



Universidad de la República.

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Pre-proyecto de investigación

Título: El llanto que no se escuchó

Andrea Menéndez Techera

C.I.:4.224.721-8

Tutora: Prof. Adj. Mag. Rossana Blanco Falero

Docente revisora: Asist. Mag. Alejandra Akar Moreno

Montevideo, Febrero 2022



Dedicado a ustedes que me prestaron su historia

Índice

Agradecimientos:	3
Resumen	4
Justificación	4
Antecedentes	9
Problema de investigación	14
Preguntas de investigación	14
Objetivo general:	15
Objetivos específicos:	15
Metodología	15
Instrumentos de recolección de datos	16
Consideraciones éticas	17
Cronograma de ejecución	18
Resultados esperados	19
Referencias bibliográficas	20

Agradecimientos:

A mi compañero de vida, por impulsarme a transitar el camino.

A mis hijos, por soportar mis ausencias.

A mi amigo de siempre, por todo su apoyo.

A mi entorno afectivo, por haber sido la red que me contiene...

A Rossana, por haber entendido lo que yo no podía explicar,

por haberme abierto un mundo de perspectivas,

pero sobre todo por la calidez de cada encuentro.

Resumen

En nuestro país, del total de los embarzos clínicos, los abortos espontáneos inciden entre el 10 y el 20% de los casos, cifra que se incrementa por tres si se toman en cuenta los embarzos no reconocidos. Sin embargo, pese a su recurrencia, siguen siendo un tema del que poco se habla y el cual presenta escaso debate público e investigación.

El aborto espontáneo (AE en adelante) es un tema que trasciende las vivencias de los progenitores ya que involucra a otros contextos como el familiar y al sistema de salud, por lo tanto, este pre-proyecto de investigación tiene como objetivo analizar la experiencia en padres y madres derivadas de un AE dentro del contexto familiar y su relación con las respuestas del sistema sanitario. Para ello se opta por un estudio cualitativo con alcance exploratorio y descriptivo a partir del uso de la entrevista semi estructurada a padres y madres entre 18 y 35 años que hayan atravesado la experiencia de un AE. A través de este instrumento se pretende explorar sus vivencias acerca de la experiencia de pérdida gestacional así como de las respuestas recibidas del entorno cercano y del sistema sanitario.

A partir de los resultados de este estudio se espera aportar a la visibilidad de una problemática silenciada a nivel social lo cual se torna necesario, para poner en discusión las distintas dimensiones que la componen. A su vez se espera contribuir al entendimiento de estos procesos y de este modo a su afrontamiento por parte de las parejas, buscando evitar consecuencias negativas en el futuro. Se pretende además, generar insumos para construir nuevas estrategias de intervención que aborden los aspectos subjetivos.

Justificación

La pérdida gestacional es un fenómeno recurrente sin embargo sigue siendo hoy en día un tema del que poco se habla. A través de los estudios consultados y de los aportes de las especialistas en la temática, queda evidenciado que dichas pérdidas son estudiadas principalmente cuando se trata de pérdidas perinatales, produciéndose una minimización en torno a aquellas ocurridas en los primeros meses de gestación pese a la incidencia que las mismas tienen dentro de los embarazos.

Estas últimas pérdidas hacen referencia a los AE los cuales se definen según los aportes de Larroca y Chaquiriand (2021) basados en la caracterización de la OMS, como

toda pérdida de una gestación ocurrida antes de las 20 semanas y un peso del feto igual o menor a 500grs. Es decir, una pérdida que se produce antes de que el feto tenga viabilidad, lo cual refiere a la capacidad de poder sobrevivir a partir de la asistencia médica la que se verá determinada por la madurez pulmonar del feto que comienza a las 24 o 26 semanas de la gestación.

En Uruguay se registraron en el año 2017, 336 muertes fetales, lo que equivale a una tasa de 7.8/1000 nacidos vivos. En el Hospital Pereyra Rossell en el año 2018 ocurrieron 58 óbitos fetales que significan una tasa de 9.3/1000 nacidos vivos (Quintela, Lacerda, Citrín y Coppola, 2020).

En la misma línea, Larroca y Chaquiriand (2021) plantean que en Uruguay del total de los embarazos clínicos, el AE incide de un 10 a un 20%. Esta cifra asciende por tres si se toman en cuenta las gestaciones tempranas no reconocidas. Además, del total de los AE, el 80% tiene ocurrencia en el primer trimestre.

En Chile a partir del año 2006 las muertes fetales se contabilizan en su totalidad sin que el peso y la edad gestacional sean una característica de exclusión. Del total de dichas pérdidas en ese país para el año 2010, las pérdidas gestacionales con un peso menor a 500 grs. representan el 41.6% (Pons, Sepúlveda, Leiva, Rencoret y Germain, 2014).

En el informe de la Secretaría de Salud de México del año 2009, se retoman las investigaciones de Brown (2008) quien subraya que el AE en ese país, tiene una incidencia muy importante dentro de los embarazos en donde, de la totalidad de las concepciones, el 30% de ellos se pierden por fallas en la implantación, otro 30% son abortos preclínicos, el 10% abortos clínicos y solo el 30 % nacen vivos. A su vez, a partir de los aportes de Cassasco, et al. (2008) en el mismo informe, se plantea que en su mayoría, los AE son tempranos ocurriendo el 80% de ellos en las primeras 12 semanas y el 20% restante en las semanas 12 hasta la 20.

En España para el año 2016, las muertes fetales con una edad gestacional mayor o igual a 22 semanas se elevan a 1556, lo que corresponde a una tasa anual de 3.8/1000 nacidos vivos. Las interrupciones voluntarias del embarazo por riesgo de salud de la madre o anomalías fetales para las mismas semanas de gestación y mismo año, son de 714 lo que equivale a una tasa del 1.7 cada mil nacidos vivos. Es importante subrayar que estos datos de muertes fetales están atravesados por la infradeclaración debido a la no inscripción en el registro civil y a la falta de registro en el ítem edad gestacional en los controles médicos, que se estima en un 50% (Cassidy, 2018).

Según Jéssica Basabilbaso¹ psicóloga y profesora argentina, especialista en el área perinatal y acompañante a familias en proceso de duelo, en su país, dichas pérdidas son registradas a partir de la semana 22 de gestación y en muchos casos los registros son omitidos con el fin de quitarle un sufrimiento a los padres a quienes no se les consulta acerca de su deseo al respecto. Esta falta de registros oficiales, plantea la especialista, lleva a no poder poner la realidad sobre la mesa, lo cual genera entre otras cosas una carencia de políticas oficiales (Comunicación personal, 16, 17 de septiembre de 2021).

En la misma línea, Belén Piñeyrúa² psicóloga perinatal, integrante de la ONG Luz del Cielo Uruguay, la cual acompaña a madres y padres en duelo perinatal y gestacional, plantea que en Uruguay no existe un protocolo de registro para las muertes gestacionales y si bien se realizan, estos se llevan a cabo de manera muy general y muy vaga. El registro no sólo da cuenta de la incidencia que estas muertes tienen en la población, sino que se torna necesario en tanto es un instrumento de reconocimiento a la paternidad, a la maternidad, y a los propios hijos entre otras cosas, lo cual trae de la mano el reconocimiento de otros derechos que nacen justamente de ello. Agrega además, que dichos registros son importantes como insumo de investigación para la prevención de muchas de esas muertes. (Comunicación personal, 17 de diciembre de 2021).

De esta necesidad es que nace el proyecto de ley Entunombre creado e impulsado por el colectivo Luz del Cielo Uruguay, que lucha por la inscripción con nombre y apellido en el certificado de defunción y en el registro civil de los hijos que sufrieron muerte fetal lo cual implica llenar un vacío legal existente para bregar justamente por los derechos que se enmarcan dentro de la ley N°18.426, Sobre salud sexual y reproductiva de diciembre 10 de 2008 (Comunicación personal, 17 de diciembre de 2021).

Dicho proyecto también pone de relieve, la importancia de contar con un protocolo o guía de atención y actuación en donde se haga presente el derecho al acceso a las prestaciones de salud mental tan necesarias en los casos de pérdidas gestacionales (ExtensiónComunica, 2021).

El aborto como tal configura una pérdida más allá de los significados que puedan atribuirsele a la misma. Neimeyer (2002) refiere acerca de este punto, que las pérdidas más

¹ Jéssica Basabilbaso. La información de su trabajo y otras publicaciones:

<https://www.facebook.com/psiperinatalriocuarto>

² Belén Piñeyrúa. Montevideo, Uruguay. La información de su trabajo y otras publicaciones:

<https://www.instagram.com/luzdelcielouy/?hl=es> y Facebook:

<https://es-la.facebook.com/luzdelcielouruguay/>:

allá de encontrarse dentro de lo más común y posible de la vida, dejan a quien las transita en un estado de inseguridad y confusión sumergidos en un territorio nuevo y por tanto desconocido. El dolor que ocasionan las mismas, sean del tipo que sean, pueden llegar a niveles de gravedad cuando la incomprensión, la culpa o la falta de una red social, es decir, de un entorno que atienda al afectado se hacen presentes.

Estos componentes son parte del efecto de la minimización que sufren estas pérdidas a nivel social las cuales se convierten según Jélica Basabilbaso, en duelos desautorizados ya que se invisibiliza el hecho de que a partir de la existencia del deseo lo que se muere es un hijo. Desde los contextos en los cuales el embarazo está inmerso, circulan enunciados del tipo “mejor ahora que más adelante”, “son jóvenes, ya van a tener otros hijos”, “todavía no tenía forma de nada”. Enunciados que se convierten en un “*no acompañamiento*” que tiende a cancelar aquello que la familia más inmediata está sintiendo. Es el acompañamiento desde la perspectiva del “duelo olvidado” o “duelo desautorizado” que recae en la creencia de que si se lo niega entonces *no pasó*. (Comunicación personal, 16, 17 de septiembre de 2021).

Este tipo de respuesta, por lo general, tiende a coartar los derechos que las parejas tienen respecto de la vivencia de un duelo, dentro de los cuales se encuentra la intervención oportuna. La misma tiene que ver con la información y orientación en un tiempo inmediato; las omisiones en este sentido pueden llevar a complicaciones justamente, entre otras cosas, en los procesos de duelo. La necesidad de intervención inmediata a su vez, se debería continuar con un acompañamiento psicoemocional que busque dar lugar a la experiencia por la cual ambos padres están transitando en ese momento. En este punto, Yésica Basabilbaso plantea la evidencia de una diferencia sustancial cuando las prácticas vienen de la mano de un acompañamiento adecuado desde lo técnico y lo humano, en tanto las mismas tienen consecuencias en la salud mental de los afectados. La vivencia para ambos padres, tendrá que ver con los recursos con que cuentan cada uno, los cuales al mismo tiempo, están enlazados con lo contextual. (Comunicación personal, 16, 17 de septiembre de 2021).

En concordancia con esto anterior, Belén Pyñeyrúa manifiesta que estas pérdidas quedan invisibilizadas en algunos casos hasta para las propias madres resurgiendo luego en pérdidas posteriores o en otros vínculos como la pareja u otros hijos. Según su experiencia dentro del colectivo Luz del Cielo, con un acompañamiento adecuado, las

mismas pueden llegar a resignificarse, dándoles el lugar que no se les fue permitido en su momento. (Comunicación personal, 17 de diciembre de 2021).

Por otro lado, las producciones alusivas a este tema, dan cuenta principalmente del sufrimiento experimentado por la madre dejando al padre en situación de relego, siendo este un punto importante a partir del cual este pre proyecto de investigación tiene la intención de abordar las pérdidas gestacionales por AE en parejas heterosexuales. Reiteradamente se omiten en los estudios las preguntas referentes a la figura paterna, debido al hecho de que en lo relativo a reproducción, se ha depositado en la madre todo lo que atañe a la misma, haciendo de este un tema de mujeres.

Esto anterior responde a un modelo patriarcal imperante desde el cual se asignan no solamente los roles que cada figura debe cumplir, sino además, el modo en que los mismos deben ser desarrollados. Fernández, Cruz, Pérez, y Robles (2012) mencionan que esta asignación de roles que viene desde la cultura, incide hasta en la forma en que los padres deben atravesar el duelo.

Plantear las pérdidas gestacionales desde una perspectiva de género, tiene que ver, según Jérica Basabilbaso, con poder desarmar las cristalizaciones que existen respecto de este tema. La perspectiva de género ha colaborado con el hecho de que los varones se habiliten a vivenciar la paternidad desde un rol más activo, lo cual tiene además como resultado un cambio en las relaciones vinculares. (Comunicación personal, 16, 17 de septiembre de 2021).

En diálogo con esto anterior, en la ponencia que se enmarca en el curso Maternidades y Crianzas con Perspectiva Feminista, se pone de relieve la importancia de llevar a discusión las prácticas que se realizan sobre los cuerpos desde los diferentes sistemas como el de la salud, la educación, etc. que son producto de un sistema patriarcal desde el cual se silencian ciertas experiencias. Las maternidades han sido un lugar clave para tal fin en el orden patriarcal, produciendo normativas que han llevado a la invisibilización de aquellas maternidades que le producen *incomodidad*. Dentro de estas últimas, se encuentran las pérdidas gestacionales, las cuales han sido excluidas del proceso sexual y reproductivo. Sacarlas del ámbito privado y hacer una puesta en común, es decir, hacerlas políticas y visibles, es la manera según plantean los diferentes colectivos

en el debate, de desarmar justamente, las cristalizaciones existentes respecto de la maternidad y la paternidad (ExtensiónComunica, 2021).

Es a partir de esta invisibilidad y de la poca investigación que se ha hecho en nuestro país acerca de esta temática, que se hace necesario ahondar en los efectos asociadas a un AE en ambos padres. Explorar dicho fenómeno puede contribuir al entendimiento del mismo trayendo por un lado, beneficios para el afrontamiento de un duelo más sano para la pareja evitando consecuencias negativas en el futuro; por otro lado, puede dotar de herramientas a los profesionales del área quienes se ven enfrentados a una situación muy estresante que requiere de una atención diferencial. Esto último abre el campo hacia una asistencia necesariamente multidisciplinar desde donde se contemplen también los aspectos subjetivos.

Antecedentes

La búsqueda de antecedentes se realizó a partir de investigaciones a nivel nacional, regional e internacional en los idiomas portugués y español, utilizando las siguientes bases de datos: Google Académico, Colibrí, Timbo, Dialnet, a través de los descriptores: padres, aborto temprano, duelo. A su vez, con la finalidad de ampliar las perspectivas de esta temática, se realizó una entrevista a una informante calificada, Jéssica Basabilbaso, psicóloga argentina, especialista en el área de salud mental perinatal y una comunicación personal con Belén Piñeyrúa, psicóloga perinatal, integrante del colectivo Luz del Cielo Uruguay.

Los estudios pioneros de Denisse Defey (1997) en Uruguay recogidos en su libro “Duelo por un niño que muere antes de nacer” abordan este tópico presentando un análisis teórico acerca de la temática de la muerte y el duelo, haciendo hincapié en la muerte fetal. Si bien en su libro no se hace referencia directa a los AE, sus aportes son relevantes para el presente trabajo en tanto aborda el sufrimiento que acarrea la muerte fetal y profundiza en los aspectos psicológicos en los padres y el entorno familiar. Respecto de dicha muerte, esta autora plantea que la misma será vivida como un duelo con las etapas que en este se presentan: negación, sensación de vacío, desamparo, desilusión, impotencia, tristeza. Según Defey (1997), ambos padres pero especialmente la madre, describen que son duelos que se acompañan por vivencias de vacío, autoestima baja y depresión. La autora plantea que en la experiencia del embarazo se produce una doble experiencia respecto del hijo: el

hijo de adentro (en gestación) y el hijo de afuera (al nacer). De este modo, al producirse un óbito, la madre se ve inmersa en el sufrimiento por ambas pérdidas, experimentando un doble vaciamiento. Algunos autores como Oviedo, Urdaneta, Parra, y Marquina (2009); Claramunt, Alvarez, Jové y Santos (2009), plantean que la pérdida de una gestación puede ser asimilada como la muerte de un hijo.

Jésica Basabilbaso, plantea que dicha asimilación tiene que ver directamente con el deseo. Si el deseo es anclado, más allá de que ese embarazo haya sido planificado o no, entonces se producirá una construcción de identidad alrededor de esa gestación y su pérdida será sentida como la muerte de un hijo. Otro valor que se agrega al deseo según esta especialista es el apego en tanto corriente afectiva, el cual no necesita de un tiempo cronológico extenso para que se produzca sino que este dependerá de la presencia y la calidad de la misma entre otras cosas. (Comunicación personal, 16, 17 de septiembre de 2021).

Al respecto, Belén Piñeyrua manifiesta que si bien a nivel de legislación no puede ser lo mismo la pérdida de una gestación en la semana 12 que en la 40; al tratarse la maternidad y la paternidad de algo subjetivo y por tanto enlazado con la historia personal de cada uno, existen diferencias a nivel vivencial y emocional y puede en algunos casos, llegar a sentirse del mismo modo. Por tal motivo, el acompañamiento emocional debe estar presente al configurarse esta en muchos casos, una situación que acarrea un profundo dolor. (Comunicación personal, 17 de diciembre de 2021).

Los aportes de Di Campli (2020) en Argentina, mediante una investigación descriptiva y exploratoria van en esta misma línea ya que buscan visibilizar las pérdidas gestacionales en periodos tempranos y a su vez aportar herramientas que sean adecuadas ante este tipo de situaciones. El estudio muestra por un lado, que se observa una deconstrucción a nivel social respecto a mantener oculto el embarazo hasta pasados los tres meses de gestación. Dicha deconstrucción da cuenta de un cambio de posición en cuanto al mismo, demostrando que no es el tiempo de gestación ni el peso del feto lo que lo transforma o no en un hijo, sino que esto tiene que ver con otros factores como el afecto, el significado que tiene para ellos el hecho de ser padres, el lugar que le dieron en sus vidas.

Por otro lado, el tiempo de gestación no es lo que indica si tratar o no el duelo. Esto tendrá que ver con las particularidades de cada gestante, razón por la cual no se puede

generalizar una vivencia que es diferente para cada caso. La muestra de 30 mujeres arrojó entre otros los siguientes resultados: el 100% de las mismas manifestaron sentir tristeza; el 66,66% un sentimiento de vacío; el 53,33% sintieron soledad; 53,33% estado de shock; 40% enojo; 30% resignación; el 20% negación; 10% apatía; y el 6,66% hostilidad. Estos sentimientos corresponden a los procesos intrapsíquicos del estado de duelo y coinciden con los hallazgos de Defey (1997) mencionados anteriormente.

En relación al tema del duelo, Muza, Sousa, de Arrais y Laconelli (2013) en Brasil, en un centro de maternidad en Brasilia, buscaron conocer que significado tiene una pérdida perinatal en las familias que lo atraviesan, así como también, evaluar las intervenciones psicológicas. A partir de un diseño cualitativo anclado en los registros de informes psicológicos de las madres y entrevistas, se identificaron cinco categorías: “ la historia del embarazo, padres antes de la muerte de su hijo, el deseo de reparar, adiós bebé y la evaluación del servicio de la psicología de la situación de duelo” (p.34). Los resultados demuestran el poco apoyo a nivel psicológico para las familias que atraviesan la pérdida por parte de las instituciones sociales y la psicología de la salud. Dicho apoyo, dicen estos autores, adquiere importancia en tanto ayuda a la prevención de traumas futuros así como la evitación del desarrollo de un duelo patológico y embarazos reconstituyentes.

Valenzuela, Bernales y Jaña (2020) en Chile, aportan una mirada a la temática del duelo pero desde el ángulo de los profesionales de la salud. A través de una revisión bibliográfica buscan comprender la visión que tienen dichos actores respecto del duelo perinatal. Los resultados obtenidos dan cuenta de tres categorías desde las cuales se aborda la experiencia vivida: los sentimientos negativos que experimentan los profesionales, la necesidad de apoyo de estos y los facilitadores que intervienen en el proceso. Se identifica también la falta de herramientas para afrontar la situación lo cual lleva a comportamientos distantes con el paciente y a un tipo de intervención centrada en lo físico. Se concluye que al tratarse de una situación dramática para los padres que la padecen, se hace necesaria una atención sensible en donde los profesionales tienen desde su rol una incidencia importante que puede beneficiar a los padres, a sus familias y a ellos mismos.

Oviedo, et.al. (2009) en México, apuntan respecto de las intervenciones de los profesionales, que las mismas deben de hacerse desde la empatía lo cual tiene implicaciones éticas, sociales y filosóficas. Dichos autores a través de una revisión bibliográfica, investigan el duelo de la madre a causa de una muerte perinatal. Mencionan

que si bien dicho fenómeno resulta devastador para ambos padres, la centralidad en este estudio está puesta en la madre la cual experimenta entre otras cosas una sensación de vacío corporal, inadecuación, una pérdida de autoestima y sensación de desamparo. Concluyen que el duelo debe ser entendido en base a las distintas etapas por el que este transita, sin dejar de lado que no siempre se da de manera lineal.

Alvarado (2003), en el mismo país, en su artículo de revisión en base a los procesos de duelos producidos en muertes perinatales y su sintomatología, aborda dicha temática poniendo el foco no solo en la atención brindada desde el centro de salud, sino que además ubica en este plano al entorno social. Este estudio presenta una serie de intervenciones que resultan útiles y otras que no, para de este modo, establecer estrategias pertinentes por parte de los médicos tratantes, lo cual tiene que ver con el hecho de que la falta de preparación en este campo, ha sido causante de problemas en los procesos de duelos para los padres que lo transitan. A esto se le suma la falta de atención desde el entorno social cercano que tiende a utilizar estrategias diversas para aplacar el dolor de la pérdida, las cuales terminan minimizando la realidad de la situación. Dichas estrategias también son utilizadas desde los profesionales de la salud quienes tienden a centrarse en los aspectos físicos olvidando la parte emocional y afectiva. Se concluye que este tipo de pérdidas es tan devastadora como la de un adulto amado, además, el patrón de duelo puede llegar a identificarse tempranamente con lo cual se puede realizar una intervención oportuna que permita transitar esta “catástrofe” con el menor daño posible.

Por su parte Eraso, Fernández, y Hernández (2017) en España, tienen como objetivo en su investigación exponer los factores que afectan al duelo que se lleva adelante a causa de una muerte prenatal producida en cualquier momento del periodo de gestación. Para este fin, utilizaron desde el paradigma cualitativo la metodología Teoría Fundamentada. Se realizaron 10 entrevistas en profundidad de forma individual a mujeres que habían pasado por ese proceso en los dos meses previos. De esto anterior resultó que la intensidad de dicho duelo está influenciada por cuatro factores interrelacionados y ubicados en cuatro niveles: individual, del profesional sanitario, pareja y familia y social.

Estos niveles se pueden identificar en el trabajo de Fernández, Cruz, Pérez, y Robles (2012), a través de las variables que los mismos detectaron. Dicho estudio se realizó también en España, a partir de una revisión bibliográfica en donde buscan señalar y analizar las distintas variables que intervienen en el duelo por pérdida perinatal. Los resultados

obtenidos dan cuenta de cuatro categorías: “reacciones a la pérdida, la diferencia entre hombres y mujeres, las intervenciones más adecuadas por parte del personal sanitario, así como los principales problemas que presenta la práctica para ellos.” (s/p). Dentro de los hallazgos cabe destacar los efectos psicológicos ante dichas pérdidas: en las madres por un lado se presentan estados de tristeza, irritabilidad, culpa, ansiedad ante la muerte, depresión y una preocupación en los embarazos posteriores. En los padres se evidencia shock, rabia y sentimientos de indefensión y soledad. Ambos padres a su vez en los próximos embarazos, a raíz de un aborto o de una pérdida perinatal anterior, pueden tener fuertes sentimientos de angustia y ansiedad.

Del mismo modo dichos niveles y variables tienen que ver con las necesidades que Vilarrubias (2017) en el mismo país, encuentra a través de un estudio fenomenológico con un enfoque interpretativo y descriptivo que busca conocer y analizar las experiencias y necesidades de los padres que pierden a su hijo en la sala de parto. Las mismas tienen que ver con el relacionamiento con el bebé, la necesidad de reconocimiento e información adecuada, de apoyo y contacto físico. Dicho estudio se llevó adelante a través de entrevistas semi-estructuradas a nueve familias en donde participaban uno o ambos padres que habían transitado por la experiencia de pérdida perinatal. Identificaron como resultado, dos temas principales: el estado de shock que esta muerte produce y la trascendencia vital que la misma tiene en sus vidas.

Estas necesidades son coincidentes con las encontradas en la tesis doctoral de Martínez (2020), *Morir antes de nacer. Experiencias de madres, padres y profesionales ante la situación de muerte fetal tardía en España*, la cual basada en un compendio de tres investigaciones: una revisión bibliográfica de estudios cualitativos y en segunda instancia, dos estudios cualitativos con enfoque fenomenológico, se busca describir las experiencias de padres, madres y doctores acerca de la atención recibida y proporcionada respectivamente. En cuanto a los estudios con enfoque fenomenológico, en el primero se indaga la experiencia de la atención a siete madres y cuatro padres que sufrieron una pérdida perinatal tardía y en el segundo, la de dieciocho profesionales del área a través de grupos focales. La investigación tuvo como resultado la obtención de herramientas para una planificación de cuidados en base a las necesidades de ambos padres, para un afrontamiento más eficaz ante estas situaciones por parte de los médicos. Dichas necesidades tienen que ver con carencias en cuanto al cuidado recibido en todo el proceso

de la pérdida y con la falta de reconocimiento hacia la misma y por tanto hacia su paternidad y maternidad.

Camarneiro, Conceição, Cardoso y Garcia (2015) en Portugal, a través de un estudio cualitativo y fenomenológico buscaron comprender la experiencia de la interrupción espontánea del embarazo durante el primer trimestre de gestación a partir de la vivencia de seis mujeres. Para tal fin se utilizó como herramienta la entrevista abierta. Como resultados encontraron tres ejes temáticos: “experiencia de sentimientos negativos, elaboración interior, deseo de garantía de la maternidad” (p.109), temáticas que conviven en el tiempo manifestándose con diferente intensidad. Se concluye que es necesaria una atención y seguimiento desde los profesionales de la salud debido a la vivencia negativa que este tipo de pérdida significa y por el trabajo que implica la reorganización de la persona que lo padece.

Se evidencia poca investigación dedicada a las pérdidas gestacionales ocurridas en los primeros meses (antes de la semana 20) . El duelo que transitan los padres y madres que han perdido a su hijo puede verse complicado por factores como la minimización, la desautorización del dolor a nivel social, la relación con el personal de la salud que asiste el caso en la que se visibiliza la necesidad de nuevos tratamientos. En el personal de salud se identifica la necesidad de contar con herramientas que posibiliten un mejor abordaje. La figura del padre aparece relegada debido a factores culturales que hacen a la misma.

Problema de investigación

La experiencia de una pérdida en los primeros meses de gestación tiene tanto para el padre como para la madre significaciones a nivel subjetivo. Dicha pérdida, a su vez, es significada por el contexto familiar y el entorno cercano, es decir, las redes vinculares y afectivas de la pareja.

Por otro lado en Uruguay, la gran mayoría de la atención a estas situaciones se produce dentro de un sistema de salud, razón por la cual estos actores se tornan ineludibles en el proceso.

Comprender el significado que tiene un AE trasciende a las vivencias individuales o singulares del padre o de la madre ya que involucra a otros actores tales como el entorno familiar cercano y al sistema de salud. Por lo tanto este pre-proyecto pretende problematizar la experiencia de un AE como una situación que se da en un contexto que involucra

distintos niveles, las singularidades de la pareja parental, las reacciones del entorno familiar cercano y las intervenciones realizadas a partir del sistema sanitario.

Preguntas de investigación

¿Qué atribuciones a nivel emocional, hacen madres y padres al embarazo en los primeros meses de gestación?

¿Qué significaciones tiene para madres y padres una pérdida gestacional que ocurre en las primeras semanas?

¿Cuáles son las vivencias de los padres y cuales son las vivencias de las madres?

¿Cuáles son las reacciones inmediatas de los progenitores ante dicha pérdida?

¿Qué percepciones tienen madres y padres acerca del entorno social afectivo a partir de la misma?

¿Cuáles son las respuestas que identifican madres y padres desde su entorno social afectivo ante un aborto espontáneo?

¿Qué percepciones tienen madres y padres en lo que refiere al trato dentro del sistema de salud a partir de una pérdida gestacional temprana?

¿Cuáles serían las acciones recomendables que identifican madres y padres en relación a la asistencia emocional en la situación de un AE?

Objetivo general:

- Explorar y describir las experiencias derivadas de un aborto espontáneo en padres y madres en su contexto familiar y sanitario

Objetivos específicos:

- Indagar en los sentidos que ambos padres atribuyen a la pérdida espontánea de un embarazo
- Conocer las percepciones que ambos progenitores tienen acerca del entorno social cercano ante la pérdida gestacional temprana.

- Conocer las percepciones que tienen los padres y las madres en relación a la atención dentro del sistema de salud a partir de una pérdida gestacional temprana.

Metodología

La metodología utilizada para llevar a cabo dicho estudio será la cualitativa en tanto las características que la misma presenta son acordes con la temática que se pretende estudiar ya que como plantea Hernandez (2006), dicha metodología es la que se utiliza cuando se pretende conocer determinada temática a través de la perspectiva de los propios protagonistas, es decir, la forma en que ellos perciben el fenómeno a estudiar con los significados que para ellos tiene. Según Taylor y Bogdan (1987) esta metodología genera datos descriptivos desde las propias palabras de los individuos en donde los contextos y sus protagonistas son considerados como un todo y donde además, se busca comprender a los mismos dentro de su propio marco de referencia.

Se trata de un estudio con alcance exploratorio el cual es indicado para aquellas temáticas que tienen pocas investigaciones (Hernandez, 2006) como es el caso de los AE en nuestro país.

Instrumentos de recolección de datos

Se utilizará como herramienta la entrevista semiestructurada la cual permite mediante una guía, introducir cierta flexibilidad (Hernández, 2006) necesaria en este caso a partir de la sensibilidad que el tema posee.

Dicha entrevista estará dirigida a parejas heterosexuales con edades comprendidas entre los 18 y 35 años que no presenten ninguna enfermedad y/o trastorno que influya en la fecundidad de ninguno de los integrantes de la pareja como pueden ser problemas de fertilidad, incompatibilidad entre el hombre y la mujer, etc.

Serán motivos de exclusión las pérdidas de embarazos que superen el periodo de gestación de un AE, es decir, después de las 20 semanas y aquellas parejas que hayan transitado por la experiencia de un AE en un tiempo menor a los 6 meses de la realización de la entrevista. Esto anterior contempla el estado emocional que puedan llegar a tener los progenitores si la pérdida es muy cercana a la misma. Si bien se comprende que las AE ocurren en otras configuraciones familiares, como las monoparentales, parejas lésbicas, uniones de personas no binarias, el presente estudio se enfoca en parejas heterosexuales.

Esta opción responde a los siguientes criterios: el objetivo de explorar las vivencias de los varones en tanto padres (lo que excluye a las uniones lésbicas y la maternidad monoparental así como las uniones de personas no binarias que interpelan los términos de maternidad y paternidad) y el carácter exploratorio que pretende poner el foco en los procesos subjetivos de estos duelos desautorizados y poco estudiados. En relación a esto último se considera la opción por parejas heterosexuales como aquella que permite un mayor acceso de la investigadora al tema problema. No obstante se considera que ulteriores estudios debieran incluir otras configuraciones familiares e identidades sexuales a fin de lograr comprensiones más amplias.

Por otro lado, la entrevista se realizará a ambos integrantes de la pareja al mismo tiempo los cuales deberán vivir dentro del departamento de Montevideo con el objetivo de tener mayor accesibilidad a la pareja ya que se contempla la posibilidad de más de un encuentro, supeditado esto anterior, a la disponibilidad de los entrevistados y al cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Los primeros contactos se alcanzarán a través de organizaciones existentes en nuestro país como por ejemplo “Luz del Cielo” las cuales reúnen a personas que han atravesado por la experiencia de una pérdida gestacional.

Para la obtención de la muestra se utilizará el método en cadena o por redes el cual consiste en la identificación de un participante clave a quien se le pedirá información de otros participantes. De este modo se genera un efecto “bola de nieve” que irá ampliando el tamaño de dicha muestra (Hernández, 2006). La recolección de datos se regirá por el criterio de saturación teórica previniéndose realizar no menos de 10 entrevistas con las parejas.

Consideraciones éticas

La presente investigación aborda una temática profundamente sensible ya que refiere a las pérdidas gestacionales de un embarazo deseado. Por tal motivo se toma en consideración que indagar en estos acontecimientos, puede acarrear sentimientos dolorosos a las personas las cuales tendrán que recordar una experiencia con connotaciones negativas. Es por ello que, atendiendo a esto anterior, y en concordancia con los artículos 64°, 65°, 66° del capítulo X del Código de Ética Profesional del Psicólogo/a del

Uruguay (2001), respectivamente, se buscará generar un ambiente de máxima confianza, empatía y respeto en base a los ritmos y tiempos de cada participante.

En consonancia, la entrevista se realizará en un espacio físico que asegure un ambiente de encuentro confidencial que permita la comunicación entre los participantes. Para tal fin, la investigadora dispondrá de un lugar adecuado, dejando abierta la posibilidad a los integrantes de la pareja que planteen su preferencia al respecto.

Dicha participación será de forma voluntaria a través de la firma de un consentimiento libre e informado.

En dicho consentimiento se dejará explícito el derecho al anonimato con el fin de resguardar la identidad de todos los participantes.

Se dejará también especificado, la protección de toda la información volcada a la investigación por parte de quienes participen. El material recogido será tratado exclusivamente por la investigadora quien grabará y transcribirá la misma asumiendo así el cuidado pertinente de los relatos expuestos.

La continuidad en dicha investigación también estará sujeta a la sola voluntad de las personas, las cuales se podrán retirar en cualquier momento de su desarrollo sin que ello implique ningún perjuicio para ellos/as ni para la investigación.

Por otra parte, se ofrecerá a los mismos la posibilidad de recurrir a la investigadora a fin de tener un encuentro en caso de que las personas se vean afectadas y lo necesiten.

Para los casos en que se produzcan afectaciones que requieran una consulta psicológica, se realizará la orientación y la derivación responsable, así como también el seguimiento adecuado de la evolución de la situación.

Esto anterior es concordante con los artículos 62° y 67° del mismo código en donde se expresa el compromiso que debe asumir dicho/a profesional de proteger la integridad de las personas preservando los principios éticos de respeto y dignidad; así como también asumir la responsabilidad por aquellos perjuicios que la investigación pueda llegar a causar proporcionando un seguimiento a las personas indagadas (Código de Ética Profesional del Psicólogo/a del Uruguay, 2001).

Por otro lado, dicha investigación será llevada a cabo bajo la normativa vigente del decreto N° 158/019 de nuestro país, vinculado a la investigación con seres humanos, atento a todas sus normas y pautas las cuales desde la bioética están dispuestas con el fin de preservar en cualquier caso, la libertad, la dignidad y los derechos de todas aquellas personas que participen en una investigación. Tal como lo expresa la normativa, se trata de una protección integral en donde la dignidad y la integridad de los participantes debe tener especial consideración (Sánchez y Barcia, 2020).

Al tratarse este de un tema que se enmarca en el silencio y la invisibilidad, dicha investigación puede ser beneficiosa ya que el momento de la entrevista puede propiciar un espacio para la reflexión y la escucha sensible con lo cual se pueden producir nuevas significaciones para sus experiencias.

Además de esto, los aportes de los participantes pueden traer beneficios al entendimiento y visibilización de una problemática sensible y con una incidencia importante en la población, que no solo afecta a los padres y las madres sino que además afecta e involucra a un contexto, introduciendo una nueva perspectiva sobre la cual se pueden comenzar a construir nuevos abordajes en los distintos niveles que la componen (jurídico, salud, social).

Cronograma de ejecución

Actividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Revisión bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboración de las pautas de entrevista			■	■								
Realización de entrevistas					■	■	■					
Procesamiento de la información					■	■	■	■	■			
Elaboración del informe										■	■	
Difusión de resultados											■	■

Resultados esperados

Este pre-proyecto de investigación tiene la pretensión de ampliar el conocimiento existente acerca de las experiencias de padres y madres que atravesaron por un AE desde sus propias perspectivas lo cual por un lado, contribuirá al entendimiento de dicho fenómeno trayendo beneficios para el afrontamiento de un duelo más sano para la pareja, evitando consecuencias negativas en el futuro, en tanto el mismo, será un insumo para

generar nuevas estrategias de intervención desde donde se contemplen los aspectos subjetivos.

Por otro lado, a través de la academia y particularmente desde la psicología, dicho pre-proyecto de investigación aportará visibilidad a una problemática silenciada a nivel social, lo cual se torna necesario para poder poner en discusión las distintas cuestiones que hacen a la misma. Con el mismo objetivo, se espera difundir los resultados de la investigación a través de distintos espacios como publicaciones, o en la participación en eventos académicos de intercambio. Además, se espera poder compartir dichos resultados con los participantes, entendiendo esto como un modo de reconocimiento al valor trascendental de sus aportes así como también de respeto hacia sus experiencias.

Por último, se espera que el presente pre proyecto sirva de base para nuevos estudios que incluyan otras experiencias en otras situaciones de pareja, con otras identidades sexuales u otras conformaciones familiares, con la finalidad de complejizar una problemática que puede estar presente en cualquier tipo de gestación.

Referencias bibliográficas

- Alvarado, G.A. (2003). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta Pediátrica de México* 24(5), 304-11. Recuperado de:
<http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1381/1/ActPed2003-053.pdf>.
- Albo, J. M. (2006). Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la práctica. *Medicina naturista*, (10), 55-59. Recuperado de:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258931/9789243511221-spa.pdf?sequence=1>
- Camarneiro, A. F., Silveira, C.J., y García, da S.R. (2015). Vivências Da Interrupção Espontânea Da Gravidez Em Primigestas No Primeiro Trimestre Gestacional: Um Estudo Fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência* serIV (5): 109–17.
doi:10.12707/RIV14064. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388241158015>
- Cassidy, P. (2018). Estadísticas y tasas de la mortalidad intrauterina, neonatal y perinatal España. *Revista muerte y duelo perinatal*, 4, 23-34. Recuperado de:
<https://www.umamanita.es/estadisticas-y-tasas-de-la-mortalidad-intrauterina-neonatal-y-perinatal-en-espana/>.
- 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.
- Coordinadora de Psicólogos, Sociedad de Psicología, Facultad de Psicología (UDELAR) y Facultad de Psicología (UCU). (2001). Código de Ética del Profesional Psicólogo/Psicóloga. Recuperado de:
<https://www.psicologos.org.uy/index.php/codigo-de-etica>

- Defey, D., Díaz, J., Friedler, R., Nuñez, M., y Terra, C. (1997). Duelo por un niño que muere antes de nacer. Montevideo, Uruguay: Prensa Médica Latinoamericana. Recuperado de:
<http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/clap1173.pdf>.
- Di Campli, E. (2020). Discurso de mujeres con pérdidas gestacionales menores a 20 semanas. *Revista Neuronum*, 6(1), 21-43. Recuperado de:<http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/237>
- Eraso, S. F., Fernández, B. M., y Hernández, P. E. (2017). Factores que afectan al duelo de mujeres que sufren pérdidas perinatales. *CIAIQ 2017*, 2. Recuperado de:<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1239>
- ExtensiónComunica.[ExtensiónComunica].(16 nov 2021).*Maternidades y Crianzas en Perspectiva Feminista*. [Video]. Youtube.<https://www.youtube.com/watch?v=exdVILtP4Es>
- Fernández, M.A., Cruz, M.Q., Pérez, M.N, Y Robles, O. H. (2012). Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, Volumen 58(8), Pp.368-372, ISSN 0304-5013.<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011>
- Hernández ,R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación (4ta.ed.). México: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado de:
<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Larroca, C., y Chaquiriand, V. (2021). Manejo inicial del aborto. *Revista Uruguay de Medicina Interna* , 6(2), 22-26. Epub 01 de julio de 2021.<https://dx.doi.org/10.26445/06.02.2>

- Ley 18.426/2008, de 10 de diciembre, Ley sobre salud sexual y reproductiva.
IMPO. Centro de Información Oficial. Recuperado de:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- Martinez. P. (2020). *Morir antes de nacer Experiencias de madres, padres y profesionales ante la situación de muerte fetal tardía*. Madrid, España. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=282788>.
- Muza, J. C., Sousa, E. N. de, Arrais, A. da R., y Laconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 34–48. Recuperado de:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003
- Neimeyer, R. A., y Ramírez, Y. G. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Oviedo, S., Urdaneta, C., Parra, F. y Marquina, V. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana Pediatría*, 76(5), 215-219. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22862>
- Pons, G., et.al. (2014). Muerte Fetal. Centro Especializado de Vigilancia Materno-fetal (CEVIM). Unidad de Medicina Materno-Fetal. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Clínica Las Condes. REV. MED. CLIN. CONDE 25(6) 908-916. Recuperado de:
https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revisita%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/10-pons.pdf.
- Quintela, V., Lacerda, Y., Citrín, E. C. F., y Coppola, F. (2020). Evaluación de la muerte fetal en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell

entre junio de 2016 y junio de 2018. *Arch Ginecol Obstet*, 58(1), 33-45. Recuperado de:

<https://ago.uy/descargar/adjunto/50-wnojau-ago58-1-4.pdf>

-Sánchez, D. M., y Barcia, M. (2020). Modificación de la normativa nacional sobre ética de la investigación en seres humanos. Decreto 158/19 del 3 de junio de 2019. *Revista Médica del Uruguay*, 36(3), 183-197. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/158-2019>

-Secretaria de Salud (2009). Diagnóstico y Tratamiento del Aborto Espontáneo y manejo inicial de Aborto Recurrente, México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Recuperado de:

<https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Guia%20Aborto%20M%C3%A9xico.pdf>.

-Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Madrid: Paidós.

-Valenzuela, M. Bernal, M., y Jaña, P.. (2020). Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(3), 281-305.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000300281>

-Vilarrubias D, M. (2017). Cuidados al final de la vida perinatal en la unidad de Sala de Partos: estudio cualitativo fenomenológico de las experiencias vividas y necesidades percibidas por los padres (Doctoral dissertation, Universitat Internacional de Catalunya). Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=230861>

