



Pérdida gestacional y puerperio

Trabajo Final de Grado
Modalidad: Monografía

Estudiante: Lucía Pérez Seráfico

CI: 5392491-2

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías

Revisora: Asist. Mag. Sabrina Rossi

Fecha de entrega: 30 octubre 2022

Montevideo

Índice

Resumen	2
Introducción	3
Capítulo 1: Pérdida Gestacional	4
1.1 Manejo en la finalización de la gestación tras el diagnóstico de pérdida gestacional	5
Capítulo 2: Duelo Perinatal	8
2.1. El proceso del duelo en los padres/madres	10
2.2. El proceso de duelo en los demás familiares	12
2.3. Duelos desautorizados y duelos anticipados	13
2.4. Herramientas y recursos que favorecen el duelo	15
Capítulo 3: El puerperio	18
3.1. El puerperio sin hijo	20
3.2. Lactogénesis	21
3.3. La sexualidad en duelo y la proximidad a la idea de un nuevo embarazo	22
Conclusiones	26
Referencias Bibliográficas	29

Resumen

El presente trabajo final de grado pretende entrarse a las temáticas de pérdida gestacional y puerperio. Como las diferentes clasificaciones de las pérdidas mediante las edades gestacionales, así como también cuales son los diferentes manejos que se les informa a las madres y/o padres para finalizar la gestación.

Se abordará además como viven las madres y/o padres el duelo perinatal y cómo vivencian la pérdida los abuelos y hermanos. Se entrará en otras concepciones de duelo como lo son el duelo desautorizado y el duelo anticipado que se encuentran muy presentes en este tipo de pérdidas. Asimismo se investigará y comentará cuáles son diferentes tipos de herramientas y recursos que favorecen una transición saludable del duelo.

Por otra parte, se hablará del puerperio, las características del mismo y cómo se transita este sin hijo. En tal sentido se describirá cómo se maneja el periodo de lactancia cuando no hay bebé, así como también el retorno a la sexualidad y la cercanía a la idea de un nuevo embarazo.

Palabras claves: Pérdidas gestacionales, duelo perinatal, puerperio.

Introducción

El presente trabajo, de carácter monográfico, se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología. La elección de la temática de pérdida gestacional resulta de gran interés académico para nuestra disciplina ya que las personas gestantes que transcurren por estas experiencias de pérdidas de hijos (pérdidas gestacionales o perinatales), viven una de las experiencias más traumáticas por la que una persona puede pasar. Es de nuestro especial interés, abordar las diferentes formas por las cuales se transita el puerperio luego de esta experiencia singular.

Desde la Psicología es de suma importancia conocer cómo se transitan estos procesos psíquicamente. Poder sensibilizar acerca de la temática, ya que es un tema poco hablado socialmente. Generalmente se culpa y juzga sin fundamentos a las madres/ padres sobre la pérdida o sobre cómo viven la misma (si ya la deberían haber superado, etc). Por otra parte, se trata de poder darle una visión integral en cuanto a la salud a la temática de pérdida gestacional. No verla ni tratarla desde el lado médico, sino también desde lo psicológico y social; que se pueda entender que una intervención psicológica es de suma importancia para transcurrir este proceso.

Los principales temas a tratar en la misma serán la pérdida gestacional y el puerperio. En el primer capítulo se indagará acerca de las diferentes pérdidas gestacionales según la edad gestacional de estas así como también cuáles son métodos por los cuales se le da término al embarazo luego del devastador diagnóstico.

El segundo capítulo tratará sobre la concepción del duelo, así como también sobre el duelo perinatal en las madres y padres. Así como también se indagará cómo lo transitan estos. Se verá como lo transitan aparte los demás familiares y los otros hijos, ya que estos también comparten expectativas y fantasías sobre la llegada de otro ser el cual no llegará.

Por último, el tercer capítulo tratará sobre el puerperio. Por una parte como se vivencia este sin un hijo. Y por otra parte cómo será el manejo de la lactogénesis. Por último se verá como es el retorno a la sexualidad como también la posibilidad de pensar en un nuevo embarazo.

Capítulo 1: Pérdida Gestacional

Sin duda perder un bebé es una de las experiencias más dolorosas que pueden experimentar las madres y/o padres que han deseado por mucho tiempo la llegada de un hijo. Tal pérdida quiebra a las madres/padres psíquicamente y emocionalmente.

La OMS (s/f) estima que cada año se producen casi 2 millones de muertes prenatales, una cada 16 segundos. Más del 40% de la totalidad de las muertes perinatales ocurren durante el parto, donde dicha pérdida podría evitarse con una atención respetuosa y de mejor calidad, incluido el control sistemático y el acceso oportuno a la atención obstétrica de urgencia cuando sea necesario.

Dentro de la amplia bibliografía que se puede encontrar sobre el tema veremos que son variadas las clasificaciones y la terminología a la cual se utiliza para nombrar la pérdida gestacional, como la de óbito fetal o muerte fetal intrauterina (MFI). Se define al óbito fetal o MFI como:

Cese de la vida fetal durante la gestación, quedando luego retenido un tiempo más o menos variable, en la cavidad uterina. Incluye muertes antes de comenzar el trabajo de parto y durante el mismo; y el que afecta a fetos con un peso de 500grs o más cuando se desconoce la edad gestacional. (Lozano y Rodriguez, 2007, p2)

Siguiendo en la línea de las mismas autoras, el óbito fetal se categoriza en tres categorías dependiendo de la edad gestacional en la que ocurre. Estas son: óbito temprano, que ocurre antes de las 20 semanas; óbito intermedio, ocurre entre las 20 y 28 semanas de gestación; y el óbito tardío, que ocurre después de las 28 semanas de gestación.

Los óbitos son las muertes fetales ocurridas luego de la segunda mitad de la gestación. Aquellas que ocurren durante la primera mitad, suelen denominarse como aborto espontáneos. Este se define como la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de edad gestacional, o a la expulsión de un producto gestacional menor a 500 grs cuando la edad gestacional es incierta (Lozano y Rodriguez, 2007).

Segun el Manual MSD (Merck Sharp & Dohme) (s/f), los abortos pueden catalogarse en espontaneos, voluntarios/inducido o terapeuticos/de tratamiento. El aborto espontáneo es la interrupción del embarazo de manera no voluntaria. En contraposición del aborto espontáneo esta el aborto inducido donde este se lleva a cabo para terminar el embarazo

por razones medicas o electivas. La decisión para un aborto inducido (aborto de tratamiento/aborto terapéutico) por razones médicas implica que la vida o la salud de la mujer están en riesgo o porque el feto está muerto o tiene malformaciones incompatibles con la vida. Se puede encontrar una clasificación según la edad gestacional como: aborto temprano (ocurre antes de las 12 semanas de gestación) o aborto tardío (ocurre entre las 12 y 20 semanas de gestación).

Los abortos espontáneos ocurren frecuentemente. Alrededor de uno de cada cinco embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo en el primer trimestre causado por anomalías cromosómicas no viables y un 22% más termina en un aborto inducido. La mayoría de los abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre las primeras 12 semanas, el 20% restante ocurren dentro de la semana 12 hasta la 20 y el 1% de todas las mujeres presentan un aborto recurrente (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

1.1 Manejo en la finalización de la gestación tras el diagnóstico de pérdida gestacional

Para la persona gestante resulta sumamente difícil transcurrir por un aborto, inesperado e incomprensido por su aparición. O por otra parte, al concurrir a consulta, le comunican que su embarazo no progresará, o su bebé morirá en el parto, será sumamente difícil el hacerse la idea de que su bebe que tanto añoró y deseó, no estará presente en el futuro. A esto se le suma el arduo momento de decidir cómo continuar o discontinuar la gestación.

Es de suma importancia transmitir a la persona gestante y a sus familiares una información completa y clara sobre las posibles opciones y dejar que opte por aquella que considere mejor para ella y su situación. Está demostrado que la elección del tipo de tratamiento para la finalización del embarazo por parte de la mujer se asocia con un mejor resultado en cuanto a calidad de vida (Al-Adib, 2015).

Al-Adib (2015) describe tres métodos para finalizar el embarazo en ocasiones de aborto: tratamiento quirúrgico, tratamiento farmacológico y el manejo expectante.

Hasta hace poco tiempo la mayoría de mujeres con aborto espontáneo recibían tratamiento quirúrgico ya que se asumía que el tejido retenido aumentaba el riesgo de infección y hemorragia, pero varios estudios sugieren que estas complicaciones sólo afectan a

determinado porcentaje de mujeres que abortan, por lo que el tratamiento quirúrgico debe ser indicado ante circunstancias específicas. Este procedimiento se debe ofrecer a las mujeres que prefieran esta opción informando convenientemente de los riesgos. Los beneficios de este procedimiento es la posibilidad de programación, el mismo generalmente se completa en un periodo más corto de tiempo y ocurren dentro de un centro de salud.

Como segunda opción descrita por Al-Adib (2015) encontramos el tratamiento farmacológico o médico, definido como aquél en el que se produce la completa expulsión del producto de la concepción sin instrumentación quirúrgica.

Umamanita (s/f) sobre el manejo farmacológico comenta que el tratamiento farmacológico consiste en la administración de un medicamento, llamado misoprostol, por vía vaginal, lo que permite que el cérvix dilate y se provoca el parto/expulsión. Luego de la administración del medicamento, suele hacer efecto en un margen de 12 horas, pero puede variar bastante de una mujer a otra. El sangrado suele ser de cantidad similar/mayor que una regla con coágulos normalmente más abundante durante los primeros 2-3 días tras la administración.

El tercer método descrito por Al-Adib (2015) es el manejo expectante, como la decisión de no intervenir ni quirúrgicamente ni farmacológicamente, sino esperar a que el cuerpo expulse naturalmente los restos.

El manejo expectante, también llamado conducta expectante, consiste en permitir que se desencadene la fase activa de parto de manera fisiológica durante un margen de tiempo definido previamente y considerado seguro. La duración del tratamiento expectante no está claramente definida. Puede variar entre tiempos de 12 y 96 horas de fase latente (Martín y otros, 2019).

La asociación El Parto es Nuestro comenta que:

El tratamiento expectante consiste en esperar a que sea el cuerpo el que naturalmente desencadene la eliminación de los restos...La expulsión de los restos se dará en un proceso físico que será muy similar a un parto, con expulsión del tapón mucoso, contracciones, expulsivo...También habrá sangrado abundante (s/f).

La asociación El Parto es Nuestro comenta las ventajas y desventajas del tratamiento expectante. Como ventajas se habla de que el torrente de la oxitocina eleva el nivel anímico de la mujer propiciando una buena elaboración del duelo. Les brinda la experiencia de parir, sentir autoconfianza en el propio cuerpo, en su capacidad para realizar el proceso. Se propicia intimidad, donde se da fuera del centro de salud y dentro del círculo familiar de la persona gestante. El manejo expectante da la posibilidad de despedirse o hacer lo que la

familia considere más acorde con sus sentimientos, incluido enterrarlo o hacer una ceremonia o ritual de despedida. En el hospital acabará como “residuo sanitario”, donde será difícil recuperarlo y más aún darle sepultura.

Las desventajas del manejo expectante es que al realizarse en casa no está la posibilidad de una revisión médica. Así como es una ventaja el estar acompañada en este proceso del manejo expectante, hay mujeres que eligen este modo se encuentra muchas veces teniendo que hacerlo sola, sin asistencia médica, sin controles.

Tras el diagnóstico sobre la muerte fetal intrauterina (óbito fetal) es decir cuando la edad gestacional supera las 20 semanas o el feto supera los 500 g, Diago, Pereales, Cohen y Perales Marín (2013) afirman que la actitud terapéutica recomendada es la finalización del embarazo. En el 80% de los casos se inicia el parto de forma espontánea en las 2 o 3 semanas que siguen a la muerte fetal, pero en la mayoría de los casos el diagnóstico de la muerte fetal se realiza antes de transcurrido este tiempo por lo que será preciso establecer la conducta más apropiada, que suele ser la inducción del parto. El momento y los métodos de la inducción del parto dependerá de la edad gestacional, la historia materna y las preferencias de la madre. Aunque la mayoría de las personas gestantes optan por una terminación precoz, el momento del parto no supone una urgencia puesto que el desarrollo de complicaciones se relaciona con una retención fetal prolongada. Atendiendo a cada situación particular, se recomienda terminar el embarazo en un plazo de tiempo corto, si es posible en las primeras 24 horas tras el diagnóstico dado el estado emocional materno. La finalización del embarazo deberá ser inmediata cuando se presenten signos de infección, rotura de membranas o coagulopatía. En los casos de muerte fetal intrauterina se puede ofrecer como método la posibilidad de dilatación y evacuación quirúrgica uterina, aunque esta no es la mejor recomendada. La inducción del parto es el método más apropiado para la terminación del embarazo, en la inducción del parto, cuando el índice de Bishop (valoración sobre el cuello uterino y disposición de dilatación en el parto) es favorable, se debe optar por la oxitocina intravenosa. Cuando el cuello no está maduro, el fármaco de elección son las prostaglandinas.

UMAMANITA y Asociación El Parto es Nuestro (s/f) en cuanto a la inducción al parto comentan que hay estudios que demuestran que es mejor para los padres tener un tiempo de espera entre el momento que reciben la noticia y el momento en que se induce el parto (siempre si la situación clínica de la mujer así lo pueda permitir). Este tiempo facilita asimilar la muerte y permite organizarse si hay más hijos, contactar con la familia, decidir sobre cómo quieren que sea el parto y la despedida etc. Por otro lado, comentan que hay investigaciones que arrojan como resultados lo contrarios, señalando que la espera puede

ser peor. Las asociaciones (UMAMANITA y Asociación El Parto es Nuestro) recomiendan que los padres siempre reciban la información y el apoyo adecuados para ayudarles a tomar decisiones. Lo importante es que se sientan informados y partícipes del parto. Aunque el bebé haya fallecido sigue siendo su parto y su hijo/a deseado.

Para Cassidy y otros (2018) muchas mujeres expresan su deseo de acabar con el embarazo cuanto antes y, generalmente, solicitan una cesárea. Con respecto a la pareja, esta podría tener miedos similares y apoyar esta petición. El parto vaginal puede verse como algo que no tiene sentido y es importante tener en cuenta que la petición de una cesárea (como también la petición de sedantes) puede representar una manera de intentar retomar control sobre una situación muy difícil mediante la única manera que la mujer conoce.

Es importante que la persona gestante obtenga toda la información necesaria sobre los procedimientos, para que ella pueda tomar la decisión, ya que la decisión final sobre el procedimiento a realizarse es suya.

La experiencia de otros países indica que la mayoría de las mujeres se inclinará por un parto vaginal una vez que entiendan sus ventajas, pero es de suma importancia que nunca sea impuesto (Cassidy y otros, 2018).

Al estar informados sobre la opción, los padres, y tal vez más las madres, tienen que enfrentarse a una situación que nunca se habían planteado; parir a su bebé sin vida. La mayoría de las madres tiene una reacción inicial de no querer pasar por un parto vaginal, más si son primerizas, tiempo después del parto ellas se sienten realizadas por haber parido a sus hijos (UMAMANITA y Asociación El Parto es Nuestro, s/f).

Capítulo 2: Duelo Perinatal

Como en todas las ocasiones en donde se pierde un ser querido, los seres humanos transcurrimos un periodo de duelo. Le damos a ese ser que existió una despedida, así sea un funeral, entierro, etc. En cada cultura es distinto y se vive de manera diferente pero siempre con el fin de darle tal despedida. Este proceso de poder despedirnos favorece el transcurso del duelo.

El duelo perinatal para Gómez-Ulla y Contreras (2021) se refiere a que:

Acontece cuando el marco de la vida del doliente es la etapa perinatal, la que rodea el momento del nacimiento, embarazo, parto y posparto. El duelo perinatal cuando muere el bebé en cualquier circunstancia y en cualquier etapa del embarazo, en el parto o en los primeros días y meses de vida. (p. 57)

En la pérdida de un embarazo se hace sumamente difícil este proceso ya que muere un hijo, un hijo que aún no ha nacido, donde se juega la ambivalencia en la sociedad de si se le llama hijo, o si se le da el status de persona a un bebe que no nacio o nacio sin vida.

En las palabras de López (2010):

Para los progenitores no es el peso, ni la edad gestacional lo que transforma al feto en hijo y lo dota de una identidad propia, sino que es el lugar que le han creado en su corazón, en su mundo afectivo, lo que condiciona que lo consideren hijo y persona. (p. 53)

Para los padres/madres que esperan con ansias y deseos a su bebé desde el momento en el que se da cuenta de su existencia en el vientre, se convierte en un hijo, una vida que está creciendo, estos le dan el valor sentimental y de simbolismo de un ser existente que por mas que aun no se haya llevado a cabo el nacimiento.

Como toda pérdida conlleva transitar un proceso de duelo. Según Martos, Sánchez y Guedes (2016) citando a Brier afirman que el duelo perinatal tiene características que lo diferencian de duelos de otros tipos: la proximidad entre el nacimiento y la muerte, la juventud de los progenitores para los que supone su primer contacto con la muerte y lo inesperado del suceso. Hay que añadir que se trata de la pérdida de una relación más simbólica que real basada en sus necesidades y deseos.

Para Lopez (2010) “tras la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta shock e insensibilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad. Siente añoranza y tiene conductas de búsqueda, con irritabilidad, labilidad, debilidad y sentimientos de culpa” (p. 63). El dolor que experimentan tras la pérdida condicionan todos los aspectos de la vida de padres/madres y afectando la misma sintiéndose truncados ya que sus expectativas, fantasías y proyectos en torno al bebe no se cumplan. En seguimiento a las líneas de Lopez (2010) sobre la experiencia de la pérdida comenta que “aparece posteriormente la desorientación y desorganización de la vida cotidiana, con sensación de vacío y desamparo. Se sienten desautorizados para estar en duelo, temen enfermar y deprimirse” (p.63).

Lopez y Villaverde (2018) las manifestaciones clínicas del duelo perinatal, cómo reacción o trastorno adaptativo, involucran aspectos biológicos y físicos, emocionales, cognitivos y conductuales, que pueden ser intensos y difíciles de manejar durante el periodo de duelo, pero que pueden ser considerados normales y coherentes con la situación que se está viviendo. Dentro de los aspectos físicos se encuentran: la sensación de estómago vacío, opresión, dificultad respiratoria, debilidad, fatiga.

Dentro de los aspectos a nivel emocional encontramos: shock, vacío, rabia, fracaso, autorreproche, culpa, incredulidad, confusión, despersonalización. En los aspectos desde lo cognitivo se observa: reexperimentación con ideas intrusivas, dificultades de concentración y toma de decisiones. Fenómenos perceptivos como oír el llanto o sentir sus movimientos. Por último a nivel conductual se encuentra: insomnio, pesadillas, falta de apetito, aislamiento social, evitación de mujeres embarazadas y niños.

2.1. El proceso del duelo en los padres/madres

Las experiencias y el transcurso del duelo así como el actuar ante la pérdida perinatal varían según las expectativas de los progenitores, así como la sociedad y la cultura en que viven.

La vivencia de la pérdida y el curso del proceso de duelo son diferentes en el padre y en la madre, esto puede llevar a desencuentros, incomprensiones y sentimientos de extrañeza y soledad frente a la pareja, que posiblemente, se produzcan alteraciones en la relación. Sin embargo, en otros casos ocurre lo contrario, el vínculo de la pareja se hace más fuerte, tras el afrontamiento y la elaboración conjunta de la experiencia (López y Villaverde, 2018).

Cuando ocurre una pérdida perinatal, López (2010) citando a Côte-Arsenault y Marshall comenta que “la mujer se siente traicionada por su propio cuerpo, como si algo fuera mal con su feminidad, generándose sentimientos de autorreproche y culpabilidad” (p. 60).

La muerte fetal, así se intraútero o intraparto conlleva varias pérdidas que funcionan como estresores. Principalmente es la pérdida del bebé ansiado, pero hay otras pérdidas colaterales importantes como: el momento de convertirse en padre o madre; el rol de padre o madre si es el primer hijo; la composición familiar como se imaginaba; el reconocimiento de ese hijo en la mente de los demás pese al tiempo transcurrido, la confianza en la seguridad de otros hijos; la inocencia respecto al embarazo y parto; los amigos o familiares que no estuvieron a la altura y negaron la relevancia de la pérdida; el derecho a mencionar

ese hijo en ciertos lugares el contacto y la posibilidad de crear recuerdos (Stroebe y Schut, en López, 2010).

Se asegura que las mujeres suelen hablar mucho y repetidamente sobre la pérdida, lloran, buscan más apoyo social y profesional. Aunque parezca que repetir estas conductas es revivir el dolor, es una manera del cerebro de encajar en lo sucedido (Yañez, 2015).

En cambio los hombres suele costarles más expresar sus sentimientos, no suelen compartirlos ni buscar algún tipo de apoyo. Quizás sea una forma de buscar seguridad cuando emocionalmente uno se siente tan inestable, sea intentando buscar una solución al problema y siendo más práctico, realizando actividades, deporte, salir de casa (Yañez, 2015)

Según López y Villaverde (2018) el padre suele mostrar menor afectación que la madre, ya que en ella el apego empieza desde que constata su embarazo, imagina la maternidad y aumenta considerablemente con la percepción de los movimientos fetales, jugando un lugar relevante los aspectos físicos y biológicos de llevar ese hijo dentro de sí. En el caso del padre, el apego se produce a un nivel más cognitivo, acercándose a los aspectos físicos a través del cuerpo de la madre y, actualmente, a través de la visibilidad que aportan las actuales técnicas de imagenología durante el embarazo. Estas diferencias en el apego generan también diferentes expresiones y ritmos en el proceso de duelo. Algunas de las mayores preocupaciones de los padres en el duelo se encuentran no tanto depositadas en la pérdida del bebé, sino en cómo consolar a la madre. Es muy frecuente que la pena por su mujer se imponga a su propio duelo, condicionando así su propia vivencia de la pérdida, apareciendo cierto alejamiento para poner toda su atención y cuidado en la madre.

Gómez-Ulla y Contreras (2021) agregan que en las pérdidas perinatales o neonatales se puede ver que los hombres sienten que se espera de ellos una actitud activa y resolutiva de sostén que no parece compatible con demostrar su tristeza o su desasosiego y ser ellos mismos consolados y cuidados.

Sobre los estudios de Jones y colaboradores en Gómez-Ulla y Contreras (2021) sobre el duelo perinatal del padre se pudo observar que los hombres tienen indicadores menos intensos y más duraderos de duelo en cuanto a puntuaciones de ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático. Donde es más probable que tomen conductas evitativas aumentando su consumo de alcohol y se aíslan y desconectan con su entorno social.

Por otro lado, las parejas de la persona gestante deben regresar rápidamente a su vida de antes, a su rutina o al trabajo ya que no cuentan con licencia por paternidad o por cuidados.

Muchas veces, las parejas deben recurrir a la solicitud de una licencia médica por motivo psicológico, pero dependerá de que haya algún profesional que acepte este motivo y le trámite a la solicitud. También suele ser quien recibe las preguntas acerca de cómo se encuentra su mujer o su pareja, la gestante del bebé. Observando esto ya nos hace ver que generalmente cometemos el error de mantener a la pareja en un segundo plano. La pareja no ha tenido la experiencia física de sentir al bebé dentro, mientras que para la mujer gestante, dependiendo de las semanas de gestación, su presencia puede haber sido bastante notable. Esto puede generar sentimientos ambivalentes en la pareja y hacer la pérdida más abstracta o bien generar mayor desgano por no haber podido compartir la experiencia de “sentir al bebé” (Yañez, 2015).

2.2. El proceso de duelo en los demás familiares

Así como los padres otros integrantes de la familia especialmente los abuelos y hermanos del bebé no-nato transitan también por un proceso de duelo.

Por una parte los hermanos también viven su duelo tras la pérdida perinatal. Las maneras de desarrollar el duelo y superar la pérdida del hermano variarán, en función de la edad, cultura y entorno. Gómez-Ulla y Contreras (2021) comentan que “los niños sufren a menudo más gravemente este silencio y soledad, porque se ven apartados y excluidos de los momentos en que la familia expresa su dolor o realiza rituales de despedida, si es que los hubiera” (p. 106).

Por otra parte Yañez (2015) agrega que tras la pérdida del bebé, los padres se encuentran tan afectados por su propio dolor que se les hace difícil el cuidar de sus otros hijos. Los hijos también sufren la pérdida, pueden sentirse culpables y tener la necesidad de desahogarse. Hablar del bebé fallecido y compartir sobre su dolor, cada uno a su manera, puede ser la mejor forma de ayudarse unos a otros y afrontar sanamente la experiencia de duelo.

En estos casos cobra especial relevancia la comunicación; es importante contar a los niños lo sucedido de la manera más honesta y sincera posible, pero adaptando el mensaje a la edad del menor, de forma que sea comprensible; así como estar dispuesto a contestar a sus preguntas y dudas sobre la muerte de su hermano (Vicente, 2014, citando a Asociación Umamanita).

Los adultos, que lloran expresando su pena y hablan del fallecido dan permiso a los niños/as para hacer lo mismo en su propio momento y/o lenguaje. También es de ayuda que

los niños/as compartan con la familia los momentos de especial significado amoroso con el fallecido (rituales de despedida, objetos simbólicos que recuerdan al fallecido, etc.), que se valide su expresión emocional a través de la palabra, juego, llanto o como el niño encuentre la forma (Gómez-Ulla y Contreras, 2021).

Con respecto al duelo de los abuelos, Yañes (2015) dice que “los abuelos fortalecen los vínculos con sus hijos a través de los nietos por lo que una pérdida de un bebé les hace sufrir doblemente: por el nieto perdido y por su hijo/a en duelo” (p. 74).

Rojas (2017) lo llama una dualidad de duelo, en el cual sienten tristeza por su nieto fallecido y a la vez, por su hijo/a que ha perdido un hijo/a. Hay casos, en donde se revela que no fueron buenos dando apoyo, sobre todo cuando no se les incluye en el proceso ni se les guía. Cuando se realiza un programa de apoyo intergeneracional en la mayoría de casos se ve favorecido el vínculo padres-abuelos y un mejor afrontamiento del duelo.

La autora Yañes (2015) agrega que la pérdida de un nieto posibilita, especialmente en las abuelas, el duelo por antiguas pérdidas en embarazos propios (si es que los hubo) y favorece el acercamiento de la madre en duelo a su propia madre.

2.3. Duelos desautorizados y duelos anticipados

Dentro de los procesos de duelos, en muchas ocasiones y particularmente en las pérdidas y gestacionales, nos encontramos con los duelos desautorizados y los duelos anticipados.

Martos et al. (2016) dice que el duelo perinatal se encuadra dentro de la categoría de duelo desautorizado. Las pérdidas perinatales son en la actualidad un tema tabú. Se trata de una pérdida que no es reconocida ni validada socialmente, ni expresada por la persona de forma abierta, ni apoyada por el entorno. Este duelo se ve envuelto en un clima de soledad debido a la falta de apoyo por el entorno familiar y social, incluso, sanitario.

Por otra parte, UMAMANITA y Asociación El Parto es Nuestro (s/f) citando a Payás, comentan que los duelos por las muertes perinatales en ocasiones no son públicamente ni socialmente reconocidos y/o expresados, ya que la pareja se siente desautorizada para hablarlo porque no ha habido nacimiento, bautizo o entierro; el niño no tiene nombre, no

quedan fotos ni recuerdos, nada que pudiera avalar su existencia. Sin embargo, el niño/a es su hijo/a desde la concepción, en la imaginación, en las expectativas y esperanzas de los padres y de la familia. Aunque en contraposición a esta cita que plantea UMAMANITA y Asociación El Parto es Nuestro de Payás, es evidente que si se pueden generar recuerdos sobre la existencia del bebé, como a través de ecografías, pruebas de embarazo, fotos tomadas donde el bebe haya nacido sin vida, etc.

Es decir, las personas que no comparten experiencias de pérdidas gestacionales, que no sienten ni pasan por el mismo dolor de las familias no logran visualizar el impacto emocional tan grande que provoca, dando así espacio a opinar y comentar desde la ignorancia o falta de experiencia sobre el valor que se le da o no a ese hijo que no logro vivir.

Sánchez (2013) comenta que el duelo anticipado se produce cuando las familias tienen conocimiento de una pérdida inminente, (por ejemplo, cuando a partir de una ecografía se diagnostica un feto con alguna malformación), el poder prever la pérdida permite que las familias elaboren planes, sientan que tienen más control sobre la situación y digan adiós de una manera especial. Por otra parte, algunos integrantes de la familia pueden distanciarse o desprenderse de la experiencia o de sus seres queridos como una forma de protegerse del dolor de la pérdida y del duelo.

Para Yañez (2015) comenta más a profundidad que el duelo anticipado aparece cuando la pérdida se presenta como inevitable. No se inicia en el momento de la muerte, sino con el diagnóstico y pronóstico de incompatibilidad con la vida, haya nacido ya o no el bebe. Toda la incertidumbre que rodea al hecho de cuándo puede suceder la pérdida es muy estresante para los padres/madres o resto de familiares. Por ello, la información que se transmita es de suma importancia, debe ser veraz y sin dar falsas esperanzas pero no anticipar la muerte como segura mientras haya vida.

El duelo anticipado permite a la persona desplegar sus mecanismos de afrontamiento ante la pérdida, reorganizar la familia, procesar otras pérdidas, etc. Nos daría pistas sobre cuáles y cómo son sus recursos de afrontamiento, si cuenta con el suficiente y adecuado apoyo social o si realiza el esfuerzo consciente que requiere un duelo anticipado. Como un lado positivo para transitar el duelo, esta situación de inicio temprano del duelo permite que puedan despedirse del bebé de una forma más planificada y elaborada, con mayor número de recuerdos que les ayuden después durante su proceso de duelo.

Todo este proceso fisiológico puede tener una vertiente negativa cuando el personal de salud asegura la muerte con certeza (especialmente en caso de neonatos muy graves o recién nacido) donde el bebé sobrevive contra todo pronóstico. Sin lugar a duda, la alegría

aparta los sentimientos de dolor, pero se han descrito casos en los que duelo anticipado ya había avanzado llegando a producirse un rechazo emocional del bebé y menor vinculación afectiva con él.

2.4. Herramientas y recursos que favorecen el duelo

Son muchas y variadas las herramientas y recursos que favorecen el transcurso del duelo, para que este se transite mejor y más sanamente el mismo. Las mismas ayudan a que, especialmente los padres no decliven hacia un duelo crónico.

El duelo crónico, se trata de “un duelo anormalmente prolongado o incluso permanente”. El dolor emocional persistirá en el tiempo y parecerá ser indefinido, sin una resolución satisfactoria del duelo, que llega a arrastrarse durante años. Además, puede ocurrir que el superviviente llegue incluso a ser “absorbido por constantes recuerdos y sea incapaz de reinsertarse de nuevo en el tejido social” (Vicente 2014, citando a Perez).

Dentro de estos recursos podemos encontrar, uno de los más evidentes los rituales de despedida, estos son aquellos en los que se le da el último adiós a lo físico. Estos son de distintas maneras según las culturas y las religiones en donde ocurre la pérdida, como por ejemplo, los funerales y entierros.

La habitación de despedida es una habitación que se encuentra dentro del centro hospitalario esta tiene como característica encontrarse en una zona muy tranquila y apartada. Es bastante pequeña, pero tiene lo básico: una ventana para una conexión visual con el exterior, indumentaria e infraestructura para poder lavar el bebé si los padres lo quieren lavar/ bañar, un pequeño sillón para sentarse y algunos adornos. También se puede encontrar libros con hojas en blanco. Estos están a disposición de los padres para que puedan escribir lo que están experimentando, compartir su dolor, "pensar en alto". Cuando se muere un bebé, el personal saca fotos para la familia y se guardan pelos y huellas de pies y manos como parte de los recuerdos en un librito que lleva el nombre del bebé (Asociación el Parto es Nuestro, s/f).

Otras de las formas que se utilizan para recordar al bebé fallecido son las fotografías. Según Grau (2017), las fotografías tienen un gran poder emocional, estas permiten conectar con nuestros seres queridos. Una fotografía nos traslada emocionalmente al momento en

que fue tomada, nos ayuda a mantener nuestra identidad como pareja, padres o hijos. Y agrega más a detalle sobre las fotografías en las pérdidas gestacionales:

Como en todo proceso de duelo, recordar y mantener la conexión con el ser querido puede ayudar para avanzar, pero estas madres y sus parejas apenas pasaron unas pocas horas con sus hijos y en ausencia de fotografías ese recuerdo se desdibuja. En estos casos, al dolor de la pérdida se suma el sufrimiento por sentir que “olvidan” a su hijo, incrementando el sentimiento de culpa; al mismo tiempo que disminuyen los apoyos externos que reciben: solo ellos vieron al bebé, solo ellos le sintieron, no tienen nada suyo que mostrar al mundo y no todos reconocen a ese bebé como hijo suyo... Aunque a veces algunas madres y padres tienen resistencia inicial a la idea, las fotografías acaban siendo posesiones de altísimo valor y son muy pocos los que no están contentos con tenerlas. (Grau, 2017, p. 12)

En muchas ocasiones se le suele sugerir a los padres/madres del bebé fallecido que “creen” una caja de recuerdos, esta consiste en recopilar en una caja una serie de pertenencias, recuerdos u objetos del fallecido que son de especial relevancia para el doliente. También se puede elaborar un álbum o una caja de fotos. Se puede incluir todo lo que el doliente necesite: fotos, escritos, recuerdos, objetos, dibujos. El objetivo de esta herramienta es poder acudir a un lugar donde sabemos que están los objetos que nos vinculan con el fallecido (Pastor, s/f).

MATRIOSKAS, Asociación andaluza de apoyo al duelo perinatal (s/f), afirma que la creación de recuerdos tiene un efecto terapéutico y se asocia, junto con el apoyo de los profesionales, a menos síntomas de estrés postraumático. El duelo de un ser querido se apoya en recuerdos, es aconsejable que se generen recuerdos tangibles de este hijo/hija que ha vivido el tiempo que haya sido. Esto va a favorecer que los padres/madres mantengan la conexión con él o ella y los ayude a interiorizar una identidad de padres con su entorno social y familiar.

Los símbolos también son beneficiosos para el transcurso del duelo, como puede ser, ponerle un nombre al bebé, crear algo para él (un blog, tejer una manta, etc) (Álvarez y otros, 2016).

Cuando se transita por una pérdida perinatal, es de gran ayuda poder acercarse a asociaciones por las cuales compartan y dediquen a este tipo de pérdidas, como puede ser *Luz de cielo* o la *Fundación Era en Abril*.

Era en Abril es la primera organización sin fines de lucro en Latinoamérica que brinda apoyo a los padres de bebés fallecidos en el embarazo, en el parto o después de nacer. Provee

una contención integral en distintos niveles, grupos de ayuda mutua, acompañamiento profesional con profesionales especializados en duelo por muerte gestacional, neonatal e infantil; ofrece información, asesoramiento y capacitación a profesionales sanitarios y promueve programas de prevención y concientización relacionado con la problemática(s/f). *Luz del cielo* (s/f) pretende brindar apoyo y contención a los papás que han sufrido la pérdida de un hijo. Esto lo logramos gracias a reuniones de contención mensuales en la cual cada uno puede expresarse libremente, sin sentirse juzgado. Además contamos con el equipo de ayuda en redes sociales, donde cada uno puede hablar de su dolor sin censura y en el cual sentirán el apoyo de otros miembros que han pasado por la misma pérdida.

Capítulo 3: El puerperio

El puerperio, es un período donde todas las personas gestantes comparten varias características fisiológicas y psicológicas. Pero también es vivenciado por cada persona gestante de manera singular.

En Guías en Salud Sexual y Reproductivas define al puerperio como “el período que transcurre desde el alumbramiento hasta que la mayoría de las modificaciones producidas por el embarazo vuelven a su estado preconcepcional” (Ministerio de Salud pública, 2014, p. 101).

Peralta (s/f) agrega que, desde el punto de vista médico, el puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición y su duración es variable, aproximadamente entre 6 a 8 semanas. Dentro de este tiempo se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno.

Según Mora (2009) el puerperio fisiológico (biomédico) tiene una duración promedio de 6 semanas y es descrito en 4 etapas, la primera transcurre durante las 24 horas siguientes al parto, es llamada puerperio inmediato. La segunda se extiende del día 2 al 7 y se la denomina puerperio temprano. La tercera se extiende entre el octavo día y hasta el día 42-45 y es conocida como puerperio ampliado. También describe una cuarta etapa conocida como puerperio alejado, que comienza al finalizar la cuarentena sin que su culminación sea específica. Se estima que este último periodo puede extenderse aproximadamente hasta los dos años posteriores al parto o el final de la lactancia.

El puerperio no solo contiene aspectos fisiológicos, sino también psicológicos. Para esto Ramírez (2019) comenta que la definición de posparto actual resulta de un modo reduccionista y creemos que es importante reivindicar que el puerperio o posparto es una etapa que va más allá de los cuarenta días. La autora agrega que el puerperio es un período también emocional tras convertirse en madre.

Desde lo perinatal, Ramírez (2019) amplía y conforma una nueva definición de puerperio. Afirmando que el puerperio:

Se trata de una etapa en la vida de la mujer madre que va desde que ésta pare a su criatura y afianza la fusión emocional con ella, hasta que su bebé sale de su esfera emocional comenzando una experiencia vivencial más autónoma, generalmente este

momento está influido por el destete fisiológico, el cual marca una clara diferenciación de la díada mamá bebé.

A pesar de las definiciones de puerperio propuestas aquí por diferentes autores, Martirena (2021) hace una crítica sobre las definiciones de este. Diciendo que:

La falta de una mirada integral y estudios específicos sobre el puerperio emocional, con el enfoque puesto en las experiencias femeninas, no permite conocer las características reales del mismo, ni diseñar abordajes apropiados para el acompañamiento de las mujeres que lo transitan. (p.7)

Dentro de este período vital, tras culminar el embarazo, pueden existir varias complicaciones psicológicas en el puerperio. Dentro de estos podemos encontrar: Maternity Blues, la depresión posparto, psicosis puerperal.

El Maternity blues es una alteración del ánimo, como consecuencia de los cambios hormonales, psicológicos y sociales. Generalmente el cuadro se presenta con labilidad emocional, irritabilidad, tristeza o llanto, teniendo una duración e intensidad variables y apareciendo entre los dos y cuatro días posteriores al parto (Ventura, 2020). Según Maldonado-Durán (2011) la recuperación del estado de tristeza postparto sólo requiere de tranquilizar a la madre y a quienes la rodean. Suele aparecer hacia el cuarto o quinto día posterior al parto. Se estima que algunos factores que predisponen a la aparición de estos sentimientos son: antecedente de síndrome de tensión premenstrual, grado de aumento de peso durante el embarazo y supresión súbita de progesterona después del parto.

La depresión posparto es la depresión que inicia dentro de los primeros 12 meses posteriores al parto, presentando síntomas diarios por al menos dos semanas, cumpliendo los mismos criterios diagnósticos que el trastorno depresivo mayor, según el DSM-V. Tiene una prevalencia del 8-20%. Para que sea considerado depresión, la alteración del estado de ánimo debe producir un deterioro social y/o laboral de su funcionamiento, y los síntomas no pueden deberse a una patología médica de fondo, fármaco o sustancia (Ventura, 2020). La psicosis posparto o purperal se puede confundir con una depresión, su rasgo diferencial es la presencia de síntomas típicamente psicóticos, como delirios o alucinaciones. Su duración es variable y en algunos casos se requiere la hospitalización. Se presenta en alrededor de 1-2 por cada 1.000 nacimientos. El cuadro clínico consiste en depresión e ideas delirantes que aparecen después del parto, así como otras características dadas por el rápido cambio de los síntomas, la labilidad de humor y, con frecuencia, los signos de confusión. Entre los factores de riesgo se reconocen: primer hijo, episodios previos de

psicosis puerperal, alteraciones psiquiátricas inherentes en la mujer y parto por cesárea (Arrate, Molina y Linares, 2016).

3.1. El puerperio sin hijo

Si bien el puerperio es una etapa difícil de sobrellevar, debido a los cambios físicos y psicológicos, se le suma el tránsito del duelo por su bebé.

En las palabras de Callister:

Cuando un bebe fallece intrauterino o al poco tiempo de nacer, el posparto de su madre acontecerá acompañado de un duelo por fallecimiento de su criatura, dicho duelo tiene características propias y únicas específicas de la pérdida de un hijo. (Ramírez, 2021, p.136)

Tras el embarazo y consiguiente parto (con muerte intraparto o muerte del bebé al poco tiempo de nacer) la persona gestante entrará en el puerperio.

En el puerperio inmediato, la madre se verá impactada por la pérdida y con un bebé muerto, que evidentemente no es lo que esperaba. En este momento es de gran importancia el acompañamiento de las personas allegadas y proceder a tener contacto con su bebé, tomar fotografías o recoger recuerdos de él.

Sobre el puerperio emocional, Ramírez (2021) dirá que:

Es importante acompañar a la madre en la vuelta progresiva a su vida cuando sienta que va pudiendo, pero respetando sus tiempos, solo ella sabe lo que necesita y cómo quiere vivirlo, es habitual...que no quieran hablar, que se aíslen, que necesiten no ver a otras embarazadas o no tener ganas de levantarse de la cama. El dolor es parte inexorable del proceso y tratar de borrarlo solo hace que la madre empeore porque este dolor es parte de la honra de su hijo. (p. 142)

Tras la experiencia, es posible que la madre se retire de su entorno social. Con frecuencia se experimentan reacciones emocionales y cambios durante los siguientes meses y años, teniendo dificultades con las rutinas diarias. El aniversario de la muerte, las vacaciones o cualquier momento significativo, provocará reveses incluso años más tarde. Un apoyo constante de compasión y empatía será crucial para curar las heridas (UMAMANITA y Asociación El Parto es Nuestro, s/f).

En pocas palabras el puerperio sin hijo vivo es un periodo marcado por el duelo perinatal y los cambios propios que se experimentan en el postparto y el manejo de la lactogénesis.

Cuando se experimenta la muerte del bebé y posteriormente llega el puerperio, el proceso de duelo y la pérdida perinatal es particularmente dolorosa, angustiante e íntimamente la mujer la percibe cómo amputación, castración y desmembramiento corporal, llegando a provocar la aparición de síntomas somáticos. Algunos de estos pueden ser, alteración de la conducta, sentimientos de culpa y con ellos sobreviene el duelo materno, que implica un proceso dinámico, en las que se sobreponen entre las diferentes fases que la caracterizan (Paucar y Recines, 2020, citando a Oviedo y Cols).

3.2. Lactogénesis

Como es propio de todo proceso de gestación, tras la salida del bebé del vientre, comienza el proceso de lactancia. Cuando ocurren pérdidas gestacionales tardías o muertes de bebé intraparto este proceso de lactancia sigue en curso. Las formas generales para proceder ante esta lactancia sin bebe es inhibir el proceso o donar la leche.

La lactancia, Samaniego (s/f), la describe como:

Un proceso natural y fisiológico que comienza a partir de las 16 semanas de gestación y continúa después del parto con independencia del estado del recién nacido, y sin necesitar inicialmente que haya una intervención activa por parte de la madre. Estas dos etapas se denominan lactogénesis I y lactogénesis II. Posteriormente tiene lugar la galactopoyesis o lactogénesis III, que mantiene la producción de leche una vez iniciada la lactancia, siendo esta tercera etapa dependiente de la eficacia y frecuencia del vaciado de la mama. (p.4)

Beatriz Fernández, citada por Parrotta y Dehollainz (2018) comenta que a veces dependiendo de la edad gestacional del bebé al momento de la pérdida, el cuerpo corta la subida de leche. Pero la mayoría de las mujeres que pasan de la semana 25 a 30 del embarazo, y pierden a sus bebés durante el embarazo o intraparto, producen leche ya que el proceso de producción se activa al separarse la placenta del útero.

La práctica más habitual en clínicas y hospitales es que de manera protocolar e inmediata, se le brinde a la mujer “como solución” inhibir de manera farmacológica la producción de

leche, en soledad y en medio de un gran silencio, donde la sensación es de vacío ante los pechos llenos de leche (Parrotta y Dehollainz, 2018).

La otra opción para proceder ante la lactancia y darle un uso y propósito es la de donar la leche. Samaniego (s/f) haciendo referencia a un estudio de Welborn dice que se encontró que existen varios motivos para la donación de leche, los cuales pueden ser beneficiosos para el proceso del duelo. Aparte del acto de ayudar a la salud de otro bebé, para muchas madres el acto de extraer su leche y donarla facilita integrar la pérdida en sus vidas, darle significado y afrontarla. Para otras mujeres la extracción de leche es una manera de validar su maternidad, y también una manera de mantener una conexión con su bebé, hecho importante para la elaboración del duelo.

En Uruguay encontramos el Banco de Leche Humana, este se encuentra en el Centro Hospitalario Pereire Rossell. Su objetivo es apoyar a las madres en la lactancia y alimentación de los recién nacidos pre términos cuyas madres no tienen el suficiente volumen para su alimentación completa (ASSE, 2009).

Las madres donantes generalmente se acercan por referencias de otras madres. La primera comunicación es a través de la línea telefónica 2706 6050. Allí reciben asesoramiento sobre la mejor forma de donar leche materna y envasarla con recipientes de vidrio. Cada 15 días un equipo del banco recolecta las donaciones. En la sede del servicio se guarda en congeladores hasta su pasteurización, que elimina el 100 % de los microorganismos patógenos (Gub, 2008).

3.3. La sexualidad en duelo y la proximidad a la idea de un nuevo embarazo

La sexualidad está presente todo el tiempo en la vida de las personas, tanto en el embarazo, el parto y el puerperio son sucesos sexuales.

Todo en el puerperio es sexualidad. Si bien socialmente se identifica la sexualidad con las prácticas sexuales y la penetración coital, es difícil entender que la libido de la madre se orienta al bebé a buscar y recibir placer en la diada. Pero cuando el bebé no está, la desolación del cuerpo es igual a la emocional (Gómez-Ulla y Contreras, 2021).

Los altibajos emocionales del duelo por la pérdida de un bebé afectarán de manera distinta a la sexualidad de cada hombre y mujer. Hay quien ve aumentado su deseo sexual por la motivación de buscar otro embarazo, evadirse del malestar y las preocupaciones o porque considera que es un área que debe separarse de la pérdida. Otras personas presentarán menos deseo sexual, evitarán las relaciones sexuales por ser placenteras en base a creencias relacionadas con que “no se puede disfrutar si se está en duelo” (Yañez, 2015).

Si bien es posible que haya un tiempo donde se detiene lo sexual y hay ausencia de deseo, a nivel de la experiencia de pareja puede que se despierte un miedo a la intimidad sexual y evitación. El encuentro sexual puede recordar al parto y el placer puede representar la traición hacia el bebé que murió (Gómez-Ulla y Contreras, 2021).

En las palabras de Yañez (2015) hay ocasiones donde encontramos que el coito recuerda a la madre gestante el embarazo y/o parto que tuvo y a la pérdida de su bebé. En otras ocasiones, puede resultar doloroso por los problemas de excitación/lubricación o secuelas físicas del parto. Hay casos en que se ha sufrido un aborto, espontáneo o voluntario, un embarazo que no llegó a término, un parto donde el bebé nació muerto y si éste falleció poco después, la practica sexual puede generar malestar y rechazo, siendo una vez más fuente de conflicto en la pareja que acostumbra a funcionar de manera coitocentrista y genitalista.

Aunque no en todas las parejas se sienten o experimentan lo mismo, hay otras posibilidades en las que:

La persona o la pareja en duelo puede sentir una sorprendente necesidad de hacer el amor para conectar de nuevo con la vida, para reparar el fracaso sentido, para comunicarse en la intimidad del sexo lo que no sale con palabras. (Gómez-Ulla y Contreras, 2021, p. 225)

Las madres y/o padres que vivieron la pérdida de su bebé, tras un tiempo es posible que vuelvan a intentar un nuevo embarazo. Esto genera en ellos los miedos y ansias que genera cualquier gestación. Pero el próximo embarazo vendrá cargado de sentimientos de miedo y temor tras la experiencia de la pérdida.

Según Escudé (2017) algunas de las emociones y sentimientos que más podría destacar en los acompañamientos en el nuevo embarazo son: miedo, inseguridad, angustia, esperanza, dolor, amor, poco vínculo con el nuevo bebé, y hiper-responsabilidad.

Para Arranz, Gaviño y Escobedo (2005) cada nuevo embarazo está cargado con emociones como el miedo y la ansiedad, que desembocan, si no se maneja a tiempo el duelo, en depresión perinatal. La depresión postparto después de la pérdida gestacional toma una forma diferente: está llena de ansiedad, culpa y sentimientos ambivalentes. La mujer teme involucrarse con el neonato por miedo a una nueva pérdida que le recuerde las experiencias traumáticas ya vividas y por otra parte, la necesidad de experimentar, aunque sea por corto tiempo la experiencia de la maternidad la hace sentirse frecuentemente como “mala madre”.

En los seguimientos de Escudé (2017) sobre lo que se experimenta en una nueva gestación la autora dirá que:

La manera de experimentar el tiempo durante el próximo embarazo está lleno de ambivalencias y conflictos, es muy común que para las madres resulte difícil vivir en el presente. Muchas experimentan la actual gestación en relación a su experiencia pasada y proyectando en el futuro... Por otra parte, hay mamás a las que les cuesta muchísimo establecer el vínculo con su nuevo bebé, pensar en el futuro. Tienen miedo a que les vuelva a pasar lo mismo que les pasó cuando perdieron a sus bebés. (p. 27)

En cierto modo el nuevo embarazo puede estar marcado por la ansiedad y la depresión, síntomas que llegan a prolongarse hasta meses después del nacimiento del nuevo bebé, y pueden manifestarse en conductas de sobreprotección con este nuevo hijo, preocupación exagerada por su estado de salud, infantilización y/o dificultad exagerada a separarse del mismo (Vicente, 2014).

Sobre el vínculo con el nuevo embarazo, Álvarez y otros (2016) dirán que la duda de vincularse o no con el nuevo bebé por miedo a una nueva pérdida es un dilema que se presenta en un nuevo embarazo. La mejor opción es que exista un vínculo o al menos intentarlo. Ya que si el bebé vive, será bueno que estuviera presente. Pero si se pierde ese bebé y no hubo vinculación, la madre se sentirá culpable por no haberlo tenido. Por ejemplo, una mamá al ir de compras, vió algo para su bebé, el miedo se le hizo presente y no compró tal artículo. Al perder también ese bebé, lamento no haber comprado ese objeto, ya que sería lo único tangible que tendría de ese bebe.

Gómez-Ulla y Contreras (2021) sobre los sentimientos hacia el bebé y la construcción del vínculo dirán que se presenta una ambivalencia. Ya que hay evidencia contradictoria sobre el impacto de la muerte del bebé de un anterior embarazo en el apego con el nuevo bebé, tanto en el embarazo como una vez nacido. Tanto las mujeres pueden aplazar el vínculo o

evitar prepararse para el nacimiento de su bebé y la crianza del mismo. Esto es un intento de protegerse del impacto sobre la posible nueva pérdida.

Para afrontar estos miedos ante otra pérdida en el nuevo embarazo, hay que deshacer ese vínculo que hace que todo lo relacionado con el embarazo que genera miedo y cambiarlo. Es decir, cambiar a una sensación agradable vinculada al nuevo bebé. Una forma de hacerlo es hacer que la parte racional del cerebro argumente a sus otras partes, para crear una situación diferente y así no generar miedo. Otras de las opciones es el de ocupar el día en cosas que ayuden a no pensar en la pérdida. Aprender a desfocalizar, a tomar distancia de situaciones y ocupar las horas en actividades y pensamientos diferentes (Álvarez y otros, 2016).

Conclusiones

Las pérdidas gestacionales, son experiencias que impactan tanto a la madre y/o padre. El sentimiento ante la pérdida es igual sin importar la edad gestacional, ya que se crea un vínculo, especialmente la madre/ persona gestante. Las madres y/o padres frente al embarazo desean y fantasean con la idea de un bebé sano y vivo. Así como la idea de cómo será y crecerá en el futuro. Ante la noticia de que el bebé no vivirá, los padres presentan desilusión y una gran frustración. En especial la madre, siente que su cuerpo la ha traicionado o fracasado. Ya que aún socialmente, se ven a las mujeres como cuerpos que gestan, siendo esto su principal función. Sin quitar relevancia al dolor del padre, ya que se le presta más atención al dolor de la madre por la pérdida que al dolor del padre.

En la mayoría de ocasiones estos duelos son desautorizados y/o anticipados. Desautorizados porque no se le da el espacio necesario para expresar el dolor y hablar de un bebé no nacido. Por otro lado, puede resultar ser un duelo anticipado. Ya que se puede diagnosticar en la gestación algún signo de que el bebé no nacerá o morirá en el parto. Es así que el duelo comienza antes de que se experimente la pérdida o muerte del bebé.

Aparte de la experiencia de la pérdida, se le suma la tarea de decidir cómo se discontinuará con el embarazo. En las pérdidas gestacionales tardías generalmente la opción que se toma es la del manejo expectante en el cual se desencadene naturalmente un parto vaginal, aunque hay casos que el parto puede ser inducido, y otros casos en el que se decidan otros métodos. Pero siempre lo importante es que la decisión la tome la persona gestante en compañía de sus familiares.

Otros familiares allegados, especialmente abuelos y hermanos vivencian también la pérdida. Los abuelos se encuentran sumergidos en un doble dolor, tanto por la muerte del bebé, así como también por el dolor de su hijo ante la muerte de su bebé. Por otro lado, los hermanos sufren sintiéndose culpables, apartados y descuidados, ya que los padres al estar vivenciando su duelo pueden dejar de ocuparse de ellos. Lo importante en estos casos es la comunicación sobre el suceso y hacer partícipe a los hermanos en los rituales de despedida o recogida de recuerdos.

Así mismo se pudo ver que estos rituales de despedida y la recolección de recuerdos son de gran ayuda en la elaboración de duelo. Estos tienen un efecto terapéutico. Por otra parte, recurrir a recuerdos tangibles hace que las madres y/o padres contengan una conexión con el bebé fallecido, dándole así a este una identidad.

Los grupos de apoyo también son beneficiosos en estos procesos, ya que compartir con otras personas que transcurrieron las mismas experiencias hacen que las madres y/o padres no se sientan solos y comprendidos en su dolor. Pueden expresarse libremente y no se sentirán juzgados ni señalados, y mucho menos culpables por la muerte de su bebé.

Con respecto al puerperio, es un período del cual la mujer o la persona gestante, por más que no haya bebé, no es librada de él. El puerperio está cargado de cambios, físicos y psicológicos. Dentro de lo psicológicos puede haber varias complicaciones como: maternity blues, la depresión postparto o la psicosis puerperal. Es imprescindible prestar atención a los síntomas y signos que se presentan, así como también la duración de estos para no confundirse en el diagnóstico.

El puerperio sin bebé vivo estará colmado de los cambios propios de dicha etapa, así como también vivenciado por el duelo perinatal. En estos casos es importante acompañar a la mujer o persona gestante, darle el espacio necesario para que exprese sus sentimientos y su dolor, pudiendo así transcurrir un óptimo duelo.

Todo puerperio viene acompañado de la lactancia, cuando no hay bebé, en algunos casos dependiendo de la edad gestacional en la que ocurre la pérdida, el mismo cuerpo corta la subida de leche. Pero hay casos, particularmente cuando la edad gestacional está entre las 25 o 30 semanas, hay producción de leche ya que este proceso se activa con la separación de la placenta y útero. Para manejar la lactancia, dependerá de lo que decida la mujer o la persona gestante. Podrá discontinuar la lactancia mediante fármacos, esta es una opción rápida. La otra opción es darle un propósito y utilidad donando la leche a los bancos de leche humana. La extracción y donación de leche es una manera de validar la maternidad y tener una conexión con el bebé fallecido, hecho positivo para una buena elaboración del duelo.

En torno a la sexualidad en duelo, cada pareja la vivirá de manera diferente. Las mujeres podrán sentirse culpables al encontrar placer en las prácticas sexuales. En ocasiones, se puede presentar inhibición del deseo sexual, debido al duelo. En otras podrá aumentar el deseo y ganas de intimar con la pareja por motivación a la búsqueda de otro embarazo o para aliviar los sentimientos de la pérdida.

Posiblemente tras la pérdida, las madres y/o padres vuelvan a intentar tener otro bebé.

Este nuevo embarazo presentará los miedos y ansiedades propios que estos conlleva, pero también se le sumará los miedos de que vuelva a ocurrir lo mismo. Puede que la madre o la persona gestante no logró vincularse con su bebé, como mecanismo de defensa ante la posibilidad de que vuelva a ocurrir otra pérdida.

Para afrontar este nuevo embarazo de la mejor manera será de suma ayuda poder deshacer todo lo que genera sentimientos negativos que vinculan el embarazo perdido con el nuevo embarazo, descentralizar los pensamientos sobre hacia el bebé perdido y poder ocupar el tiempo en actividades que generen goce y distracción.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez, M., Claramunt, M.A., Carrascosa, L., Silvente, C. (2016). *Las Voces Olvidadas Pérdidas gestacionales tempranas*. Tenerife, España.
- Arrate, M., Molina, V., Linares, M. (2016). *Tratamiento ambulatorio en una paciente con psicosis puerperal*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100010.
- Arranz, L., Gaviño, S., Escobedo, F. (2005). Depresión postparto en pérdida gestacional recurrente. Presentación de un caso. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47310313>.
- ASSE. (2009). Banco de leche. [Www.asse.com.uy](http://www.asse.com.uy). Recuperado de: <https://www.asse.com.uy/contenido/BANCO-DE-LECHE-3392>.
- Asociación El Parto es Nuestro. (s/f). *El manejo expectante*. [Www.elpartoesnuestro.es](http://www.elpartoesnuestro.es). Recuperado de: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/el-manejo-expectante>.
- Asociación El Parto es Nuestro. (s/f). *La habitación de despedida*. [Www.elpartoesnuestro.es](http://www.elpartoesnuestro.es). Recuperado de: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2010/09/18/la-habitacion-de-despedida>.
- Cassidy, P., Blasco, C., Contreras, M., Llavore, M., Cassidy, J., Quintana Pantaleón, R., Steen, S., Fernández, F., García Terol, C., Roncall, P. (2018). Atención al parto en casos de muerte intrauterina en el segundo y tercer trimestre: Aspectos psicosociales y clínicos de la atención hospitalaria. *Revista Muerte y Duelo Perinatal*, (4), 41-57.
- Diago, V., Perales Puchalt, A., Cohen, M., Perales Marín, A. (2013). *Muerte fetal tardía*. En Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. Ergon Creación S.A. Recuperado de: <https://www.aeped.es/grupo-trabajo-estudio-muerte-subita-infantil/documentos/libro-blanco-muerte-subita-infantil>.
- Era en Abril. (s/f). [Www.eraenabril.org](http://www.eraenabril.org).
- Escudé, A. (2017). *Las ambivalencias del pasado, presente y futuro*. Recuperado de: <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2017/11/2017-Escude-Las-ambivalencias-del-pasado-presente-y-futuro-Vivencias-del-embarazo-despu%C3%A9s-de-una-muerte-intrauterina-MDP3.pdf>.
- Gómez-Ulla, P. y Contreras, M. (2021). *Duelo perinatal*. Madrid, España.
- Grau, N., Cassidy, J., García Terol, C., Cassidy, P. (2017). Fotografías para casos de muerte gestacional y neonatal. *Revista Muerte y Duelo Perinatal*, (2), 1-46.

- Gub. (2018). Banco de Leche Humana de Uruguay cubre la demanda de todos los niños prematuros internados del país. [Www.gub.uy](http://www.gub.uy). Recuperado de: <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/banco-leche-humana-uruguay-cubre-demanda-todos-ninos-prematuros-internados>.
- López, A. (2010). *Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31 (109), 53-70. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352011000100005#:~:text=La%20muerte%20del%20feto%20durante,manejo%20para%20los%20profesionales%20sanitarios.
- López, A. y Villaverde, O. (2018). *Sentir y pensar el duelo perinatal*. Revista Clínica Contemporánea. Recuperado de: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2018v9n3a14.pdf>.
- Lozano, F. y Rodríguez, G. (2007). *Óbito fetal guía de manejo para Montevideo*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: http://www.medicinalegal.edu.uy/bibliografia/archivos/prot_derobitnacper.pdf.
- Luz del Cielo (s/f). *Misiones y objetivos*. [Www.luzdelcieloweb.wixsite.com](http://www.luzdelcieloweb.wixsite.com). Recuperado de: <https://luzdelcieloweb.wixsite.com/gracs/members>.
- Maldonado-Durán, J. (2011). *Salud Mental Perinatal*. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Manual MSD versión para profesionales. (s/f). *Clasificación del aborto*. [Www.msdmanuals.com](http://www.msdmanuals.com). Recuperado de: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/multimedia/table/clasificaci%C3%B3n-del-aborto>.
- Martiarena, M. (2021). *El puerperio invisibilizado: cuerpo, afectos, y violencias en las experiencias femeninas de postparto*. Recuperado de: https://www.fg2021.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/fg2020/1611835710_ARQUIVO_0cd5406859b915bfdb8e7991004eef59.pdf.
- Martín, L., Abascal, D., Chico, L., Rodríguez, V., Hernández, C. (2019). *Manejo expectante frente a inducción en el abordaje de la rotura prematura de membranas*. Recuperado de: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81366/manejo-expectante-frente-a-induccion-en-el-abordaje-de-la-rotura-prematura-de-membranas/>.
- Martos, I. M., Sánchez, M. del M., & Guedes, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de comunicación en Salud*, 300-309. Recuperado de: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3454>.

- MATRIOSKAS, Asociación andaluza de apoyo al duelo perinatal. (s/f). *Cajas del Recuerdo en duelo gestacional y perinatal*. [Www.matroskas.org](http://www.matroskas.org). Recuperado de: <https://matroskas.org/index.php/cajas-del-recuerdo/>.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Guías en Salud Sexual y Reproductivas*. Uruguay. Recuperado de: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica*. Quito, Ecuador. Recuperado de: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/EQU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18979_S.pdf.
- Mora, S. (2009). El cuerpo investigador, El cuerpo investigado. Una aproximación fenomenológica a la experiencia del puerperio. *Revista Colombiana de Antropología*, 45 (1),11-37. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105012398001>.
- Parrotta, A. y Dehollainz, I. (2018). *La lactancia en medio del duelo: dos pechos llenos de leche, amor y dolor*. [Www.saludmentalperinatal.es](http://www.saludmentalperinatal.es). Recuperado de: <https://saludmentalperinatal.es/2018/11/27/la-lactancia-medio-del-duelo-dos-pechos-llenos-leche-amor-dolor/>.
- Paucar, M.S., Recines, M. (2020). *Duelo perinatal y estrategias de afrontamiento al estrés en gestantes con óbito fetal en el Hospital el Carmen Huancayo, 2020*. Tesis Final. Huancayo, Perú. Recuperado de: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2136>.
- Peralta, O. (s/f). *Aspectos clínicos del puerperio*. Recuperado de: https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf.
- Pastor, P. (s/f). *Herramientas para elaborar el duelo: La caja de recuerdos*. [Www.fundacionmlc.org](http://www.fundacionmlc.org). Recuperado de: <https://www.fundacionmlc.org/herramientas-duelo-caja-de-recuerdos/>.
- Ramírez, E. (2019). *Puerperio emocional*. <https://saludmentalperinatal.es>. Recuperado de: <https://saludmentalperinatal.es/2019/08/19/puerperio-emocional/>.
- Ramírez, E. (2021). *Psicología del postparto*. Madrid, España.
- Rojas, N. (2017). *Evidencia científica sobre las intervenciones enfermeras en la pérdida perinatal*. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/117122/1/117122.pdf>.
- Samaniego, M. (s/f). *Donación de leche tras la muerte perinatal o del hijo lactante*. Recuperado de:

https://www.aebhlh.org/images/area_socios/2019/pdf/20190430_posicion_muerte_perinatal.pdf.

Sánchez, G. (2013). *Intervención tanatológica a los padres con pérdida perinatal*. En Cuidados Avanzados en el Neonato. Prevención e intervención oportuna: retos, ética y humanismo. Recuperado de: https://backend.aprende.sep.gob.mx/media/uploads/proedit/resources/cuidados_avanzados_e_9e74d942.pdf#page=158.

Santos, P., Yáñez, A., Al-Adib, M. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*.

Organización Mundial de la Salud. (s/f). *Muerte prenatal*. [Www.who.int](http://www.who.int). Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/stillbirth#tab=tab_1.

UMAMANITA y Asociación El Parto es Nuestro. (s/f). *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. Recuperado de: <https://www.umamanita.es/guia-de-atencion-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal/>.

UMAMANITA. (s/f). *En el hospital- Mi bebé ha fallecido o va a fallecer*. [Www.umamanita.es](http://www.umamanita.es) Recuperado de: <https://www.umamanita.es/en-el-hospital/>.

Ventura, I. (2020). *Recuperación física y psicológica en el puerperio*. Trabajo fin de grado. Universidad de Cantabria. Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/20110/VENTURA%20RAMOS%2C%20ILEANA.pdf?sequence=1>.

Vicente, N. (2014). *Duelo perinatal, duelo olvidado*. Trabajo fin de grado. Universidad de Salamanca. Recuperado de: <https://gredos.usal.es/handle/10366/128540>.