

Fiorentino, Carolina

El Defectus Incubus de la madre en el aborto espontáneo y su atención en los servicios de salud

Tesis de Licenciatura en Psicología
Facultad de Psicología y Psicopedagogía

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Fiorentino, C. (2016). *El Defectus Incubus de la madre en el aborto espontáneo y su atención en los servicios de salud* [en línea]. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/defectus-incubus-madre-aborto-espontaneo.pdf> [Fecha de consulta:]



Universidad Católica Argentina
“Santa María de los Buenos Aires”
Facultad de Psicología y Psicopedagogía
Licenciatura en Psicología

Trabajo de Integración Final

***El Defectus Incubus* de la madre en el aborto espontáneo y
su atención en los servicios de salud**

Alumno: Carolina Fiorentino
N° de Registro: 121301734
Directora: Dra. Viviana Massot

Buenos Aires-2016.

Índice

1 DELIMITACION DEL OBJETO DE ESTUDIO, OBJETIVOS Y FUNDAMENTACION

- 1.1 Delimitación del objeto de estudio.....**
- 1.2 Objetivos generales y específicos.....**
- 1.3 Fundamentación.....**

2 METODOLOGIA

3 DESARROLLO CONCEPTUAL

3.1 El aborto espontáneo el defectus incubus y las etapas de duelo en la madre

3.1.1 El aborto espontáneo

3.1.2 El defectus incubus en las madres.

3.1.3 Etapas de duelo por la pérdida del embarazo

3.2 La intervención del equipo de salud.

3.2.1 Equipo de Salud.

3.2.2 Programas de Intervención.

3.3. Las necesidades de la madre y la atención del equipo de salud mental

3.3.1 Necesidades de la madre ante el duelo y la atención del equipo de salud

3.3.2 Atención psicológica ante el defectus incubus

4 DISCUSION Y CONCLUSIONES

5 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO, OBJETIVOS Y FUNDAMENTACIÓN

1.1 Delimitación del objeto de estudio

El propósito de este trabajo teórico, de revisión bibliográfica, fue estudiar El *Defectus Incubus* de la madre en el aborto espontáneo y su atención en los servicios de salud. Para ello, se caracterizó en primer lugar, el *Defectus Incubus materno*, como la vivencia de ser defectuosa o ineficaz para la maternidad, durante su proceso de duelo, ante la pérdida espontánea de su bebé. En segundo lugar, se describió el desenvolvimiento del personal de los servicios de salud durante la intervención y asistencia a la madre, los alcances y limitaciones del protocolo de intervención. Finalmente se analizó si el tipo de intervención que brinda el equipo de salud mental se corresponde con la necesidad de la madre de revertir su *Defectus Incubus* según las etapas de su duelo. El trabajo se enmarcó en la perspectiva de la Psicología preventiva de la Salud, específicamente en el área de la Psicología Perinatal.

La identidad de la mujer ha sufrido grandes transformaciones en su rol y en su papel en las distintas culturas y en la sociedad. En la actualidad, el matrimonio y la maternidad no es el único camino para la mujer adulta, sino que su proyecto personal se abre a otras posibilidades. Esta expansión de la mujer trae consigo una redistribución de roles entre el hombre y la mujer y un posicionamiento distinto de ésta, frente a la sociedad. (Molina, 2006).

No obstante, el anhelo por la maternidad sigue prevaleciendo en la condición femenina, compatibilizándose con otros roles sociales que desempeña la mujer. La alegría de la confirmación del embarazo, en ocasiones, es interrumpida por un aborto espontáneo, que conlleva sufrimiento intenso que requiere atención. El carácter inesperado de la pérdida puede resultar traumática, con la aparición de síntomas propios del duelo, tanto a nivel físico como psicológico. Los síntomas fisiológicos son cefalea, astenia, taquicardia, sudoración, trastornos digestivos, alteraciones del apetito y del sueño. Los síntomas psicológicos característicos son tristeza, irritabilidad, cólera, depresión, nostalgia ante la pérdida. Estas respuestas son normales y van disminuyendo a partir de los seis meses de ocurrida la interrupción del embarazo. (González Castroagudín, et al 2013).

Estos sentimientos, pensamientos y conducta experimentados por la madre, que se desprenden de sus síntomas, pueden acompañarse del *Defectus Incubus*. El *Defectus*

Incubus se refiere a sentimientos de ineficacia, de imperfección o incapacidad para la gestación de un bebé, caracterizado por autorreproches, autocastigos, culpa y una sensación de que su propio cuerpo la traicionó. Al atravesar esto, la mujer entra en un estado de aislamiento, que no está relacionado con el suceso, sino con la pérdida del interés en esferas de su vida sexual, generando a su pareja, el mismo estado de preocupación por el tema. Por otro lado, se cuestiona su femineidad y su cuerpo, su eficacia y utilidad y los motivos por los cuales no pudo llevar su embarazo en términos normales. Necesita dialogar acerca de la pérdida una y otra vez y encuentra gran ayuda en personas que pasaron por su misma situación, o en grupos de autoayuda en el cual se comparten las experiencias similares (López García de Madinabeitia, 2011).

Se han descrito las etapas de confusión, adaptación a la situación y de resolución por las cuales atraviesan las mujeres ante un aborto espontáneo. Las características de cada una de ellas ayudan a comprender dinámica de la situación y los cambios a lo largo del tiempo (Maker y Ogden (2003). La *etapa de confusión*, momento del diagnóstico de aborto espontáneo, causa un sentimiento de negación y rechazo y se caracteriza por un estado de shock. La *etapa de adaptación a lo sucedido* implica la búsqueda de un significado personal para darle a la experiencia, para aceptar y afrontar la realidad del suceso. Esta etapa es clave para la mujer y necesita transitarla con éxito para poder pasar a la siguiente y completar el proceso. Por ello, necesita de apoyo y contención. Finalmente, la *etapa de resolución* permite cerrar la pérdida y reanudar la vida, con la atribución de un significado positivo a la situación, disminución de los sentimientos de angustia y el logro del alivio. Si esta etapa puede lograrse, la mujer habrá podido transitar las fases respectivas de la pérdida (Martese, 2015).

Hasta hace casi tres décadas, frente a la pérdida de un embarazo o de la muerte de un recién nacido, las recomendaciones del personal de la salud solían ser de evitación, prescripción de tranquilizantes para atenuar las reacciones emocionales, olvido de la situación y búsqueda de otros hijos. En la actualidad, esas recomendaciones no son las indicadas, pues se sabe que el dolor y sufrimiento después del aborto es un tema complejo a resolver. Los estudios demuestran que, la relación madre e hijo, vivenciada por la madre, no comienza en el parto. El niño forma parte de su inconsciente, en el lugar de objeto de deseo, que atraviesa todo el embarazo. De modo que, la evitación de los sentimientos de la madre podría transformarse en vivencias no resueltas y presentes durante un largo período de su vida (Díaz Sánchez, Garcia Huete, Marín Morales, Campo Cecilia, 2008).

No siempre el interés acerca del duelo por la pérdida del embarazo estuvo presente. Pero, a partir del siglo XX, con el aumento de la natalidad programada y un cambio en las actitudes de los padres respecto de los niños, se observa también, una mayor sensibilidad de parte del personal médico, de la asistencia psicológica y de la sociedad en general, en torno las pérdidas de recién nacidos, aunque todavía se subestima o se niega el proceso que conlleva la pérdida prematura del embarazo. En las instituciones existen protocolos ante la muerte perinatal, que resultan una guía de orientación a los padres en temas que van desde, la comunicación de la noticia hasta la orientación acerca de los trámites funerarios. (Oviedo-Soto, Urdaneta-Carruyo, Parra-Falcón, Marquina-Volcanes, 2009).

El protocolo es una orientación que ha de tener en cuenta la subjetividad de cada familia y de cada madre. El equipo de salud mental, que activa esos protocolos, requiere entrenamiento en los procesos de duelo, de psicología evolutiva, en estrategias de afrontamiento y habilidades para la comunicación. (Fernández-Alcántara, Cruz-Quintana, Pérez-Marfil, Robles-Ortega, 2012). Pero, pese a su entrenamiento, la gran mayoría del personal no recibe preparación emocional para enfrentar estos temas, por lo que les resulta difíciles de afrontar, con la emergencia de sensaciones de impotencia, frustración y tristeza. (Oviedo-Soto, Urdaneta-Carruyo, Parra-Falcón, Marquina-Volcanes, 2009).

Lo usual, en los profesionales, es evitar el aspecto emocional para disminuir la propia angustia y enfocarse en los cuidados físicos. En los embarazos tempranos que terminan en abortos espontáneos, suelen no considerar la gravedad de la pérdida, actuando de manera distante, y poco empática. Se observa falta de habilidades, recursos y destrezas para intervenir correctamente al pedido de los padres, y no se tiene en cuenta que las intervenciones inadecuadas pueden influir negativamente en el proceso de duelo (Pastor Montero et al, 2011).

A partir de estas consideraciones surgen las preguntas de la investigación a realizar:

Siendo la maternidad, un aspecto central del proyecto vital femenino en la mayoría de los casos, ¿Cómo afronta la madre el *Defectus Incubus*, ese sentimiento de ineficacia y de imperfección o incapacidad para la gestación de un bebé, que emerge de forma más o menos explícita en la pérdida? ¿Cómo evoluciona el *Defectus Incubus* durante el proceso de duelo? ¿Se contempla esta variable en la intervención de los

servicios de salud, o está librada a la capacidad individual de los miembros del equipo de salud? Si estuviera contemplada, ¿Respetar las etapas del duelo de la madre?

1.2 Objetivos

Objetivo General

Analizar la atención de los servicios de salud ante el *Defectus Incubus* de la madre en el aborto espontáneo.

Objetivos específicos

1. Analizar el *Defectus Incubus* de la madre en el aborto espontáneo durante su duelo
2. Describir la intervención del equipo de salud.
3. Analizar la correspondencia entre el tipo de intervención que se brinda y las necesidades de la madre durante el duelo y su *defectus incubus*

1.3 Fundamentación

En Argentina en los últimos años, la mortalidad infantil compone una tasa del 12,9%, compuesta por la mortalidad neonatal (8,5%) y la postneonatal (4,4%). Estas se encuentran en descenso en los últimos años, con diferencias entre jurisdicciones como la ciudad de Buenos Aires (5,4%) y Formosa (17,4%). La mortalidad infantil se ve principalmente provocada por causas perinatales y malformaciones congénitas que se dan mayormente en el periodo neonatal. Dentro de las causas perinatales, lidera la prematuridad y el retardo de crecimiento intrauterino, le siguen la enfermedad de la membrana hialina y la asfixia al nacer constituye solo el 5% de las muertes. Solo el 1,2% de los que pesan menos de 1500 gramos al nacer, son nacidos vivos. Y el 34% muere antes del año de vida. Los que pesan 2500 gramos (el 7,2%) constituyen el 51,5% de la mortalidad infantil. Estas muertes perinatales constituyen casi la mitad de la mortalidad infantil (4.400 niños fallecidos). Las malformaciones congénitas (2253) ocupan el segundo lugar. Por último, las infecciones respiratorias agudas, los accidentes y la muerte súbita constituyen el menor número de casos. (Lomuto, 2008).

Buscar un hijo suele ser, para la especie humana, una aspiración importante. El niño representa lo vital, lo opuesto a la muerte y esta representación, para la mujer, comienza antes de la concepción. Con esta representación, también se experimenta una simbiosis biológica con el feto que viene a simbolizar la mejor parte, idealizada de ella misma. Por eso, la pérdida de un hijo por nacer o en el momento del parto, implica un estrés elevado. Este proceso de duelo, además, puede complicarse porque se le adicionan los malestares propios del parto o los cambios hormonales que va experimentando la madre (Bautista, 2013).

Los efectos de la pérdida, para los padres, pueden ser amortiguados. Para esto, se requiere un trabajo interdisciplinario que no atienda solo a las necesidades de la madre en el orden de lo físico, sino que aborde integralmente sus necesidades (Montesinos, Román, Muñoz, Elías, 2013). El desconocimiento en relación al duelo perinatal genera dificultad para que en el equipo de salud realice el abordaje adecuado. Para mejorar la atención, es necesario optimizar las guías de acompañamiento al duelo perinatal, perfeccionar la estructura de los servicios, promover un trabajo que se base en la organización y en el sostén, instruir al equipo de salud en habilidades sociales y de comunicación (Santarén, 2013).

La comunicación, por parte de los profesionales, resulta eficaz en el proceso de duelo, si se tienen en cuenta detalles como el uso del nombre propio, gestos de contención, evitar la minimización del dolor, espacio para los silencios, inclusión del padre en esta contención, conexión de los padres con personas significativas para ellos. En un segundo momento se puede efectuar la derivación a los profesionales necesarios. Si deciden no ver al bebé directamente, se le puede brindar una descripción verbal, se le puede preguntar si quisieran adjudicarle un nombre y de así serlo, cuando se habla del niño llamarlo por su nombre y nunca referirse a él con el término *feto* (Muñoz alba, Martín Moya, Cruz Moya, 2013). El personal de enfermería también necesita capacitarse para conocer las repercusiones personales ante la muerte perinatal (Vásquez Soto, 2012).

Si bien en la actualidad el paradigma dominante en el ámbito de la salud es holístico, aún prevalece el cuidado de lo físico por sobre lo mental. En estos casos, es necesario favorecer la atribución de significado positivo al suceso doloroso para disminuir niveles de frustración y tristeza en los padres, facilitar su proceso de duelo y hasta traer mayor satisfacción a la pareja. (Contreras García, 2015). Este trabajo pretende ser un aporte en esa dirección.

2. METODOLOGIA:

El diseño de este trabajo fue teórico, de revisión bibliográfica. Se analizó en la literatura existente, la conceptualización de la problemática que se pretende abordar.

Para ello, se utilizaron como fuentes de información primaria, revistas científicas, libros y publicaciones que abordaban este tema. Como fuente de información secundaria, se emplearon distintas bases de datos, como Scielo, Redalyc y Ebsco. Como fuente de información terciaria se utilizó la biblioteca de la UCA.

Los términos y palabras clave empleados para realizar dicha búsqueda fueron los siguientes: Aborto; Aborto Espontáneo; Duelo; Duelo perinatal; Muerte Perinatal. En inglés: Abortion; Spontaneous abortion; Mourning; Perinatal bereavement; perinatal death.

Los artículos que se utilizaron corresponden a estudios e investigaciones realizados en los últimos 20 años tanto de origen nacional como extranjeros. El idioma en el cual se centrará la búsqueda de material es el español.

Los criterios para abordar el análisis de los textos consultados fueron: por un lado, el abordaje del aborto espontáneo y las vivencias de la madre, el duelo y sus etapas; por otro lado, se revisaron los artículos que describen el abordaje del equipo de salud, protocolos a seguir y las intervenciones adecuadas y no adecuadas.

DESARROLLO CONCEPTUAL

3.1 El aborto espontáneo, el defectus incubus y etapas de duelo de la madre

3.1.1 El aborto espontáneo.

La OMS (1982) define la muerte fetal intrauterina como aquella que ocurre antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, independientemente de lo que dure el embarazo. Algunos epidemiólogos la definen como el final de la vida fetal a partir de las 20 semanas y con un peso superior a 500g, con una frecuencia entre 7 y 10 de cada 1000 nacimientos en países americanos. (Mejías, García & Duarte, 2012)

Cuando el aborto espontáneo tiene lugar dos o más veces consecutivas se conoce como pérdida gestacional o aborto recurrente, cuyos síntomas son: sangrado vaginal antes de las 20 semanas de embarazo, dolor pélvico o abdominal, infecciones vaginales o urinarias. Las causas de la pérdida gestacional recurrente son múltiples y pueden estar implicados problemas fetales, como alteraciones genéticas y problemas maternos, malformaciones, miomas, cicatrices, adherencias, infecciones o inflamaciones que afectan la receptividad del útero, o cuando se produce un embarazo ectópico, es decir, cuando el embrión se implanta de manera anormal fuera de la cavidad endometrial (Pacheco, de Michelena & Orihuela, 2009).

Otras causas de pérdidas gestacionales son los *trastornos hormonales*, por la producción insuficiente de progesterona; *trastornos inmunológicos*, con una producción de anticuerpos que interfieren en el desarrollo del feto, tales como el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos; *trastornos trombofílicos* o de la coagulación sanguínea que obstaculizan la llegada normal de sangre para nutrir al feto. La obesidad, el tabaquismo, el alcoholismo y la exposición a agentes químicos también pueden asociarse con la pérdida gestacional recurrente. También pueden ocurrir casos en los que no se encuentra ninguna causa que explique la pérdida gestacional recurrente (Pacheco, de Michelena & Orihuela, 2009).

La pérdida gestacional recurrente se divide en primaria cuando nunca se ha logrado llevar un embarazo a término y secundaria cuando la pareja ya ha tenido hijos en el pasado. Según el momento cronológico de la muerte fetal se denominan de modo diferente, como puede apreciarse en la siguiente figura:

Muerte	Semanas de gestación
Fetal temprana	Desde la concepción hasta la semana 22. Refiere a los abortos. Las muertes que se dan “in útero”.
Fetal intermedia	Muertes ocurridas entre las 22 y 28 semanas de gestación.
Fetal tardía	Muertes ocurridas a partir de 28 semanas de gestación.
Perinatal	Mortalidad fetal tardía, sumado a la neonatal precoz (desde la semana 28 completa de gestación hasta el séptimo día postnatal cumplido (mortalidad perinatal estándar) o de la mortalidad fetal intermedia y tardía, sumado a la mortalidad neonatal (mortalidad perinatal II)
Neonatal	Dentro de las primeras cuatro semanas o 28 días luego del nacimiento. A su vez, esta última se subdivide en: Muerte neonatal precoz: ocurrida antes de los 7 días postnatales cumplidos Muerte neonatal tardía: ocurrida después de los 28 días completos hasta el año de vida. Muerte post-neonatal: neonatos que mueren luego de 28 días completos hasta el año de vida. Muerte infantil: muertes que se producen durante el primer año de vida.

Figura 1: elaboración propia en base a la descripción de Muerte fetal según su cronología de Mejías, M. C, García, S & Duarte, L. (2012).

La muerte del niño, en cualquiera de las etapas, durante el embarazo, en el parto o posteriormente, desencadena reacciones dolorosas en la pareja parental y requiere un manejo delicado por parte de los profesionales sanitarios. (López García de Madinabeitia, 2011). En el pasado, cuando se producía una muerte gestacional o perinatal, lo habitual era informar lo menos posible a la madre y evitar el contacto con el bebé para no generar el apego con el hijo muerto. Se recomendaba un nuevo embarazo que sustituyera al anterior. El padre era mantenido al margen de la situación, sin permitirle expresar su dolor.

Estas prácticas fueron modificándose (Mejías Paneque, 2012). La evolución en las especialidades médicas permite, desde hace tiempo, que los padres accedan a ecografías del feto en gestación y que observen su anatomía de una forma mucho más concreta y real, favoreciendo el apego con el hijo desde los inicios (López García de Madinabeitia, 2011).

3.1.2 El defectus incubus.

El defectus incubus se refiere a los sentimientos de ineficacia que involucran a las madres y por los cuales vivencian la sensación de imperfección o incapacidad propia de poder llevar a término un embarazo. La mujer se siente traicionada por su propio cuerpo y por su femineidad y experimenta sentimientos de auto reproche, culpabilidad, shock, vacío, ira, ansiedad, tristeza, confusión, incredulidad, desrealización, despersonalización y soledad. (Redondo, Otero y Al-Adib Mendiri, 2015). El sentimiento de culpa se asocia con la pérdida de control, impotencia, vergüenza, duda y enojo (Laza Vásquez, Quintero Sánchez, Jiménez Caicedo & Preciado Parrado 2013) e interfiere negativamente en el duelo (Redondo, Otero y Al-Adib Mendiri, 2015). Impacta en el decrecimiento de la autoestima para llevar la gestación a término (Hernández Rodríguez, 2006).

Las mujeres tienden a asociar el periodo de gestación de una única manera, la triada: Embarazo- parto- nacimiento. La muerte perinatal no es contemplada como una posibilidad (Martos López, Sánchez Guisado & Guedes Arbelo, 2016) y ninguna madre está preparada para esto. Por eso, tras la pérdida, primarán cuestionamientos con respecto a su rol, preguntándose a ellas mismas sobre los motivos por los cuales han fallado o no han podido cuidarlo (Umpierrez, 2015).

Las investigaciones han detectado que las mujeres con pérdidas perinatales, que no han estado en contacto externo con el hijo o lo han tenido por muy poco tiempo, experimentan sufrimiento y culpa por no haber concretado el embarazo por sus propios medios y no haber dado a luz a un hijo sano. Sienten que no responden a las expectativas que la sociedad y la cultura tienen respecto de ellas. (Mota González, et al, 2011). Por el contrario, otros estudios revelan que a las madres a las que se les ofreció la posibilidad de sostener a su bebe y guardar recuerdos, fotos, huellas digitales o un mechón de pelo obtuvieron mayor capacidad de superación del duelo (Montero et al, 2011).

Se observan también, diferencias en la elaboración del duelo según el nivel socioeconómico de las madres. Las que cuentan con mejores condiciones económicas, logran resignificar la pérdida y realizarse en otras áreas de su vida. En cambio, en los sectores sociales menos favorecidos, la maternidad es vivenciada como la única posibilidad de realización y de valoración social. En las culturas latinas, que la madre traiga un hijo al mundo implica una valoración social y un hito en su vida. Un hijo que

sea portador de apellido y emblemas familiares es apreciado, y, su integración a las familias numerosas que suelen conformar (Gonzalez, García & Lomuto, 2015).

Una investigación sobre mujeres israelíes que han sufrido un aborto espontáneo establece que la experiencia de la pérdida, amenaza al significado de su rol como mujeres y la creencia acerca de su propia fertilidad. Algunas mujeres que contaban con un trabajo valorado por ellas anteriormente pudieron reincorporarse al mismo, experimentando positivamente la continuidad de su vida y reintegrándose a la sociedad. Mientras que quienes presentaron mayor dificultad en reintegrarse, no podían lidiar con sentimientos ambivalentes por la pérdida y experimentaban falta de energía para realizar las actividades que anteriormente hacían sin problema. Gerber-Epstein (2009), citado en Martese (2015). De modo el proceso de duelo depende de la idiosincrasia, personalidad y entorno sociocultural (Rozas & Frances, 2001).

El *defectus incubus* se incrementa ante una pérdida gestacional anterior, tanto si se producen por problemas fetales o por problemas de origen materno. Emergen creencias y sentimientos de ineficacia propios del *defectus incubus* que se expresan como temores y ansiedad entorno a una futura gestación, dudas acerca de su capacidad reproductiva y sentimientos de culpa, incompletud e inferioridad por no lograr su rol maternal socialmente esperado.

Cuando se cursa un nuevo embarazo, se activan cogniciones ansiosas: incertidumbre, alerta ante los latidos o los movimientos fetales que aumentan a medida que se acerca la semana de la pérdida anterior y, continúan hasta el final del embarazo; emociones negativas como la resignación ante la posibilidad de una nueva pérdida o la evitación de vínculo de apego con el bebé por miedo a un desenlace negativo. El estado emocional de la madre se torna ambivalente, pues, por un lado, sienten alegría y, por el otro, preocupación por los riesgos de una nueva pérdida. (Villamil et al., 2011). Estos sentimientos de rechazo hacia el embarazo disminuyen hacia su finalización (Pimentel-Nieto, 2007).

3.1.3 Las etapas del duelo por la pérdida del embarazo

El DSM V incorpora la categoría de duelo no complicado, para referirse a aquel duelo cuyo objeto de atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Este duelo se caracteriza por un ánimo deprimido, concebido como normal ante la percepción del individuo. Puede necesitar la ayuda profesional para calmar otros

síntomas que pueden estar asociados al duelo, como el insomnio o la anorexia. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

El duelo perinatal, específicamente, es una conceptualización del duelo organizada a partir de la muerte, fetal o neonatal, como evento central. Este duelo se diferencia de otros tipos de duelo debido a la cercanía entre el nacimiento y la muerte y lo inesperado que resulta para la madre. Se trata, para ella, de una pérdida de relación más simbólica que real, basada en necesidades y deseos. Por esto mismo, al no ser tomada en cuenta como real, la pérdida no es del todo reconocida ni validada socialmente por el entorno familiar, social o sanitario (Martos-López, Sánchez-Guisado & Guedes-Arbelo, 2016), pues se desconocen sus secuelas (Mejías Paneque, 2012).

Las reacciones emocionales se presentan con mayor frecuencia e intensidad en mujeres que pierden una gestación de más de 22 semanas, y se acentúan cuando se carece del apoyo de personas o familiares más cercanas. Los síntomas más comunes, son: tristeza, vulnerabilidad emocional con predominio de culpa, rabia e irritabilidad, sentimientos de vacío, sentimientos ambivalentes hacia una nueva gestación, rumiación cognitiva del suceso, alucinaciones y evitación social (Mejías, 2011). Al mismo tiempo, se activan pensamientos y acciones tales como el deseo de morir, para reunirse con el hijo; la promesa de no olvidarlo frente a la presión del entorno que lo sugiere; la búsqueda de la fe religiosa y el cambio en la escala de valores; un incremento de la tolerancia y de la comprensión hacia el sufrimiento de otros y la permanencia en el duelo que se cronifica (Vicente Saez, 2014). A su vez, la madre vive con una sensación de fracaso biológico y de estima personal y esto hace que este tipo de duelos impliquen un proceso único y diferente al resto. (Mejías Paneque, 2012).

Las etapas del duelo por las que atraviesa la madre son: confusión, adaptación a la situación y de resolución. Las características de cada una de ellas ayudan a comprender dinámica de la situación y los cambios a lo largo del tiempo (Maker y Ogden, 2003). La *etapa de confusión*, momento del diagnóstico de aborto espontáneo, causa un sentimiento de negación y rechazo y se caracteriza por un estado de shock. La *etapa de adaptación a lo sucedido* implica la búsqueda de un significado personal para darle a la experiencia, para aceptar y afrontar la realidad del suceso. Esta etapa es clave para la mujer y necesita transitarla con éxito para poder pasar a la siguiente y completar el proceso. Por ello, necesita de apoyo y contención. Finalmente, la *etapa de resolución* permite cerrar la pérdida y reanudar la vida, con la atribución de un significado positivo a la situación, disminución de los sentimientos de angustia y el logro del alivio. Si esta

etapa puede lograrse, la mujer habrá podido transitar las fases respectivas de la pérdida (Martese, 2015).

El duelo puede variar su intensidad y duración según la edad gestacional del hijo. Cuando se trata de un feto muerto intraútero o intraparto (mortinato) se desencadenan, en la madre, una serie de pérdidas que funcionan como estresores: la *pérdida del hijo*, la *pérdida de la posibilidad de convertirse en madre o padre*, la *pérdida de la confianza* sobre la seguridad de los otros hijos y la confianza en lo que es *el embarazo y el parto*. (López García de Madinabeitia, 2011).

La problemática en torno a la salud del bebé puede anticiparse durante el embarazo o aparecer inesperadamente durante el parto o en las primeras horas o días de vida del neonato. La madre se enfrenta a un “duelo anticipatorio” por el riesgo que corre el bebé. Por un lado, tiene que elaborar la pérdida del bebé sano fantaseado y por el otro, anticiparse a la posible pérdida del bebé real. Esto ocasiona ambivalencia respecto a un apego al bebé enfermo por el temor que no logre sobrevivir. Algunas madres pueden tomar distancia respecto de su relación fantaseada con su embarazo o, de lo contrario, están alertas a todo lo que sucede respecto de él. Incluso, llegan a desear que ese hijo fallezca y así poder aplacar su sufrimiento y el de su hijo, que activan sentimientos de culpa (López García de Madinabeitia, 2011). Se estima que la madre necesita de uno a dos años para poder transitar su duelo. También es esperable que, transcurridos los seis meses del suceso, los síntomas comiencen a disminuir. (Gonzalez Castroagudín, et al 2013).

3.2.2 La intervención del equipo de salud.

3.2.1 Equipo de Salud.

Tradicionalmente, los servicios de obstetricia han contado con la evaluación de un asistente social, cuando identifican a una mujer con un problema social de algún grado de severidad. Desde hace algunos años, los servicios han comenzado a incorporar psicólogos en sus equipos profesionales. Sin embargo, los recursos para responder a problemas psicosociales de mujeres atendidas por una pérdida reproductiva continúan siendo escasos. En la actualidad el equipo de salud del área de Obstetricia y Ginecología está integrado por el médico de la familia o el ginecólogo, la partera, las enfermeras, auxiliares de enfermería, asistente social y el psicólogo (Dueñas Díez, 2005).

Se espera que todos ellos tengan un trato digno, respetuoso y sensible, una actitud neutral, sin expresión de juicios de valor o comentarios acerca de la situación de

la mujer que frecuentemente llega asustada, en crisis, sobrepasada por las emociones. Pasado el riesgo de complicaciones mayores, las mujeres tienden, a preguntarse si son responsables de lo que les sucede. Por estas razones, es conveniente que sea bien recibida cuando ingresa al servicio, en una atmósfera de confianza y respeto en la cual se sienta escuchada, comprendida y respetada.

Aunque la evidencia actual no es consistente, existe consenso de que hay mujeres que no presentan problemas de salud mental después de un aborto espontáneo, pero que otras, los presentan en forma inmediata o diferida. El antecedente de haber presentado episodios depresivos o trastornos de salud mental puede aumentar la probabilidad de se presente un problema de salud mental después de la pérdida. Por ello, se recomienda realizar preguntas validadas para la detección de síntomas. Para intervenir, el cuerpo médico se entrena en el manejo del dolor y del proceso de duelo de la madre, capacitándose en duelo perinatal, habilidades de comunicación y técnicas de relación de ayuda, con el propósito de brindar cuidado adecuado desde una visión integral (Noguera Ortiz & Pérez Ruiz 2014), con sensibilidad profesional (González del Barrio, 2016), y atendiendo los factores de riesgo y de protección con que cuenta la madre.

Los factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad en las mujeres que ha tenido un aborto espontáneo son: la falta de apoyo social, un historial previo de depresión o enfermedad psiquiátrica, no tener hijos previos al aborto (Martese, 2015). Las características de personalidad también inciden incrementado la vulnerabilidad o bien permitiendo un afrontamiento adecuado, según sean la fortaleza yoica, la capacidad de registrar, reconocer o negar sus sentimientos y emociones, el afrontamiento o la evitación al recordar el evento. (Pavia, 2000).

Para esto, se trabaja de modo interdisciplinario con programas integrales de salud pública, que aborden los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en el campo perinatal. Desde esta mirada, se logra una intervención satisfactoria y preventiva en los programas de salud pública. Es importante saber que tanto la intervención y el apoyo terapéutico por parte del equipo de salud, siempre debe estar basado en la decisión de los padres de recibirlo o no. (Noguera Ortiz & Pérez Ruiz 2014).

3.2.2 Guías de Intervención

En España, existen guías prácticas y orientadoras para tratar a estas madres para el acompañamiento adecuado del proceso de duelo. Las guías remarcan la importancia de la escucha, de respetar los tiempos internos, de ofrecer la información adecuada y también guardar silencio, mantener la serenidad, cuidar el vocabulario, orientarlos en la toma de decisiones (Vicente Saez, 2014).

Umamanita y El parto es Nuestro son asociaciones españolas que brindan apoyo a la madre en el momento del parto y también en la muerte perinatal y neonatal. Con el objetivo de mejorar las habilidades de comunicación por parte del equipo médico, elaboraron una lista de frases adecuadas que validan la pérdida y las inadecuadas que minimizan el dolor.

Como puede observarse en la figura, las expresiones inadecuadas giran alrededor de afirmar que se comprende la situación, pues ello aumento el enojo de la madre, o minimizar la pérdida para atenuar el dolor (Vicente Saez, 2014).

Frases que se pueden utilizar	Frases que deben evitarse
<p>Siento lo que les ha pasado. Me imagino cuanto querrían a ese bebé. No me molesta que lloren. Si lo necesitan estoy aquí para escucharlos. La verdad es que no sé muy bien que decirles. Tienen un bebé precioso/a.</p>	<p>Se fuerte. No llores. Es la voluntad de Dios. Todo pasa por alguna razón, es el destino. No es el fin del mundo. Ahora tienes un angelito. Ahora está en un lugar mejor. Al menos no llegaste a conocerlo. Mejor ahora que más tarde. Eres joven, ya tendrás más. Ya tienes otros hijos. El tiempo lo cura todo. Ya lo olvidarás.</p>

Figura 2: elaboración propia en base a la delimitación de “frases para usar, frases para evitar” de las asociaciones Umamanita y el parto es nuestro (2009).

Una investigación realizada en Australia, con mujeres que habían sufrido la pérdida del embarazo antes de las 16 semanas de gestación, observó que un programa de seguimiento a la madre resultaba beneficioso para su mejoría. El programa incluía, asesoramiento e información sobre servicios sociales e información médica, seguimiento telefónico entre una y cuatro semanas luego del alta, y evaluación de su

recuperación física, psicológica y las necesidades de contención. Jacobs & Harvey (2000) citado en Martese (2015)

Programas de Acompañamiento en Argentina

En Argentina, se ha implementado a partir de 2009, el Equipo de Acompañamiento e Investigación en Mortalidad Perinatal del Hospital Materno Infantil Sardá, bajo el modelo de maternidad segura y centrada en la familia organizado por el Ministerio de Salud, Unicef y el propio Hospital. Este equipo está integrado por obstetras, neonatólogos, patólogos, genetistas y psicólogos, los cuales acompañan a la madre en su pérdida, dándole un diagnóstico certero, respondiendo a interrogantes que surjan y recomendando tratamientos para futuros embarazos. Analizan exhaustivamente las historias clínicas y entrevistas con la paciente y su familia, y se ofrece la realización de la autopsia perinatal en los casos de mayor incertidumbre en el diagnóstico ante mortem. (Equipo de Acompañamiento e Investigación en Mortalidad Perinatal, 2014).

El protocolo contempla que, una vez que fue comunicada la noticia de la muerte, los padres puedan sostener a su hijo en brazos, mientras se apagan las alarmas, para que no se perciba un cese completo en la asistencia, aunque se mantienen los accesos endovasculares y la asistencia respiratoria mecánica. Esta acción posiciona a la madre en un rol protagónico y favorece el manejo posterior del duelo. Luego de esto, se ponen en marcha una serie de acciones para facilitar: un lugar privado en el que la madre reciba visitas; los trámites institucionales para el entierro de su hijo; otra información sobre estudios, la relación con los servicios de Salud Mental, Servicio Social, Genética, Planificación Familiar, por las posteriores consultas que pudieran realizar. El trato que reciba la madre por parte del personal de salud, desde el momento en que es internada hasta su alta, la calidad de atención y los cuidados brindados, tendrán consecuencias sobre ella, sobre su recuperación y autocuidado posteriores a su estadía en el establecimiento de salud (González, Larguía & Lomuto, 2015).

Otro programa de acompañamiento centrado en la dimensión espiritual de la mujer es el *Proyecto Esperanza* a cargo del instituto para el Matrimonio y la Familia de la Universidad Católica Argentina, que acompaña a las mujeres en el síndrome postaborto provocado, pero también trabaja con abortos espontáneos. No es un tratamiento psicológico en sí mismo, pero trabaja aspectos del trauma y de la elaboración del hecho. Si bien el acompañamiento es pastoral, el programa está abierto a cualquier mujer o pareja. Algunas intervenciones de acompañamiento del proceso de

duelo de la madre son: comprensión hacia la madre, confirmación certera de la existencia de su hijo como alguien que refiere a ella, reconociendo así una identidad para él. Este aspecto contribuye a la superación del proceso de duelo. También se propone un proceso de acompañamiento para facilitar el encuentro con lo que fue la gestación del hijo en su vientre y se invita, con el consentimiento de la madre, a desarrollar una maternidad espiritual, reconociendo la existencia del hijo también espiritualmente (Bunster & Avendaño, 2016).

Los protocolos consultados enfatizan aspectos como: *La información que se brinda a la madre* al momento del fallecimiento de su hijo, *el encargado de dar la información* y la manera de hacerla; la *permanencia del profesional* que lo ha acompañado. La madre tiene que recibir la información sobre los resultados de la autopsia, los estudios anatomopatológicos (González, Largaía & Lomuto, 2015) y un diagnóstico certero de lo ocurrido con su bebé. Para ello, es necesario que sea un mismo profesional, quien se encargue de comunicar esta información. Además del médico, es el *psicólogo perinatal*, que integra el equipo interdisciplinario, quien brinda y traduce la información técnica que se recibe de parte del médico, con la flexibilidad para abordar los hechos que se presenten (Nieri, 2012).

Para ayudar a la madre que ha perdido un hijo, acompañarla y asistirle en su duelo, se requiere de una competencia emocional con la que el personal de salud no siempre cuenta (Martos-López, Sánchez-Guisado & Guedes-Arbelo, 2016). Si la atención y las intervenciones, por parte del personal de la salud, fueron las adecuadas, los padres suelen volver al hospital, un tiempo después de ocurrido el hecho, en busca de algún médico, psicólogo, enfermera que lo haya acompañado en ese periodo, ya sea para saludarlo y dialogar o para acercar sus dudas acerca del fallecimiento de su hijo. (González, Largaía y Lomuto, 2015).

3.3 Las necesidades de la madre y la atención del equipo de salud

3.3.1 Necesidades de la madre y la atención del equipo de salud

En el pasado, cuando se producía una muerte gestacional o perinatal, lo habitual era informar lo menos posible a la madre y evitar el contacto con el bebé para no generar el apego con el hijo muerto. Se recomendaba un nuevo embarazo que sustituyera al anterior. Hoy estas prácticas se han modificado y las intervenciones ante la muerte gestacional o perinatal, siguen guías y protocolos que atienden las necesidades de la madre (Mejías Paneque, 2012).

La madre en duelo necesita una *comunicación genuina con el equipo que la trata* y no ser tratada siguiendo un protocolo que deje de lado lo humano. (López García de Madinabeitia, 2011). Las relaciones tienen que ser menos desiguales entre ella y los profesionales, corriéndose, estos últimos, de la postura “del saber” y autojerarquizándose en un lugar por encima de la mujer, dejándola en un lugar más pasivo y de espera. La madre, al estar bien informada, experimenta la sensación de recuperación el control sobre la situación. (Vicente Saez, 2014) y la confianza en sí misma. (Rocha Sosa, 2015).

La inserción del psicólogo en el equipo de salud responde a este propósito, es quien brinda información y orienta, tanto a los pacientes como al equipo médico. La información tiene que darse de manera oportuna y progresiva, favoreciendo la seguridad de la madre y el control sobre la situación. También se trabaja con el entorno social de la madre, pues puede no comprender el proceso de duelo, los desajustes emocionales de la madre y sus necesidades (Izzedin-Bouquet de Durán, 2011). Sobre la base a la información registrada en la ficha clínica, y complementada con preguntas directas el psicólogo perinatal puede identificar aquellas mujeres que deben ser atendidas antes de ser dadas de alta. Este filtro permite optimizar los recursos disponibles, ya que no todas las mujeres que presentan una pérdida gestacional evidencian descontrol emocional que amerite este apoyo durante la hospitalización.

El equipo de salud no siempre comprende las necesidades de las madres, afectadas por la muerte del recién nacido (Nieri, 2012). Pese a los adelantos en la materia, los profesionales, evitan el aspecto emocional para disminuir la propia angustia y enfocarse en los cuidados físicos. No suelen considerar la gravedad de la pérdida, actuando de manera distante, y poco empática por falta de habilidades, recursos y destrezas para intervenir correctamente en la situación (Pastor Montero et al 2011). La inadecuada atención de los equipos de salud aumenta el estrés de la madre. El disgusto por falta de información, sobre las causas de lo ocurrido y sobre los tratamientos médicos, sobre instituciones que brindan apoyo emocional, profesionales poco cálidos son algunas de las situaciones que incrementan el malestar. Stratton & Lloyd (2008) citado en Martese (2015). Por el contrario, los sentimientos de las madres de ira e insatisfacción descienden cuando la madre recibe un seguimiento adecuado tras la pérdida (Martos-López, Sánchez-Guisado & Guedes-Arbelo, 2016).

En Córdoba, España, en la unidad Materno Infantil del Hospital de Montilla se exploró la vivencia de los profesionales de salud en situaciones de muerte y duelo

perinatal, constatando cuáles eran sus respuestas frente a la situación. Se partió de tres ejes: la práctica profesional, los sentimientos que surgían a partir de la pérdida perinatal y el significado y las creencias que giraban en torno de la pérdida y el duelo. En análisis mostró que el personal de salud no tenía claro el modo de actuar frente a la madre que había sufrido una pérdida gestacional (Montero et al, 2011). En ellos también se producen respuestas de dolor, estrés, pena, culpa e inutilidad, huida, evitación de la situación, que los lleva a desligarse de los cuidados psíquicos y a ocuparse de los físicos sin saber que sus intervenciones, en caso de ser adecuadas, podrían ser facilitadoras del proceso de duelo en las madres. Esto estaría dado por falta de entrenamiento de los profesionales para elaborar su malestar y mitigar el de sus pacientes (Pastor Montero et al, 2016).

Es evidente que lo más difícil es el *acompañamiento emocional* por parte del equipo de salud que requiere capacitación de cada uno de los integrantes del equipo (Vásquez Soto, 2012) en temas como: duelo perinatal, habilidades de comunicación y técnicas de relación de ayuda. En el duelo perinatal, se habla de una pérdida imaginaria cargada de valor simbólico para la mujer (Espinosa Caiminagua, 2015), que tiende a desautorizarse, quitándole importancia (Urdapilleta, 2004), sin comprender que ello, puede dar lugar a cuadros psicopatológicos (Oviedo Soto, 2009).

Durante el proceso terapéutico, es necesario lograr que estas madres se puedan adaptar a la situación, recuperar valor y confianza en sí mismas, enfrentar y aceptar la pérdida. Esto se logra teniendo en cuenta sus necesidades afectivas y respondiendo con calidez, comprensión que estimulará la confianza en el equipo de salud. (Espinosa Caiminagua, 2015). Las pacientes que se encuentran bajo asistencia psicológica especializada mejoran su calidad de vida, sanan su herida narcisista, reconocen el impacto emocional y, al mismo tiempo, movilizan sus recursos individuales disponibles. (Jadur, Duhalde & Wainstein, 2008)

3.3.2 La atención psicológica ante el *defectus incubus*.

En los artículos revisados, los autores ponen el foco en que el psicólogo ayude a la madre a exteriorizar sus emociones, a través de *poner en palabras* lo sucedido, para poder *confrontar con la situación* y así experimentar su dolor. Se propone sostener a la madre en la *adaptación hacia esa nueva realidad sin su hijo*, buscándole un lugar en su vida psicológica y así poder reanudar su vida. Por otro lado, si estos duelos no se transitan adecuadamente, no facilitan las condiciones para que la mujer pueda generar

un nuevo embarazo. Por lo contrario, aquellas mujeres que sufren abortos espontáneos y, más aun, aquellas que perdieron hijos de manera múltiple, viven de manera terrorífica lo relacionado al embarazo, asociándolo a su experiencia anterior y manteniendo el *defectus incubus*, la creencia firme de ser incapaces de gestar un hijo sano (Urdapilleta, 2004).

Las alteraciones emocionales más frecuentes luego de la pérdida gestacional son los síntomas depresivos y/o ansiosos. Entre los primeros se observa anhedonia, es decir disminución de la capacidad para sentir placer en las actividades cotidianas, insomnio o hipersomnias, fatiga, pérdida del apetito y del peso, sentimientos de tristeza, inutilidad o de culpa, dificultad para concentrarse, presencia de pensamientos negativos recurrentes. Los síntomas de ansiedad son: preocupación excesiva, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (insomnio o sensación de sueño no reparador tras despertar). En estudios empíricos se ha demostrado que 48 a 51% de las mujeres que han sufrido alguna pérdida del embarazo, presentan depresión clínicamente significativa, entre el primer y tercer mes después de haber ocurrido la pérdida (Sánchez Pinchardo, 2007)

Por tal motivo, luego del alta médica, y habiendo evaluado si la mujer tiene probabilidad de desarrollar la sintomatología mencionada, el psicólogo perinatal efectúa la recomendación de psicoterapia individual o grupal. Esta última modalidad, es la más recomendada en instituciones de salud, donde hay un número elevado de pacientes. Las investigaciones confirman que la sintomatología depresiva disminuye con la atención psicológica.

Las Instituciones o servicios que ofrecen psicoterapia grupal organizan los grupos con los siguientes criterios:

- Mujeres que hayan tenido una pérdida perinatal (aborto espontáneo, óbito, muerte neonatal) y soliciten ayuda psicológica.
- Pacientes que hayan tenido pérdida perinatal no reciente en edad reproductiva, que vivan con temor de pérdida ante un nuevo embarazo.
- Pacientes que hayan tenido una pérdida reciente y pérdidas anteriores, y no sufran trastornos graves de la personalidad o alteraciones mentales como psicosis o debilidad mental.

- Cuando el psicólogo detectó la presencia de sintomatología depresiva o estrés emocional luego de la pérdida y cuyo proceso de duelo es exclusivamente por la pérdida perinatal (Sánchez Pinchardo, 2007)

Los grupos de autoayuda son acordes a la necesidad que tiene la madre de hablar de lo que le paso, una y otra vez (López García de Madinabeitia, 2011). Su modalidad grupal facilita la puesta en común de distintas madres que han pasado por la misma situación, pues poner en palabras lo sucedido y hacerlo frente a un grupo de madres, mediante el intercambio de experiencias, es una experiencia favorecedora para su proceso de duelo (Oviedo Soto, 2009).

La terapia focalizada, breve de entre 8 y 12 sesiones aborda el problema actual o las condiciones vitales adversas, teniendo en cuenta el tipo de personalidad de cada madre (Echeburúa & Corral, 2007). Se ha demostrado también que la psicoterapia de corte cognitivo-conductual tiene efectos comparables al uso de medicamentos antidepresivos y de otro tipo de psicoterapias, como la psicodinámica (Sánchez Pinchardo, 2007). La terapia cognitivo conductual trabaja, específicamente, aspectos psicológicos asociados a la posibilidad de iniciar tratamientos de fertilización, para destituir creencias personales y pensamientos automáticos de la madre en torno a su *Defectus Incubus*, que influyen en la percepción de la realidad (Escalante Barboza, 2003) y de sí mismas con respecto a un próximo embarazo (Pimentel Nieto, 2007).

Una técnica utilizada por los psicólogos en la actualidad, con sujetos expuestos a un evento traumático, como sucede con la pérdida gestacional, es el *Debriefing psicológico*. Se trata de una intervención breve brindada inmediatamente del suceso traumático, en el mismo lugar en que se desencadenó y frente un entorno de personas que han sufrido la misma situación, con la finalidad de facilitar la expresión de las emociones de cada uno, analizando sus pensamientos, sentimientos, conductas y manejo del estrés, bajo el acompañamiento de un psicólogo que provee de psicoeducación. Se previene el desarrollo de cuadros de estrés postraumático. Frente a las reacciones que las mujeres experimentan y que consideran anormales, se indica que estas no son patológicas, sino que son parte de la situación crítica que viven. De este modo, se trabaja en una reevaluación cognitiva de lo ocurrido junto con una reestructuración emocional. También, se obtiene apoyo mutuo entre las madres, atenuando así, el impacto emocional del acontecimiento traumático. (Echeburúa & Corral, 2007).

Otras investigaciones consideran que tanto esta técnica como hablar del suceso ocurrido, es desaconsejable porque supone un recuerdo intenso del suceso traumático

que puede activar fisiológica y psicológicamente a la persona, lo cual resultaría desfavorable para elaborar el suceso (Echeburúa, Corral & Amor, 2004).

Pese a todo esto, los estudios consultados a través de las investigaciones y las asociaciones encargadas de acompañar a la madre en su proceso de duelo creen que la mujer necesita poder expresar sus emociones, ponerlas en palabras y así confrontar lo que están transitando (González, 2007). Como se ha señalado, los grupos de apoyo para madres, que posibilitan hablar de lo ocurrido, una y otra vez, a fines de elaborarlo, se muestran eficaces (López García de Madinabeitia, 2011).

No obstante, en el caso de la técnica del “Debriefing” y cualquier intervención ofrecida a la madre, tiene que estar basada en la voluntariedad del tratamiento. El hecho de querer o no recibir ayuda, depende de cada caso en particular. Hay madres que no desean compartir su dolor con personas desconocidas, sino que tienden a refugiarse en sus vínculos más cercanos como su familia y amigos (Echeburúa & Corral, 2007).

En la psicoterapia las internalizaciones producidas por la influencia de las representaciones cognitivo-afectivas del terapeuta constituyen una experiencia emocional diferente, un crecimiento del self y una auto-regulación autónoma. A su vez, de esta manera se propicia el no aislamiento de quien está pasando por una situación traumática y que ésta también pueda tomar a sus seres queridos como un sostén afectivo y consolador (Wolfberg, 2007). Los estudios sobre el trauma y sus consecuencias toman la restauración de la confianza en el ambiente, como punto de partida. Es posible conseguirlo en el encuentro con el terapeuta, donde la madre tiene la sensación de ser realmente oída con respeto y afecto. (Belmont, 2015).

En las intervenciones, es necesario que el psicólogo esté alerta a las complicaciones durante el proceso de duelo, tales como: la prolongación de la fase inicial del duelo, el hecho de hacer referencia al hijo fallecido como si aún estuviese vivo, la presencia de ira extrema o prolongada, la incapacidad para poder llorar, el uso abusivo de medicación sedante, el apoyo que no esté cumpliendo su función y la regresión a etapas anteriores del duelo. (Noguera Ortiz & Pérez Ruiz 2014).

Un desafío a largo plazo que ya está poniéndose en práctica es el de tratar, en estos casos, de correr a un segundo plano la dimensión y los cuidados biológicos, para darle más énfasis e importancia lo referido a los cuidados de la esfera psicosocial del individuo. (Rodríguez Álvaro, García Hernández & Toledo Rosell 2008).

Lo antedicho es válido también para los casos de reproducción asistida, pues la pareja se enfrenta a sentimientos de inutilidad, autorreproche, ineficacia y culpa frente a

la imposibilidad de procrear. En la medicina de reproducción asistida, el psicólogo también forme parte de este equipo, y evalúa la salud psíquica de la pareja (Escalante Barboza, 2003). Se distinguen dos tipos de intervenciones: Por un lado, el cuidado centrado en el paciente, basado en el apoyo frente a los factores de estrés que transita la pareja, y por el otro, la ayuda psicológica profesional que debe realizar un profesional de la Salud Mental y que es ofrecida sistemáticamente en los Servicios de Reproducción Humana Asistida. (Díaz & Barcelona, 2007).

4 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Discusión

El trabajo ha abordado la atención de los servicios de salud de la madre el aborto espontáneo y el *Defectus Incubus*, que se desprende de la pérdida, es decir, su percepción de falla personal por no poder seguir adelante con la gestación.

Se delimitó la muerte fetal intrauterina como aquella que ocurre antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, independientemente de lo que dure el embarazo. Se denomina pérdida gestacional temprana cuando acontece antes de las 20 semanas y luego de las 20 semanas, muerte fetal tardía, muerte perinatal y muerte neonatal.

La muerte del hijo, en cualquiera de las etapas, desencadena reacciones dolorosas en la pareja parental, en la madre especialmente, que dan lugar al proceso de duelo. Este duelo se diferencia de otros tipos de duelo debido a la cercanía entre el nacimiento y la muerte y lo inesperado que resulta ser este evento para la madre.

Se describieron las necesidades de atención a la madre ante sus sentimientos de ineficacia, incapacidad para la gestación de un bebé, y otros sentimientos asociados al estrés por la pérdida. Se analizaron las características de los equipos de salud y sus intervenciones

Se exploraron las *necesidades de la madre* en relación al proceso de duelo que transita y a su *Defectus incubus*. Dentro de estas, se destacan: la necesidad de una comunicación genuina con el equipo que la atiende, el trato que reciba por parte del equipo de salud. Se observa que la manera de comunicarse con ella no siempre es acertada.

Se analizaron protocolos tanto de Argentina como de España, para encontrar convergencias entre los mismos. Estos se focalizan en *La información que se brinda a la madre* al momento del fallecimiento de su hijo, *qué tipo de información* se le brinda, *quien es el encargado de hacerlo* y de qué manera, junto con la *permanencia del profesional* que los viene acompañando y contribuye a una comprensión racional acerca de lo sucedido.

La calidad de la información brindada por parte del personal de salud es parte del trato que reciba la madre, que en caso de ser adecuado tendrá consecuencias en su posterior recuperación y auto cuidado una vez que haya finalizado su estadía en el establecimiento de salud. Por último, otra concomitancia en los protocolos fue la

atención del equipo, frente a la necesidad de las madres de recibir contención y *acompañamiento emocional*.

Para hacer frente a estas necesidades y poder llevar a cabo los ítems planteados en los protocolos se requiere capacitación de cada uno de los integrantes del equipo en temas como: duelo perinatal, habilidades de comunicación y técnicas de relación de ayuda. Sumado a la competencia emocional que se requiere, con la cual el personal de salud no siempre cuenta. Se exploró el modo en que el equipo de salud se ve afectado por la pérdida perinatal. Muchas veces el personal de salud no sabe que decir ni cómo actuar frente a la madre que sufre una pérdida.

Se observó que el equipo de salud no cumple con las expectativas requeridas con relación a las necesidades de la madre, pues se enfocan más en los cuidados físicos y descuidando los psíquicos pese a que los programas indican la importancia de este aspecto.

Por último, se estudió la atención psicológica del *Defectus incubus* durante el duelo en la madre. Los autores coinciden en la inserción del psicólogo especializado en los equipos de salud, tanto como para acompañar durante la internación, como para promover la salud mental luego del alta. El foco de estas intervenciones psicológicas está puesto en que la madre pueda exteriorizar sus emociones, poner en palabras lo sucedido y confrontar la situación. Se busca que la mujer reanude su vida a través de encontrarle un lugar al hijo en su vida psicológica, otorgándole a este una identidad.

Se indican terapias cognitivo conductuales, que tratan el *Defectus Incubus* del duelo en las madres a través de derribar aquellas creencias personales y pensamientos automáticos que influyen en la percepción que tenga sobre la realidad. También se recomiendan psicoterapias individuales y grupales. Específicamente, la modalidad grupal a través de la psicoterapia grupal, o mismo, a través de grupos de apoyo, es facilitadora de apoyo y contención para la madre, al encontrarse con otras madres que están pasando por lo mismo (Oviedo Soto, 2000).

Se plantean argumentaciones acerca de si es favorable o no que la madre hable sobre lo sucedido, luego de ocurrido el hecho. La técnica del Debriefing es citada, en vistas a contrastar las distintas opiniones acerca de si es favorable que la madre se exprese o no. Autores piensan que hacerlo, seria parte de “re traumatizar” a los pacientes. Sin embargo, los estudios consultados a través de las investigaciones y las asociaciones encargadas de acompañar a la madre en su proceso de duelo creen que la mujer necesita poder expresar sus emociones, ponerlas en palabras y así poder

confrontar con aquello que está transitando. Se evidencia la eficacia de los grupos de apoyo para madres, donde se presenta en estas, la firme necesidad de hablar de lo que le paso, una y otra vez, a fines de elaborarlo.

De todas formas, se cree necesario respetar la voluntariedad del paciente de recibir o no ayuda psicológica. Hay madres que no desean compartir su dolor con personas desconocidas, sino que tienden a refugiarse en sus vínculos más cercanos como su familia y amigos. Aunque es necesario tener en cuenta, que no recibir ayuda psicológica frente a estas situaciones de trauma, puede tender a las madres hacia el aislamiento.

4.2 Conclusiones

Se puede concluir que la experiencia del aborto espontáneo es compleja en sí misma y requiere el abordaje de varias temáticas como ser: La vivencia de la madre, sus necesidades, su deseo ofuscado, y por otro lado, como el equipo de salud responde frente a estas necesidades. La identificación de las necesidades de la madre y el modo de responder a ellas, así como tomar conciencia del abordaje de la pérdida y duelo posterior por el hijo, es parte del entrenamiento y capacitación del personal de salud.

El trabajo del personal de salud es deficitario en relación a lo que la madre necesita. En gran parte es por la falta de capacitación y entrenamiento en habilidades específicas de comunicación, emocionales, de ayuda, pero, también por la dificultad para enfrentarse con la muerte. Esto se refleja en la falta de habilidades de contención y apoyo y el manejo de información.

La información de lo ocurrido con su hijo, le permite reordenar sus pensamientos y no sentir que ha fallado o que es su culpa, el no haber podido llevar a cabo la gestación. El manejo de esta información posibilita un mejor desenvolvimiento de su *Defectus Incubus*.

El tema no recibe la atención que merece debido a que desde el inicio y frente al desconocimiento, se implementan intervenciones inadecuadas para contener a la mujer, entre ellas, frases inadecuadas que no facilitan el inicio del proceso de duelo. El hecho de que las salas de maternidades sean las mismas para aquellas madres que pudieron parir a su hijo a término y aquellas que acaban de perderlo, denota una precariedad del trato para con el tema.

Sería interesante que, posibles investigaciones a futuro puedan incluir programas de seguimiento, protocolos e intervenciones específicas del equipo de salud. La psicología perinatal es, aún, una novedad en nuestro país y son pocos los psicólogos

especializados en este tema. Por otro lado, sería conveniente analizar el tipo de intervención que recibe la madre de acuerdo a variables como: el momento del duelo en el que está posicionada, su tipo de personalidad, su historia vital, historia familiar, historia de pérdidas, abusos, enfermedades, psicopatologías previas, para lograr un enfoque más personal en las intervenciones, según lo que cada madre necesita. En la bibliografía consultada, algunos artículos refieren a que el hecho de hablar sobre lo ocurrido no siempre es favorecedor en la madre. Por lo que sería un gran aporte, poder hacer una distinción de cuáles son los casos en los cuales se necesita hacer un acompañamiento psicológico y de que tipo, logrando así, un tratamiento más especializado.

Se podría contribuir, también, a mejorar las intervenciones referidas a la elaboración del trauma. Por un lado, sería bueno hacer un balance entre lo que se recuerda, lo que evoca su memoria explícita, y por el otro, brindar entrenamiento en torno al pensamiento que mantienen las madres con respecto a la “Profecía auto cumplida”, donde piensan que si algo les ocurrió una vez, les va a volver a ocurrir ya que no son capaces, a nivel corporal, de poder parir a un hijo. Esto brindaría más información acerca de cómo abordar el duelo y el *Defectus Incubus*, también en situaciones de depresión y duelo, donde la mujer ya de por sí se retrotrae a su pasado como forma de vida. Sería interesante plantear intervenciones de cara al futuro, para estas madres que mantienen su deseo de serlo.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bautista, P. (2013). El duelo ante la muerte de un recién nacido. *Enfermería Neonatal*, 23-28.
- Belmont, S. A (2015). Algunas consecuencias del duelo sobre la integración cuerpo-mente. *Revista Psicoanálisis*, 15, 1-10
- Bunster, E., & Avendaño, A. (2016). Somos la semilla del día que comienza. Proyecto esperanza una mirada de misericordia. *Revista Medellín*. 42 (164), 189-206.
- Castroagudín, S. G., López, I. S., Teijo, F. P., Marra, M. J. L., & Vidal, E. R. (2013). Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cadernos de atención primaria*, 19(2), 113-117.
- Contreras García, M. (2015). *Efectividad de una intervención mínima educacional en el control prenatal sobre la evolución del duelo perinatal*. (Tesis de Maestría). Universidad de Cantabria, Cantabria.
- Diana, C. S., del Cerro, E. L., Cañadas, A. M. C., García, M. T. G., Recover, A. N. A., & de Merlo, G. G. (2015). Muerte fetal anteparto. Duelo perinatal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(8), 368-372.
- Díaz, D. G., & Barcelona, I. V. I. (2007). Por qué unas guías de consejo, apoyo e intervención psicológica al paciente en medicina reproductiva asistida. *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida*, 11, 1-96
- Díaz Sánchez, V., García Huete, M. E., Marín Morales, M. D., & Campo Cecilia, E. (2008). Los intercambios de apoyo en el cuidado de un aborto espontáneo. *Biblioteca Lascasas*, 4(1). Recuperado de <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0306.php> el día 10/05/16
- Dueñas Díez, J.L (2005). Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 2ª ed. Andalucía: Consejería de Salud.
- Echeburúa, E., Corral, P. D., & Amor, P. J. (2004). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud*, 15(3).
- Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.

- Equipo de Acompañamiento e Investigación en Mortalidad Perinatal. (2014). Comunicar en momentos difíciles. La autopsia perinatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 33 (2), 81-83.
- Escalante Barboza, K. (2003). Métodos de reproducción asistida: aspectos psicológicos. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(1), 5-13.
- Escudero, J. M. S. (2008). Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 198-205.
- Espinoza Caiminagua, M.F. (2015). *Duelo en aborto espontáneo* (trabajo de titulación). UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Sociales, Machala, Ecuador.
- Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, N., & Robles-Ortega, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52.
- González, C. M. (2007). Guía de intervención psicológica de la paciente que cursa con un embarazo con defecto congénito. *Perinatol Reprod Hum*, 21(2), 81-87.
- González del Barrio, V. (2016). Revisión de evidencias de la intervención de los profesionales sanitarios en la atención del duelo tras una muerte fetal tardía. (Tesis de Maestría). Universidad de León, León.
- González, M. A., Largaña, M., & Lomuto, C. (2015). Contención de padres en crisis. Comunicación y manejo de los padres de RN en riesgo de morir. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 26(4).
- Izzedin-Bouquet de Durán, R. (2011). Psicología de la reproducción: De la infertilidad a la reproducción asistida. *Revista Científica Ciencia Médica*, 14(2), 31-34.
- Jadur, S., Duhalde, C. y Wainstein, V. (2008). *Los tratamientos de fertilización asistida y su incidencia en el estrés y la calidad de vida*. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Laza Vasquez, C., Quintero Sánchez, J., Jiménez Caicedo, H. J., & Preciado Parrado, J. A. (2013). Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. *Enfermería Global*, 12(31), 357-386.
- Lomuto, C. (2008). Situación de la salud perinatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 27(3), 128-33.
- López García de Madinabeitia, A. P. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70.

- Martese, R. (2015) La contención de la mujer luego de un aborto espontáneo. (Tesis de Licenciatura). Universidad Católica Argentina, Buenos Aires.
- Martos López, I. M., Sánchez Guisado, M. D. M., & Guedes Arbelo, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 300-309.
- Mejías Paneque, C (2012) Duelo perinatal: atención psicológica en los primeros momentos. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, (79), 52-55.
- Mejías, M. C, García, S & Duarte, L. (2012) Guía clínica de abordaje del duelo perinatal. Madrid: Bubok Publishing
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones Histórico-Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhé* 15(2), 93-103.
- Montero, M. P. Romero Sanchez, M. Hueso Montoro, J. Lillo Crespo, M. Gema Vacas Jaén, A. & Rodriguez Tirado, M. B. (2011). Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)*, 19(6), 1405-1412.
- Montesinos, A., Román, A., Muñoz, M., & Elías, L. (2013). Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología. *Revista chilena de pediatría*, 84(6), 650-658.
- Mota González, C., Calleja Bello, N., Aldana Calva, E., Gómez López, M. E., & Sánchez Pichardo, M. A. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 419-428.
- Muñoz Alba, E., Martín Moya, M. D. M., & Cruz Moya, C. (2013). Muerte fetal anteparto. Almería, España, Unidad de Docencia. Complejo Hospitalario Torrecárdenas.
- Nieri, L. (2012). Intervención paliativa desde la psicología perinatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 31(1), 18-21.
- Noguera Ortiz, N. Y., & Pérez Ruiz, C. (2014). The nursery situation: "a miracle of life" in the integral application of the concept of mourning. *Avances en Enfermería*, 32(2), 306-313.
- Oiberman, A. (2001). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. *Psicodebate*, 1, 87-91.
- Oviedo-Soto, S., Urdaneta-Carruyo, E., Parra-Falcón, F. M., & Marquina-Volcanes, M. (2009). Trabajo de revisión. *Revista Mexicana de*, 76(5).
- Pacheco, J., de Michelena, M.I. & Orihuela, P (2009) Enfoque actual del aborto recurrente. *Anuario Facultad Medicina* 70 (2):123-134. Lima: UNMSM.

- Pastor Montero, S. M., Romero Sánchez, J. M., Hueso Montoro, C., Lillo Crespo, M., Vacas Jaén, A. G., & Rodríguez Tirado, M. B. (2011). Experiences with perinatal loss from the health professionals perspective. *Revista latino-americana de enfermagem*, 19(6), 1405-1412.
- Carnicer-Fuentes C, Castro. O.P., et al. (2016) Abordaje de las pérdidas perinatales. Un enfoque desde la investigación acción participativa. Montilla, España: Biblioteca Las Casas-Fundación Index. Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0579.pdf>
- Pavia,C. (2000). Consecuencias psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo. Búsqueda de indicadores objetivos en el psicodiagnóstico de Rorschach. *Revista Vida y Etica del Instituto de Etica Biomédica de la Pontificia Universidad Católica Argentina*, Año 1, No. 0, 1, 42.
- Pimentel-Nieto, D. (2007). Guía clínica para la intervención psicológica de mujeres embarazadas con endocrinopatías. *Perinatol Reprod Hum*, 21(1), 54-68.
- Redondo, P. S., & Otero, A. & Al-Adib Mendiri, M, (2015) *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*, Extremadura, España: Servicio extremeño de salud.
- Rocha Sosa, M. (2015). Humanización del embarazo, parto y nacimiento, Un asunto de derechos humanos. (Tesis de pregrado). Universidad de la república, Montevideo.
- Rodríguez Álvaro, M., García Hernández, A. M., & Toledo Rosell, C. (2008). Duelo y duelo complicado en las consultas de enfermería de atención primaria. *ENE Revista de enfermería*, 2, 20-33.
- Rozas, M. R., & Frances, L. (2001). Maternidad tras una muerte perinatal. *Matronas Profesión*, 3, 29-34.
- Rubio, E. L. (1998). Mortalidad perinatal y duelo materno. *Revista de la Facultad de Medicina*, 46(2), 75-81.
- Sánchez-Pichardo, M. A. (2007). Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. *Perinatol Reprod Hum*, 21(3), 147-150.
- Santarén, M. J. D. (2013). Elaboración y prueba piloto de un cuestionario para conocer la capacidad y la disposición del personal sanitario en el acompañamiento al duelo perinatal. *NURE Investigación*, 10(62).
- Umamanita y el parto es nuestro, (2009) S.A. *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. Murcia, España: www.sergas.es. Recuperado el 12 de mayo del 2013, de https://www.sergas.es/Docs/EnPortada/Eventos/ponencias_xorperiV/11_2.pdf

- Umpierrez, G. (2015.). *El duelo en madres que pierden un hijo*. (Tesis de grado). Universidad de la República Facultad de Psicología, Montevideo.
- Urdapilleta, L. (2004). Emoción y memoria en mujeres con abortos espontáneos recurrentes. *Acta psiquiátricol Am lat*, 50(2), 121-128.
- Vicente Sáez, N. (2014). *Duelo perinatal: el duelo olvidado* (Tesis de grado). Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Villamil, M. M. L., Castañeda, K. V., Castro, D. M., Laverde, S. M., Balaguera, L. Y., López, C. M., & Mora, Y. Y. P. (2011). Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6(6), 15-28.
- Wolfberg, E. (2007). Cuerpo, memoria emocional y sentimiento de seguridad ¿Cuál historia recuerda el cuerpo? *Aperturas Psicoanalíticas*, (26).