

LA DOLOROSA PÉRDIDA DE UNA ILUSIÓN

Pérdida Gestacional





LA DOLOROSA PÉRDIDA DE UNA ILUSIÓN

Modalidad: Monografía

TRABAJO FINAL DE GRADO

Estudiante: Laura Furtado

Tutora: Carolina Farías

C.I.: 4468369-0

Fecha de entrega: 30 de Octubre 2015

Montevideo

Resumen

La presente monografía aborda la problemática de pérdida gestacional y las consecuencias psicológicas que trae aparejada para las mujeres así como las diversas formas de acompañamiento e intervención en tales situaciones. Se tomó como punto de partida para el análisis embarazos deseados/aceptados y los diferentes tipos de abortos involuntarios ocurridos durante el proceso de gestación así como los que suceden al culmino del mismo, dando como resultado un bebe sin vida.

Como metodología de trabajo, se realizó una revisión bibliográfica a nivel nacional e internacional en temas relacionados al punto de vista biológico sobre las diversas pérdidas gestacionales; la maternidad y cómo esta es experimentada por las mujeres, la muerte y sus connotaciones en nuestra sociedad actual; los diferentes tipos de intervenciones y acompañamientos para quienes hayan sufrido una pérdida y se encuentra transitando un proceso de duelo y las diversas maneras en que ese dolor es elaborado de una forma sana y adecuada sea por rituales de despedida, intervenciones psicológicas y espacios específicos de contención y apoyo.

El objetivo de la monografía es dar cuenta sobre las repercusiones psicológicas que la pérdida gestacional genera en las mujeres así como el silenciamiento de la temática frente a la sociedad donde la muerte es vista como un tabú del que no se debe hablar así como el aislamiento y la soledad con la cual los padres vivencian este tipo de sucesos imposibilitando en muchas ocasiones la elaboración apropiada del duelo. Por otro lado y en relación a lo antes mencionado, las implicancias de la maternidad en las mujeres que han sufrido muertes gestacionales, las pérdidas de ilusiones y expectativas depositadas en un ser que comienza a adquirir identidad propia dentro del mundo afectivo de los padres donde la *dulce espera* culmina finalmente en algo diferente a lo esperado.

Dada la importancia del tema y la necesaria sensibilización y visibilización por parte de la sociedad, resulta fundamental no solo la información precisa brindada a los implicados sino también un adecuado acompañamiento e intervención desde el ámbito profesional, que brinde contención, apoyo y consuelo para poder transitar la pérdida de una forma menos dolorosa.

Palabras Claves: pérdida gestacional, duelo perinatal, acompañamiento psicológico.

Índice

Resumen.....	1
La Dolorosa Pérdida de una Ilusión.....	4
1.0 Concepciones en torno a la maternidad.....	6
2.0 <i>Sobre el concepto de finitud en el ser humano</i>	12
3.0 <i>Pérdida Gestacional</i>	13
3.1 <i>Consideraciones desde el campo de la medicina</i>	14
3.2 Consideraciones Psicológicas.....	21
4.0 Intervenciones posibles desde el campo de la salud.....	21
4.1 Rituales de despedida.....	26
4.2 <i>Acompañamiento en el Duelo Perinatal</i>	30
Reflexiones Finales.....	37
Referencias Bibliográficas.....	42
Anexo.....	46

Era en abril

*Sabes hermano lo triste que estoy,
se me ha hecho vuelo de trinos y sangre la voz.*

*Se me ha hecho pedazos,
mi sueño mejor.
Se ha muerto mi niño, mi niño, mi niño,
mi niño, hermano.*

*No pudo llenarse la boca de voz.
Apenas vació el vientre de mi dulce amor,
enorme y azul,
la vida se le dio.
No pudo tomarla, no puedo tomarla,
de tan pequeño (...)*

*No busques hermano el camino mejor,
que ya tengo el alma muda de pedirle a Dios.
Qué hacemos ahora, mi dulzura y yo,
con dos pechos llenos, con dos pechos llenos,
de leche y dolor (...)*

(Juan Carlos Baglietto & Silvana Aguerre)

La Dolorosa Pérdida de una Ilusión

“La muerte perinatal fusiona en un mismo episodio la vida y la muerte, deja al descubierto lo efímero de la condición humana, frente a la necesidad de trascendencia.” (Ana Cigarroa)

El embarazo y posteriormente el nacimiento de un hijo, forman parte de unos de los momentos más importantes en la vida de la mayoría de las mujeres y sus familias que experimentan el desarrollo de emociones, esperanzas y expectativas en torno a la llegada de un nuevo ser.

Oviedo, Urdaneta, Parra y Marquina (2009) establecen que el embarazo conlleva una serie de cambios a nivel físico y psicológico en la mujer, percibiendo durante el mismo al feto como parte de ella misma y no como sujeto separado. Dicha percepción narcisista otorgará los cimientos para el vínculo de apego que la madre tendrá con el bebe depositando en éste parte de su autoestima. Así, la gestación colma determinadas ambiciones dentro de las que se encuentran la *sensación de omnipotencia*, relacionada con el dar vida a un nuevo ser; la afirmación de la *feminidad*¹ y la ilusión de la *inmortalidad* contribuyendo a las futuras generaciones por medio de un hijo. Durante el proceso de gestación, los nueve meses representarán para la madre una dulce espera. ¿Qué sucede entonces cuando un embarazo no culmina con el nacimiento de un niño vivo y sano?

De acuerdo a los autores, frente a la muerte perinatal, la madre experimenta una serie de sensaciones que se relacionan con un vacío corporal, sensación de inadecuación, pérdida de autoestima y culpa junto con la percepción de que una parte de sí misma ha sido dañada. Continúan explicando que años atrás, se creía que la pérdida de un embarazo resultaba menos dolorosa que la de una persona adulta. En el artículo, Oviedo hace referencia a varias investigaciones donde se expone que el hecho de que la madre cargue en su vientre al feto, sea por semanas o nueve meses, recibiendo tras esto la noticia de muerte gestacional, puede generar en ella sentimientos intensos y devastadores experimentando las mismas reacciones de duelo que quienes han perdido a un ser querido ya adulto (Oviedo, Urdaneta, Parra y Marquina, 2009).

Dada la importancia del tema descrito y los diversos efectos físicos y psicológicos que trae aparejado para la mujer, se destaca no solo la importancia de poder contar con la

¹ Feminidad como estereotipo construido socialmente para la mujer.

información sino un sostén que les permita a los implicados una elaboración del duelo posterior y una adecuada asistencia desde el mismo momento en el que la noticia se manifiesta por parte del personal de salud. El presente trabajo fue dividido en 4 capítulos. En el primero de ellos se trabaja en torno a las nociones de maternidad, la visión de la misma desde las posturas feministas así como el sentimiento de ser madre. Un segundo capítulo se centra en la muerte y cómo es ésta vista por la sociedad en la actualidad así como sus implicaciones en torno a la pérdida perinatal y el ocultamiento y silenciamiento de la misma. El tercer capítulo trata sobre las consideraciones médicas en torno a la diferenciación dentro de las pérdidas gestacionales, formas de proceder en torno al duelo y las consideraciones psicológicas que éste trae aparejado. Finalmente el cuarto capítulo hará foco en el proceso de duelo por muerte gestacional, efectos sobre la mujer cuyo embarazo ha sido deseado, maneras de enfrentar las pérdidas y diferentes formas de intervención desde el personal de salud que asiste estas situaciones.

1.0 Concepciones en torno a la maternidad

“Hay muchas cosas que no se cuentan sobre la maternidad (...) No sabía que llegaría un momento donde las fronteras de mi ser no estarían en mi piel sino en la suya, en el que miraría mi vida a través de sus ojos, y la vería cargada de otros colores, de otros brillos y otras penumbras.” (Pepa Horno Goicochea)

La maternidad ha ido conformándose a partir de diversas construcciones sociales considerándose ésta como característica femenina principal para las mujeres debido a su **capacidad biológica** para poder concebir y albergar otro cuerpo dentro de ellas. El útero contiene el ser humano en formación desde el momento de la concepción, junto con las expectativas de sus padres quienes le otorgan una identidad con ilusiones, un nombre, expectativas y deseos. Se trata de la unión de dos legados, de dos historias contenidas en el óvulo y el espermatozoide que constituirán al nuevo ser.

En este sentido Carmen Escallón (2007) plantea:

El útero, más que una cavidad biológica, es una cavidad musical, espiritual, cósmica; en ella el bebe baila durante nueve meses; en esa semi penumbra se comunica con la madre y con el mundo exterior. Allí construye el primer capítulo de su biografía (...) (p.49).

Ana Cigarroa (2011) menciona que la maternidad ha sido visualizada como una función de carácter instintivo, independientemente del contexto en el cuál ésta tiene lugar; en la actualidad se reconoce que la maternidad es además una construcción cultural. Considera a la misma, como un proceso biológico, psicológico y sociocultural en la vida de la mujer que tiene su punto de comienzo en la infancia a través de la relación con la propia madre. Dicho proceso se constituye de acuerdo a la autora, por etapas como son el momento de la concepción, embarazo, parto, nacimiento del hijo, puerperio, amamantamiento, el regreso al hogar con el hijo, el reinicio de las relaciones sexuales y la crianza. El ser madre, implica una intensa repercusión a nivel emocional en las mujeres puesto que por un lado existen quienes la perciben como una etapa de renuncia a diversos aspectos de sus vidas y la aparición de un vínculo de dependencia y vulnerabilidad mientras que para otras significa un fundamental logro alcanzado en sus vidas.

Giménez (2011) plantea que la maternidad comienza a germinar como un deseo de la niña en el desarrollo psico-sexual como motivo de las diversas identificaciones con figuras maternas, el cuál puede culminar años después con la posibilidad de llevarlo a cabo con el embarazo. Éste, genera en muchas mujeres ilusiones y fantasías fálico-narcisistas y es sostenido por el deseo de la maternidad, la pareja de la mujer, la

madre de la misma así como otros modelos indetificatorios. Dicho deseo de maternidad se relaciona con el entorno afectivo de la mujer y una cooperación dialéctica que funcionan como sostén del embarazo.

Por otro lado, Lorena Saletti (2008) señala que la capacidad que poseen las mujeres de dar a luz es biológica pero que el haber convertido esta capacidad en algo prioritario y característico de las mujeres, es **producto de la cultura**. Esto surge a partir de la constitución de la familia nuclear con la Revolución Industrial donde se produce la separación del hogar y de los ámbitos públicos y privados, reservando para el hombre todos los asuntos pertenecientes a la esfera de lo público y relegando el papel de la mujer al ámbito privado dentro del cual se encontraba los cuidados de la familia. De esta manera, se manifiestan las diferencias y desigualdades para ambos géneros, donde la maternidad queda unida a la mujer sin permitir la manifestación de deseos ni individualidades. El **amor maternal** se muestra como un sentimiento instintivo que la mujer trae consigo desde la infancia; la autora menciona los estudios de Elizabeth Badinter en 1980 donde se explica que los discursos científicos fomentaron el amor espontáneo e incondicional de las madres hacia sus hijos creando de esta forma en las mujeres la obligación de ser madres a través de la imposición del mito del “instinto maternal”. Tanto el amor maternal como la lactancia, surgen unidos y en función del sistema patriarcal establecido con el fin de garantizar la educación de los hijos dejando de lado por ejemplo a las nodrizas y condenando esta práctica pues el vínculo entre la madre y el hijo resultaba invariable.

En conjunto con esto, se comienza a dar valor a la infancia, tomándola como una etapa prioritaria donde la inocencia de la misma da lugar al discurso moderno sobre la maternidad. A partir de los diversos discursos médicos se disciplinó a las madres con el fin de que fomentaran la extensión de la nación a través de la adaptación de un rol socialmente definido para ésta; el amor maternal pasa a ser necesario y fundamental para el desarrollo correcto del niño. A su vez, si las mujeres no cumplían con estos estereotipos establecidos, eran consideradas “malas madres”. Al imponer la maternidad a todas las mujeres como algo natural, el discurso patriarcal las coloca ligadas a la función reproductiva sin dar cuenta de sus propias identidades y, por tanto, negándolas (Saletti, 2008).

De acuerdo a planteos de Adrienne Rich (1986) algunas de las suposiciones que giran en torno a la maternidad establecen que una **madre natural** es quién no posee otra identidad, alguien que hallará satisfacción pasando sus días junto a niños pequeños; que tanto madres como hijos deben estar solo dentro de un hogar, que el amor

maternal es desinteresado e incondicional. Estas ideas se encuentran sujetas a la sociedad patriarcal en la cual se instalan, donde la maternidad presentará determinadas condiciones al igual que el ser mujer marcando normas específicas en torno a la función reproductora del género femenino. En torno a su propia experiencia de maternidad, la autora menciona la profunda unión con unos de sus hijos mientras le daba el pecho, mencionando que cada uno se encontraba aferrado al otro y no solo de manera física sino por la mutua mirada. También, hace mención de las sensaciones conflictivas en su interior, la falta de tiempo y las emociones ambivalentes que giraban en torno a su maternidad.

Continuando con los planteos de Saletti (2008), menciona que Simone De Beauvoir fue la primera feminista en plasmar de manera escrita la concepción de la maternidad como una atadura para las mujeres donde ésta se mantiene como un único destino posible. Concibe al cuerpo de la mujer con un significado producido culturalmente debido a que se encuentra inscripto en los discursos de la maternidad donde la madre es vista como un sujeto en sí mismo. Simone De Beauvoir tratará de asignar un significado diferente al cuerpo de la mujer donde se desnaturalice el concepto de maternidad, mostrando de este modo que el deseo femenino es mucho más complejo a lo que representan los discursos dominantes.

Por otro lado, Saletti (2008) hace mención a los planteos de Adrienne Rich, donde se explica que la cultura patriarcal procura mujeres que amen a sus hijos de manera incondicional. Se rescatarán las grandes ambivalencias presentes en la experiencia de la maternidad, la cual genera sentimientos encontrados en los vínculos que mantienen con sus hijos. Se diferencia la **institución maternidad**, la cuál es producto de la construcción social para que todas las mujeres continúen bajo el control del sistema patriarcal, y la **maternidad como experiencia**.

En relación con lo mencionado, Rich (1986) explica que se solicita a la mujer embarazada a relajarse y a mantener tranquilidad pero nadie prepara a las mismas para la crisis psíquica que conlleva la concepción, los sentimientos guardados hacia la propia madre, sensaciones de no lograr controlar nada así como de adquirir nuevas potencialidades y una intensa sensibilidad que puede o bien ser estimulante o provocar sensación de agotamiento así como el enamoramiento hacia el ser dependiente que es y no es parte de sí misma. La maternidad se trata de una parte del proceso femenino y no de una identidad permanente. Tener un hijo significa cumplir lo que el patriarcado establece para la definición de feminidad pero a su vez, el cuerpo de la propia mujer experimentará cambios físicos y en su personalidad. Las cualidades

de paciencia, voluntad, que se creían en primera instancia innatas, son aprendidas en ese momento además de lidiar con sentimientos de amor y violencia que hasta el momento no fueron conocidos por éstas. (Rich, 1986).

En cuanto a la existencia del *instinto maternal*, Maribel Blázquez y María Jesús Montes (2010) mencionan que éste es parte de una de las herencias que la concepción de la maternidad trae consigo. No existe un único ejercicio de la maternidad sino que las diversas experiencias de mujeres dentro de éste ámbito implican el equilibrio de sus propias expectativas, deseos y proyectos en relación a los condicionamientos heredados y contruidos socialmente. Las emociones y experiencias en torno a la maternidad resultan formas de identificación con lo femenino obligándolas a someterse a los esquemas establecidos de lo que significa y conlleva ser una madre. A partir de la realización de su investigación durante los años 2003 y 2007, se llevaron a cabo entrevistas abiertas a mujeres para poder dar cuenta de la atención de los servicios sanitarios a mujeres durante el embarazo hasta el postparto y las emociones que éstas manifestaban en dicho proceso. A partir de los datos extraídos, establece que el instinto maternal y el amor son conceptos recurrentes en las mujeres y en quienes asisten a las mismas. Éste, comienza durante el embarazo y parecería reafirmarse al momento del nacimiento y contacto con el bebe relacionándolo sobre todo con la lactancia materna. Las autoras continúan mencionando que este instinto maternal es un mito, un producto de construcción cultural y que las mujeres se ajustan a este mandato social viviéndolo durante su proceso de embarazo y crianza con diferente intensidad. Sin embargo, existen aquellas mujeres que cuestionan esta clase de instinto experimentando emociones contrarias a lo esperado.

A pesar de este tipo de manifestaciones, existen otros momentos tras el nacimiento en el cuál las mujeres manifiestan una serie de emociones ambivalentes como rabia, culpa, ansiedad y miedo. Tras las primeras semanas del nacimiento, Clara manifiesta: *“Llega un momento que estoy tan cansada que lloraría. ¡Estás tan cansada que ya no eres tú! Yo no pensaba que dar el pecho fuera tan cansador (...).”* Este tipo de frases son respondidas por parte de los interlocutores marcando lo positivo de la maternidad. El aspecto *innato* que se le adjudica a las emociones en torno a la maternidad deja de lado que implican una relación entre la persona que cuida y quien es cuidado; pueden ir surgiendo durante el proceso de embarazo, en el parto o en el contacto con el bebe pero el amor maternal parte de una construcción social que se le adjudica a la mujer como respuesta biológica establecida juzgando a quienes no experimentan este tipo de emociones y generando culpabilidad en las mismas (Blázquez y Montes, 2010).

Con respecto a este tipo de emociones ambivalentes presentes en las mujeres con respecto a sus hijos y retomando a Adrienne Rich nos encontramos con una de las narraciones escrita en su libro a cerca de la experiencia de su propia maternidad: “*La degradación de la cólera. Furiosa contra un niño. ¿Cómo haré para aprender a absorber la violencia y hacer explícito solo el amor? Agotada por la cólera. La victoria de la voluntad cuesta tanto... ¡Tantísimo!*” (Rich, 1986, p. 59). Por otro lado afirma:

De vez en cuando, me inunda un amor lleno de felicidad por mis hijos, y casi parece que me basta el placer estético que me inspiran esas criaturas pequeñas y cambiantes, así como la sensación de ser amada, aunque sea de forma tan dependiente. Experimento también la sensación de que no soy una madre desnaturalizada y gruñona a todas horas...a pesar de serlo. (p. 58).

Continuando los lineamientos de Blázquez y Montes, concluyen en su investigación que la maternidad es vivida como parte de la herencia pasada de opresión del sistema patriarcal sobre las mujeres y que resulta necesario hacer visible las diversas formas de experimentar y sentir por parte de quienes transitan el proceso de la maternidad, poniendo de manifiesto las diversas sensaciones y opiniones de sus protagonistas (Blázquez y Montes, 2010).

Mercedes Bogino (2010) realiza una reseña sobre el libro “Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación” de Elixabete Imaz quién plantea que el tránsito hacia la maternidad implica un entramado de procesos fisiológicos y personales en la vida cotidiana de las mujeres considerando a éstas como autoras de sus propias experiencias ante los mandatos de géneros impuestos en la sociedad. Imaz realiza en su libro un recorrido por la historia de la maternidad considerada durante el siglo XVII como centro de identidad femenina quedando relegada la mujer a la esfera del ámbito privado y ocupando el rol de “buena madre”. Continuará exponiendo los planteos feministas a cerca del deseo maternal como fuentes y causa de opresión y emancipación sobre la vida de las mujeres para pasar tras esto a la concreción del deseo de un hijo. Aquí, el embarazo y el parto serán un rito de paso hacia la conformación de la maternidad visualizada como generadora de satisfacción al conformar nuevos vínculos afectivos y familiares. Identifica en el texto diferentes experiencias maternas entre las cuales se diferencian las **narraciones de continuidad**, vinculadas a las mujeres que experimentan la maternidad como parte de la evolución de su pareja; las **narraciones de bifurcación**, para aquellas mujeres que conciben a la maternidad como una elección pensada con sus aspectos positivos y

negativos y las **narraciones de ruptura** donde la maternidad implica un proceso que rompe con el pasado y se plantea un nuevo punto de partida hacia el futuro.

Por otro lado, realiza una diferencia de acuerdo a la maternidad y las diversas interpretaciones del cuerpo gestante reproducidas por los medios de comunicación y la sociedad donde aparece el embarazo como **fusión**, donde la mujer alcanza su destino de vida en este proceso; el embarazo como una **invasión** para el cuerpo de la madre, representando al feto como una especie de parásito y el embarazo como **escisión** vinculado a la separación del cuerpo de la madre donde lo que prima es la importancia del feto y la mujer deja de ser sujeto de derechos. En cuanto a la experiencia corporal, aparece el **cuerpo interno** relacionando la reproducción bajo el dominio del sistema hegemónico médico; el **cuerpo externo**, visible para la sociedad y el **cuerpo íntimo**, como la imagen propia que posee la mujer de su embarazo. Concluye, exponiendo que las mujeres viven actualmente presas de la tensión existente entre el modelo idealizado que se ha heredado sobre la maternidad y las prácticas cotidianas que se alejan de éste; a pesar de ello, explica que tales prácticas fomentan una nueva manera de poder visualizar a la maternidad (Bogino, 2010).

López (2010) expone que a través de los años, tener descendencia se ha considerado un hecho natural. Sin embargo, en la actualidad, las formas de concebir un embarazo se han ampliado a partir de los avances tecnológicos y modificaciones en la concepción de la familia. Tales avances, como son los referentes a la ginecología y la obstetricia, posibilitan las ecografías desde el comienzo del embarazo facilitando un apego con los padres; a su vez, permiten detectar cualquier dificultad que el feto presente con la posibilidad de tomar decisiones en lo referente a la vida o muerte así como a la continuidad del embarazo. Para los progenitores, el feto se convierte en hijo dotado de identidad propia a través del lugar que le han otorgado en su mundo afectivo.

Durante el embarazo, la mujer puede experimentar al feto como parte de sí misma dificultándosele en algunos casos la discriminación de lo ajeno y de lo propio. Si bien en un principio el embarazo responde a manifestaciones clínicas visibles, se irá abriendo paso a diversos procesos psíquicos donde la diferenciación entre el yo-no yo vinculada al feto se irá formando en cada mujer dependiendo de significaciones afectivas específicas. De esta manera los límites entre lo que proviene desde el exterior y lo interno necesitan de cierta flexibilidad para acompañar los diferentes cambios que la mujer va experimentando a lo largo de su embarazo (Giménez, 2011).

2.0 *Sobre el concepto de finitud en el ser humano*

“La muerte no existe en contraposición a la vida sino como parte de ella.” (Haruki Murakami)

El silencio y el ocultamiento en relación a la pérdida perinatal, tienen estrecho vínculo con la intimidad. Durante mucho tiempo, han existido temas tales como la menstruación, la sexualidad, fertilidad y el embarazo, que las mujeres se han reservado para conversaciones únicamente con otras mujeres; de esta manera, tales temas parecen rodeados de misterio así como la pérdida de un embarazo debido a la concepción y el tabú que implica para la sociedad la muerte. A lo largo de los años, no solo ha variado el concepto de maternidad sino la forma de concebir el nacimiento y la muerte del feto de acuerdo a las diferentes culturas en las cuales las mujeres vivan. De acuerdo a la religión se establecen determinadas posiciones en cuanto al feto muerto; así, por ejemplo dentro del catolicismo, el bautismo es únicamente para bebés vivos. A los fetos mayores de 24 semanas se les permite entierro o incineración pero sin ceremonias ni bendición otorgándole una fosa sin nombre. En el judaísmo, los no-judíos no pueden tener contacto con el cuerpo; no hay rituales a menos que haya vivido 30 días y la cremación está prohibida; etc. Por otro lado, la autora comenta que en las zonas rurales del país Vasco y Navarra los nacidos muertos sin bautizar eran colocados bajo un alero de la casa, dentro de la misma, en la huerta o en la cocina; el entierro no poseía oficio religioso y se llevaba a cabo en ausencia de la madre sin rezar. A partir de un estudio sobre mujeres hindúes se pudieron observar reacciones de duelo mientras que las familias de éstas, las culpaban por no poder traer a la vida a un bebé sano. De esta manera, puede observarse como en muchas de las religiones se les concede poco valor a las pérdidas y muertes gestacionales (López, 2010).

El **concepto de muerte** ha ido cambiando a lo largo de nuestra historia. A partir de los planteos de Pilar Bacci (2010) vemos como el concepto de muerte es creado social y culturalmente; ésta y los procesos de duelo posteriores, ubicarán al sujeto en determinada posición afectiva permitida y esperada para la tramitación de su problema. Desde siglos atrás, se ha conceptualizado a la muerte a partir de su significado social y psíquico tratando de proveer de un sentido al final de la vida. La conciencia de muerte y la necesidad de realización de rituales, aparece con el Homo Sapiens que pintaba a los muertos y los adornaba. Así, a medida que los años avanzan y durante los siglos VI al XII, la muerte dentro de la sociedad campesina no estaba ofuscada por el temor sino que se llevaba a cabo en las casas, en las camas y con un tiempo de espera aceptando lo inevitable. La muerte domesticada, se relacionaba con un lugar público donde la gente entraba y salía al encuentro social; se

vivía la muerte de manera comunitaria aunque sin despegarse de lo familiar. Más adelante, a finales del siglo XV donde se toma consciencia de que la muerte implica el final de la vida y una descomposición biológica, se otorga al individuo un concepto de terrenal y sufriente tomándose más adelante por la religión con la realización de diversos rituales y significados. En el siglo XVIII, la muerte pasa a ser un tema médico y no religioso a partir de las diferentes nociones de salud y enfermedad que se comienzan a vislumbrar. Los diferentes avances de la ciencia médica construyeron un cuerpo medicalizado y nuevas actitudes frente a la muerte estableciendo un modelo médico hegemónico donde se produce una nueva forma de relación denominada “muerte invertida” rechazándose a los muertos y la muerte así como la desintegración de los ritos familiares de duelo.

En la actualidad, la muerte es visualizada como una crisis en la vida de muchas personas, como un tabú que hay que silenciar y ocultar. Flor Hernández (2006) plantea que las diferentes actitudes del ser humano ante la muerte han sido culturalmente aprendidas, variando a través del tiempo, donde para muchos la finitud representa parte inevitable de la vida mientras que para otros, resulta un suceso que hay que intentar evitar. De esta manera, la cultura moldeará las experiencias que se posee ante las pérdidas y los rituales llevados a cabo tras ello. En su mención a Bernard (1813-1878) cita:

“Los organismos viven a la vez de su entorno y contra él; y éste es para ellos al mismo tiempo oportunidad y amenaza. La existencia no es más que una perpetua alternancia de vida y muerte, de composición y descomposición. No hay vida sin muerte, ni muerte sin vida.” (p. 4).

3.0 Pérdida Gestacional

Si, era un feto, medía unos centímetros, pero hijo igualmente y yo tenía depositadas en él todas mis esperanzas, todas mis ilusiones y todo el amor que me cabe en el pecho. Cuando lo he perdido he sentido que se iba una parte de mi alma con él, una que nunca volverá. ¿Cómo me preguntas como estoy y te sorprendes al escuchar que hundida? (Lola Lapiconera)

En las Guías de Salud Sexual y Reproductiva (2005) de nuestro país, encontramos principios para la atención de la salud sexual y reproductiva entre los cuales se menciona la valoración del acto de engendrar como una opción libre, consciente y comprometida a través de la facilitación de información para promover la toma de decisiones responsable.

De esta forma, en el capítulo dedicado a las Normas de Atención a la Mujer Embarazada (2007), los derechos sexuales y reproductivos constituyen el marco referencial donde estos derechos se ejercen. Se plantea como objetivo atender adecuadamente el proceso de las mujeres durante su embarazo a través de la prestación de servicios y atención contando con un equipo interdisciplinario en formación permanente. Dentro de la atención a la mujer embarazada, se priorizara el intercambio de información con la gestante posibilitando un empoderamiento por parte de la misma. Se resalta la importancia de tener en cuenta las situaciones sociales y culturales de la mujer con el fin de posibilitar la toma de decisiones en cuanto al seguimiento de su embarazo, parto, puerperio y amamantamiento. Todo embarazo debe ser considerado de bajo riesgo a excepción de pruebas que evidencien lo contrario; en caso de ser así, el personal sanitario deberá elegir una adecuada manera de realizar el seguimiento así como el lugar para llevarlo a cabo. Según los planteos de la OMS, el 75% de los embarazos pueden definirse de bajo riesgo mientras que el 25% necesitarán de cuidados diferentes debido a las variadas complejidades que conllevan. El seguimiento del embarazo por parte del personal sanitario beneficia la prevención así como la detección de patologías que puedan perjudicar la salud de la mujer o del feto.

De acuerdo a la OMS (2012) cada año quedan embarazadas aproximadamente 208 millones de mujeres entre las cuales un 59% posee un embarazo planificado que puede culminar en un nacimiento con vida, aborto espontáneo o muerte fetal intrauterina. El restante 41% corresponde a mujeres que poseen embarazos no deseados.

3.1 Consideraciones desde el campo de la medicina

Mi pequeña Flor ya se ha marchado a iluminarnos desde su estrella lejana. Ahora solo queda el duro proceso de hacer física esta separación. (Eloisa Lopez)

Fernando Nieto (s/f) establece que la pérdida gestacional representa la patología gestacional más frecuente, estimándose que entre el 50% y el 75% de los embarazos no superan las 20 semanas. Dichas pérdidas, muchas veces pasan desapercibidas, puesto que ocurren en el período de pre-implantación o coinciden con la fecha de menstruación. Solo entre el 15-25% de las pérdidas gestacionales tempranas suceden en embarazos ya establecidos clínicamente. De acuerdo a la OMS (2007), la muerte

fetal temprana, ocurre antes de la semana 20 de gestación correspondiéndose con la interrupción y/o expulsión de la gestación o del feto-embrión menor de 500g.

Dentro de la pérdida gestacional temprana, se pueden clasificar de acuerdo a la edad gestacional, el aborto temprano y tardío. **El aborto temprano**, ocurre antes de la semana 12 de la gestación contándose a partir del primer día del último período menstrual. Fernando Nieto (s/f) menciona que se trata de el tipo de aborto más frecuente entre el 80% y el 91% ocurren en ese período. Se denomina **aborto tardío**, al que ocurre luego de la semana 12 de gestación. A su vez, y de acuerdo a la presentación, puede tratarse de un **aborto espontáneo**, cuando no interviene la voluntad de una persona a la realización de tal acción e **inducido**, cuando se lleva a cabo algún tipo de procedimiento con el fin de interrumpir el embarazo. El aborto inducido puede ser **terapéutico** cuando es provocado para tratar de preservar, restablecer o recuperar la salud materna que se encuentra en riesgo o cuando existen alteraciones fetales graves.

Nuestro país, cuenta con legislación vigente (Ley N° 18.987) (2012) sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en la cual se establece la garantía por parte del Estado a la procreación consciente y responsable promoviendo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a toda la población así como el reconocimiento del valor social que implica la maternidad. La interrupción voluntaria del embarazo no será penalizada siempre y cuando la mujer cumpla con los requisitos establecidos en pos de un aborto seguro y sin riesgos realizado durante las primeras doce semanas de gestación.

Por otro lado, encontramos en la región, la Ley Orgánica de Salud de Ecuador (2013) la cual en su capítulo III De la Salud Sexual y Salud Reproductiva dispone que el Estado reconoce al aborto incompleto en condiciones de riesgo como problema de salud pública. De los distintos tipos de aborto, una de cada cinco mujeres culminan su embarazo con un aborto espontáneo provocado por anomalías cromosómicas que no resultan viables con la vida mientras que el 22% de los embarazos termina en un aborto inducido. Por este motivo, se requiere de una adecuada formación profesional y atención a las mujeres que llegan a los servicios en esta situación. En su mención a la OMS, expresa que se posee preocupación especial por el aborto incompleto puesto que si no se trata a tiempo puede provocar la muerte de la mujer tomando como principales causas del mismo el shock hipovolémico y las infecciones aumentando el riesgo de muerte materna en un 60% de los casos. Las anomalías en el

crecimiento y desarrollo del embrión representan una de las causas más frecuentes de la pérdida de gestación.

La atención al aborto debe encuadrarse en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos como un deber que implica a todo profesional de la salud. Manifiesta que todo establecimiento de salud debe ser sensible en temas de aborto incompleto, diferido y retenido; la mujer debe tener acceso al diagnóstico y tratamiento pertinente en caso de que se produzcan este tipo de situaciones en todo establecimiento de salud del país.

Continuando con la clasificación de abortos, de acuerdo a la evolución clínica, existe **amenaza de aborto** cuando se presenta dolor y/o sangrado genital; **aborto en curso**, cuando a través del examen médico existe dilatación del orificio cervical interno lo que a su vez puede clasificarse como aborto inminente si se encuentran las membranas íntegras o inevitable, cuando se palpan partes fetales estando las membranas rotas. **Aborto incompleto**, cuando se evidencia la expulsión parcial de los productos de la concepción o cuando a través de una ecografía puede visualizarse la presencia de restos ovulares. El **aborto completo**, es aquel donde la expulsión de los productos de la concepción se realiza de manera completa teniendo a su vez una mejoría clínica en cuanto a dolores y sangrado y cuando a través de una ecografía se evidencia la cavidad uterina vacía (Nieto, s/f).

La Guía de Práctica Clínica (2013) llevada a cabo por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador menciona la definición de **aborto diferido**, en el que se retiene dentro de la cavidad uterina un embrión o feto muerto o la detención del embarazo normal que puede acompañarse de sangrado o no. Este tipo de aborto, es también llamado huevo muerto y retenido y el producto de la concepción luego de haberse declarado muerto, no se expulsa en forma espontánea teniendo que recurrir a procedimientos específicos para extraerlo.

Entre los procedimientos llevados a cabo luego del diagnóstico de aborto, se encuentra el legrado (LUI), siendo la técnica utilizada con mayor frecuencia dentro de la obstetricia. Existen dos tipos de legrado; **el obstétrico**, realizado sobre la gestante con el fin de suspender el embarazo temprano limpiando la cavidad uterina luego de un aborto incompleto o en la puerpera tras los 42 días post-parto o post-cesárea con el objetivo de limpiar la cavidad endometrial y el **legrado ginecológico**, que se realiza sobre la mujer que no está embarazada. El legrado obstétrico se lleva a cabo con la utilización de anestesia general, regional o de sedación. Otra de las técnicas utilizadas se denomina Aspiración manual endouterina (AMEU), donde se realiza una

evacuación uterina dentro del primer trimestre de gestación siendo uno de los procedimientos aconsejados por la OMS para el tratamiento de la atención post-aborto. En comparación con el legrado, la AMEU posibilita que haya menores riesgos de infección de perforación uterina, menor cantidad de sangrado, menor necesidad de dilatación del cuello uterino, de dolor y de administración de analgésicos (Ballinas, 2014).

Por otro lado, se menciona el manejo expectante para el caso de un aborto espontáneo o muerte fetal intrauterina. Éste, de acuerdo a la Guía de referencia rápida sobre Diagnóstico y Tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del Aborto Recurrente (2008), consiste en un método indicado en pacientes que no desean tratamiento médico o quirúrgico y que no presentan complicaciones a nivel interno siendo un método altamente efectivo en el aborto incompleto. Existen quienes establecen que este tipo de procedimientos puede resultar poco eficiente o práctico pero siempre que la mujer no presente complicaciones, infecciones u otro tipo de patologías asociadas a lo ocurrido, no se considera inadecuado o peligroso; consiste en dejar que la naturaleza actúe por sí misma.

De acuerdo a la información brindada por los hospitales de Cambridge, del Servicio Nacional de Gran Bretaña (2012) proporcionada por la Asociación **“El parto es nuestro”**, el manejo expectante tiene que ver con dejar que el aborto proceda de manera natural sin tener que implementar procedimientos quirúrgicos. Dentro de los síntomas experimentados, se resalta el sangrado vaginal y calambres abdominales, resaltando como beneficios el no tener que recurrir a un centro hospitalario y que la mujer pueda sentirse con el total control del proceso por el cual atraviesa. Dentro de las recomendaciones establecidas, se establece que en caso de que no se presenten complicaciones o infecciones, no es incluso necesario realizar una ecografía posterior con el fin de determinar si el aborto ha ocurrido por completo.

La Asociación **“El parto es nuestro”** (s/f), menciona los beneficios del manejo expectante, entre los cuales se encuentra el torrente de la hormona oxitocina favoreciendo el ánimo de la mujer y una mejor elaboración del proceso de duelo; confianza en el propio cuerpo al momento de parir; el respeto por los tiempos de asimilación de cada mujer tras el diagnóstico de aborto así como la evitación de legrados e internaciones hospitalarias. El clima de intimidad donde la mujer puede encontrarse acompañada por sus afectos y familiares así como la posibilidad de despedirse a través de rituales o ceremonias de acuerdo a intereses y creencias.

En continuación con las clasificaciones de aborto brindadas por Fernando Nieto, se denomina **aborto recurrente** a la pérdida consecutiva y espontánea de tres embarazos. De acuerdo a los planteos del autor, cuantas más pérdidas gestacionales tempranas se tengan mayor será la posibilidad de un nuevo aborto en el siguiente embarazo. Tomando algunas cifras, una persona que no ha tenido embarazos posee un riesgo del 12% a presentar un aborto durante el mismo, pero esto se incrementa a 19% si se ha tenido un aborto anterior; a 35% si se ha tenido 2 abortos espontáneos y a 47% si se tiene más de 3 pérdidas consecutivas.

Por otro lado y de acuerdo a la presencia de infección, se clasifica el **aborto séptico grado I** cuando la infección compromete únicamente la cavidad uterina; **aborto séptico grado II** cuando se extiende a anexos y **aborto séptico grado III** cuando se encuentra comprometido el peritoneo pélvico y abdominal (Nieto, s/f)

Dentro de la pérdida gestacional, también nos encontramos con aquellas que suceden luego de la semana número 20 de gestación y se denominan **Óbito**. De acuerdo a Jeannette Linares y Ronald Poulsen (2007) el óbito fetal está definido como ausencia de latido cardíaco, pulsación del cordón, movimientos y respiración del feto encontrándose este en la cavidad uterina de la madre. Dentro de las diversas patologías consideradas, mencionan a partir de sus investigaciones sobre mujeres embarazadas, las infecciones, complicaciones maternas propias del embarazo, Síndrome Hipertensivo del embarazo considerado como el factor más importante dentro de la muerte fetal intrauterina; insuficiencia placentaria, entre otras.

Vicente Diago, Alfredo Perales, Marta Cohen y Alfredo Perales Marín (2013) plantean que anualmente se producen en el mundo aproximadamente 3,9 millones de muertes fetales. Luego de establecido el diagnóstico de muerte fetal intrauterina, el paso a seguir es la finalización del embarazo a través de la inducción de éste; la mayoría de las mujeres optan por una finalización precoz del mismo aunque no supone una urgencia puesto que las dificultades están relacionadas con la retención fetal prolongada. Se recomienda culminar el embarazo dentro de las primeras 24 horas tras el diagnóstico o inmediata en caso de presentar infecciones u otras complicaciones. A la hora de llevar a cabo la inducción del parto, se debe tener en cuenta la comunicación e información brindada a los padres; consentimiento informado de éstos para inducir el parto; llevar a cabo el proceso en un lugar apartado de otras gestantes; proporcionar analgesia adecuada evitando aquella que obstruya la consciencia; empelo restrictivo de episiotomía; visualización del cuerpo del recién nacido en caso de que sus padres lo deseen y un alta precoz a la mujer.

Los autores continúan planteando, que en caso de muerte fetal intrauterina ocurrida durante el segundo trimestre de embarazo se le puede ofrecer a los padres la opción de dilatación y evacuación quirúrgica uterina aunque éste método puede dificultar la necropsia (estudio del feto tras su muerte) posterior con el fin de determinar anomalías fetales. La inducción del parto resulta el método más adecuado para la finalización del embarazo cuando existe muerte fetal; la elección del método y la forma de inducción van a depender de la edad gestacional, las condiciones obstétricas y las prácticas llevadas a cabo en cada centro de salud. Además, se les aconsejará a las mujeres que hayan sufrido muerte fetal intrauterina retrasar la siguiente concepción hasta al menos un año o hasta que se haya producido la recuperación completa tanto física como psicológica (Diago, Perales, Cohen y Perales Marín, 2013).

Continuando con los lineamientos mencionados, Fernanda Lozano y Gualdine Rodríguez (2007) explican que dentro de la muerte fetal intrauterina u óbito y de acuerdo a la edad gestacional, se puede clasificar el **óbito temprano**, antes de las 20 semanas; **óbito intermedio**, entre la semana 20 y la 28 y **óbito tardío**, más de 28 semanas.

En cuanto a las normativas vigentes en Uruguay con respecto a los certificados de defunción, las autoras mencionan el Reglamento de certificados de defunción de 1889 del Ex Consejo de Higiene Pública, donde explican cuando un médico tiene prohibido expedir un certificado y en qué casos no. Por otro lado, hacen mención a la Ley N° 5453 de 1942, momento en el que se estableció un certificado de defunción como único y obligatorio en todo el país. Esta hoja consta de dos formularios, el de muerte neonatal y perinatal precoz (antes del 7° día de vida extrauterina); y el de las muertes que ocurren luego del día 7° de vida.

En cuanto a la autopsia, definen ésta como las diversas investigaciones que se realizan sobre el cadáver con el fin de diagnosticar y comprobar la etiología de la muerte a través de procedimientos científicos, técnicos y éticos. Existen dos tipos de autopsia; una de ellas es la judicial que buscará lesiones o alteraciones anatomopatológicas con el fin de esclarecer la muerte de la persona; y la autopsia clínica, la cual investiga la muerte desde el punto de vista médico, epidemiológico y estadístico con el fin de mejorar la asistencia médica. En el caso de autopsia de los abortos y óbitos, se recomienda la solicitud rutinaria con el fin de poder investigar las causas de muerte y la búsqueda de información con motivos epidemiológicos, clínicos y estadísticos. Se les deberá ofrecer a los padres la finalidad de la autopsia; los motivos por los que se recomienda la práctica de la misma; informarles que la negativa

a realizar dicha autopsia es un derecho y no tendrá ninguna consecuencia contra ellos. El paciente deberá recibir del equipo de salud la información pertinente en términos comprensibles con el objetivo de tener participación voluntaria, activa y consciente teniendo en cuenta sus valores morales para las decisiones a tomar (Lozano y Rodriguez, 2007).

Dentro de los protocolos establecidos para el parto asistido en el tercer nivel teniendo como resultado óbito fetal, el médico que asiste el parto tendrá la obligación de firmar el certificado de defunción del niño mayor de 7 días; éste no podrá ser firmado por parteras. La mujer deberá quedar internada en el tercer nivel, recibiendo el médico un consentimiento informado para la autopsia clínica sea total o parcial; en caso de que los padres rechacen la autopsia, se llevará a cabo la inhumación del óbito por medio de la empresa fúnebre elegida o trámite establecido y seccional policial en caso de no poseer recursos. En los casos de parto asistido en primer y segundo nivel con resultado de óbito fetal, se lleva a cabo un pase de la mujer a puerta de maternidad con historia clínica, historia clínica perinatal para luego ingresar en sala de ginecología; el médico que asistió el parto tendrá la obligatoriedad de firmar el acta de defunción así como el consentimiento de los padres para llevar a cabo la autopsia. En caso de que no se acepte dicha autopsia, se procederá a la inhumación del óbito. Cuando el producto de la gestación es menor de 500g se considera aborto y no requiere un certificado de defunción, considerándose pieza anatómica; si los padres desean realizar la inhumación, está permitido llevar a cabo el documento cuando éstos lo requieran. En el caso de los partos domiciliarios que tengan como resultado óbito fetal y hayan sido asistidos por el médico, se realiza el mismo procedimiento mencionado anteriormente; si éste fue atendido por la partera, solicitará ayuda médica a la Emergencia Médica para que el médico constate el fallecimiento del óbito. En este caso, el médico tiene prohibido firmar el acta de defunción y deberá realizar la denuncia en la seccional policial de la zona en la que se encuentren; el óbito a través de orden judicial, será enviado a la Morgue Judicial para luego ser trasladado a la empresa fúnebre elegida por los padres (Lozano y Rodriguez, 2007).

3.2 Consideraciones Psicológicas

“En este caso el transcurrir del tiempo no es alivio, porque el tiempo lo que hace es marcar aún más esa distancia entre estar y no estar que tanto lastima; el tiempo no necesariamente es sinónimo de olvido.”
(Claudia Chamorro)

Francois Ansermet (2014) plantea algunas interrogantes en torno a la muerte gestacional, como son: “¿Han perdido un niño? ¿Ya eran padres? ¿El feto perdido tiene ya el estatuto de un niño o solo se trata de una pérdida narcisista?”, menciona que la muerte al igual que el origen implica algo irrepresentable más aún cuando se trata de la muerte antes del nacimiento. A partir de los diversos avances dentro de la medicina, en la actualidad podemos ver a través por ejemplo de las ecografías, al bebe, sus movimientos, los latidos de su corazón tomando una realidad concreta de ese ser. ¿Qué sucede entonces cuando éste desaparece? El autor plantea que se pierde a alguien que ya es cercano, que vivía dentro de la mujer y que muchas veces incluso se ha colocado la imagen de la ecografía en el álbum familiar. En relación a lo mencionado anteriormente, Ansermet considera que la pérdida de un niño implica también una pérdida narcisista para quienes lo esperaban.

Frente a la muerte gestacional, se encuentran también las diversas implicaciones en cuanto al personal de salud y la adecuada forma de actuación para quienes estén transitando esta dolorosa pérdida. Las formas de proceder resultarán de fundamental importancia para poder brindar a la familia, especialmente a la mujer, un ambiente de contención y la posibilidad de elaboración de un proceso de duelo saludable.

4.0 Intervenciones posibles desde el campo de la salud

“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como son unas pocas palabras bondadosas.” (Sigmund Freud)

Con respecto a la muerte fetal intrauterina, Carolina Serrano et al. (2015) mencionan que se presenta como una de las situaciones más difíciles de tratar donde deberá ponerse énfasis en el apoyo psicológico brindado especialmente a la madre. La falta de conocimientos sobre cómo actuar ante tal situación lleva a que se tome una actitud no siempre adecuada ante la pérdida gestacional llevando a estados de frustración e impotencia. Las pacientes a las cuales se les presentan tal diagnóstico, muchas veces no reaccionan seguidas por una descarga de emociones donde se debe saber orientar, ayudar y acompañar. Los ingleses utilizan el acrónimo LAST: “L” en relación a

la escucha (listen); “A” en reconocimiento del dolor y de la no explicación de la pérdida (acknowledgement); “S” vinculado al apoyo (support) y “T” en lo referente a prestar atención a los gestos, tono de voz, mirada, postura (touch). A partir del estudio de un caso clínico, los autores establecen como prioritario el apoyo psicológico que deben prestar los profesionales de la salud, tanto enfermeras, médicos, ginecólogos, neonatólogos, matronas, etc. que hayan participado en el parto al recién nacido muerto tanto a la paciente como a sus familiares ofreciéndoles atención adecuada ante la pérdida. Uno de los elementos destacados tiene que ver con la relación médico-paciente y la comunicación para evitar estados ansiosos o depresivos. Tras el diagnóstico, se dan determinadas situaciones en las cuales el personal de salud debe prestar atención para saber cómo reaccionar:

Shock emocional y negación del hecho: Aparece un mecanismo de autodefensa para protegerse del impacto que tiene la noticia. Se debe ayudar a que la madre comprenda que se entiende su negación; a estos efectos, y en primera instancia, se le debe mostrar la pantalla del ecógrafo con el fin de visualizar la ausencia de latido cardíaco y movimientos fetales. Es fundamental ofrecer tiempo de meditación, de intimidad así como toda la información requerida.

Búsqueda del por qué: En esta etapa se da un intento de justificar lo sucedido a partir de la culpa en sí mismos o sobre los profesionales médicos. Aquí se deberá actuar siendo receptivos, saber escuchar y acompañar el dolor asegurándoles que se buscará los motivos de lo acontecido aconsejándoles la autorización de la necropsia.

Ante las interrogantes, miedos y dudas que se plantearán luego de esas etapas, la conducta médica debe ser activa mediante la finalización del embarazo a través del parto. No se deben aceptar las peticiones de cesárea a menos que haya de por medio una indicación médica puesto que puede favorecer los sentimientos de irrealidad debido a la sedación. Sin embargo, se debe suministrar la analgesia epidural; luego de realizado el parto, si lo desea la paciente, se les dejará ver a su hijo. Por otro lado, y tras el procedimiento, se les debe permitir intimidad para que manifiesten sus emociones; se les preguntará si desean algún recuerdo como por ejemplo la pulsera de identificación. En cuanto a la aceptación, los autores establecen que es un proceso que puede durar semanas, meses o años; aquí entrará en juego el tratamiento psicológico, la información del estudio necrópsico así como el consejo para la concepción en un futuro (Serrano, et al., 2015).

De acuerdo al tratamiento psicológico en el aborto espontáneo, la Guía de Práctica Clínica del Ecuador (2013), establece que la evidencia indica que no aumenta ni

disminuye la probabilidad de tener secuelas psicológicas adversas si se tiene un aborto o no, a menos que se tenga un trastorno mental previo o si se ha sufrido de abortos recurrentes. Menciona a partir de la evidencia, que la asesoría psicológica en el caso de abortos, mejora después de un año, la angustia y la depresión en casos específicos así como la obtención de un mayor bienestar en el paciente. De todas maneras, se plantea que todos los profesionales deben estar al tanto de que pueden aparecer en algunos casos, secuelas psicológicas y se deberá proporcionar el apoyo adecuado. A todo paciente, se le debe informar a través de los conocimientos basados en la evidencia, para evitar sentimientos de culpa, ansiedad o depresión; la atención deberá realizarse libre de cualquier prejuicio ofreciéndose no solo a la mujer sino a su pareja o familiares en caso de que lo requieran.

El avance de las tecnologías, permiten hoy en día a los profesionales de la salud un mayor conocimiento de la situación por la cual transcurre el embarazo por medio de los ultrasonidos, amniocentesis y estudio de las vellosidades coriales, entre otros. De esta manera, los padres pueden ser comunicados cuando existen anomalías fetales, malformaciones, desórdenes genéticos que resultan inconciliables con la vida. Aún así, existen casos en que éstos resultados no son del todo certeros por lo que el equipo de salud debe manejarse con mucho cuidado otorgándole información y apoyo a quienes se encuentren implicados. Cuando el diagnóstico es comunicado, los progenitores comienzan a elaborar internamente la situación a la cual se enfrentan y se intenta que dicho diagnóstico sea dado de manera clara, precisa pues muchas veces suelen darse cuenta de que “algo no va bien” debido a miradas, gestos y palabras del personal de salud entre sí. Un adecuado soporte inicial permite la posibilidad de comenzar un correcto proceso de duelo así como prevenir la búsqueda inmediata de embarazos como forma de reemplazo del niño perdido; es fundamental dejar en claro que el bebe está muerto pero sigue existiendo. Resulta de vital importancia respetar los tiempos de la mujer y su pareja en este tipo de situaciones brindando apoyo a través del trabajo del equipo multidisciplinario con profesionales médicos, psicólogos, trabajo social, etc. (Garay, 2003).

Tras brindarse el diagnóstico, tanto el personal de salud como los progenitores deben enfrentarse a la finalización del proceso, esto es, el término del embarazo cuyo resultado será un ser sin vida que debe ser exteriorizado del cuerpo de la madre. Aquí, resulta fundamental el apoyo ofrecido por el equipo de salud en su conjunto brindando contención y apoyo a quienes estén pasando por ese difícil momento. De acuerdo a los planteos de Garay (2003) desde el punto de vista obstétrico ya no hay razones en ese momento para que el bebe permanezca en el útero materno; sin embargo,

menciona que es importante poder respetar los tiempos de la mujer ya que muchas de ellas solicitan demorar la intervención con el fin de poder prepararse para la despedida y desprenderse físicamente de él. Por otro lado, existen mujeres quienes manifiestan sentirse como un ataúd viviente de su hijo pidiendo que el proceso sea algo rápido. Sea cuál sea la situación, resulta esencial poder sensibilizarse con las necesidades y deseos de las personas para que el desenlace se produzca de una manera informada y con armonía.

Al momento del parto, muchas de las mujeres pueden vivirlo como un proceso inútil y más doloroso de lo normal; aún así, se recomienda que el parto sea por vía vaginal con un fin preventivo ya que la cesárea puede condicionar embarazos posteriores al tiempo que puede generar estados de despersonalización (vivencia de vivirlo como una película, como no ser parte de) e irrealidad de la situación. El parto es experimentado intensamente, con dolor físico pero también psíquico; usualmente se administran analgésicos pero debe tenerse presente que sean únicamente los necesarios, en caso de requerirlos, para mantener a la mujer en la realidad con el objetivo de que ésta pueda diferenciarse del ser que perdió y murió en ella. Esta experiencia posibilitará que la madre lo discrimine como una persona diferente así como lograr el conocimiento de que ese bebe existió y no fue producto de la imaginación; el parto vaginal de esta forma ayudará a la evolución del proceso de duelo posterior.

Se destaca la importancia de que el equipo de salud logre valorar críticamente su forma de proceder cuando suceden muertes intrauterinas para no dejar que las propias ansiedades así como el deseo interno de que la muerte no haya sucedido influyan en las personas que se encuentran transitando esa dolorosa situación (Garay, 2003).

Denise Defey (2011) plantea que el abordaje de intervención debe constituirse por múltiples aportes proponiendo al psicoanálisis como uno de éstos dentro de una forma de acción multimodal. En primera instancia se trata de la preparación de los diversos profesionales de la salud y estudiantes con el fin de que sus actitudes no contribuyan desenlaces posteriores patológicos acercándose a una mirada epidemiológica y de políticas de salud. Las Guías Clínicas basadas en evidencia científica a cerca de los pasos a seguir en estos casos por parte de quienes conformen el personal obstétrico resultan fundamentales en pos de la prevención y acciones adecuadas a seguir. Estas acciones tendrán que ver con que la madre pueda conocer al niño que ha muerto, que no se adjudiquen medicaciones que imposibiliten la realización del duelo, la

preferencia del parto natural antes que la cesárea, entre otras. A su vez, durante el momento de impacto sobrevenido tras la noticia, se trata de la intervención de los diversos profesionales como primer ayuda psicológica puesto que durante ese tiempo, el Yo de la mujer se derrumba perdiendo la capacidad de tomar decisiones o de cuidar de otros hijos en caso de que los tenga.

Así, la autora propone el lograr brindar un espacio de contención y cuidados para proteger de daños que puedan resultar definitivos generando condiciones para la elaboración saludable del proceso de duelo. Se tratará de reconstruir el equilibrio perdido, las capacidades adaptativas de la persona, proponiendo para ello dos opciones terapéuticas: un abordaje psicoanalítico centrado en la situación que se está viviendo o un proceso analítico que además de tener como centro la situación vivida también ahonde en la historia personal de los implicados. El abordaje focalizado puede resultar más conveniente para quienes no se encuentren pasando por otro tipo de dificultades y el suceso haya sido experimentado como un evento que irrumpe de forma abrupta sobre éstos, mientras que el proceso analítico podría ser mejor utilizado para quienes lo sucedido reviva problemáticas en torno a su pasado y por este motivo se movilicen aspectos inconscientes. En el caso del duelo patológico luego de la muerte perinatal, sea este porque el proceso de duelo se ha detenido; por la administración de psicofármacos, entre otros motivos, se plantea que un abordaje psicoanalítico puede resultar adecuado trabajando aspectos más allá del evento. Finalmente se menciona las terapias breves madre-bebe en los casos en los que la muerte perinatal haya afectado el vínculo y relación de la madre con sus otros hijos interviniendo en la resolución de la problemática sintomática debido a que el niño, dada su edad, podría correr riesgo de daño estructural por la situación a la que se enfrentan sus padres (Defey, 2011).

Por otro lado, se plantea la interrogante en las mujeres sobre qué hacer con la leche materna tras el doloroso hecho de perder un hijo. Santos, Yáñez y Al-Adib (2015) mencionan en la Guía de Atención Profesional a la Pérdida y el duelo durante la maternidad que en muchos centros sanitarios se recurre a la inhibición farmacológica de la lactancia a través de la cabergolina², con el objetivo de no agregar más dolor que recuerde al bebe que se ha perdido. Sin embargo, esto no resulta en muchas ocasiones la decisión más adecuada. A partir de datos de diversos estudios, se ha demostrado que la lactancia protege a la mujer contra el estrés y la depresión puesto que en la segregación de leche participan diversas hormonas como la oxitocina, prolactina, edorfinas y dopamina. Luego de la pérdida de un bebe, la segregación de

² Droga farmacológica cuyo efecto principal es la inhibición de la producción de leche.

cortisol influye negativamente en el ánimo de la mujer y la lactancia funcionaría incrementando la modulación cardíaca y disminuiría el estrés lo que, junto a la prolactina que se presenta en niveles elevados durante las primeras fases de la lactancia podría agravar estados de depresión si se la inhibe a través de fármacos. Son muchos los casos en los que las madres preguntan si pueden donar su leche pudiendo de esta manera sentirse útiles y realizando la elaboración de sus respectivos duelos de forma más saludable aunque siempre dependerá de la situación y decisión de cada mujer. Para muchas, dejar que la leche fluya tiene que ver con una conexión y vínculo de amor con el bebe perdido mientras que para otras representa un recuerdo doloroso al tener *“los pechos llenos y brazos vacíos”*; por tanto, será importante que la mujer cuente con una libre elección y que se respete la misma en cuanto a qué hacer con la leche materna. La Guía menciona algunas opiniones de madres en relación a la posibilidad de donar leche frente a la inhibición de la misma a través de fármacos: *“Me hubiera ayudado a sentirme útil, en un momento que sentía que no servía para nada”*; *“Con mi pérdida de 15 semanas ¡me subió la leche! Para mí, fue una lección de naturaleza. No me gustó que me “obligaran” a cortar con fármacos, quería una forma natural. Creo que me hubiera gustado donarla”*. (p.181).

Las opciones existentes no se reducen únicamente a la interrupción de la producción de leche materna o a la donación, sino que en muchas ocasiones las mujeres pueden esperar a que el proceso acabe por sí mismo y la leche se corte de forma natural y fisiológica. Dicha opción, requerirá también de un adecuado sostén profesional hacia las mujeres así como prevención con el fin de evitar complicaciones como por ejemplo la mastitis (inflamación de la glándula mamaria).

4.1 Rituales de despedida

La muerte termina con la vida de aquellos a quienes amamos, pero no le pone un punto final a nuestro amor por ellos (...) Cuando nos damos cuenta de estas cosas, podemos empezar a dejar ir lo que hemos perdido (su presencia) y atesorar lo que aún tenemos de ellos. (Thomas Attig)

En las diversas culturas, la pérdida de una persona se afronta a través de diversos ritos que posibiliten una toma de consciencia real de dicha pérdida, permitiendo una integración de lo inadmisibles como es la muerte en nuestra sociedad. La Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo (2011) realizada en España, explica que la ritualización ayuda a poder sobrellevar la muerte pero también a asumir el vacío que deja quién ya no se encuentra presente entre los miembros del grupo,

familia, etc. Por lo tanto, el rito cumple una tarea terapéutica fundamental para poder mantener un equilibrio en las personas.

Cuando se trata de un duelo por pérdida gestacional, nos encontramos con emociones similares a las ocurridas en el duelo de una persona adulta y por tanto, la mujer necesitará realizar una despedida o ritual. Estas despedidas pueden suceder dentro de la misma sala de partos o realizarse en espacios determinados y destinados a dichas situaciones. Se ha tomado como ejemplo La Guía de Atención Profesional a la Pérdida y el duelo durante la maternidad (2015) realizada en Extremadura dado que en nuestro país no se cuenta con recursos y espacios de este tipo. En uno de los testimonios aportados, se cita:

Mientras esperamos, se acerca el jefe de pediatría y nos pregunta si firmamos la autorización para la autopsia. Yo lo dejo a decisión de mi marido, quién le dice que sí, que lo firmaría, pero que si podemos primero despedirnos del bebe. La chica me coloca el bebe en mis brazos. Los médicos y demás personal están charlando y riéndose detrás de nosotros así que la chica pide que bajen las voces y le dice a una compañera que nos coloque un biombo. (p. 202).

Una adecuada despedida resulta fundamental para poder comenzar la elaboración del duelo de manera apropiada. Para ello, resulta necesario que a la mujer o a los padres, se le brinde no solo un ambiente de contención y empatía sino también el respeto y la sensibilidad por la situación dolorosa que transitan. Santos, Yáñez y Al-Adib (2015) proponen algunos espacios específicos y significativos para poder realizar estas despedidas entre los cuales se encuentran: **La Habitación de Despedida**, donde resulta importante el poder brindar un espacio a los padres para la despedida de su bebe aunque no todos los centros sanitarios cuentan con esta modalidad. El objetivo de este tipo de habitaciones entre otros, es el propiciar un espacio a los padres que se encuentre diferenciado de las salas de parto donde las mujeres se encuentran dando a luz con el fin de no mezclarlas con aquellas que han sufrido una pérdida. Este espacio de duelo, cumple con la doble función de acompañamiento y apoyo durante el inicio del duelo; dichas habitaciones, deberán estar marcadas con el símbolo de una mariposa azul permitiendo de esta forma la diferenciación y alertando al personal de salud sobre lo que está aconteciendo dentro. Este sector se enmarcará en los principios del respeto a la intimidad de los padres y la familia; otorgar la posibilidad de realizar ritos culturales de despedida; favorecer un inicio del duelo saludable y evitar situaciones incómodas con el personal de salud por no estar al tanto de lo sucedido. A

su vez, los autores mencionan que resulta importante poder instrumentar luz natural, asegurarse de que exista tranquilidad en la habitación, que haya poco mobiliario, colores cálidos, una decoración sencilla, entre otros. **El cuidado del bebe**, implica que los padres puedan colocarle ropas de su gusto, lavarlo, tomarlo en sus brazos, colocarle algún peluche, etc. con el objetivo de que la mujer pueda sentir que cumple con su rol y expectativas como madre, cuidando, arreglando a su hijo y propiciando de esta forma una despedida más saludable. Con respecto a dicha situación menciona una madre:

La enfermera nos acompañó hasta una salita al final de otro pasillo y allí nos preguntó si queríamos ver al bebe. Pese a mi estado de shock, dije que sí inmediatamente, y la abracé por primera y última vez. Era perfecta. Le pusimos el trajecito que habíamos comprado para su primera puesta. Lloré mucho. Su recuerdo precioso nos acompaña. (Guía de Atención Profesional a la Pérdida y el duelo durante la maternidad, p.203).

El Álbum fotográfico y la conservación de las imágenes del bebe pueden favorecer el adecuado proceso de duelo permitiendo tener un objeto material que dé cuenta de la existencia real de ese hijo y el recuerdo del mismo. Para ello, existe por ejemplo la asociación “*Now I Lay Me Down to Sleep*” (Ahora me Acuesto a Dormir) formada por fotógrafos profesionales que se encargan de realizar los retratos de los padres y su bebe fallecido, pero también se cuenta con la posibilidad de tomar las fotografías por otro tipo de medios o contando con los diferentes servicios forenses.

La caja de recuerdos que contiene algunos objetos como ropa, pulsera de identificación con fecha de nacimiento y nombre, la huella de la mano o pie del bebe junto a un lazo color azul y rosa como símbolo de la pérdida gestacional. A su vez, la participación de otras personas, sean familiares o allegados dentro del espacio de la habitación de duelo puede resultar necesaria para brindar contención a los padres en ese difícil momento (Santos, Yáñez y Al-Adib, 2015).

Por otro lado, nos encontramos con Organizaciones encargadas de brindar espacios de contención para familias, parejas y mujeres que estén transitando este doloroso momento. Así, **Umamanita**, una de las entidades que ofrece servicios para padres que han pasado una muerte perinatal. Se trata de una organización española que surge a partir de la experiencia personal de una familia ante la pérdida de su hija Uma, con el fin de brindar soporte, apoyo profesional y contención a las mujeres que ha transitado una pérdida gestacional. Para ello, se cuenta con diversos documentos, grupos de apoyo, testimonios e investigaciones para posibilitar un espacio donde las mujeres

puedan manifestar sus emociones y compartir experiencias con quienes se encuentren en su misma situación. Esta organización lleva a cabo el evento **Globos para el recuerdo** como conmemoración de los bebés fallecidos durante y después del embarazo el cuál se celebra anualmente. Dicho evento consiste en una suelta de globos con banderines y mensajes al cielo para los bebés fallecidos, llevados a cabo en un espacio abierto con el fin de posibilitar la sensibilización con respecto al tema y seguir trabajando en pos de la ayuda y soporte que reciben las familias.

Mar García (2012) menciona el **Día Mundial de la Muerte Perinatal y Neonatal** celebrado en España el 15 de octubre, así como la *Semana Internacional de Conmemoración de los bebés fallecidos durante o después del embarazo*. En estos eventos se reúnen padres, familias, amigos con el fin de ofrecer apoyo y acompañamiento a quienes hayan transitado una pérdida gestacional y se procede a la suelta de globos así como una ceremonia con velas en pos de la conmemoración de bebés fallecidos.

Petits amb Llum (pequeños con luz), en Barcelona, es otra de las asociaciones que llevan a cabo el evento de la suelta de globos y la Semana de Conmemoración de los bebés fallecidos. Durante el 2012 su propuesta para la celebración del evento de globos contenía las siguientes palabras:

Un día dedicado a homenajear a todos los bebés que dejaron la tierra para jugar entre las nubes. Ante este hecho triste nos vestimos de alegría y te invitamos a pasar la tarde entre dulces y música (...) Con tu ayuda seguro que podemos volver a darles a nuestros petits la llum (la luz) que se merecen.

Esta organización sin fines de lucro, se creó por la iniciativa de Sivia López y María Pi-Sunyer, psicólogas que comenzaron la iniciativa junto a familias y padres que habían sufrido la pérdida de hijos durante o después del embarazo. Sus objetivos se centran en el ofrecimiento de servicios a personas que lo necesiten, brindar apoyo emocional y jurídico a madres y padres que hayan perdido un hijo durante o después del embarazo, conseguir que los bebés puedan tener un nombre inmediatamente después de nacer, etc. a la vez que promueve la sensibilización de los profesionales de la salud sobre el tema, fomentando una atención cálida y respetuosa.

Era en Abril, es otra de las varias organizaciones sin fines de lucro que brinda apoyo a las familias que ha perdido un bebé durante el embarazo, en el parto o después de nacido. La presidenta de esta organización Jessica Ruidiaz (s/f), establece que se trata de una entidad Latinoamericana que posee atención integral y profesional para quienes estén transitando este doloroso momento donde se brinda información

preventiva y asesoramiento relacionado con la problemática partiendo de la premisa de que la vida de los hijos se origina con la concepción y continúa hasta el momento en que los padres fallecen estableciendo que la muerte no se supera sino que se aprende a vivir con ella. Se trata de la transformación de algo doloroso en positivo con el fin de poder volver a mirar la vida con esperanza y realizar homenaje a los hijos que ya no se encuentran presentes intentando que las personas puedan regresar a sus vidas cotidianas sin sentirse vencidos. En nuestro país, Patricia Gutierrez es la representante de dicha organización. El espacio cuenta con un grupo de apoyo con reuniones para padres que han transitado por una pérdida gestacional durante el embarazo o después del mismo.

SUA (Superando un Aborto), conforma un foro virtual de apoyo para quienes hayan sufrido la interrupción traumática de un embarazo con el fin de brindar soporte, consuelo, acompañamiento y apoyo favoreciendo los cambios y el crecimiento a partir de las pérdidas. La comunidad virtual menciona:

SUA es el fuego alrededor del cual se sienta la tribu a contar sus historias (...) Es una poderosa medicina hablar de lo que nos ocupa el alma y conocer los caminos recorridos por los demás tan semejantes al nuestro (...). ("Superando un aborto", s/f).

4.2 Acompañamiento en el Duelo Perinatal

Hablando de duelo. No existe el hijo nacido vivo o muerto. Existe un HIJO, un amor único, intocable que permanece más allá de la muerte. (Marcela Tamayo)

Ana Pía López (2010), tomando la definición de duelo del DSM-IV-TR, establece que el mismo corresponde a una reacción ante la muerte de una persona, donde los individuos presentarán síntomas específicos particulares de un episodio de depresión mayor como insomnio, pérdida de peso, tristeza, entre otros. Por otro lado, se puede definir el duelo como una reacción y adaptación psicológica frente a la pérdida de algo que se encuentre en relación con el sujeto, sea un objeto, una persona, proyectos de sí mismo, ilusiones, etc. El duelo se producirá en circunstancias determinadas, en un contexto dado así como el encuadre social que van a condicionar tanto el proceso como el trabajo de duelo que se llevarán a cabo luego. Dentro de la sintomatología establecida por la autora, se pueden observar manifestaciones físicas como vacío en el estómago, opresión en el pecho, palpitaciones, pesadillas, apetito escaso o ansioso, quejas somáticas, etc. En cuanto a las manifestaciones emocionales: insensibilidad,

aturdimiento, culpa, rabia, hostilidad, soledad, alivio, etc.; las conductuales: funcionamiento automático, crisis de llanto, conductas de evitación, objetos de apego, consumos tóxicos, hiperactividad, etc. Dentro de las manifestaciones psicológicas, podemos encontrar: negación, confusión, irrealidad, ideas de suicidio, sensación de presencias, alucinaciones, entre otras; finalmente dentro de las espirituales, menciona la búsqueda de sentido, replanteamiento de creencias así como la creencia en la propia mortalidad.

Por otro lado, menciona las complicaciones dentro del duelo, siendo físicas, las repercusiones en la respuesta inmune, incremento de prolactina sérica ocasionando desajustes menstruales, elevación de la hormona del crecimiento, etc. Las psicológicas se relacionan con depresión, manía, ansiedad y fobia, estrés postraumático, trastorno de la conducta, etc. (López, 2010).

La palabra **duelo** representa dolor, sufrimiento por la pérdida y lucha por lograr desligarse del aspecto persecutorio del objeto perdido para asimilar los aspectos positivos del mismo. En el caso de los abortos espontáneos implica un trabajo agregado ya que el objeto fue expulsado por decisión ajena y en un momento en que no solo no era esperado, sino que era impensado. De esta manera, los duelos implicarán un proceso activo junto a una gran impronta de sentimientos displacenteros modificando el ánimo así como la vida de la persona en su totalidad presentándose diversos mecanismos de defensa con el fin de enfrentar esta situación (Giménez, 2011).

El proceso de duelo, sea éste una pérdida o un cambio, radica en una respuesta tanto física como psicológica debido a un elemento que perturba la vida del individuo de diversas maneras. En lo que respecta la muerte de un ser querido, se ponen en juego una diversidad de emociones donde la mente trabaja por un entendimiento de recuerdos, pensamientos y sentimientos presentándose un corte en la realidad, resistencias a aceptar lo sucedido, impotencia así como manifestaciones que experimenta la persona hasta lograr una adaptación y asimilación a la nueva realidad. No existen tiempos específicos para esta adaptación y para la finalización del proceso de duelo, dependiendo de la singularidad de cada individuo implicado. Existen **fases** del proceso de duelo que no tienen por qué transcurrir en un orden determinado pues justamente, corresponderá a la individualidad de cada sujeto que transite por este momento. Entre ellas encontramos: la fase de **Shock e incredulidad**, caracterizada por aturdimiento, sorpresa, negativa a la situación que está ocurriendo, desapego emocional e incapacidad de resolución de problemas cotidianos; **Ira y búsqueda de la**

figura perdida, donde a través del sentimiento de necesidad, aparece el deseo de cambiar la situación, de buscar a la persona y recuperarla produciéndose por otro lado, sentimientos de ira hacia quienes se supone responsables de la pérdida sea el equipo de salud, uno mismo u otras personas. En esa fase, se da la posibilidad de tomar consciencia progresivamente de la realidad buscando una causa que justifique y explique lo acontecido. La fase de **Idealización**, caracterizada por la evitación o demora de la pérdida, donde se recordarán únicamente los aspectos positivos del ser perdido, culpándose a su vez de sentimientos que no eran buenos. Aparece el deseo de haber muerto en lugar de quién lo hizo con el fin de cambiar la situación en la que se encuentra la persona inmersa. La fase de **Depresión y retraimiento**, donde se muestra una mayor aceptación pero también un mayor impacto pudiendo generar sentimientos de depresión; finalmente la fase de **Aceptación y reorganización**, donde a partir de la aceptación de la pérdida como algo irreversible, se posibilita una reorganización en la vida cotidiana de la persona de manera progresiva. A pesar de esto, la elaboración del duelo no implica olvidar lo que se ha perdido, pudiéndose recordarlo y hablar de ello; importa la aceptación de los sentimientos que surgen para poder trabajarlos ya que formarán parte de la historia personal de cada individuo implicado (Garay, 2003).

En lo que respecta al duelo por pérdida gestacional, éste, se diferencia de otros tipos de duelos debido a la proximidad existente entre la vida y la muerte así como lo inesperado del suceso. A partir de las consideraciones de Mander, López (2010) establece que se trata de la pérdida de una relación simbólica basada en necesidades y deseos.

Liliana Giménez (2011) explica que los enunciados identificatorios establecen lo que el Yo es, lo que llegará a ser y a tener; provienen como ideales, principios y normas a cumplir que definirán la identidad. En el caso de la mujer implicarán el ser madre y tener un hijo pero cuando se presentan dificultades para el cumplimiento de dichos ideales aparecen secuelas que pueden llegar a alcanzar la imagen de sí. La culpa, imposibilita en muchos casos la capacidad de las mujeres para poder renunciar al objeto y la separación del mismo apareciendo como mecanismos defensivos la desmentida o la negación. En el caso de los abortos espontáneos, aparece una identificación con lo que no se puede manifestándose por ejemplo en frases como “yo soy la que no puede”, idea que predomina en tal situación.

Adriana Garay (2003), expone que la muerte de un hijo quita a los padres una parte muy importante de sus vidas, dado que se elaboran expectativas y se crean ilusiones

con respecto al mismo, manifestándose pérdida de sueños, la confianza de la mujer en su propia capacidad para engendrar un niño sano, etc. Los progenitores deberán realizar un proceso de duelo de una persona que en vez de conocer y recordar, no conocen pero que a su vez, resulta difícil de olvidar. Se menciona que la traducción inglesa para Óbito es "Stillbirth" lo cual significa nacimiento silencioso y quieto, lo que se relaciona a su vez con la forma en la que el silencio del acontecimiento es vivenciado por parte de los involucrados. En su mención a Defey, añade que el óbito fetal implica una pérdida narcisista para la madre, generándose un duelo por una parte de sí misma; aunque se menciona que no todas las madres que pierden un hijo lo deseaban, de modo que las pérdidas afectarían de diferente manera a cada persona que las atraviesa.

La situación de duelo por pérdida gestacional aparece como la única situación en la vida donde quién se queda y quién se va son la misma persona, uno habita al otro dificultando mucho más la elaboración del duelo. Denise Defey (2011) menciona la **sustitución maníaca** del objeto perdido y la que cumple un papel **trófico**. En la sustitución maníaca, el objeto es reemplazado de forma inmediata siendo su ausencia negada o desmentida; así, el dolor es sustituido por una salida maníaca poseyendo un objeto con una investidura masiva e idealizadora. En la sustitución trófica va a reconocerse el objeto tanto en su valor como en su posición de insustituible pudiéndose realizar un tránsito elaborativo, llegando a ocupar su lugar por ejemplo con otro hijo pero sin reemplazar al que se ha perdido. Sin embargo, la autora establece que en la pérdida de un hijo la amenaza de sustitución maníaca es importante a través de la negación de las primeras etapas del duelo y la ausencia de representaciones mentales del hijo como otro. La identidad de ese hijo se encuentra latente en la mente de la mujer esperando por una concreción corporal; esto se agrava cuando aún no se le ha otorgado un nombre al hijo puesto que el transporte del bebe imaginario a otro cuerpo real se hace más fácil. Esto se manifiesta en el deseo de querer traer otro hijo al mundo pero no querer dejar ir al que se ha perdido volviendo los pensamientos de la madre obsesivos.

Garay (2003), en sus menciones a Lewis, expone que el óbito es un agujero negro en la mente. Éste, desde el punto de vista astronómico, es una estrella que posee una masa densa donde el empuje gravitacional es poderoso imposibilitando el escape de la energía apareciendo finalmente como una nada. Comparándolo con el óbito, señala que los sentimientos por el bebe están tan cargados de ansiedad y dolor que permanecen en un espacio vacío de la mente siendo difíciles de codificar y comunicar. Se intenta que tanto familiares como el equipo de salud se comportasen como si nada

hubiese sucedido considerándose el óbito como un bebe-nada. El proceso de duelo se verá afectado por diversos factores, entre los cuales se destacan las características particulares de la pérdida, la forma de trato que posee el personal de salud para con los implicados, duelos previos sin resolver, precursores de apego establecidos en la madre, sentimientos ambivalentes, entre otros. En una investigación llevada a cabo por Zeanah, Dailey, Rosenblatt y Saller en 1993 quienes investigaron a los padres que pasaron por pérdidas dos meses luego de que ésta aconteciera, concluyeron que no existen diferencias mayores entre las pérdidas debido a anomalías fetales y las pérdidas espontáneas en cuanto a los procesos de duelo, manifestándose en los progenitores sentimientos de fracaso reproductivo y vergüenza.

El duelo perinatal es una situación que los padres muchas veces transitan de manera solitaria debido a que tanto familiares como amistades evitan hablar de ello por miedo a causarles más sufrimiento. Uno de los primeros trabajos que habla sobre el duelo por pérdida perinatal, apareció en el año 1959 donde se mencionaba las diferentes dificultades que tenía la obstetra antes, durante y después del parto a la vez que realizaba una serie de recomendaciones para ésta situación. Más tarde, en 1968, Bourne abordó el tema en cuanto a los efectos psicológicos del mortinato interrogándose a cerca de los médicos quienes pasaban por esa situación simulando que no había ocurrido nada. En el correr de esos años, no se le otorgaba la posibilidad de los progenitores de conocer el cuerpo de su hijo, y los médicos actuaban en completo silencio con el fin de evitarles el dolor. De esta forma, se trataba como un suceso olvidado de forma inmediata recomendándose a los padres buscar un nuevo embarazo para olvidar sus tristezas. Más tarde, en 1970, un estudio llevado a cabo por Kennell a cerca de duelo neonatal, establecía algunas características de éste: tristeza, dificultades para dormir, poco apetito, irritabilidad y la incapacidad de volver a la actividad normal. A estas características, años después se le fueron sumando otras tantas como rabia, culpabilidad, negativa de aceptar la realidad, sueños repetitivos con el bebe perdido, etc. En 1982 Kirkley-Best y Kellner proponían que los progenitores tomaran en brazos al bebe muerto así como la creación de grupos específicos de apoyo para estas personas. Otros autores, plantearon que la pérdida perinatal es diferente de otras debido a la negativa del sistema de apoyo a hablar de lo sucedido porque o bien no se conocía el motivo de la muerte o por la culpabilidad que esto podía generar. La autora menciona que la gran mayoría de los documentos que han hablado sobre la pérdida perinatal, ponen especial énfasis en la madre o en ambos progenitores pero que con el correr de los años y a través de la presencia activa del

padre durante el embarazo y el parto resulta de creciente interés el estudiar las reacciones que posee ante la pérdida (López, 2010).

Dentro del duelo por las pérdidas perinatales, las mujeres llegan a sentir que su cuerpo resulta imperfecto e inadecuado para la gestación del bebe provocando sentimientos de culpa y de ineficiencia, creyendo que algo marcha mal en su feminidad. Se enfrentan a la realidad de tener que explicar a las personas que ya no habrá embarazo cuando muchas veces, en caso de los abortos espontáneos, poco tiempo antes se les había comentado con ilusión que lo habría, así como afrontar las preguntas de quienes desconocen lo sucedido e interrogan sobre el curso de un embarazo que ya no es. Por otro lado, los progenitores deben escuchar diferentes frases que muchas veces, aunque dichas con buena intención, no hacen más que aumentar el dolor de éstos. Por ejemplo: *“Aún son jóvenes...”* o en el caso de abortos espontáneos: *“En realidad, no era un auténtico bebe”* (López, 2010).

La negación social por la que pasan los progenitores, donde, si la pérdida se dio durante el primer trimestre de embarazo parece ser olvidada, silenciada y un tema del que no se vuelve hablar en el círculo en el que éstos se mueven, genera una no validación del acontecimiento que repercute en la vida de las personas que están pasando por ese doloroso proceso de duelo. Existe una suerte de valoración del dolor que se relaciona con el tamaño del hijo intrauterino, donde las frases *“mejor ahora, que más adelante”, “Mejor no hablemos de ello”, “esas cosas pasan”, “Esto que te ha ocurrido no es nada comparado con...”*, le restan importancia a lo sucedido sin tener en cuenta que tanto en la vida de esa madre y del padre se había conformado un lugar específico para ese hijo que ahora no está así como expectativas determinadas. La culpa a la que las madres se enfrentan tanto de manera interna como externa, no les permite siquiera poder vivir la pérdida como se supone que el medio social les exige, pensando que están transitando por duelos demasiado largos con respecto a lo que parecería ser la pérdida e intentando adecuarse a los tiempos y modos de tristeza establecidos socialmente. En estos casos, el apoyo social resulta dañino, pues las mujeres no desean olvidar lo sucedido y necesitan que se les proporcione no solo la contención sino el tiempo necesario e individual para poder vivir el proceso de duelo (Claramunt, Álvarez, Jové y Santos, 2009).

La pérdida gestacional, cualquiera sea el momento en el cuál suceda, va a desencadenar a su vez, varias pérdidas que según la autora y tomando a Stroebe y Schut funcionarán como agentes estresores como el momento de convertirse en padre y madre, la visión que ambos tenían de una composición familiar, el reconocimiento

del hijo que han perdido en el ámbito social a pesar de que haya transcurrido mucho tiempo, la negación de la pérdida por parte de su entorno más cercano, la falta de confianza en la seguridad que le pueden brindar a un siguiente embarazo, el pleno derecho a mencionar a su hijo en algunos entornos así como la posibilidad de crear recuerdos en torno a ello (López, 2010).

Desde el punto de vista clínico, la pérdida perinatal trae aparejado una serie de síntomas y repercusiones en la mujer que experimenta insensibilidad, shock y problemas para retomar sus actividades con normalidad. Posee conductas de búsqueda, siente añoranza y algunas de ellas dicen escuchar el llanto de su bebé o movimientos en su útero. La autora menciona que más adelante se produce una reorganización pero sin olvidar la pérdida, donde tomando los planteos de Knapp (1986), aparece la promesa de no olvidar el hijo perdido marcando la presencia de éste a pesar de que exista presión social para olvidar o no hablar del acontecimiento; la búsqueda de un sentido a la pérdida así como “la sombra del duelo” definida como una forma de duelo crónico que llevan consigo gran parte de sus vidas.

Defey (2011) explica que el bebé imaginario de los procesos que preparan a la maternidad no pudo dar paso al bebé real amenazando con dejar a la madre dentro del complejo entramado de sus pensamientos que esperaron un hijo que nunca llegó. Resulta crucial el conocer a su hijo, poder parirlo, hacerlo nacer físicamente pero también fantasmáticamente forzando al yo para aceptar que ese hijo ya no es ella misma y posibilitando la renuncia a poseerlo y poder así dejarlo ir. De esta forma, podrán establecerse los cimientos fundamentales al proceso de una elaboración de duelo saludable discriminando entre el hijo que se va y la madre que se queda siendo necesaria la despedida pero antes de ello un encuentro que le permita a la mujer instituirse como tal.

Reflexiones Finales

Las pérdidas gestacionales representan un hecho recurrente en muchas mujeres del mundo que transitan un embarazo que no culmina de manera esperada con un bebé vivo y sano. La invisibilización y el silenciamiento de estos hechos, traen aparejadas consecuencias físicas y psicológicas para quienes se encuentran transitando el doloroso suceso e imposibilitan en muchos de los casos, un proceso de duelo saludable y adecuado. ¿A qué se debe este silenciamiento?

En primera instancia, nos encontramos en una sociedad donde la muerte resulta un tema tabú que hay que ocultar y silenciar. Con el paso de los años, los conceptos de salud y enfermedad comenzaron a ser manejados por el sistema médico; se priorizó la vida y se intentó hacer todo lo posible por prolongarla, relegando a la muerte a lo desagradable y malo. Nadie desea hablar de muerte, menos aún cuando los embarazos derivan en nacimientos y cuando la mujer es vista como “dadora de vida”. Su capacidad para procrear es biológica, ¿Qué sucede cuando en lugar de traer al mundo a un niño vivo se impone la muerte?

La maternidad es vivenciada por las mujeres de diferentes maneras. El concepto ha variado a lo largo de la historia y los discursos en torno a ésta nos muestran como se ha ido conformando a lo largo de los años a partir de las diversas implicaciones en momentos históricos determinados. De esta manera nos encontramos en la actualidad con una concepción heredada que parte de la base de que la maternidad es una construcción social y cultural que establece determinadas formas de comportarse, de sentir, de ser y actuar en torno a quienes pasan por el proceso de ser madres. Partiendo de determinados estereotipos que funcionan de forma dominante por parte del sistema patriarcal, las mujeres serán “buenas madres” o “malas madres” dependiendo de sus comportamientos y actitudes con respecto a la procreación.

A pesar de que estos discursos se han ido transmitiendo y manteniendo con el paso de los años encontrándonos con una maternidad naturalizada, son muchas las mujeres, movimientos y opiniones que asisten a una forma diferente de vivir la maternidad. Se trata de las vivencias subjetivas y propias del cuerpo, de una forma de manifestar emociones sean estas de amor o violencia sin tener que estar sujetas a las normas sociales construidas para ser buena madre. Varios autores dan cuenta a través de sus planteos, que no existe una única manera de vivir la maternidad y que correspondería a un proceso y experiencia subjetiva, de vínculo con el nuevo ser que llega al mundo o que permanece en el cuerpo de la mujer fomentando de esta manera una desnaturalización de lo que parece predeterminado.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, las pérdidas gestacionales repercuten de manera particular en aquellas mujeres que han deseado un embarazo. A partir de la noticia del mismo, los padres generan deseos, ilusiones y expectativas en el nuevo ser que nacerá, otorgándole un lugar específico dentro de sus vidas. Ser madre en muchos casos representa un momento fundamental en la historia de las mujeres que albergan un cuerpo dentro de ellas considerándolo como parte de sí mismas. Muchas de ellas conciben la maternidad desde el mismo momento en el que reciben la noticia de gestación y perciben al feto como hijo a partir de ese mismo instante.

Cuando se enfrentan al diagnóstico de muerte perinatal la noción de maternidad se ve derrumbada; dentro de las varias repercusiones se visualizan a sí mismas como culpables, manifestando sentimientos de fracaso, ira y dolor. A esto se le suma el silenciamiento existente por parte de la sociedad donde las pérdidas gestacionales, sobre todo si ocurren durante el primer trimestre de la concepción, parecerían ser relegadas a la nada, a un acontecimiento que debe olvidarse, a un bebé que nunca existió. Pero lejos de querer olvidar y avanzar en sus vidas como si nada hubiese sucedido, estas mujeres experimentan las pérdidas con intenso dolor y necesidad de contención por parte de su entorno.

Varios de los autores mencionados a lo largo del trabajo manifiestan que el duelo que se experimentaba frente a la pérdida gestacional implica las mismas sensaciones y complicaciones que el que sucede con una persona mayor. De esta manera, sea durante las primeras semanas de concepción o luego de varios meses, la muerte perinatal trae consigo las mismas implicaciones que conlleva el duelo por la muerte de una persona que ya ha permanecido en sus vidas durante más años.

A pesar de las clasificaciones de las etapas del duelo, se remarca que dependerá de cada persona en particular y que el proceso de duelo no tiene tiempos determinados para "sentirse bien". Las mujeres viven este momento cargadas de presiones sociales, escuchando frases que aunque buscan consolar, les provocan enojo y más angustia; además de esto, deben hacer frente muchas veces a un trato médico que no es del todo adecuado donde no reciben contención, información o empatía con lo que están atravesando. Las exigencias de la sociedad y el retorno a sus vidas cotidianas las obligan a ajustarse a períodos de duelo establecidos donde las pérdidas gestacionales deben ser olvidadas de manera rápida imposibilitando el recuerdo de un ser que consideraron "hijo" desde el principio de su embarazo. La rabia, el miedo, la culpa y la angustia son sentimientos que afloran en quienes han sufrido pérdidas gestacionales. Sea durante las primeras semanas de concepción o al culminar del embarazo, la

muerte perinatal genera en ellas un intenso dolor y la sensación de no sentirse comprendidas por su entorno. Un entorno que silencia este tipo de muertes, que minimiza el suceso sobre todo cuando la pérdida ocurre durante las primeras semanas de gestación; un entorno que no permite la manifestación de sentimientos devastadores generando aislamiento y soledad en quienes recorren este camino.

A pesar de que luego de la pérdida las mujeres pueden recuperarse de forma física rápidamente al igual que volver a concebir en un futuro cercano, lo cierto es que este tipo de sucesos deja huellas en la vida de cada una de ellas. Estas huellas poseen implicancias psicológicas que determinan y marcan sus historias sobre todo cuando no se les posibilita el desarrollo de un proceso de duelo saludable pudiendo agravarse a través de duelos patológicos. Les es difícil y a veces imposible retornar a las tareas cotidianas, experimentan sentimientos de fracaso, de inutilidad y de profunda tristeza junto a la sensación de irrealidad al no lograr procesar que lo que fue en un primer momento motivo de alegría y una dulce espera se ha convertido en un infierno.

Es aquí donde las intervenciones desde el ámbito de la salud resultan necesarias. En primer término, desde el personal perteneciente al sistema sanitario, sean médicos, parteras, enfermeros, etc. se necesita de empatía, contención y una adecuada forma de comunicar la información a las personas que transitan una pérdida gestacional. La sensibilización con respecto al tema resulta fundamental atendiendo a las necesidades de los padres, especialmente la mujer que en muchos de los casos debe albergar un ser sin vida dentro de su cuerpo. Respetar los tiempos y decisiones de quienes se encuentren en este proceso es parte de un adecuado trato; proveer toda la información pertinente y no solo un diagnóstico inconcluso; poder brindar motivos de la muerte gestacional a través de la necropsia, comunicar que la misma no es obligatoria y proveer de un espacio de contención a los padres ayudará a que este momento sea menos doloroso.

En este sentido, la finalización del parto por vía vaginal posibilitará a la mujer hacer real el acontecimiento de la pérdida sin dar lugar a fantasías sobre la misma por lo que se recomienda el uso necesario de analgesia. De igual manera, el poder ver y cargar a su bebe fallecido le posibilitará una adecuada despedida así como los rituales posibilitarán el procesamiento mental de algo inadmisibles como es la muerte y en este caso, una muerte tan cercana a la vida. Para ello, se dispone de espacios específicos como ser la habitación de despedida, brindando intimidad a la mujer y a su familia, cuidados del bebe fallecido, permitiendo a los padres que lo bañen y lo vistan; imágenes fotográficas, huellas de pies y manos, pulseras, etc. Se intentará de esta

forma, que los padres vuelvan consciente la pérdida, que puedan ver a sus bebés por primera y última vez para poder realizar un proceso de duelo donde el recuerdo sea del mismo los acompañe desde ese momento en más. No se trata de silenciar y olvidar sino por el contrario de afrontar la pérdida y lograr seguir sus vidas con ella transformando lo doloroso en soportable y positivo.

Las pérdidas gestacionales resultan un tema que ocupa no solo a quienes transitan por éste sino a todos los profesionales de salud en su conjunto que asisten a mujeres durante su embarazo y parto. No solo se trata de una adecuada intervención médica sino de conformar una red de apoyo y contención para las mujeres, los padres y sus familias. Los procesos de duelo requieren de tiempos específicos que dependerán de la subjetividad de cada persona y en las muertes gestacionales se ponen en juego no solo la pérdida de un ser querido sino pérdidas del propio narcisismo de la mujer; cambios en la percepción de su cuerpo como no adecuado para cuidar de un ser que dependía de ella, consecuencias físicas y psíquicas que pueden afectar la vida en su conjunto y que requerirán de una adecuada atención.

Se debe tener en cuenta que a pesar de que un embarazo culmine durante las primeras semanas de gestación, un hijo siempre será un hijo para una madre que lo ha visualizado así desde el comienzo y el dolor surgido a raíz de esa pérdida será igual de intenso que cualquier otra pérdida. En este sentido, a la hora de brindar la noticia a los padres debe existir un adecuado soporte y apoyo puesto que se desplegarán una serie de emociones que podrán ir desde el llanto, la rabia, la culpa, etc. donde se les debe hacer saber que se comprende su dolor y estar dispuestos a poder responder sus interrogantes. A su vez, poder brindarles la información adecuada y ayudarles a tomar las decisiones pertinentes con respecto a su situación facilitando una comunicación abierta y respetuosa.

El **acompañamiento psicológico** resultará fundamental y necesario en la mayoría de los casos; trabajo realizado en primera instancia junto al equipo multidisciplinario formado por el personal de salud que haya asistido a la mujer. Las actitudes tomadas y las formas de accionar de los profesionales tendrán repercusiones directas sobre el ánimo de quienes se encuentren sufriendo una pérdida gestacional, por ello será importante saber cómo proceder desde la propia comunicación del diagnóstico hasta el acompañamiento posterior. El rol del psicólogo implicará no solo el apoyo y la contención sino la posibilidad de brindar un espacio en el que la mujer o los implicados puedan manifestar sus sentimientos; un espacio en el cuál se comience a transitar un

proceso de duelo respetuoso con la visibilidad e importancia que la pérdida merece sosteniendo los estados de crisis y angustias que podrán manifestarse.

Muchas de estas mujeres no desean hablar en este tipo de momentos pero aún así, es fundamental que puedan contar con la presencia y la empatía profesional que les permita comprender que su pérdida fue real e importante. Fomentar una comunicación que logre resaltar aspectos positivos, permitiéndoles a las mujeres transitar por este doloroso camino de una forma más sana, con el recuerdo en sus interiores de un hijo, que independientemente del tiempo que tuvo de gestación, será un recuerdo permanente en sus vidas. Acompañamiento y ayuda durante este proceso con el fin de prevenir futuros duelos no elaborados que permanezcan latentes y puedan aparecer años más tarde trayendo consecuencias negativas y depresiones. La prevención y el apoyo para embarazos futuros puesto que éstos pueden ser vividos por las mujeres con mucho miedo a que se repita lo sucedido junto con la culpa de estar sustituyendo y olvidando al bebe fallecido.

Dado que la psicología puede proporcionar diversos abordajes en torno al duelo, considero que en primer término la visibilización, el lograr ayudar a estas mujeres a “romper el silencio”, el permitirles un espacio de apoyo, sean terapias breves o extensas, posibilitará a su vez que la sociedad comience a tomar contacto con una realidad recurrente de la que pocos se atreven a hablar. Dará lugar a una comprensión social de los procesos de duelo cuando los mismos ocurren en seres que llegan a vivir a veces pocas semanas, pero cuyas huellas y daños emocionales en sus familias resultan tan devastadores como cualquier otro tipo de pérdida en el ser humano. Las intervenciones profesionales podrán lograr también que estas madres comiencen a hablar más libremente y sin miedos sobre sus pérdidas, a brindarles un espacio real a la ausencia de ese hijo que tan importante será para ellas el resto de sus vidas; a homenajearlo a través de eventos, rituales y a identificarse y ayudar a quienes estén también pasando por situaciones similares.

Los diversos aportes mencionados a lo largo del trabajo pertenecen en su mayoría a distintas partes de Latinoamérica y España; sin embargo, creo que sería importante el lograr extender este tipo de información para poder llegar a mujeres de nuestro entorno que hayan también transitado por pérdidas gestacionales. Cuando más se extienda la red de contención para ellas, menos doloroso y solitario será su tránsito, junto al recuerdo de la ilusión que se marchó pero que tiene y tendrá un lugar para siempre en sus vidas.

Referencias Bibliográficas

- Ansermet, F. (2014). La muerte antes del nacimiento. *Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte*, 10 (1), 6-15. Recuperado de: http://www.aesthetika.org/IMG/pdf/aeV10n1_02_ansermet_la_muerte_antes_del_nacimiento.pdf
- Bacci, P. (2010). La muerte y el duelo en la hipermodernidad. *Revista Querencia*, (13). Recuperado de: http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro13/pilar_bacci.htm
- Ballinas, J. (2014). Aspiración manual endouterina vs Legrado uterino instrumentado en pacientes con diagnóstico de aborto. Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M. (Tesis). Hospital de Ginecología y Obstetricia, I.M.I.E.M. Toluca, Mexico. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14989/1/Tesis.420064.pdf>
- Blázquez, M. y Montes, M., (2010). Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres. *Revista de Antropología Social*, 14, 81-92. Recuperado de: <http://aldizkaria.ankulegi.org/index.php/ankulegi/article/view/28/80>
- Bogino, M. (2010). Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación [Reseña]. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 6 (2), 253-257. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/623/62322211006.pdf>
- Claramunt, M.; Álvarez, M.; Jové, R. y Santos, E. (2009). *La Cuna Vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo*. Madrid, España, La Esfera de los Libros S.I.
- 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. 63-84). Buenos Aires: Letra Viva.
- Consejo de Salubridad General (2008). *Guía de referencia rápida. Diagnóstico y Tratamiento del Aborto Espontáneo y manejo inicial del Aborto Recurrente*. México. Recuperado de: http://www.isssteags.gob.mx/guias_praticas_medicas/gpc/docs/IMSS-088-08-RR.pdf
- Defey, D. (2011). Cuando un niño muere antes de nacer. Vicisitudes de un duelo ¿imposible? En P. Alkolombre (Comp.), *Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia* (pp. 151-166). Buenos Aires: Letra Viva.
- Diago, V.; Perales, A.; Cohen, M. y Perales Marín, A. (2013). Muerte Fetal Tardía. En M. Izquierdo (Coordinadora). *Libro Blanco de la Muerte Súbita infantil* (pp. 29-36).

Recuperado de:

http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_.pdf

-El Parto es Nuestro (s/f). El manejo expectante Recuperado el 6 de agosto de 2015:

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/el-manejo-expectante>

-El Parto es Nuestro (s/f). Documento informativo sobre el manejo expectante de un aborto espontáneo. Recuperado el 6 de agosto de 2015:

<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/07/07/documento-informativo-sobre-el-manejo-expectante-de-un-aborto-espontaneo>

-Escallón, C. (2007). Ciclo de vida del ser humano: de la sombra hablada hasta la adolescencia. En D. Cevallos y N. Molina (ed.). *Educación corporal y salud: Gestación, infancia y adolescencia* (pp. 45-63). Recuperado de:

http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/de_la_oruga.pdf

-Garay, A. (2003). Proceso de duelo por muerte fetal (Trabajo final de grado). Escuela de Parteras, Facultad de Medicina, Montevideo.

-García, M. (2012). 15 de Octubre: Día Mundial de la Muerte Perinatal y Neonatal.

Recuperado de: http://gestaltmarpsicologiaperinatal.blogspot.com.uy/2012/10/dia-mundial-de-la-muerte-perinatal-y_25.html

-Giménez, 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. 121-133). Buenos Aires: Letra Viva.

-Hernández, F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 7 (8).

Recuperado de: http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf

-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=>

- Linares, J. y Poulsen, R. (2007). Muerte Fetal In Útero: Etiología y factores asociados en un Hospital Regional de Antofagasta, Chile. *Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana (CIMEL)*, 12 (1), 7-10. Recuperado de:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cimel/v12_n1/pdf/a02v12n1.pdf

- López, A. (2010). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (109), 53-70. Recuperado de:
<https://mmhaler.files.wordpress.com/2014/04/duelo-perinatal-los-otros-afectados-padre-pag-13.pdf>
- Lozano, F. y Rodriguez, 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/bibliografia/archivos/prot_derobitnacper.pdf
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2007). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: normas de atención a la mujer embarazada*. Recuperado de:
http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo_08_-_normas_atencion_mujer_embarazada.pdf
- Ministerio de Salud Pública (2005). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Anticoncepción (Métodos Reversibles)*. Recuperado de:
http://www2.msp.gub.uy/index_1.html
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013). *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente*. Recuperado de:
http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf
- Nieto, F. (s/f). Control Prenatal. *Medicina Familiar (ECMG)*, 69 (9). Recuperado de:
<http://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ecmg/fasciculo-9/ecmg9-perdida/>
- Nieto, F. (s/f). Pérdida Gestacional Temprana, clasificación. *Medicina Familiar (ECMG)*, (9). Recuperado de: <http://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ecmg/fasciculo-9/ecmg9-perdida2>
- Oviedo, S.; Urdaneta, E.; Parra, F.; 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>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. (2ª. Ed.). Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf
- Petits amb Llum. Recuperado el 3 de setiembre de 2015:
<http://www.petitsambllum.org/>

- Rich, A. (1986). *Nacemos de Mujer*. Universidad de Valencia: Ediciones Cátedra. A. Becciu (Traductora).
- Ruidiaz, J. (s/f). Era en Abril. Recuperado el 26 de agosto de 2015:
<http://www.eraenabril.org/>
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*, (7) ,169-183. Recuperado de:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/50631/1/elconceptodematernidad.pdf>
- Santos, P.; Yáñez, A. y Al-Adib, M. (2015). *Atención Profesional a la Pérdida y el Duelo durante la Maternidad*. Servicio Extremeño de Salud. Recuperado de:
<http://saludextremadura.gobex.es/documents/19231/562422/libro+duelo+SES.pdf>
- Serrano, C.; López, E.; Castillo, A.; Gomez, M.; Amezcua, A.; Gonzales, G. (2015). Muerte fetal anteparto. Duelo Perinatal. *Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58 (06).
- Servicio Andaluz de Salud (2011). *Guía para Profesionales de la Salud ante situaciones de Duelo*. Área de Evaluación y Calidad, Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de:
http://testamentovital.wikispaces.com/file/view/Guia_duelo_final.pdf
- SUA. Superando un Aborto. Recuperado el 3 de setiembre de 2015:
<http://superandounaborto.foroactivo.com/>
- Umamanita (s/f). Apoyo para la muerte perinatal y neonatal. Recuperado el 26 de agosto de 2015: <http://www.umamanita.es/>

Anexo

Era en Abril

(Juan Carlos Baglietto & Silvina Garré)

Sabes hermano lo triste que estoy,
se me ha hecho un duelo de trinos y sangre la voz.
Se me ha hecho pedazos
mi sueño mejor,
se ha muerto mi niño, mi niño, mi niño,
mi niño, hermano.

No pudo llenarse la boca de voz,
apenas vació el vientre de mi dulce amor.
Enorme y azul
la vida se le dio.
No pudo tomarla, no pudo tomarla,
de tan pequeño.

Era en abril, el ritmo tibio
de mi chiquito que danzaba
dentro del vientre,
un prado en flor,
y era su lecho el ombligo, el ombligo,
el ombligo, el sol.

Yo le había hecho una blanca canción
del amor entre una nube y un pez volador.
Lo soñé corriendo
abrigado en sudor,
las mejillas llenas, las mejillas llenas
de sol y dulzor.

No busques hermano el camino mejor,
que ya tengo el alma muda de pedirle a Dios.
Qué hacemos ahora, mi dulzura y yo,
con dos pechos llenos, con dos pechos llenos
de leche y dolor.

Era en abril...

Y estamos pensando, sería mejor,
el marchar los tres, el marchar los tres,
a quedarnos dos.