotti (2007) destaca que se tiende a supervalorizar la fragilidad de la madre en detrimento de la expresión de sentimientos igualmente presentes por parte del padre. (Costa, Nascimento, Da Rocha y Iaconelli, 2013). Los padres han sido excluidos, es como si la pareja no perdiera a su bebé porque no lo lleva en su interior. Está tan mal vista aun la expresión de sus sentimientos, que los hombres no los exteriorizan. Y a su vez, no son tenidos en cuenta, no se les pregunta cómo están, solamente por su mujer (Claramunt, 2009).

Maldonado (1986) señala que con frecuencia el padre es bruscamente comunicado acerca de la muerte del bebé, en raros momentos se le permite demostrar el dolor de haber perdido a su hijo. El padre es colocado en contacto con la realidad en forma poco cuidadosa y no encuentra acogida para expresar de forma honesta su propio dolor (Costa, Nascimento, Da Rocha y Iaconelli, 2013).

El proceso del padre, aunque pueda parecer que le toca la “mejor” parte, es complejo. Al dolor y a la frustración de perder al hijo ha de añadirse la preocupación por lo que pueda pasarle a su esposa. Es muy probable que aplase su propio duelo en su preocupación porque su compañera esté bien, con la sensación de que “ahora no le toca”. Sus tiempos no son los mismos que los de la mujer. Es probable que tampoco de muestras de dolor o de tristeza tan palpables. Será un duelo más racional, mental a su manera (Claramunt, 2009).

López (2010) plantea que

Madres y padres desarrollan un apego diferente. El apego materno puede aparecer mucho antes de confirmarse el embarazo, desde que la mujer fantasea con la maternidad y aumenta cuando nota moverse el feto en su vientre. El apego paterno es más intelectual que emocional o físico. Estar presente en la ecografía le vincula realmente con el hijo que esperan. Este “vínculo incongruente” entre padre y madre genera diferencias en el apego con el feto y si este muere, el duelo de cada uno tendrá distintos estilos y ritmos. El padre pregunta por el motivo de lo ocurrido, cómo consolar a su pareja y si podrán tener otro hijo en el futuro. Su reacción viene más dictada por las responsabilidades que debe asumir. Se espera que apoye a la madre física y emocionalmente, al tiempo que es quien debe informar de lo sucedido a familia y amigos y preparar el entierro del bebé (p. 65).

Problema y preguntas de investigación:

La Pérdida Gestacional propiamente dicha es un fenómeno muy frecuente, no obstante es un tema sobre el cual existe un cierto “silenciamiento” por parte de la sociedad, es decir, frente a un caso cercano de pérdida de un embarazo, no es un tema del que las personas elijan hablar, sino que se cree necesario no hablar de ello, creyendo que de esta manera se ayuda a los padres que están atravesando esta situación y en realidad ocurre todo lo contrario, el dolor que sienten los padres queda oculto y de esta manera no se le da la importancia y el apoyo suficiente que esta instancia amerita (Costa, Nascimento, Da Rocha y Iaconelli, 2013) Este escenario se incrementa y se vuelve más complejo aun cuando se trata de más de dos embarazos perdidos por la pareja como ocurre en la Pérdida Gestacional Recurrente.

La presente investigación busca hacer visible la realidad a la que se enfrentan los progenitores ante la pérdida recurrente de sus embarazos. Para ello a través de sus discursos buscamos conocer cómo vivenciaron dichas pérdidas, cómo fueron los procesos de duelos que tuvieron que atravesar. Se pretende conocer cuál es el impacto psicológico que generan estas pérdidas, cuáles son los recursos psicológicos que ponen en marcha al transitar por estos eventos y cuáles fueron las repercusiones sociales y familiares por las que tuvieron que atravesar.

Se vuelve de suma importancia investigar sobre el fenómeno de pérdidas gestacionales recurrentes y el impacto que estas generan en las madres y padres que las atraviesan ya que es una temática que hoy en día ha sido pocas veces estudiada, de la que se encuentra muy poca bibliografía sobre todo en nuestro país.

Indagar y conocer sobre esta temática le aporta a nuestra disciplina insumos para avanzar en el tratamiento y acompañamiento que requiere el atravesar por la vivencia de pérdidas recurrentes. Desde nuestro ámbito de trabajo se vuelve necesario intervenir en la prevención ante estos eventos así como trabajar con las parejas ofreciendo sostén, un espacio para la escucha y elaboración de las pérdidas.

La pregunta central que origina a esta investigación es ¿cuál es el impacto y las consecuencias psicológicas que produce sobre los progenitores la Pérdida Gestacional Recurrente?

Para enriquecer en contenido a la interrogante central de esta investigación se realizaron las siguientes preguntas subsidiarias:

- ¿Cómo vivenciaron los progenitores las diferentes pérdidas gestacionales que tuvieron que transitar?
- ¿Cómo influyeron las pérdidas de los embarazos frente a su anhelo de maternidad y paternidad?
- ¿Cómo transitaron la experiencia de los duelos, cómo se significan?
- ¿Cómo es la vivencia de un nuevo embarazo después de haber perdido uno o dos en oportunidades anteriores?
- ¿Qué papel juega el entorno cercano de la pareja, el conjunto de la sociedad y el equipo médico?

Objetivos:

Objetivo General:

- Conocer el impacto y las consecuencias psicológicas que produce sobre madres y padres la Pérdida Gestacional Recurrente.

Objetivos específicos:

- Indagar la realidad a la que se enfrentan los progenitores ante la pérdida recurrente de sus embarazos.
- Explorar si las pérdidas de los embarazos influyeron frente a su anhelo de maternidad y paternidad y sobre futuros embarazos
- Conocer cómo transitó la pareja la experiencia de los duelos
- Indagar la importancia del entorno cercano de la pareja (familiares, amigos, conocidos) y de la sociedad en su conjunto.
- Indagar si los progenitores buscan algún tipo de explicación con los técnicos ante la pérdida

Estrategia o Diseño metodológico:

Este estudio será de tipo exploratorio, analítico, descriptivo y se basará en una metodología cualitativa con el propósito de acercarnos al problema de investigación desde la propia experiencia de los protagonistas.

“La metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable” (Taylor y Bodgan, 1987, p. 19-20).

Los enfoques de orden cualitativo “se centran en la comprensión de una realidad considerada desde sus aspectos particulares como fruto de un proceso histórico de construcción y vista a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, es decir desde una perspectiva interna, subjetiva” (Pérez, 2001, p. 15).

Se escogió esta metodología de investigación considerando que es la que mejor se ajustará a los objetivos propuestos y permitirá aproximarnos a los discursos de las madres y padres para poder conocer cómo vivenciaron las pérdidas gestacionales y cómo les han impactado las mismas a nivel psicológico.

Se utilizará como técnica la entrevista en profundidad semi estructurada considerándola como una “conversación guiada” la cual permitirá acceder a las experiencias significativas a

la vez que posibilita no quedarse en el discurso “políticamente correcto” sino que busca un acercamiento “denso” al sentir y pensar de la entrevistada. (Callejo, 2002)

Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Taylor y Bodgan, 1987, p.101).

En la investigación se utilizará una muestra intencional teórica no probabilística que comprenderá a parejas de entre 20 a 40 años que cuenten con dos o más pérdidas gestacionales en su historia reproductiva. Como criterios de exclusión a la participación del estudio se proponen: personas con discapacidad psíquica y/o intelectual, mujeres que hayan atravesado solo por una pérdida gestacional.

Como estrategia de captación de la población a entrevistar se accederá a la divulgación de la investigación a través de redes sociales y otros medios de difusión, conjuntamente se procederá a la técnica de bola de nieve lo que permitirá contactarnos con mayor número de personas que estén interesadas en participar del estudio.

Consideraciones éticas:

Para llevar a cabo este estudio se tendrán en cuenta ciertos cuidados y consideraciones éticas que velarán por la protección y oficiarán como garantía a los participantes de la investigación. Todas las madres y padres entrevistados lo harán de manera voluntaria elaborándose una pauta de entrevista que servirá como guía para la recolección de información ante los objetivos propuestos a seguir. Los datos personales de los entrevistados serán protegidos de manera que no pueda ser revelada su identidad, para lograr esto se procederá al cifrado de los datos recabados para que los mismos no puedan dar indicios de a quien corresponden en la realidad. Se procederá a la elaboración de un consentimiento informado en el cual se dejará constancia acerca de los objetivos estipulados en la investigación, la confidencialidad de la misma y de los datos brindados, así como también la posibilidad de suspender la entrevista cuando se considere necesario. Dicho consentimiento será presentado a los participantes de la investigación previo a la realización de las entrevistas.

Estos criterios se ajustan a lo dispuesto por el Decreto N° 379/008 del Ministerio de Salud Pública sobre Aspectos éticos en investigación con seres humanos, adoptado por el Consejo de la Facultad de Psicología a través de su Comité de Ética en Investigación.

Cronograma de ejecución:

| Actividades a realizar | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Búsqueda de antecedentes y revisión bibliográfica | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de la propuesta y pauta de entrevista | | | | | | | | | | | | |
| Captación de la población | | | | | | | | | | | | |
| Realización de las entrevistas | | | | | | | | | | | | |
| Procesamiento de la información | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de datos | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de informes y resultado del proyecto | | | | | | | | | | | | |

Resultados esperados:

Investigar y conocer sobre esta temática puede aportar a que exista una sensibilización por parte de la sociedad, para desde este lugar, la sociedad toda y el entorno cercano de la pareja pueda comprender el dolor que atraviesan los progenitores ante las pérdidas gestacionales de sus hijos y saber acompañar este proceso.

Claramunt (2010) habla sobre validación de los abortos espontáneos, que implica el poder reconocerlos, validar la pérdida para poder llevar a cabo duelos más sanos, para poder expresar y compartir lo sentido, para que la pena de las madres y los padres, aun menos validada socialmente, pueda expresarse ante la familia, los hospitales, los compañeros de trabajo, los equipos sanitarios.

Este proyecto de investigación busca a través de los discursos de las parejas hacer visibles sus vivencias para que desde nuestra disciplina podamos pensar en intervenciones que oficien de acompañamiento a los padres, para que puedan aceptar la realidad de la pérdida, sentirla y expresarla emocionalmente con el objetivo de proteger el proceso normal de duelo. Al mismo tiempo es fundamental investigar y conocer cómo se sienten las mujeres ante la atención recibida por el equipo de salud, ya que las madres y padres que atraviesan estas dolorosas experiencias deben contar con la información necesaria y precisa acerca de sus derechos como usuarios de la salud frente a estas circunstancias. Desde el ámbito profesional es preciso atender a este tema por medio de intervenciones que brinden sostén y un adecuado apoyo a las familias para que de esta manera con una asistencia humanizada el personal de salud pueda acompañar a las familias a transitar la pérdida y el duelo de la manera más sana posible. Estos datos servirán como insumo al Sistema Nacional Integrado de Salud, contribuyendo con las políticas públicas así como también con el Sistema Nacional de Salud Mental, siendo de suma importancia mejorar la atención a la mujer que sufre una pérdida en cualquier momento del embarazo.

Referencias bibliográficas:

- Alvarado García, R. (2003). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta Pediátrica De México*, 24 (5), 304-311. Recuperado de base de datos EBSCO Host.
- Ansermet, F. (2014). *La muerte antes del nacimiento*. *Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte*, 10 (1), 6-15. Recuperado de:
http://aesthetika.org/IMG/pdf/aeV10n1_02_ansermet_la_muerte_antes_del_nacimiento.pdf
- Arranz Lara, L. Escobedo Aguirre, F., y Gaviño Ambriz, S. (2005). Depresión postparto en pérdida gestacional recurrente. Presentación de un caso. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 10 (3), 71-73. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47310313>
- Badinter, E. (2011) *La mujer y la madre*. España: La esfera de los libros.
- Blázquez Rodríguez, M., y Montes Muñoz, M. (2010). Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres. *Ankulegui Revista de Antropología Social* 14 81-92. Recuperado de:
<http://aldizkaria.ankulegi.org/index.php/ankulegi/article/view/28>
- Callejo Gallego, J., (2002) Observación, entrevista y grupo de discusión: El silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública* 76 (5), 409-422. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17076504>
- Castillo Taucher, S., Fuentes Soto, A., Paulos Millanao, A., y De la Rosa Rebaza, E. (2014). Estudio cromosómico en abortos espontáneos. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 79 (1) 40-46 Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000100007
- Cigarroa, A. (2011). Embarazo normal y embarazo de riesgo. En P. Alkolombre (Comp.) *Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia* (pp. 65-66). Buenos Aires: Letra Viva.
- Claramunt, M.; Álvarez, M.; Jové, R. y Santos, E (2009). *La cuna vacía: El doloroso proceso de perder un embarazo*. España: La esfera de los libros.
- Da Rocha Arrais, A., Costa Muza, J., Nascimento de Sousa, E., y Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal.

Psicología: Teoría e Práctica, 15 (3) 34-48. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193829739003>

- Fiorini, Hector; Defey, Denise; Elizade, Juan Hebert; Menedex, Pedro; Rivera, Jorge (1996) *La prohibición de nacer: intervenciones terapéuticas focalizadas en el período perinatal* Focalización y psicoanálisis. 2da.ed.Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana.

- Freitas Simoes Lemos, L., y Barros Da Cunha, A. (2015) Concepciones sobre la muerte y el luto: La Experiencia Femenina sobre la pérdida del embarazo. *Psicología: Ciencia y Profesión*, 35 (4), pp 1120-1138. Recuperado de:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141498932015000401120&lng=en&nrm=iso&tlng=en

- Giménez Arrausi, L. (2011). Interrupción del embarazo: su impacto en el psiquismo femenino. En P. Alkolombre (Comp.) *Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia* (pp. 123-124). Buenos Aires: Letra Viva.

- González Campillo, A., Carreño Meléndez, J., Sánchez Bravo, C., y Morales Carmona, F. (2009). Estudio comparativo del autoconcepto en mujeres con esterilidad primaria y pérdida gestacional recurrente. *Psicología y Salud*, 19 (2), 295-302. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/640/1118>

- Gutiérrez Castañeda, M., Barajas Ávalos, L., Fernández Romero, M., Nahúm Come Pérez, M., y Morales Álvarez, I. (2009). Pérdida gestacional recurrente ¿Un problema multifactorial?. *Ginecología y Obstetricia de México*, 67 (4)158-163. Recuperado de base de datos EBSCO Host.

-Ley N°18.987. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Diario Oficial, Montevideo, Uruguay, 30 de octubre de 2012. Recuperado de:

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?ley=18987&Anchor>

- López, A. (2010). Duelo Perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (109), 53-70. Recuperado de:

<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>

- Lozano, F y Rodríguez, G. (2007). Óbito Fetal. Guía de manejo para Montevideo. Medicina, Psiquiatría, Toxicología y Antropología forense. Departamento de Medicina Legal.

Facultad de Medicina. Universidad de la República. Recuperado de:

http://www.medicinalegal.edu.uy/bibliogarfia/archivos/prot_derobitnacper.pdf

- Marco Antonio Sánchez, P., María Eugenia Gómez, L., Guillermo González, C., & Idalim Niany Lozano, B. (2010). Sintomatología y alteraciones psicológicas asociadas con pérdidas perinatales en mujeres. *Alternativas En Psicología*, (23), 42. Recuperado de:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2010000100005

- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2007). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva*.

Capítulo: normas de atención a la mujer embarazada. Recuperado de:

<http://www.sguruguay.org/documentos/msp-gssr-capitulo-normas-atencion-mujer-embarazada.pdf>

- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2005). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva*.

Capítulo: Anticoncepción (Métodos irreversibles). Recuperado de:

http://www2.msp.gub.uy/index_1.html

- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2014). *Manual de Procedimientos para el manejo sanitario de la Reproducción Asistida*. Recuperado de: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/08/2014-Manual-Reproducci%C3%B3n-Asistida.pdf>

- Oviedo, S., Urdaneta, E., Parra, F y Marquina, M. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Revista mexicana de pediatría*, 76 (5), 215-219. Recuperado de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf>

- Pérez, G. (2001) *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Métodos*. (p. 15).

Madrid: La Muralla.

- Sociedad Española de fertilidad (2012) Aborto de repetición. (p. 63) Recuperado de:

<http://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/aborto.pdf>

- Sociedad Española de fertilidad (2012) Saber más sobre fertilidad y reproducción asistida.

Recuperado de: http://www.sefertilidad.net/docs/pacientes/spr_sef_fertilidad.pdf

- Taylor, S., y Bogdan, R. (1987) Introducción ir hacia la gente. En *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. (pp. 19-20). España: Paidós.

- Taylor, S., y Bogdan, R. (1987) La entrevista en profundidad. En *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. (p. 101). España: Paidós.