

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



¿CÓMO VIVENCIAN EL DUELO LAS MUJERES CON EXPERIENCIA DE MORTINATO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA, DURANTE EL PERÍODO 2004-2005?

Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al **GRADO DE LICENCIATURA EN OBSTETRICIA Y PUERICULTURA.**

CAROLINA ALEJANDRA HERNANDEZ RODRIGUEZ

VALDIVIA-CHILE

2006

AGRADECIMIENTOS

Al final de este largo viaje se hace deseo de la investigadora agradecer a las personas que con su valioso aporte hicieron posible el feliz término de este trabajo:

- A mis padres, Mauricio y Maritza, por toda la entrega a lo largo de mi vida, quiénes sin duda alguna, son los pilares fundamentales en el logro de uno del más importante objetivo de mi vida.
- A mi gran amiga y hermana, Catalina quién con su paciencia y cariño han hecho que estos años sean únicos e inolvidables.
- A las mujeres entrevistadas por permitirme conocer sus realidades frente a este acontecimiento que sin duda marcó sus vidas.
- A mi profesora patrocinante M^a Teresa Cardemil, por su apoyo, dedicación y paciencia en la realización de este trabajo, en el cual a lo largo de ese tiempo no solo conocí a una guía docente si no más bien a una amiga.
- A mis abuelos, Gladys y Eduardo, quiénes con su forma sencilla de afrontar la vida y su apoyo, han hecho que mi existencia sea hermosa junto a ellos.
- A mis queridos tíos, Claudio y Marcelo, que han estado junto mí en todo momento con su inconfundible amor de hermanos hacia mí.
- A mis amigas y primas Leticia, Ariela y Rocío, quiénes a lo largo de mi vida estudiantil, han estado siempre en los días que se han tornados grises y coloridos.
- A tres personas maravillosas que conocí durante mi vida universitaria; Alejandra, Sandra y Pablo.
- A Claudia y tía Bercy, quiénes hoy no están, pero que siempre están en mi corazón.
- A mis abuelos, Roberto y Erna; mis tíos (as) Rosario, Olga, Nelly, Jaime y Efraín; primos: Sebastián, Cristián, Rubén, Andrea, Antonia, Camila, Diego y María paz. Todos ellos, se les agradece ya que sin su apoyo no hubiese sido lo mismo.

- A todas las matronas docentes, matronas clínicas, funcionarios del equipo de salud y compañeros de la carrera, quienes me acompañaron en este camino, los cuales hacen que hoy tengan las herramientas necesarias para enfrentar el mundo laboral.
- A Dios por estar siempre en mi pensamiento en los momentos felices y tristes.

Sin duda alguna gracias a todas estas personas y muchas más que me permitieron ser parte de sus vidas.

“Hoy hacen que me sienta una afortunada de la vida al poder tener la oportunidad de ejercer algo que me hace feliz.”

INDICE

Capítulo.		Pág.
	RESUMEN	
	SUMMARY	
1	INTRODUCCIÓN	1
2	MARCO TEORICO	4
2.1	DEFINICIÓN DE MATERNIDAD.	4
2.2.1	DEFINICIÓN DE DUELO.	5
2.2.2	Duelo no resuelto.	6
2.2.3	Etapas del Duelo.	7
2.2.4	Duelo y reproducción.	8
2.2.5	Duelo y autoestima.	
2.3	CARACTERÍSTICAS, FACTORES O CONDUCTAS QUE CONTRIBUYEN EN LA ADAPTACIÓN DEL PROCESO DE DUELO.	10
2.3.1	Características maternas:	10
2.3.1.1	Edad.	10
2.3.1.2	Religión y creencias.	11
2.3.2	Características del embarazo.	11
2.3.2.1	Edad gestacional y vinculo afectivo.	11
2.3.3	Conductas del Equipo de Salud que favorecen el proceso de Duelo.	12
2.3.3.1	Visualización de ecografía.	12
2.3.3.2	Momento de la muerte.	12
2.3.3.3	Causa de la muerte.	13
2.3.3.4	Analgesia durante el trabajo de parto.	13
2.3.3.5	Tipo de parto.	13
2.3.3.6	Nacidos con malformaciones.	13
2.3.3.7	Experiencia con mortinato en el momento del parto.	13
2.3.4	Recursos y redes de apoyo.	14
2.3.4.1	Recursos familiares.	14
2.3.4.2	Redes de apoyo.	15
2.3.5	Calidad de atención.	15
3	MATERIAL Y METODO.	18
3.1	TIPO DE ESTUDIO.	18
3.2	TAMAÑO Y SELECCIÓN MUESTRAL.	18
3.2.1	Definición de Población 1.	18
3.2.1. 1	Criterios.	19

3.2.2	Definición de Población 2	19
3.2.2.1	Criterios.	19
3.3	INSTRUMENTOS.	19
3.4	RECOLECCIÓN DE DATOS	20
3.5	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	20
4	RESULTADOS	22
4.1	CARACTERIZACION DE LA POBLACION.	22
4.1.1	Informantes 1.	22
4.1.2	Informantes 2.	23
4.2	SIGNIFICADO DE LA MATERNIDAD.	23
4.3	SIGNIFICADO DE PERDIDA FETAL.	25
4.4	REACCIONES Y /O RESPUESTAS FRENTE A LA PERDIDA.	27
4.4.1	Sentimientos.	27
4.4.2	Conductas.	29
4.4.4	Cogniciones.	30
4.45	Reacciones físicas.	30
4.5	CONDUCTAS O ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE FAVORECIERON EL PROCESO DE DUELO.	30
4.5.1	Calidad de atención.	30
4.5.2	Vivencia con mortinato después del parto.	34
4.5.3	Experiencia del puerperio.	35
4.6	REDES DE APOYO.	36
4.6.1	Importancia de la pareja.	36
4.6.2	Importancia de la familia.	36
4.6.3	Sociedad.	37
5	DISCUSIÓN	38
6	CONCLUSIONES	43
7	BIBLIOGRAFÍA.	45
8	ANEXOS	51

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A 1	Consentimiento informado.	51
A 2	Instrumento cualitativo. Pauta de entrevista en profundidad población 1.	52
A 3	Instrumento cualitativo. Pauta de entrevista en profundidad población 2	53

RESUMEN

El Duelo por pérdida fetal es un proceso difícil de superar y enfrentar, ya que depende del significado de Maternidad que las mujeres han ido incorporando desde la temprana infancia a partir del modelo materno heredado y sus vivencias de vida.

Se realizó un estudio cualitativo de tipo no experimental, exploratorio y fenomenológico para explorar desde la perspectiva de las mujeres con antecedentes de mortinato, los sentimientos, emociones vivenciadas y el significado atribuido de esta pérdida perinatal en su autoimagen y rol maternal. Además, a través del relato de las mujeres se buscó identificar qué conductas adoptadas por el equipo de Salud son consideradas las más beneficiosas para la resolución del Duelo.

Resultados: los antecedentes como paridad, estado civil, semanas de gestación en que ocurrió la muerte fetal así como la causa de muerte, no establecieron diferencias en los sentimientos y emociones vivenciados en la etapa de resolución del Duelo por la muerte Fetal. La mujer define la pérdida fetal como un acontecimiento de sufrimiento, personal, inolvidable y que influye fuertemente en su autoestima.

La Maternidad es vista como un proceso único, irrepetible y de gran significancia en sus vidas. Además se reconoce a la pareja y familia como las redes de apoyo más utilizadas y las de mayor importancia en la adaptación de este suceso.

Fueron consideradas conductas positivas adoptadas por el equipo de Salud: el contacto físico, palabras de aliento y apoyo, la presencia del Padre en el Parto, el apoyo de significativos en el post-parto, la administración de analgesia y la información clara y oportuna entregada por los profesionales.

Los integrantes del Equipo de salud entrevistados reconocen la ausencia de un Protocolo o Programa de manejo Psicoafectivo para situaciones de Pérdida perinatal, así como también la falta de capacitaciones en el tema.

Conclusión: La Pérdida Perinatal es un proceso humano que afecta la autoimagen y rol maternal condicionando miedo y ansiedad para futuras gestaciones. Se requiere de la intervención de un equipo humano multidisciplinario capacitado y de Programas de apoyo Psicoafectivo para contribuir a resolver el Duelo.

Palabras claves: Pérdida Perinatal, Duelo perinatal, Rol Materno.

SUMMARY

The Duel for fetal loss is a difficult process to overcome and face, since it depends on the meaning of the Maternity that the women have been incorporated from the early infancy from the inherited model and his experiences of life.

It realize a qualitative study of type not experimental, exploratory and phenomenological to explore from the perspective of the women with precedents of dead fetus, the feelings, lived emotions; and the meaning attributed of lost this one perinatal in his autoimage and maternal role. Besides, across the statement of the women one seek to identify that conducts adopted as the equipment of health are considered to be the most beneficial for the resolution of the Duel.

Results: the precedents like parities, marital status, weeks of gestation in which happened the fetal death as well as the reason of death, they did not establish differences in the feelings and lived emotions in the stage of resolution of the Duel. The woman defines the fetal loss like a suffering event, personnel, unforgettable and who influences strongly in her self-esteem.

The Maternity is seen as the only, unrepeatable process and of great significancia in his lives. Besides it is recognized to the pair and family as the nets of support used and those of major importance in them in the adjustment of this event.

Positive conducts adopted by the equipment of Health were considered: the physical contact, words of breath and support, the presence of the father in the childbirth, the access of significant in the post - childbirths, the administration of analgesia and the clear and oportune information delivered by the professionals.

The members of the Equipment of health interviewed recognize the absence of a protocol or program of psicoafectivo managing for situations of perinatal loss, as well as also the lack of training in the subject.

Conclusion: The perinatal loss is a human process that affects the autoimage and maternal roll determining fear and anxiety for future gestations. Qualified multidisciplinary is needed of the intervention of a human team and of programs of Psicoafectivo support for help to resolve the Duel.

Key words: Perinatal Loss, perinatal Duel, Maternal Roll.

1- INTRODUCCIÓN

Es reconocido que la muerte de un hijo, tal vez sea la tragedia más difícil y desgarradora jamás imaginada por una mujer y su entorno, es una gran ruptura en el proceso natural de la vida. No se espera que los hijos mueran, ya que estos representan el inicio de la vida y no el final.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1975, define como la muerte del feto, a aquella que ocurre antes de completar su expulsión o extracción de la madre sin importar la duración de la gestación. Sin embargo, el Centro Nacional de Estadísticas de Salud considera muerte fetal la que se presenta después de la veintava semana de gestación.

La OMS informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil, así las afecciones originadas en el período perinatal representan el 55% de la mortalidad infantil en EEUU; 35.8% Chile; 55% Argentina; 39.2% Colombia; 29.8% México y 56% en el Perú. En Chile la frecuencia de muertes fetales es de 4.25 por 1.000 nacidos vivos, donde el 76 % corresponde a menores de 32 semanas. (INE, 2000).

Casi el 1% de las mujeres puede sufrir la pérdida de sus bebés al entrar en la segunda etapa de la gestación. (GONZÁLES, 2002).

Desde el punto de vista de la enfermería se define como Pérdida a un estado real o potencial; en el que un objeto, una persona o una parte del cuerpo apreciada, se pierde o se modifica y no puede volver a verse, sentirse, oírse, conocerse o experimentarse (MORRISON,1999). Las manifestaciones de Duelo frente a la pérdida de un hijo emergen como uno de los fenómenos de estrés emocional más intensos.

Aunque el Duelo no constituye una enfermedad en sí misma, su evolución puede ser patológica. Según el Manual de Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM-IV), lo clasifica en la categoría de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica, y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), sólo lo clasifica dentro de los trastornos adaptativos a las reacciones del Duelo que se consideran anormales por sus manifestaciones o contenidos. Debido a esto el Duelo no es tratado como una patología, ya que se cree que es un proceso que tarde o temprano tiene que sanar.

Es por esta razón que a nivel nacional y local no existen normas claras o protocolos que aborden de una manera integral la atención de mujeres que vivencien el Duelo por mortinato, donde se atienda todo el proceso adaptativo de este suceso, desde que la mujer se entera de la muerte del ser que estaba en su vientre hasta que esta inicie, o más bien culmine otra gestación.

En las normas propuestas por el Ministerio de Salud en el Programa de Salud de la Mujer, no existen actividades específicas donde se otorgue atención integral a usuarias con estas características, solo se trata desde una perspectiva biologicista. En el nivel primario es donde más se observa esta deficiencia de parte del Equipo de Salud, donde la mujer experimenta un período de invisibilización luego de la pérdida.

Estudios como los realizados por TOLEDO, (2004) y VAN P (2001); quienes analizaron a mujeres con antecedentes de pérdida fetal en los países de España y África respectivamente; avalan la idea, que el proceso de Duelo debe ser tratado desde una perspectiva más integral.

En nuestro país, en el Hospital Regional de Temuco, existe un Programa desarrollado por un Equipo de Salud integrado por Médicos, Psicólogos, Matronas, Enfermeras y Técnicos Paramédicos; encargados de proporcionar atención a los padres que vivencian Duelo por pérdidas fetales y neonatales, donde se han obtenido resultados positivos para la mujer y su familia. El 81.6 % de los padres beneficiarios de este programa presentes en el momento del fallecimiento desean abrazar sus hijos. La evaluación de los padres frente a esta atención es buena, se han sentido acogidos, acompañados, escuchados y sus preguntas han sido respondidas. (MONTECINOS, A. 2003). Aunque aún el Programa no ha evaluado su impacto a largo plazo, se espera que estas estrategias ayuden de manera significativa a la resolución del Duelo.

El propósito de esta investigación fué explorar el desarrollo del Duelo que experimenta una mujer con muerte perinatal y cómo el Equipo de Salud enfrenta este proceso. Además se conoció según las perspectivas de las usuarias, los recursos más utilizados que contribuyeron a su resolución, siendo esta información de gran importancia para el Equipo de Salud Obstétrico, en el diseño de estrategias, generación de herramientas y recursos disponibles para una atención integral a la mujer y familia que enfrentan este evento vital, y así enfrentar una nueva gestación sin problemas y con el menor miedo posible. Como señala TOLEDO (2004), la matrona tiene, según la percepción de estas mujeres, un rol importante en el proceso que experimenta.

El presente estudio se realizó en la ciudad de Valdivia, en el período correspondiente entre junio 2005 y julio 2006, a las mujeres de residencia valdiviana, que fueron atendidas en el año 2004 en el Hospital Base de Valdivia por presentar un mortinato.

Los objetivos de este estudio que permitió a la autora comprender el proceso Duelo desde la perspectiva de las mujeres, son:

Objetivos Generales.

- Explorar las vivencias y significados sobre el proceso Duelo, que experimentan las mujeres que han sufrido un mortinato y los recursos familiares e institucionales que utilizan para su resolución.

- Explorar la percepción del Equipo de Salud Obstétrico sobre el proceso Duelo por pérdida fetal y conocer cómo se organizan los sistemas de apoyo institucionales en estos casos.

Objetivos Específico

- Caracterizar la población en estudio según variables sociobiodemográficas, características de la pérdida perinatal e historia obstétrica.
- Explorar el significado que las mujeres otorgan a la pérdida fetal, al proceso de Duelo y a la maternidad luego de la pérdida.
- Describir reacciones y/o respuestas que experimentan las mujeres con antecedentes de mortinato frente a la pérdida.
- Reconocer los recursos que utilizan las mujeres en el plano personal, familiar e institucional, para enfrentar el Duelo.
- Identificar, según la percepción de las usuarias en estudio, actitudes que posee el Equipo de Salud frente a la muerte fetal que sean beneficiosas para la resolución del Duelo.
- Explorar qué recursos institucionales son los más útiles para la adaptación del proceso Duelo.
- Explorar el significado que el Equipo de Salud, encargado de la atención de estas usuarias, otorgan a la pérdida fetal y al proceso de Duelo.
- Explorar opiniones de profesionales y no profesionales acerca de herramientas que poseen para favorecer la resolución del Duelo por pérdida fetal.

2- MARCO TEORICO

2.1 DEFINICIÓN DE MATERNIDAD.

El embarazo es un momento que resume en sí mismo toda la vida de una mujer en sus significados afectivos y de relación. En el origen de toda persona hay una madre y un acontecimiento llamado maternidad, que se ha venido produciendo y repitiendo casi invariablemente a lo largo de toda la historia biológica y en su proceso fisiológico. Sin embargo, son los elementos psicológicos los que convierten la maternidad en una experiencia única e irrepetible, no sólo con respecto a otra mujer, si no también en relación a otros embarazos de una misma mujer.

La maternidad debe considerarse como un largo y complejo proceso que precede el momento específico del parto y en los que los sentimientos antiguos y profundos influyen tanto en los miedos y en las fantasías más recurrentes, como en ciertas patologías propias de la gestación del parto y de la relación madre-recién nacido.

Podemos afirmar que la maternidad es un fenómeno maravilloso en la mujer, que implica el triunfo de su propia identidad, por lo cual tiene importancia y trascendencia en sí misma. La importancia, de esta aseveración radica en tomar en cuenta que en la mujer existe una interrelación entre fenómenos biológicos y psicológicos. (ASEBEY, 2004)

En la historia de la humanidad, la maternidad siempre ha estado ligada al rol femenino que conlleva a actividades relacionadas con la reproducción y la crianza de los hijos. Desde muy pequeña la niña es preparada y educada para esta función y se le enseña que por medio de ella llegará a realizarse como mujer, reprimiendo parcial o totalmente su libido activa, como lo señalan FREUD (1927); LANGER M. (1964) y RAMÍREZ S. (1970).

Así encontramos, desde la menstruación hasta la menopausia, se desarrollan en la mujer procesos biológicos destinados a la maternidad. Cada mes, su matriz se prepara para recibir el óvulo fecundado (por el espermatozoide masculino), gracias a la función endocrina de sus ovarios.

En el plano psicológico, tanto FREUD, (1927-28), DEUTCH H. (1950), M. KLEIN M. (1961, 1964, 1969), REIK T. (1966) Y HORNEY K. (1967); coinciden en que la maternidad es un deseo inconsciente que está presente en toda mujer y que ésta va o no a ser asumida y/o ejercida en virtud de su propia historia, de su propia experiencia como hija. En la medida en que la mujer, se asuma como hija primero y como madre después, estará facultada biológicamente para reproducir y paralelamente para disfrutar su sexualidad.

El significado que las mujeres atribuyen a la maternidad se constituye en el eje organizador de sus vidas, pues a través de esta vivencia se pretende encontrar la completitud, la legitimidad como mujer, en un mundo donde para ser reconocida se necesita haber parido. Las mujeres tienen que dar vida para ser visibles, para ocupar un lugar en este mundo, y esa posibilidad la ofrece la maternidad, la capacidad de procrear, de reproducir la especie y el linaje, de educar, socializar, custodiar la sexualidad, resguardar y controlar que el orden del universo impuesto no sea relajado, es decir, velar porque la cultura se reproduzca, reafirmar día con día los contenidos de esta cosmo-visión que fragmenta el cuerpo para la procreación o para el placer. (LAGARDE, 1990)

Por otra parte, también lo que ellas perciben, lo que pueden obtener a través de cumplir con esa norma de la maternidad, está relacionado, por un lado, con la valoración social de la mujer en el sentido de que la "familia" existe solamente cuando una pareja tiene hijos, antes no, y de tal forma se adquiere ese estatus al que la mujer aspira, la percepción de obtener, a través de los hijos, un lazo más fuerte en la unión ya sea matrimonial y aún con más fuerza cuando es consensual. (LAGARDE, 1990).

Asimismo, en el ámbito psicológico la mujer obtiene una serie de gratificaciones a través de los hijos, como tener una motivación para obtener éxitos y realización, el sentirse más femenina, el tener responsabilidades en la vida, el sentir que sus hijos son la prolongación de ellas mismas y, por otra parte, ese poder que se obtiene a través de la manipulación de los afectos de los hijos en el interior de la familia. (BLOCK, 1990); CHODOROW, (1989); (ESPENSHADE, 1977), (LAGARDE, 1990)

2.2. DEFINICIÓN DE DUELO.

El Duelo se refiere al estado de aflicción relacionado con la muerte de un ser querido y que puede presentarse con síntomas característicos de un episodio depresivo mayor. Podemos entender el Duelo y procesos de Duelo como el conjunto de representaciones mentales y conductas vinculadas con una pérdida afectiva (BOWLY, 1988). El Duelo es un mecanismo normal mediante el cual se rompe progresivamente los lazos emocionales con la persona muerta. (CABERO, 1996).

El Duelo, como experiencia humana, es en parte una naturaleza y en parte un constructo. Por un lado, las características centrales de la respuesta a la pérdida reflejan la herencia evolucionista como seres biológicos y sociales, derivada de la interrupción de los lazos de apego necesarios para la supervivencia. Por el otro, los seres humanos responden a la pérdida de un ser querido tanto en el nivel simbólico como biológico, atribuyendo significados a los síntomas de separación que experimentan, así como los cambios de la identidad personal y colectiva que acompañan la muerte de un miembro de la familia o incluso de una comunidad más amplia. (GARCÍA, et al., 2003).

El ser humano debe experimentar el proceso de Duelo para poder superar las respuestas

emocionales a la pérdida. Duelo, luto y aflicción son reacciones normales y sanas. (MORRISON, 1999).

El tiempo que se requiere para superar el Duelo varía de forma considerable y depende de la gravedad de la pérdida y de los recursos disponibles para afrontarla. Algunos teóricos afirman que las reacciones intensas de Duelo desaparecen gradualmente en un período de 6-12 meses, pero el luto activo puede continuar 5 años después de la pérdida. Los datos más recientes sugieren que el proceso de Duelo y luto es mucho más complicado de lo que se piensa y que cuando acontece una muerte de Duelo intenso, la persona es capaz de adaptarse, ajustarse y funcionar bien aunque este continúe indefinidamente en una variedad casi infinita de presentaciones. (MORRISON, 1999).

La superación del proceso permite a las personas volver a unir todas sus piezas, reintegrarse a sus vidas, encontrar significado en nuevas relaciones y restablecer su propia imagen positiva, trata de un proceso curativo que estimula al individuo a continuar tras sufrir la pérdida. Las personas experimentan el Duelo a su manera, pero este proceso es muy similar en todas y todos.

En lo que a la sociología del Duelo se refiere, las culturas occidentales están dominadas por lo que se podría determinar como una comprensión existencialista del Duelo, la idea es que el Duelo representa una respuesta natural a las pérdidas profundas, caracterizada por síntomas, estadios e intentos presumiblemente universales. Esta perspectiva sitúa además el dolor dentro de las personas, ya que existe un fuerte énfasis cultural en el individualismo y una tendencia a atribuir la ansiedad a los estados interiores y a las características personales de las personas afectadas más que a sistemas o comunidades más amplias. (TOLEDO R, et al 2004).

El autor antes señalado, demostró que con respecto a la muerte y el Duelo, el 72% de los padres cree que la muerte no está aceptada y que es un proceso que se tiene demasiado dramatizado y difícil de superar, por la falta de explicaciones esperanzadoras y verosímiles al respecto.

2.2.2 Duelo no resuelto.

Diferentes problemas mentales surgen cuando el proceso se prolonga o impide la actividad normal durante un tiempo excesivo. Duelo no resuelto, Duelo disfuncional y aflicción complicada, son términos que se utilizan para escribir las reacciones de Duelo patológicas o ineficaces. Todo el que experimenta una pérdida significativa se aflige, pero el que padece un Duelo no resuelto es incapaz de apartar su atención a la pérdida y de centrarla en las realidades cotidianas, quedando tan preocupado por esta, que no puede funcionar de una manera eficaz. (MORRISON, 1999).

La persona que padece una depresión relacionada con alguna pérdida, la siente de forma tan intensa que los sentimientos de desesperación y falta de valor dominan todos los aspectos de su vida. Cuando la persona mira al futuro, ve cada día como una niebla gris sin luz; la vida se convierte en una carga y cada nuevo día se afronta con remordimientos. Esta actitud eclipsa

todo lo demás y la persona presenta alteraciones en su alimentación, sueño y nivel de actividad, un estado de ánimo irascible y hostil e incapacidad para concentrarse o realizar obligaciones laborales, para complicar la situación, se aísla socialmente de un modo progresivo y reacciona con hostilidad o ira cuando los amigos demuestran su preocupación. Este tipo de Duelo no desemboca en un suicidio, como podría llegarse a pensar al ser similares las reacciones a un cuadro depresivo. (MORRISON, 1999).

2.2.3. Etapas del Duelo.

Las etapas reconocidas son generalmente el shock, la búsqueda de causas, desorientación y reorganización. Estas etapas no tienen barreras se pueden combinar entre sí y repetirse.

Shock: Cuando se enteran de la muerte, la reacción inmediata es de conmoción y aturdimiento. Los padres sienten que están viviendo una pesadilla. Son respuestas esperadas el negativismo y la incredulidad; síntomas clínicos como pérdida del apetito, presión torácica, dificultad para respirar, palpitaciones, fatiga y debilidad. Además se observa "furia con el equipo de salud, familiares y amigos", como parte del cambio en el comportamiento con la sociedad.

Búsqueda de causas: Esta etapa abarca sentimientos de culpabilidad, hostilidad y soledad, se pretenden dar respuesta a la pregunta: ¿Cómo pudo pasar esto? Se busca la razón de la muerte, se culpa por algo que de pronto se hizo diferente (trabajo en exceso, tomar alcohol, actividad sexual, entre otras). En esta etapa la hostilidad la puede expresar hacia el equipo de Salud o hacia el padre, observándose dificultad para establecer comunicación entre todos.

Desorientación: Se experimenta gran depresión lo que dificulta volver a su rutina normal de vida.

Reorganización: Se caracteriza por acostumbrarse a la pérdida. Se percibe un aumento en la energía y en la actividad con el fin de retomar las actividades normales. El dolor nunca desaparecerá pero la pérdida podrá y deberá asumirse para poder seguir adelante. (GONZÁLES, 2002).

Durante este período de dolor, los padres atraviesan por un proceso de desconsuelo similar al experimentado cuando se pierde un hijo mayor.

Algunas de las manifestaciones características del Duelo son las indicadas en el siguiente cuadro descrito por WORDEN en el año 1991.

TABLA 1: Manifestaciones corrientes del Duelo según Worden 1991.

Manifestaciones corrientes del Duelo	
Sentimientos	Tristeza, rabia (contra sí mismo e ideas de suicidio), irritabilidad, culpa y autoreproches, ansiedad, sentimientos de soledad, cansancio, indefinición, shock, anhelo, alivio, anestesia emocional.
Sensaciones	Molestias gástricas, dificultad para tragar y articular, opresión precordial, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, sensación de falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, sequedad de boca, trastornos del sueño.
Cogniciones	Incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, pensamientos obsesivos e intrusivos con imágenes del muerto.
Alteraciones perceptivas	Ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales generalmente transitorias y seguidas de crítica, fenómenos de presencia.
Conductas	Hiperfagia, anorexia, alteraciones del sueño, sueños con el fallecido, distracciones, abandono de las relaciones sociales, evitación de lugares y situaciones, conductas de búsqueda y llamada del fallecido, suspiros, inquietud, hiperalerta, llanto visita a lugares significativos, atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido

2.2.4 Duelo y Reproducción.

Desde el momento de la confirmación del embarazo muchas mujeres se ven inundadas por esperanzas, sueños y sobre todo por la esperanza de un recién nacido saludable. Pero cuando se diagnostica alguna condición que le limitará la vida, como anomalías congénitas o enfermedades progresivas neuromusculares, desembocan en un Duelo profundo de los padres.

Según ROSS (2002), la pena crónica que conllevan estas pérdidas implica no sólo la renuncia a los sueños del pasado y una constante revisión de los planes presentes y patrones de enfrentamiento, sino también una anticipación de un futuro que está privado de marcadores que estructuran normalmente el ciclo de vida familiar. (Día de la graduación o boda). Pero incluso ante esta erosión del mundo de creencias, existente muchas familias que encuentran significado, poder y valor en su experiencia de mortinatos y ser padres de niños discapacitados.

Al comparar la muerte perinatal con el proceso de muerte normal, se destaca la diferencia en la relación con la persona muerta. No se basa en experiencias y recuerdos, sino que está

constituida por esperanzas y fantasías de los padres. (CABERO, 1996). Pero a pesar de esto durante el embarazo ya se ha iniciado el proceso de apego, que dependerá en cada mujer según como lo haya vivido.

Es importante notar que para comprender el dolor y sufrimiento de una madre en Duelo, y el cómo esta experiencia podría influir sobre su capacidad para proporcionar cuidados a un nuevo hijo, es necesario explorar anhelos e ideas respecto a el hijo perdido, historia de otras pérdidas, especialmente aquellas que involucran su propia infancia. (SLADE, 2002).

En 1997 MILO et al, explicó que la mayoría de las madres cuyos hijos habían muerto, encontraban un significado y un beneficio en la vida y muerte de su hijo; siendo capaces de continuar viendo el mundo de forma positiva y finalista. A pesar de la triste doble pérdida, del hijo deseado y el hijo real, estas madres atribuyen a esta experiencia el mérito de haberles hecho más consciente de lo esencial de la vida y del poder del amor.

Manifiestan que a pesar de que nunca habrían deseado pasar esta experiencia no se la desean a nadie, estaban agradecidas por haber aprendido esta lección.

En la sociedad occidental la muerte de un hijo parece fuera del orden natural, algo que hace estremecer los fundamentos de nuestro mundo de creencias. La investigación anterior sobre la crisis de significado en el Duelo paterno indica que la búsqueda de significado es primordial para el proceso de reajuste después de la muerte de un hijo, y que los padres que son capaces de encontrar estos significados, volviéndose más compasivos y más fuertes, aceptando la mortalidad humana o profundizando en su espiritualidad, se enfrentan mejor con la pérdida. (TOLEDO, et al, 2004).

Según W. WORDEN (1997), en su mayor parte lo que ocurre con los abortos espontáneos es similar a lo que ocurre en las muertes perinatales. Generalmente cuando una mujer tiene un aborto espontáneo, la primera preocupación de su entorno más cercano es su salud. Es sólo más tarde cuando la gente empieza a darse cuenta plenamente de lo que ha perdido. En estos momentos empiezan a destacar varias preocupaciones.

Para una mujer que tiene un aborto espontáneo en su primer embarazo su preocupación es si podrá tener más hijos. Los médicos suelen saber manejar esta preocupación, pero la postura del doctor suele ser básicamente estadística; se basa en la posibilidad de un embarazo exitoso en alguien de su edad y estado físico. Aunque esto es importante también lo es señalar que no se intente enmascarar la pérdida que ha sufrido la mujer en la posibilidad de nuevos embarazos. (TOLEDO, et al, 2004).

Muchos autores señalan por lo citado anteriormente, la recomendación de no actuar con precipitación al respecto. Es mejor esperar un tiempo hasta que se ha elaborado el Duelo por el mortinato. Es importante trabajar con los dos miembros de la pareja implicados en la pérdida. Los estudios muestran que se produce una aceptación de este tipo de pérdida cuando ambos padres tienen estilos de afrontamiento similares y una comunicación más abierta. Es importante trabajar con la pareja sus sentimientos respecto a la pérdida, especialmente los

sentimientos de miedo y de culpa. El miedo a un futuro embarazo, el miedo al impacto de la pérdida en el matrimonio, y el miedo a fracasar como padre o madre son especialmente importantes. (TOLEDO, et al 2004).

La mayoría de las mujeres hacen un nuevo embarazo después de una pérdida (CORDEL Y PRETTYSIAN ,1994).Estas cuando desean enfrentar una nueva gestación, en este nuevo período expresaran estados de ansiedad aumentada y una necesidad de vigilancia creciente en este nuevo proceso. Existen evidencias donde señalan que las mujeres con historia de muerte fetal se preocupan más sobre sus embarazos e hijos, que las mujeres sin una historia de mortinato. (COTE-ARSENAULT, et al, 2003).

La vulnerabilidad a la depresión y ansiedad en embarazo y puerperio siguiente se relaciona con el tiempo transcurrido después de la pérdida. Con las mujeres que optan tempranamente por una nueva gestación, hay mayor probabilidad de problemas para la madre y recién nacido, con alta ansiedad y depresión durante y después del embarazo. (TRULSON, et al, 2004).

2.2.5 Autoestima y Duelo.

La autoestima es el valor que ponemos en nosotros mismos. Esta se encuentra formada por la percepción que tenemos y la retroalimentación que se recibe de forma directa o indirecta desde pequeños con nuestros padres, hermanos, maestros, compañeros y todas las personas con que hemos interactuado hasta la actualidad. La autoestima no es estática, se ve influenciada por los acontecimientos que vivimos diariamente y el valor que le demos a éstos para valorar o devaluar a nuestro ego. (NOVELO, 2006)

La baja autoestima suele manifestarse a través de diferentes niveles de ansiedad, e implica sentimientos de debilidad, incontinencia y desesperanza. Esta es un componente habitual de numerosos trastornos mentales y representan a menudo sentimientos de rechazo y de aversión hacia uno mismo que se expresan mediante distintos comportamientos.

En el caso de las mujeres, BRONFMAN (2006) señala que ellas sienten que al disminuir su rol de madre pierden poder y sus vidas dejan de tener sentido, dejan de tener un lugar y un papel validados socialmente, lo que influye sustancialmente en su autoestima.

Con respecto al Duelo, la autoestima se ve deteriorada cuando persiste la añoranza de la persona fallecida (Duelo complicado). El individuo se preocupa por la pérdida e incluso idealiza y busca a la persona perdida, revive experiencias del pasado y lo añora. Dado que la vida presente no es tan deseable como los recuerdos pasados, puede volverse intolerante hacia los demás y aislarse socialmente. (MORRISON, 1999).

EWTON (1994) señala que uno de los aspectos más significativos en el proceso Duelo por pérdida fetal es el decremento notable de la autoestima, consecuencia de la incapacidad de la embarazada para confiar en su cuerpo y lograr satisfactoriamente dar a luz, en particular si la pérdida se acompaña de anomalías fetales o problemas genéticos.

Según BOWLBY (1984) la disminución de la autoestima aparece en la etapa de desorganización como una característica similar a enfermedades depresiva.

2.3 CARACTERÍSTICAS, FACTORES O CONDUCTAS QUE CONTRIBUYEN EN LA ADAPTACIÓN DEL PROCESO DE DUELO.

Con respecto a la adaptación a esta crisis, se describen diferentes variables y/o factores que pudiesen influir en el desenlace de esta, de una manera positiva o negativa.

2.3.1 Características maternas.

2.3.1.1 Edad. Las respuestas a la pérdida del embarazo de las adolescentes, se han investigado en tres estudios.

BARGLOW, et al, (1973), encontró que las adolescentes presentaban etapas que se asemejaban a un proceso del luto. Experimentaban la etapa shock de forma reiterada, anhelando a su feto y soñaban con un nuevo embarazo. Los adolescentes también sentían culpabilidad, cólera, dolor, y desesperación. Además, identificaron un luto complicado que se caracterizaba por una persistencia de un estado emocional anormal, de una psicosis o de una hipocondría aguda, hasta un comportamiento autodestructivo y de una negación a largo plazo.

HOROWITZ (1978), se entrevistó con adolescentes 3 meses después de su pérdida y encontró pocas respuestas de pena. Llegó a la conclusión que las mujeres jóvenes habían recibido poca ayuda social para su pérdida y se encontraban con temor.

En el año 1984, al igual que SMITH et al, revelaron que estas experimentaban un embarazo a corto plazo luego de la pérdida, demostrando de alguna manera el intento de sustituir el hijo perdido.

2.3.1.2 Religión y creencias. El marco de la religión y de espiritualidad es extremadamente valioso, aunque no se asista a la institución misma. El tema de la vida después de la muerte es altamente considerado dentro de las percepciones de las mujeres, quienes opinan que los hijos estarán en un lugar bueno y seguro, y en algunos casos, serán estos cuidados por sus antepasados. El buscar respuestas a los acontecimientos adversos inesperados, tales como la pérdida de un bebé, ayuda en la resolución del proceso Duelo.

La creencia religiosa se basa en la visión que Dios tiene una razón en todo lo que suceda al ser humano. (TOLEDO, et al, 2004).

El identificar un propósito para la experiencia de pérdida es provechoso en el proceso curativo, porque se consigue a las mujeres más allá del acontecimiento trágico, facilitando y fomentando su desarrollo para diferenciar y percibir la vida de otras formas en el futuro (VAN, P.2001).

Los rituales como el funeral, favorecen los objetivos integradores y reguladores, mediante la provisión de una estructura para el caos emocional del Duelo. (TOLEDO, et al., 2004).

Ver al feto muerto ayuda a la resolución de la pena, al igual que una ceremonia apropiada del entierro o de la cremación. La mayoría de las mujeres que tienen espontáneamente un parto con feto muerto o muerte neonatal, piensan que están fallando en su función reproductiva, y se beneficiarían al realizar estas conductas. (BLACK, 1998).

2.3.2 Características del embarazo.

2.3.2.1 Edad gestacional y vínculo afectivo. KLAUSS Y KENNEL (1971), describieron las etapas del desarrollo del vínculo afectivo de los padres hacia el feto intrauterino. Entre las etapas descritas por los autores se destacan: Planificación del embarazo, confirmación del embarazo, aceptación del embarazo, percepción de los movimientos fetales, aceptación del feto como individuo (persona), nacimiento, visión del bebe, primer contacto visual, contacto físico con el bebe, responsabilidad ante el bebe.

Las últimas semanas de embarazo son consideradas como un período psicológicamente difícil, como un conflicto progresivo del binomio atracción-rechazo (ilusión por ver el hijo/miedo al parto y a lo que pueda suceder a ambos), no es menos cierto que los padres se encuentran esperanzados con la inminente llegada de su hijo.

Una vez iniciado el camino hacia la maternidad, si este se ve perturbado, pueden producirse pérdidas de afectividad y reacciones psicológicas patológicas, consecuencias de la no adaptación. (GARCÍA, et al., 1999).

El parto cierra la etapa del embarazo con lo que la verdadera actividad maternal se inicia cuando la madre se ocupa de la criatura. Cuando este acontecimiento se ve truncado y acontece la muerte del producto de la concepción en la fase perinatal, los padres se enfrentan con la tarea de cambiar de emociones y, en lugar de alegría, se ha de asumir el choque y el dolor de la pena.

El impacto de la muerte de un recién nacido es singular para los padres, ya que les quita una parte importante de su futuro y les deja una ausencia que pueden percibir durante toda la vida.

Los lazos afectivos de los padres aumentan al progresar el embarazo, así pues la aflicción también se relaciona con la edad gestacional. Se ha evidenciado que las pérdidas tardías en el embarazo se asocian con reacciones más intensas que las pérdidas tempranas. (GARCÍA, et al., 1999).

TOLEDO (2004), observó como las muertes perinatales a término o tras el parto, eran más difíciles de aceptar para los familiares que las muertes en torno a las 28 semanas de gestación. La principal pérdida es sufrida por la madre ya que lleva conviviendo con su hijo en todo el embarazo, y ha pasado por el proceso de aceptación del embarazo. Sí ya resultaba muy difícil,

superar un aborto una vez que se ha aceptado el embarazo, mucho más lo es después de las 20 semanas de gestación cuando la madre percibe los movimientos fetales y se produce entonces el proceso de vivificación del feto.

2.3.3 Conductas del equipo de salud que favorecen el proceso de duelo.

2.3.3.1 Visualización de ecografía. Es probable que el grado de la pena esté relacionado directamente con la edad de la gestación y la proyección de imagen en la ecografía del feto, ya que ha dado lugar al reconocimiento anterior de su humanidad y pudo haber aumentado la probabilidad de una reacción más severa de la pena. (DAVIDSON, 1995).

2.3.3.2 Momento de la muerte. Las muertes más traumáticas son las que se producen de forma inesperada durante el trabajo de parto o poco después del nacimiento. En los casos en que puede preverse la pérdida, aunque la pena es la misma, la pareja tiene la posibilidad de anticipar la tristeza, lo que proporciona cierta preparación emocional para la pérdida final. (GARCÍA, et al, 1999).

Es recomendable inducir la entrega de información tan pronto como sea factible después del diagnóstico de la muerte en útero. También es beneficioso proporcionar un ambiente tranquilo para que la mujer pase tantas horas como ella desee estar con su hijo muerto.

Con respecto al tiempo en que se diagnostica la muerte en útero, si se retrasa 25 horas o más, un cuarto (23%) de las mujeres con tal retraso presenta síntomas relacionados con ansiedad, comparado con el 5% entre las mujeres sin este retraso y a las cuales se les da la información enseguida. (RADESTAD, 1996).

2.3.3.3 Causa de muerte. Si se proporciona la posibilidad a los padres de realizar una autopsia, el 81% de estos refiere esta medida como una forma de descubrir las razones de la muerte y que resulta ser beneficioso para su tranquilidad (RANKIN, 2002).

2.3.3.4 Analgesia durante el trabajo de parto. Si a la muerte perinatal se le suma que en el momento del parto se le haya sedado o anestesiado, se incrementa aun más la sensación de irritabilidad y el período de shock. (CORDERO, et al, 2004).

La usuaria desde que conoce su estado de gravidez tiende a asociar el nacimiento con dolor, lo asume por ser considerado como transitorio y además porque será recompensado con el nacimiento de un nuevo ser, "su hijo". Cuando ocurre una muerte fetal, el resultado final ya no es el esperado, por lo cual la paciente no justifica que a su dolor psicológico se le agregue el dolor físico, lo rechaza y generalmente hay hostilidad ante su aparición, motivo por el cual se les debe ofrecer oportunamente la analgesia a la dosis adecuada para controlar el dolor, pero no para evitar sus sentimientos de aflicción. Idealmente la anestesia no debe imposibilitar a la madre para ver y cargar a su bebé después del alumbramiento. (GONZÁLES, et al, 2002).

2.3.3.5 Tipo de parto. Respecto a la preferencia de la forma de terminación del parto, la gran

mayoría concluye en cesárea, en el caso de muertes fetales de más de 32 semanas de gestación, prefiriendo la operación antes que el sufrimiento del parto sabiendo que esta vez no tendrá un final feliz.(TOLEDO, et al, 2004).

2.3.3.6 Nacidos con malformaciones. Las madres de neonatos tienen con frecuencia una reacción de pesadumbre prolongada y síntomas de trastornos siquiátricos. No obstante, cuando los profesionales expresan que un mortinato malformado podría sufrir toda su vida las consecuencias de su defecto, la muerte se presenta como un desahogo, y en la resolución es más favorable. (GARCÍA, et al, 1999).

2.3.3.7 Experiencia con mortinato en el momento del parto. En el momento del parto, ver o sostener al óbito, permite que la negación, etapa del Duelo, sea más fácil permitiendo que la pareja pase al siguiente paso en el proceso del Duelo. (FURRCH, et al, 1989). Como también el guardar pertenencias de este como pelo, tarjeta identificación, incluso fotos del feto. (BECKEY, 1985).

Madres que habían tenido pérdidas perinatales, mostraron mayor ansiedad materna 3 años después de la muerte, que se asociaba a no haber permitido a la madre estar con el niño el tiempo que deseaba, o el no haber podido guardar un recuerdo de él. (RADESTAD, 1996).

HUGHES y col (1996), estudiaron los efectos del tipo de contacto con el mortinato sobre sintomatología psiquiátrica; depresión, ansiedad, síndrome por estrés postraumático, etc. y otras variables de efecto a largo plazo, como la calidad del vínculo con el hijo siguiente. Ellos sugieren que las madres que optaron por no ver y no tocar a su hijo muerto, tenían mejores resultados que las que siguieron las recomendaciones del equipo de acercarse y tocar a su hijo.

Las mujeres que no vieron ni sostuvieron a su hijo tenían puntajes de depresión significativamente más bajos en su siguiente embarazo, con menos síntomas de ansiedad y síndrome por estrés postraumático. Los hijos nacidos posteriormente, en el grupo de mujeres que vieron y tocaron a sus hijos fallecidos tenían más probabilidad de tener conductas de apego desorganizado (congelamiento, ambivalencia, etc.) que los hijos de las mujeres que no habían visto al niño. Ninguno de estos resultados era explicable por el tiempo transcurrido desde la pérdida. Por otra parte, ritos comunes como guardar fotos y hacer un funeral, no parecieron en sí mismo dar mejoría alguna en las variables estudiadas. Sin embargo, la satisfacción con la atención recibida se asoció globalmente con un contacto posterior por un asistente social, recibir material explicativo acerca del Duelo, guardar un objeto que les recordará a su hijo y realizar un funeral. (TURTON, et al, 2002).

Los datos de este estudio indican también, que algunos padres que vieron y abrazaron a su niño no tenían resultados adversos. Sin embargo, para algunas madres, más que crear recuerdos que ayuden en el proceso de recuperación del dolor, ver y abrazar al niño muerto las traumatizó. Es posible que los recuerdos de ese momento, para un grupo de pacientes, puedan transformarse en percepciones traumáticas y repetitivas, que vuelven una y otra vez como fantasmas, al modo típico de los recuerdos del evento, en el síndrome por estrés postraumático. (HUGHES P, 2001).

Quizás uno de los hallazgos más interesante de este estudio fue que no hubo homogeneidad en los resultados adversos. Las madres que vieron y tomaron al niño tuvieron resultados peores que las que solo lo vieron, las que sólo vieron, tuvieron peores resultados que las que ni vieron ni abrazaron a sus hijos. Una posible explicación a los buenos resultados en el grupo que no vio ni tocó, es que estas madres pueden haber sido mujeres especialmente seguras psicológicamente. También es probable que las diferencias de estos resultados den cuenta de estrategias de afrontamiento y, más importante aún, del tipo de manejo de la situación por parte del equipo médico (DEFEY, 1995).

Según TOLEDO y col.(2004) muchos padres manifestaron tras la muerte de su hijo o si ésta se produjese, su deseo de ver al mortinato o incluso acariciarlo, sin embargo una minoría lo refleja como algo muy desagradable y no se encuentran preparados para ello, sobre todo si el feto presentase alguna malformación o no se encontrase en buen estado. Aunque el contacto físico con el mortinato, sus objetos relacionados, o la visualización son elecciones que ayudan a muchos padres a desarrollar de manera adecuada el proceso de Duelo, estas conductas no son elegidas por todos los padres por lo que no se debe nunca presuponer o limitar las elecciones paternas respecto a las conductas tras la muerte perinatal.

2.3.4 Recursos y redes de apoyo.

2.3.4.1 Recursos familiares. Uno de los principales motivos por los cuales el Duelo se torna disfuncional o patológico, suele ser por la falta de comunicación entre la pareja, y la tendencia de la comunidad a restar importancia a esta situación. (TOLEDO, *et al*, 2004).

Las parejas deben enfrentar la pena o Duelo, aceptar el llanto y la depresión; y las distintas formas en que expresen sus sentimientos, ya que muchas pueden sentir que no pueden compartir, afectando la convivencia de ambos. (CORDELL, *et al*, 1989).

El marido suele ser blanco de enfado porque la mujer lo culpa de no tener los mismos sentimientos que tiene ella, o al menos la mujer percibe que no son los mismos. Generalmente, en las circunstancias que rodean a la pérdida, el marido se siente impotente y su necesidad de parecer fuerte y de apoyar, la mujer la suele interpretar como falta de interés. No hay que minimizar la pérdida centrándose de manera optimista en el futuro y en la posibilidad de otro embarazo u otros hijos. Aunque no es extraño que algunas parejas quieran iniciar un embarazo inmediatamente después de haber sufrido una muerte perinatal. (TOLEDO, 2004).

2.3.4.2 Redes de apoyo. Según, DURKHEIM (1971), la pérdida de miembros de una sociedad a través de la muerte, es una amenaza que promueve la implantación de mecanismos institucionalizados para integrar de alguna forma, a los muertos en el sistema social actual y regular también los sentimientos de los que los lloran. WALKER (2004), pone de manifiesto los sistemas de Duelo y destaca sus rasgos tanto privados como públicos. Estos rasgos serían los rituales, las culturas locales y los grandes significados de la muerte en las comunidades humanas.

Un estudio controlado ha demostrado que el breve asesoramiento puede reducir perceptiblemente morbosidad en padres después de una pérdida perinatal y los amigos proporcionan una fuente útil de apoyo, los amigos compasivos, y las fundaciones. (WHITE, et al. 1984) (FORREST, 1982).

Otro problema que se presenta es si se debe hablar sobre el hijo o no. Cuando se evita hablar del niño se encuentra implícito en este mutismo una serie de mensajes que dificultarán el duelo. Si la muerte no merece ser discutida y el hijo no es mencionado, quizás es porque no tiene ninguna importancia. Evitar el tema, disimularlo, implica que el trabajo del Duelo sea peligroso. (SCHNAKE et al 2004)

2.3.5 Calidad de atención.

En lo que a Calidad en Salud respecta, una definición que ha ido ganando adeptos es la dada por el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de Norteamérica, donde definen calidad como "el grado por el cual los Servicios de Salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual. (LORH 1991).

La calidad en salud siempre lleva implícitos dos conceptos que son: 1. La excelencia técnica, esto es, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder. En otras palabras, "hacer lo correcto, correctamente y 2. Adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad (BLUMENTHAL, 1996). Dentro del último punto la calidad de los servicios depende de las actitudes de todo el personal que labora en el servicio, se define actitud como un conjunto de pensamientos, valores, creencias, hábitos, tradiciones, carácter, personalidad, emociones, etc., que marcan todas nuestras acciones u omisiones.

Dentro de este contexto, la calidad de los cuidados recibidos por una mujer que da a luz a un óbito, es crucial para el bienestar de largo plazo y limitar el periodo entre el diagnóstico y la inducción de la entrega disminuye el riesgo de ansiedad. (TRULSSON, et al. 2004.)

Por otra parte, factores tales como muerte inesperada, ausencia de apoyo social, historia de pérdidas recurrentes pueden predecir una mal adaptación después de la muerte de un hijo recién nacido. Así, un 20% de los padres puede desarrollar síntomas de síndrome por estrés postraumático y depresión pre y postnatal en el siguiente embarazo. (TURTON, 2001).

Las actitudes y conductas del personal tienen consecuencias directas sobre la familia. Se puede caer en el error de tratar los síntomas físicos y psicológicos administrando tranquilizantes a los padres y olvidando el ofrecer una asistencia global y humanizada. Con frecuencia se tiende a evitar hablar del tema y favorecer las conductas de evasión. (GARCÍA, et al. 1999). En cuanto a estudios Bolivianos donde apuntan hacia la calidad de atención, muchas mujeres dicen que para ellas, recibir un trato respetuoso tiene importancia crucial y que las actitudes de

condescendencia de los encargados de prestar servicios son el mayor factor de disuasión para el uso de dichos Servicios de Salud Materna (SEOANE, 1996)

Una forma de "asegurar" calidad es a través de la confección de normas, pautas o guías, que contienen afirmaciones, desarrolladas sistemáticamente, basadas en los conocimientos profesionales vigentes, tendientes a ayudar a los prestadores de los servicios en la toma de decisiones, facilitando así el desarrollo de un proceso de prestación de servicio "de calidad". Esta norma es creada por un comité de expertos, que definen lo que es la calidad para un determinado servicio o procedimiento. (GARCIA, 2001)

En el Hospital Clínico de Valdivia las normas o manejo de muerte fetal, se establecen a partir del momento en que se conoce el acontecimiento. Para el Equipo de Salud, su principal objetivo es prevenir los efectos negativos sobre la salud materna, finalizar la gestación, diagnosticar la etiología de la muerte y ofrecer a la pareja consejería. Dentro de las consideraciones en el tratamiento de la pérdida fetal se aconseja facilitar el proceso Duelo, no facilitando el aislamiento con las otras parturientas o puérperas, proporcionar el acompañamiento de la pareja siempre y cuando no se espere un feto con malformaciones severas, entregar información clara y completa a los padres; presencia del padre o Doula en el parto, administración de analgesia suficiente para el tratamiento del dolor, pero que esta no inhabilite a la mujer conocer al mortinato, solicitar necropsia de rigor con el fin de aclarar etiología de la muerte, proporcionarle o participar en el arreglo del funeral, seguimiento posterior incluyendo estudios; y consejería en paternidad responsable.

Dentro de los procedimientos de enfermería obstétrica realizadas por el profesional matrona/matrón se recomienda ayudar a la madre a tratar la crisis y Duelo por pérdida, favorecer la evolución del trabajo de parto, referir para sedación, mantener integridad de la bolsa de las aguas, disminuir las distocias del alumbramiento y post-alumbramiento, no realizar maniobras bruscas y disminuir el riesgos de Discoagulopatías. (GUIAS PERINATALES, 2003)

A nivel primario la mujer pasa rápidamente a la actividad estipulada por el Programa de Salud de la Mujer, la planificación familiar, donde la mujer tiene dos opciones a seguir, elegir algún método anticonceptivo o prepararse para una futura gestación. Sólo se trata el Duelo si la usuaria manifiesta signos de depresión por lo que la conducta a seguir en este nivel es referir a él o la profesional psicólogo(a).

En el Hospital Regional de Temuco a diferencia de Valdivia, trabajan el Duelo a través de un protocolo de atención diseñado por este centro, donde existe un Comité de Duelo Neonatal integrado por Matronas, Enfermeras, Médicos, Psicóloga y Técnicos Paramédicos. Las normas están orientadas a cumplir objetivos definidos en relación a los padres de un mortinato ó de un recién nacido que fallece inesperadamente ó de un neonato gravemente enfermo, y en relación al personal del Equipo de Salud que trabaja en la unidad de Neonatología del Servicio de Pediatría y del Servicio de Obstetricia y a todos los funcionarios involucrados en el proceso del Duelo y en relación a la Institución. También este hospital a creado un taller informativo dirigidos al Equipo de Salud para intervenir frente a esta situación donde no sólo abordan la

atención hacia la mujer si no que aporta orientaciones para enfrentar este tipo de situaciones.
(MANUAL DE DUELO PERINATAL TEMUCO, 1999)

3- MATERIAL Y METODOS.

3.1 TIPO DE ESTUDIO.

Diseño de tipo cualitativo no experimental, exploratorio y de tipo fenomenológico. Es un estudio cualitativo ya que se pretende comprender la experiencia del Duelo a partir de la voz de quienes lo padecen, las mujeres con antecedentes de pérdida fetal y la vivencia del Equipo de Salud frente a esta situación. De tipo fenomenológico, ya que se describe la experiencia de estas mujeres, a través de detalladas descripciones, para poder intentar comprender la experiencia vivida. (HERNANDEZ, 2003)

A través de esta metodología se explora la percepción de las mujeres con antecedentes de mortinato en relación al significado que le otorgan a la pérdida y Duelo.

Se analiza además la representación referidas por estas mujeres, conductas del Equipo de Salud que fueron las más beneficiosas para la resolución del Duelo. Se reconoce mediante esta investigación las redes de apoyo más utilizadas y las de más significancia en la adaptación de este suceso.

Otro aspecto importante dentro de esta investigación es la exploración de la percepción de los Profesionales y no profesionales de la Salud sobre el proceso Duelo; y conocer además, como se organizan los sistemas de apoyo institucionales para ayudar en la adaptación de esta mujer con la finalidad de conocer dos realidades diferentes.

3.2 TAMAÑO Y SELECCIÓN MUESTRAL.

La muestra seleccionada fueron: mujeres con antecedentes de pérdida fetal y funcionarios del Hospital Base de Valdivia (HBV), del Servicio de Obstetricia y Ginecología; y/o funcionarios de Consultorios o CESFAM de Valdivia.

3.2.1 Definición de la población 1.

La población sujeto correspondió a las mujeres con antecedentes de mortinato atendidas en el Hospital Base de Valdivia (HBV), en el periodo enero-diciembre del 2004.

3.2.1.1 Criterios. Los criterios para la selección de esta muestra fueron los siguientes:

3.2.1.1.1 Criterios de inclusión: dentro de los requisitos establecidos en esta investigación, se consideró a las mujeres con pérdida fetal, ocurrida en el segundo y tercer trimestre, durante el período comprendido entre enero- diciembre del 2004, residentes en Valdivia.

3.2.1.1.2 *Criterios de eliminación:* mujeres que no se consideren en los requisitos ya establecidos, mujeres con gestaciones múltiples y cuyas pérdidas provocaran histerectomía.

3.2.1.1.3 *Criterios de exclusión:* Mujeres que no accedieron a participar voluntariamente en el estudio y actualmente estén bajo tratamiento psicológico por alguna causa diferente o que por problemas de salud, le impida acceder.

3.2.2 Definición de la población 2.

Correspondiente al equipo de Salud encargado de atender a mujeres con antecedentes de mortinato, se consideró a los Profesionales y no profesionales del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HBV y los o las profesionales de los Consultorios o CESFAM de Valdivia.

Se seleccionó en forma intencionada, de la unidad de Partos a un médico especialista y un médico becado, un profesional matrona (ón), y un técnico paramédico. De la unidad de Puerperio, se seleccionó a una matrona, y por último un profesional matrón(a) como representante de los consultorios. La muestra total fue de 6 profesionales de la salud.

3.2.2.1 Criterios

3.2.2.1.1 *Criterios de inclusión:* profesionales o no profesionales de la Salud cuya experiencia clínica sea superior a 5 años, a excepción del médico becado, que hayan atendido a mujeres con muerte fetal.

3.2.2.1.2 *Criterios de eliminación:* profesionales o no profesionales que dentro de su experiencia clínica no hayan atendido a mujeres con mortinato.

3.2.2.1.3 *Criterios de exclusión:* profesionales y no profesionales que no accedan a participar en la investigación.

3.3 INSTRUMENTOS.

Se realizó entrevistas en profundidad a la población designada 1, de tipo semi-estructurada la cual contó de preguntas según las dimensiones y categorías de análisis propuestas. Para la población designada como 2, se realizó una entrevista estructurada. (Anexo 2 y 3).

3.4 RECOLECCION DE DATOS.

Se identificó a la población en estudio de acuerdo a los criterios y/o requisitos descritos con anterioridad. La fuente de información para la selección fue proporcionada a través de los

registros de el libro de mortinatos existente en la unidad de Partos del HBV, que sirvió como base para la identificación de la población 1.

Las estadísticas del HBV, señalan que en el año 2004 la mortalidad fetal afectó a 10 mujeres valdivianas con los criterios ya antes mencionados la cual se seleccionó en su totalidad.

Luego de esto, se contactó a las usuarias, se les informó y explicó los objetivos de la investigación, así como el carácter de confidencialidad de los datos obtenidos y el uso de estos últimos sólo con fines académicos y de investigación, solicitando su consentimiento para la entrevista (Anexo 1). Solo cinco de las diez usuarias correspondiente a la muestra, aceptaron ser parte de la investigación. Dos de ellas no aceptaron ser parte del estudio, una por encontrarse en un proceso judicial con el Hospital por la muerte de su hijo; y la otra por encontrarse bajo un tratamiento psicológico por la pérdida de su hijo y la histerectomía a la cual se vio sometida.

Se acordó la fecha para la entrevista en profundidad, que fue realizada por la investigadora en una o dos sesiones privadas entrevistador-entrevistado cuya pauta se encuentra en el anexo. (Anexo 2). Las entrevistas se realizaron en la casa habitación de cada usuaria, en una habitación que propició un ambiente cómodo para ellas, donde pudieron expresar sus sentimientos, permitiendo el resguardo de la identidad y privilegiando la privacidad, sin distractores.

En relación a la muestra correspondiente a los Profesionales y no Profesionales de la Salud, se seleccionó de acuerdo a los criterios y metodología ya mencionada. A éstas/os se les entregó la información correspondiente a la investigación, solicitando su consentimiento para participar. Las entrevistas correspondientes a los funcionarios fueron realizadas en su lugar de trabajo.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Con el fin de asegurar la confiabilidad y validez de los resultados obtenidos, se procedió a transcribir desde la grabadora, registrando rigurosamente lo referido por él o la entrevistada(o), se revisó las notas de campo de manera de reproducir lo más fidedignamente posible las respuestas de la entrevistada(o).

Posteriormente, se leyó varias veces el contenido del discurso, con el fin de comprender e interiorizarse con cada uno de ellos, y de esta manera poder situarse y vivir lo experimentado por ambas poblaciones. Se subrayó en cada discurso más relevante de acuerdo a los objetivos planteados con anterioridad. Cada uno de los discursos seleccionados, fueron identificadas con números arábigos correlativos.

El siguiente paso, fue la construcción de un cuadro de análisis ideográfico, en donde se transcribió en la columna izquierda, las unidades de significado o discursos significativos en el mismo orden en que fueron seleccionadas, para posteriormente realizar en la columna derecha,

la reducción fenomenológica. Esta reducción se realizó en primera persona y sin alterar el significado del discurso, estas unidades mantuvieron la numeración antes mencionada.

Posteriormente se confeccionó el cuadro de convergencias, en donde se agrupan las unidades de significado reducidas, según convergencias en el discurso, es decir, aquellas que presentan aspectos comunes. En la columna de la izquierda de este cuadro, se transcribieron las unidades de significado reducidas y agrupadas, a las cuales se les adjuntó una letra del alfabeto.

En el lado derecho del cuadro, siguiendo el orden correlativo para el alfabeto, se procedió a interpretar cada una de las convergencias en tercera persona; es en este momento es cuando habla el investigador, manteniendo y respetando la experiencia impresa en cada relato.

Por último, se realizó un análisis ideográfico, en donde se sintetizó las unidades de significado interpretadas, con esto se dio paso a caracterizar la estructura general del fenómeno. Previo a esto se propuso la retroalimentación del marco teórico, con el fin de hacer una búsqueda bibliográfica que sustente la investigación según los hallazgos encontrados, de aspectos no considerados en la formulación del proyecto.

Dentro de las categorías de análisis que se descubrieron se encuentran en el siguiente cuadro:

Categorías de análisis	Subcategorías
Significado de maternidad.	
Significado de pérdida fetal.	
Respuestas y/o reacciones frente al proceso duelo.	Sentimientos Conductas Cogniciones Reacciones físicas
Conductas y/o estrategias del equipo de salud que favorecieron el proceso duelo.	Calidad de atención. Vivencia con mortinato después del parto. Experiencia del puerperio.
Redes de apoyo	Importancia de familia. Importancia de la pareja. Sociedad.

4- RESULTADOS

4.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.

4.1.1 Población 1.

Dentro de las características sociodemográficas de las usuarias a investigar, se destacan mujeres casadas, conviviente y solteras. Estas últimas a pesar de ser socialmente vulnerables, cuentan con el apoyo de su pareja, al igual que el resto de las entrevistadas. Sus edades fluctúan entre 22-34 años y prácticamente todas son dueñas de casa, a excepción de una que ejerce el oficio de peluquera.

Con respecto a sus antecedentes ginecobstétricos, tres de las entrevistadas son primíparas, y sus pérdidas ocurrieron entre el segundo y tercer trimestre de gestación. El tipo de parto fue vía vaginal, en todos los casos.

Otra característica a destacar es que dos de las entrevistadas se encontraban embarazadas al momento de realizar este estudio, siendo considerable el lapso intergenésico breve transcurrido desde la pérdida (< de 1 año). La causa de la pérdida es variada en todas las usuarias, desde causas maternas hasta fetales.

Tabla 2: Características sociodemográficas y obstétricas de las usuarias con antecedente de mortinato, ocurridas en el HBV en el periodo de enero-diciembre del 2004.

	CARACTERISTICAS
I	Casada-30 años-Peluquera-Primigesta-Embarazo de 24+5 semanas. –Causa: preclampsia severa -Parto normal.- Vive solo con pareja.
As.	Soltera -22 años –Dueña de casa- Primigesta-Embarazo 39 semanas - Causa: Desconocida Parto normal.-Actualmente embarazada.-Vive con padres.
An.	Conviviente-23 años-Dueña de casa-Primigesta-Embarazo de 37+3 semanas.- Causa: Síndrome Anticuerpos Antifosfolípidos no detectado. Parto normal. Actualmente embarazada. Vive con pareja
F	Conviviente-24 años-Dueña de casa- Multípara de 2-Embarazo de 24+2 semanas - Causa: malformación congénita Parto normal. Vive con pareja y dos hijas.
M	Casada- 34 años- Multípara de 2-Embarazo de 26 semanas -Causa: RPM-embarazo con DIU.-Parto normal. Vive con pareja, hijos y padres.

4.1.2 Población 2.

Tabla 2: Funcionarios del Equipo de Salud que intervienen en la atención de las usuarias que presentan mortinato en el Hospital Base de Valdivia y Consultorio de Valdivia.

PROFESIONAL	
Medico Especialista.	Me.
Medico Becado.	Mb.
Matrona Partos.	Mpa.
Matrona Puerperio.	Mpu.
Matrona Consultorio.	Mc.
Técnico Paramédico.	Tp.

4.2 SIGNIFICADO DE MATERNIDAD.

De acuerdo a los análisis realizados a cada uno de los discursos, existe una clara tendencia de las usuarias con experiencia de mortinato, a señalar la maternidad como un suceso sumamente importante dentro de cada mujer, el cual no se asemeja a ningún otro acontecimiento positivo de sus vidas, y que el vivenciar esta experiencia sólo le corresponde a ellas por la condición reproductiva que les otorga ser mujeres. A su vez señalan la maternidad como un proceso que surge a lo largo del tiempo y que una vez adquirido el título de madre, se vuelve irrenunciable y perpetuo. Manifiestan además, como única la experiencia de sentir vida dentro de su útero, al percibir movimientos fetales.

“Es la experiencia más linda que he podido tener en mi vida...tener un bebé en mi vientre, saber que tiene vida y que por mi él depende, para mi eso lo más lindo” (As).

“Maternidad es algo bonito, la mujer se siente realizada con su hijo, te llena, te sientes bien, acompañada, es para toda la vida, es lo más bonito que hay” (F)

Con respecto al momento exacto en que ellas perciben el inicio de la maternidad, se puede apreciar diferencias en las percepciones de primigestas y multíparas, demostrando así que la paridad es independiente a la percepción en que estas mujeres asumen ser madres. Para algunas la maternidad, se inicia desde el momento en que se enteran que están embarazadas.

“Me hice un test y me sale positivo y como que nace una sensación....Para mi la maternidad fue lo más grande” (I)

Otras usuarias entrevistadas, perciben la maternidad a partir del parto cuando experimentan contracciones uterinas hasta el expulsivo, seguido de la experiencia de ver a sus hijos y así confirmar su existencia.

“Todavía no sé lo que es la maternidad, no sé lo que se siente, porque claro uno vive embarazos. No he vivido lo que es tener mi guagua en mis brazos” (An).

Las creencias religiosas han sido señaladas como un factor influyente en el significado de la maternidad que poseen, frente a la adopción del rol materno y en su factor de patrón o función reproductiva.

“No se compara con nada, es algo que Dios nos da” (Fab.)

“Mi hijo fue como que... ¿no sé? Dios me lo mandó, porque sin tratamiento, sin nada, era como lo máximo que me había pasado” (I).

El antecedente de mortinato influye directamente sobre el significado de maternidad que se tenga, específicamente en el deseo de cursar nuevamente una gestación, debido a que en el caso de dos primíparas ha transcurrido menos de un año luego de la pérdida y cursan un embarazo, reflejando que es una necesidad el poder demostrar su fertilidad y además de alguna manera sobrellevar la pena que significó la pérdida.

“De la pesadilla que estaba desperté, y desperté a mi nueva guaguita, porque en él me aferro, me da esperanza, felicidad. (As)

La causa de la muerte fetal de algunas de las entrevistadas, como es el caso de una Malformación Fetal y Eclampsia con compromiso renal, que imposibilita un embarazo; repercutió directamente en la decisión de una nueva gestación. Posponen la maternidad hasta que estas se sientan seguras de sí misma y no presenten ningún inconveniente que le imposibilite embarazarse y así evitar la recurrencia.

“Daría cualquier cosa por tener un hijo, pero depende de Dios y además no puedo por el daño renal que me dejó la preclampsia” (I).

“Mi caso fue complicado, fue por una malformación. Para los doctores un nuevo embarazo no sería uno normal, yo tuve algo complicado, igual pienso que podría pasar de nuevo, así que es una decisión complicada” (An)

Solo una usuaria decide renunciar a la idea de ser madre nuevamente, por la significancia de la muerte de su feto, decidiendo esterilizarse y así desligarse de la función reproductiva, pero no la de ejercer la maternidad por tener dos hijos anteriores.

“Al mes decidí esterilizarme, no había forma de que siguiera viviendo mi vida de pareja...tenía miedo a volver a pasar por lo mismo.” (M)

4.3 SIGNIFICADO DE PÉRDIDA FETAL.

Según la percepción de las usuarias, refieren la pérdida fetal como una de las crisis negativas más difícil de superar y enfrentar en una mujer. Lo declaran como un suceso único e inolvidable, perteneciente solo a ellas, por lo que aseguran que no se lo desean a nadie, el pasar por este sufrimiento.

“Marcó mi vida, todo el resto voy a tener que vivir aprendiendo a lidiar con la pena de no tenerlo conmigo, nunca se va a olvidar” (M)

“Es un dolor que uno siente, uno es madre, porque nadie más siente lo que tú sentiste; que se movió, que late su corazón, que ibas a cecografía y lo veías” (F)

Manifiestan un sentimiento de decepción al señalar como desilusión vivenciar todo el proceso de embarazo y que luego de tan larga espera culmine de una manera trágica, quedando la sensación de un sacrificio en vano.

“Tanto sufrimiento para nada, pero después quedarse sola y vacía”.

Se establece además la diferencia del significado de pérdida Fetal y frente a otras pérdidas significativas, donde se aprecia que para éstas, la pérdida de un hijo tiene una significancia y relevancia mayor dentro de sus vidas, debido a las consecuencias emocionales que éstas desencadena en su rol reproductivo, el significado que esta tenga de la maternidad y las expectativas con respecto a la reproducción; lo que hace que sea más difícil de superar por la repercusiones en la autoestima que le genera esto. En cambio, en la mayoría de pérdidas en personas significativas existe una especie de conformidad al señalar que estos, han disfrutado de su existencia, porque han cumplido su ciclo vital, lo que lamentablemente no se aprecia en el hijo que se pierde, haciéndose más insuperable.

“Creo que genéticamente estamos preparados para perder a seres queridos padres y hermanos, pero no hay nada que te prevenga del dolor inmenso que te generó la pérdida de un hijo”. (M)

“A mi abuelo yo lo disfruté tantos años y a mí hijo no le pude disfrutar...” (An)

También declaran que resulta más difícil de sobrellevar a medida que transcurre el tiempo de apego intrauterino a lo largo del embarazo, como así después del parto, siendo este un factor muy importante en la resolución del Duelo, ya que mientras más tiempo de vinculación mayor es la pena.

“Uno es madre, y los trae al mundo y se pierde el vinculo dentro de los nueve meses, en cambio un familiar no”. “No es lo mismo un aborto a un embarazo de termino” (As)

“La diferencia con la perdida de un aborto es que ahora fue todo el embarazo, fueron cosas diferentes y duras el otro no lo conocí.(An)

Se destaca dentro de este contexto la experiencia vivida por una entrevistada, que vivencia un Duelo anticipado cuando se diagnostica la malformación fetal incompatible con la vida, quién señala que es mucho más extenuante cuando se sabe con anticipación, el triste desenlace de su hijo en gestación.

“Lo que viví fue muy largo, no es como que tu quedas embarazada, sientes dolores, ¡ah! se te muere tu guaguaita, ¡que terrible!....Saber que esta viva y que se tiene que morir, es más terrible aún y que no pueden hacer nada más” (Án).

Desde el punto de vista del Equipo de Salud, al analizar sus discursos, la muerte es el término de una etapa, donde los únicos afectados son las personas que conviven con el deudo, avalando lo manifestado por las usuarias anteriormente.

“Para mí la muerte es lo más difícil que le puede ocurrir a una persona, no tanto para él que muere, si no para los que quedaran acá sufriendo por la partida (Tec)”

“Súper difícil porque bueno para mi la muerte más que una palabra es una transición, es una etapa que marca como el camino de la vida que se nos a trazado a todas las personas” (Me)

Se evidencia al analizar los discursos, la influencia de las creencias religiosas en el significado de la pérdida que el Equipo de Salud tenga, donde gracias a esta visión enfrenta con conformidad esta crisis, tratando de buscar una explicación.

“Creo en la resurrección, creo en la vida de nosotros como espíritu, que tenemos un alma y que por supuesto nuestra alma se compone de cuerpo y espíritu, en ese sentido si hay un término de ese cuerpo físico, pero la vida de ese espíritu sigue, entonces para mí no es algo tan, como tan terrible, si me es terrible no saber cuando voy a ver a esa persona que murió, eso si. Eso te podría decir, es una etapa es un paso mas “. (Mpa)

Al referirse al Duelo, mencionan que es un proceso que viven las personas luego de la muerte de un ser querido, donde manifiestan un conjunto de síntomas y recuerdos frente a la persona muerta, que aparecen a medida que transcurre el tiempo luego de la pérdida y hasta que la muerte se hace superable, aceptando que la persona ya no esta alrededor de ellos. Estos discursos nos indicarían que para ellos el Duelo no es algo desconocido.

“Duelo es un proceso que viven las personas luego de la muerte, todo lo que tiene que ver con los recuerdos, de la persona que perdimos, donde nos vamos dando cuánta que esa persona ya no va estar, o sea el tiempo que nos vamos dando cuenta que nunca van estar”(Tec)

Con respecto a la muerte de un hijo el Equipo de Salud, señala que es lo más terrible que le acontece a una pareja, ya que el buen término de una gestación refleja el principio de una vida y no un final. Aseguran que este proceso es difícil de enfrentar, y por más que traten de

empatizar con estas usuarias, no podrán nunca sentir lo que vivencian y más aún si son primigestas por no poder así comprobar su fertilidad.

“Es complicado porque uno se coloca en el lugar de la paciente aunque quiera darle valor o consuelo o tranquilidad, uno nunca va a poder hacerlo, como bien, porque es un duelo propio es como difícil de enfrentar” (Me)

“Se que para ella, yo creo que para todas la mujeres es lo más terrible, yo creo que si me pasara no lo podría superar y sobretodo para las mujeres que vienen a tener por primera vez a su hijo, no terrible, que no lo puede superar, es algo de uno” (Mb)

4.4 REACCIONES Y/O RESPUESTA FRENTE A LA PÉRDIDA.

4.4.1 Sentimientos:

Entre las reacciones y/o respuestas ante el proceso Duelo por pérdida fetal sin duda la manifestación más reiterativa es el sentimiento de miedo, el que repercute fuertemente en lo que respecta al rol reproductivo, en lo que se relacione con las expectativas reproductivas, deseo de una gestación exitosa y la recurrencia de un suceso similar. Testimonios como los siguientes avalan lo traumático que resulta perder un hijo.

“No concebía la idea de acostarme con mi marido, por miedo a embarazarme y a pasar por lo mismo”... “Tengo miedo que vuelva a pasar por lo mismo, no quiero ni pensarlo” (M).

“Me da miedo a que vuelva a pasar”... “Es súper fuerte, vivo con miedo, pero siempre con miedo”. (F).

También existe miedo al enfrentar la rutina y escenarios que le recuerden el proceso vivido.

“Quedaron muchos miedo, me dejaron insegura por cualquier cosa, me gustaría superarlo, me dan miedo los médicos” (I).

“En la vida cualquier cosa me atemoriza” (I).

Es importante destacar que el miedo también se presentó en dos de las primíparas en estudio, las que al momento de entrevistarlas se encontraban embarazadas, manifestando que este incrementaba a medida que transcurría las semanas de la gestación actual, al recordar la experiencia anterior. Este sentimiento perduraba a pesar de contar con el apoyo familiar y del Equipo de Salud lo que de alguna manera hacia sentirse protegidas en lo que se respecta a su salud física y psicológica.

“Hay cosas en este nuevo embarazo que lo mezclo con el anterior”... “El miedo más grande es que vuelva a pasar lo mismo” (As).

Con respecto a la autoestima, la pérdida de un hijo repercute profundamente en la percepción que estas tengan de sí mismas, al verse invalidado el rol reproductivo, donde el significado que estas den a la maternidad tiene una gran relevancia, ya que durante toda su vida se han preparado para esto y de un momento a otro se le impide ejercer y validar esta condición lo que se torna estresante para ellas, llegando a sentir frustración por no poder demostrar su fertilidad frente a la sociedad y su entorno familiar especialmente, provocando muchas veces a las que ellas mismas definen como depresión.

“Baja la autoestima...” (Án)

“Mi personalidad cambió, me sentía vacía como que me faltaba algo, ni mi marido, ni mi mamá, nadie lo llenaba. Es triste, a veces me da depresión...mi autoestima cambió, me sentía como mujer fracasada, que no fui capaz de darle un hijo a mi marido, es muy importante para mi...Perdí la vista, me sentía fea, se cayeron las mamas, la piel manchada, nerviosismo y no valía la pena pasar eso” (I)

“Para mi como que el mundo se había acabado, no encontraba para que seguir viviendo, echarme a morir, no quería seguir viviendo, no tenia por quien vivir (As)

“Tengo mi autoestima baja, yo creo que todavía me cuesta levantarme, me caigo al sillón veo tele.....Mi autoestima bajó al culparme todos los día de no haber abrigado, protegerlo” (M)

“Era un zombie, no era yo, hacia las cosas mecánicamente, para pasar luego el día y la noche y olvidar tratar de pasar rápidamente el día...” (M)

Otros de los sentimientos manifestados por estas mujeres se destacan la rabia, impotencia, frustración y sufrimiento. Estos se presenta al momento de saber la noticia en la etapa de shock que experimentan, al no encontrarle un sentido o causa al acontecimiento que está obligada a vivir, sentimientos que manifiestan hacia el Equipo de Salud o contra sí mismo, claramente buscando una explicación mediática a esto.

“Lloré hasta que me canse como que exploté, como que lo tenia acumulado adentro, no lo sacaba y en algún momento me iba a tener que enfermar” (Á)

“Era una rabia interior grande e impotencia por que fue negligencia de un médico y no mía” (I)

“Existe una ilusión frustrada de verlo otra vez, verlo reír y llorar” (M)

“El trauma físico fue doloroso” (M)

4.4.2 Conductas:

Dentro de las conductas que se manifiestan dentro del Duelo, se presenta el marcado abandono o deterioro de relaciones sociales o familiares. Estas tienden a aislarse, inclusive de sus propios familiares, ya que sienten que este sufrimiento es únicamente perteneciente de ellas, por ser ellas las únicas responsables de la gestación, lo que hace pensar que nadie más sufre y que nadie las entiende.

“En mi caso yo no lo he comentado mucho para no hacerme daño. (I)

“No quería traspasar ese dolor a mi mamá, hermanos y parejas, no quería conversar detalles de mi trauma físico, porque sentía que era doloroso y cruel. No quería hacerme daño. Lo reservaba” (M).

“Me dan ganas de salir y perderme un día y estar sola. (Án)

Frente a la realidad de otras mujeres que enfrentan un embarazo, manifiestan envidia al ver reflejado el sueño de la maternidad en otras mujeres y no en ellas.

“Cuando mis amigas están embarazadas, es como una envidia sana. (I)

En relación a la interacción con el Equipo de Salud, estas tienden a presentar desconfianza al momento de la atención, como consecuencia a la experiencia traumática que le significó la pérdida.

“Ahora me fijo en la forma de mirar cuando me están haciéndome exámenes o los ojos por la experiencia vivida anterior (Án)

“Me cuesta tomar confianza con mi actual ginecólogo (I)

“Antes cuando estaba embarazada yo salía ahora trato que la gente no se da cuenta que estoy embarazada (Án)

Con respecto a la relación con sus hijos en madres multíparas, presentaron conductas de alejamiento a sus hijos debido a la inestabilidad psicológica a la cual se veían enfrentadas.

“No era capaz de cuidar a las chicas, no quería, lo hacía por obligación (F)

“Cambie con mis hijos los rechazaba porque no eran los hijos que yo quería tener, también con mi familia” (M)

“Me he acercado a Dios para que me pueda dar un hijo” (A)

4.4.4 Cogniciones.

Dentro de las reacciones cognitivas la más marcada es la irrealidad frente a lo que le acontece en el momento de enterarse de la muerte de su hijo, pensar que era un sueño o equivocación fue lo más reiterativo en ellas.

“Lo único que quería escuchar mentiras, que hubo una equivocación, hasta el día que lo tuve, esperaba que me dijeran que estaba viva. ¡Nos equivocamos! tu guaguita esta viva, era un sueño, una pesadilla, algo no creíble” (A).

“Mi vida se fue con mi guaguita cuando supe que ella había muerto, yo morí con ella”

Con respecto a sus creencias a pesar de presentar diferentes religiones todas relatan creer en Dios, y que sin duda su fé ha sido uno de sus recursos para enfrentar esta pérdida.

“Creo que está durmiendo y no en el cielo y el día que dios venga a la tierra.....todo lo que me dijeron las matronas lo acepté con cariño, no soy católica” (I).

4.4.5 Reacciones físicas.

Dentro de las reacciones físicas algunas de las usuarias señalan que aún perciben a su hijo dentro de su vientre, ya que esos fueron recuerdos marcados en ellas.

“ A veces siento como si aun estuviera embarazada, siento puntaditas es horrible mas cuando es embarazo avanzado y se sentía mover....no he olvidado los movimientos de la guatita, siento un vacío como si me faltara algo” (I).

4.5 CONDUCTAS O ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE FAVORECIERON EL PROCESO DUELO.

4.5.1 Calidad de atención.

Entre las opiniones vertidas por las usuarias se refleja cierta incongruencia al calificar la atención recibida, ya que depende de cada profesional como enfrente este proceso. Por lo que se dificultó representar subcategorías según profesional o según unidad de atención para poder evaluarla. Debido a esto sólo se destacaran las actitudes positivas o negativas que expresaron las usuarias con respecto a los profesionales y que generaron significancia en ellas.

Entre las **actitudes** calificadas como **negativas**, destaca la incapacidad de los profesionales para empatizar con la problemática en que se ven enfrentadas al momento de experimentar la crisis de perder un hijo.

“Se ponen como profesionales, se deben dar cuenta que uno esta sufriendo algo fuerte , deberían ser de otra manera la forma de decir las cosas, no ser tan profesional, ponerse en el lugar de uno, a lo mejor no han pasado por eso, pero lo que uno vive en ese momento es muy fuerte y doloroso.”(A)

“A veces el personal, incluyo médico, todos, como que ven tanta enfermedad y tantas guaguas que se pierden, todos los días que le da igual, es una más, como que están tan acostumbrados ya que nada les da, pero no es todo el personal...encuentran como que todo es normal, pero en parte tiene que ser así yo creo, no se... (I)

Este tipo de actitud genera en la percepción de estas usuarias, la idea que los profesionales se insensibilizan frente a estos acontecimientos, por la costumbre a estar expuesto frecuentemente a estas realidades.

Otra actitud negativa es la falta de apoyo otorgada por algunos de los integrantes del equipo de Salud frente a la pérdida, lo que puede generar fuertes reacciones en las usuarias. Llegando incluso a tener la percepción de sentirse de menor importancia frente al resto de las usuarias.

“Estaba teniendo a mi hijo y no se acercaban, habían madres que estaban pariendo hijos vivos, necesitaban mas atención que yo... yo no traía nada, eso era lo que yo me explicaba, fue doloroso que te dejaran de lado. Después trasladarte 2 – 3 camillas con tu hijo colgando, terminas de tenerlo.”(M).

Las **actitudes positivas** manifestadas por las usuarias son variadas y como se señaló anteriormente depende de cada profesional. Destacan entre estas la compañía en esos momentos donde se sienten solas, destacando significativamente a los estudiantes en práctica.

“Las estudiantes, me hacían cariño, me tomaban la espalda y la mano, yo les decían que no se vayan, porque me dolía y por que estaba sola, y ahí estaban las dos.” (A).

Entre las palabras de consuelo y de aliento, más reiterativas que expresan los profesionales y que son valoradas por las entrevistadas, se señalan las siguientes: *“no eres las única”, “vas a tener más hijos”, “eres joven aún”*.

“Cuando nació mi hijo desperté y no tenia guata era un vacío grande, me miraba y me hacia cariño, matronas auxiliares y estudiantes me daban animo, me decían vas a tener mas hijos, no eres la única” (I)

También señalan que dentro de la atención fue valorable el hecho de permitir el acceso de familiares a donde estuvieron hospitalizadas ya que les significó sentir mas acompañadas.

“El apoyo en parto no puedo decir nada, me llamaron por teléfono, me fueron a avisar y me dejaron hablar” (Á)

Valoran además actitudes que sobresalen de la atención clínica, donde los profesionales dejan ver su “lado humano”:

“Estoy agradecida de la pediatra, por decir al Dr. que dejara ver a mi guaguaita por que yo lloraba, fue mas allá de su deber ir a verme a recuperación, conversar y decirme que el dolor iba a pasar, que ella era católica y daba bautizos, me dio apoyo moral.”(M)

“Fueron a verme, se acordaban de mi , eran como mamás, iban mucho más de la parte humana, me hablaban de Dios , de mi hijo, que me ibas a cuidar que estaría conmigo, hay personas que están acostumbradas a ver tanta cosa y que te dedican un tiempito”.(I)

El hecho de aconsejar en la decisión correcta e incentivar a un nuevo proceso reproductivo fue considerado dentro de una actitud positiva.

“Los médicos me dijeron que si llegaba a quedarme embarazada me iban a apoyar, pedirían exámenes y otras cosas más y todo bien detallado y que en el otro embarazado no tuve...” (A)

Manifiestan como excelente administrar un analgésico al momento de encontrarse en trabajo de parto, debido a que ya encontrarse en esa situación genera un dolor físico relacionado con la contractibilidad uterina, se le suma a este el dolor emocional que hace que sea extenuante e insuperable .

“Con el dolor que uno estaba pasando más ese, lo mínimo que deberían dar es un analgésico...fue lo mejor” (An)

Otras estrategias o conducta significativas para algunas usuarias fue el hecho de conocer, sobre sus patologías por Internet, dato que era desconocida para ellas luego de la pérdida, lo que les permitió reafirmar sus expectativas de una futura maternidad.

“El haber informado es una buena herramienta, porque era algo nuevo para mí. Empecé ir a la posta y la matrona me bajo por Internet todo lo relacionado con mi enfermedad y pude leer las pérdidas que uno puede tener y el tratamiento cuando se está embarazada y no perder el embarazo, el 75 % puede salir bien”. (As)

Frente a la postura del funeral a esta decisión o acontecimiento, existe una clara preocupación de parte del equipo de Salud, por informar este derecho, pero es decisión exclusiva de los padres el llevarlo a cabo. Solo una usuaria no tuvo la oportunidad de acceder al funeral, debido a que delegó la decisión a su pareja quien decide no realizarlo. Las usuarias que sí tuvieron acceso a un funeral manifiestan que es una excelente medida, a pesar de que no puedan asistir a la ceremonia por su condición de salud, ya que argumentan que tendrán un lugar físico donde puedan visitar y recordar a su hijo como es el cementerio. Con respecto a lo anterior sugieren que deberían dar la posibilidad de acudir a esto, si está dentro de las posibilidades y no existe compromiso vital.

“Me hubiese gustado estar en el velorio, pero pienso que a lo mejor fue bueno, me decían mejor que no fui, yo si quería estar. No pregunte si podía ir” (As)

“El día del funeral estaba desesperada, mi presión estaba altísima, me decían que no me podían dejar ir, si fuera otra enfermedad te hubiésemos dejado ir .debieran dejar ir, no ser tan crueles. (I)

Algunas de las usuarias, manifiestan mantener recuerdos de su hijo, pero no establecen si es una situación positiva para ellas. Para las que no tienen manifiestan el deseo de haber dejado algo significativo para si recordar mejor a sus hijos.

“Me gustaría tener una foto, porque lo único que tengo de recuerdo es el embarazo”. (As).

Dentro de la evaluación de la calidad de atención, se consideró la opinión de los miembros del equipo de salud para establecer el funcionamiento del servicio frente a la pérdida y la preparación para atender a estas usuarias en lo que confiere al Duelo; lo que de alguna, manera avala lo expresado por la usuaria.

Los integrantes del equipo de salud señalan que no están preparados para abordar este tema argumentando que dentro de sus instituciones formadores no se le han otorgado herramientas para sobrellevar el Duelo, lo que dificulta muchas veces darle una atención mas humana y así disminuir el dolor emocional de estas usuarias.

“Como parte de entrenamiento del pre- grado la verdad es que a uno no le entregan muchas herramientas como pa poder afrontar a una madre que se le muere un hijo. aunque no lo tenga todavía en sus brazos , que lo vea , que no halla tenido su parto pero lo siente de ella , lo siente ya su hijo desde el momento de que se sabe embarazada , por lo tanto que de repente te digan que tu guagua se murió”(Mp)

Al enfrentar el Duelo mencionan que muchas veces se les dificulta otorgarles atención a estas usuarias, ya que es imposible que este acontecimiento no les afecte emocionalmente, siendo muchas de las historias que le han tocado intervenir o atender, inolvidables, mencionando dentro de sus discursos historias de usuarias significativas.

” A mi me ha tocado atender mujeres con óbitos y hay una de esas experiencias que ha sido la que más me ha marcado por que era el primer feto de término que yo atendía, los otros eran mas como de pretérmino o muy inmaduros, entonces yo creo, no sé si el sentimiento de pertenencia se vera mas profundamente mientras mas avanza la gestación no se eso, pero esta mujer me marco mucho por como ella, “(Mb)

Las medidas que toman para brindar una atención mas integral, se sustentan de las experiencias vividas, de los valores que se le inculcaron a lo largo de su vida y el credo que estos profesen dando de esta manera un apoyo espiritual.

“Como le ayudo yo. Bueno básicamente ahí me centro en lo que son como palabras muy rebuscadas y la espiritualidad , o sea si creen ellas en Dios , si creen ellas en la vida mas aya de la muerte y como no se po , yo creo que no salva con palabras la pena en esos momentos , pero si como diciéndoles bueno va a ver alguien que va a estar muy cerca de Dios y que la va a estar cuidando y que va a estar interviniendo por ustedes y en algún momento se va a poder reencontrar con su hijo .(Mc)

Manifiestan un déficit de recursos para la atención de estas usuarias refiriendo una falta de espacio físico para la hospitalización aislada de las otras gestantes, y para atender a la familia y darle la noticia de mortinato.

“Yo creo que acá en el hospital completo debería tener un sistema para poder vivir el Duelo, desde que vino a tener la guaguita y después cuando ya la tuvo ,la manera en que se lleva a anatomía patológica, tener acceso de poder expresar sus sentimientos en un lugar privado no hay aquí en el hospital ,cuando se sientan acá arriba a tenerle que decir al papa o a otro familiar, que su guaguita falleció ,no hay un lugar físico donde ellos puedan expresarse , he tenido que decirlo en pasillos a los papas indicarles los tramites debería haber un lugar para hablarle (Mp)”

Son enfáticos al destacar una inexistencias de norma frente al Duelo en sus servicios, y que es necesaria para así lograr que el Duelo sea menos traumática para las mujeres y además refieren que no se trabaja como equipo frente a este proceso, posiblemente por lo señalado anteriormente.

“Individualmente depende del caso a veces funcionan bien, depende del equipo que este yo creo, pero a veces funcionan bien no hay redes de apoyo por que uno hace la coordinación al consultorio, por que se supone que todos los consultorios tiene sus psicóloga y necesita derivar a siquiatra pero no parece que no funciona mucho, por que las horas no dan.... (Mp)

“Yo creo que acá en el hospital completo debería tener un sistema para poder vivir el duelo, desde que vino a tener la guaguita y después cuando ya la tuvo ,la manera en que se lleva a anatomía patológica, tener acceso de poder expresar sus sentimientos en un lugar privado no hay aquí en el hospital ,cuando se sientan acá arriba a tenerle que decir al papa o a otro familiar, que su guaguita falleció ,no hay un lugar fresco donde ellos puedan expresarse , he tenido que decirlo en pasillos a los papas . Indicarles los tramites debería haber un lugar para hablarle. (Mpa)

4.5.2 Vivencia con mortinato después del Parto.

Al no existir una norma vigente o regulatória, las estrategias o conductas adoptadas depende de cada profesional el facilitar el acceso al padre para estar con sus mortinatos. Debido a esto las experiencias o vivencias fueron diferentes en cada una de estas usuarias, dependiendo de la disposición de los profesionales y el deseo de cada una de estar junto a sus hijos. A algunas de ellas se les dio la oportunidad de estar con sus hijos, pero dependía exclusivamente de su decisión de llegar a consumir este hecho.

La posibilidad de tener contacto con el hijo muerto luego del parto fue considerado un derecho natural, ganado por su condición de madre por lo que no aceptaban que no se le permitieran estar junto a ellos. Para las que tuvieron la oportunidad de verlos lo califican como lo mejor que les pudo haber pasado.

“Deberían dejar ver, tenerlos, decidir y despedirlo, por que es hijo mío. Es un derecho, por eso grite hasta último momento. (M)

Cuando decidían estar con ellos, señalan único el hecho de verlos, de observarlos, pero mucho mas gratificante estar en contacto físico con sus hijos.

“El me ayudo, los dos tuvimos la posibilidad de verlo, me decía que era bonita, el toco sus patitas y manitos, la besaba y miraba la forma de su carita, como era a quien se parecía. Esas eras las razones por las que quería conocerla, fue bueno para mi conocerla” (A)

Mientras que en la única usuaria que no quiso verlo quedó con la sensación de duda si fue la mejor decisión el no verlo.

Me quedo la duda si hice bien en no verlo, le vivo preguntando a mi marido como era , tenia formado esto , a quien se parecía eso me paso por no verlo....Que de con la duda al igual de no ir al funeral, a lo mejor debí haberlo visto (I)

Señalan además que dentro de las razones que motivaron a estar con sus hijos, fue la necesidad de verificar si existía físicamente una posible malformación congénita, lo cual momentáneamente les permitiría corroborar o reprobar una posible culpabilidad en ellas.

“Estaba como durmiendo, yo no tuve la culpa quede tranquila perdí las esperanzas cuando lo vi y no lo sentía llorar, perdí la fe, tenia que verlo si o si no me lo dejaban ver yo iba a hacer el escándalo sea como sea lo hubiera visto igual si tiene algo malo es culpa mía y como esta bien no fue culpa mía es como que no me cuide del embarazo. (Án)

4.5.3 Experiencia del Puerperio.

Todas las usuarias señalan que luego del parto fueron destinadas a la unidad de Puerperio, pero sólo una de ellas manifestó el deseo de no hospitalizarse al momento de enterarse que se dirigiría a aquel lugar, a lo cual se le dio la posibilidad de ir a otra unidad, alejado del alojamiento conjunto de la unidad de puerperio.

Para estas usuarias que vivenciaron la estadía en puerperio normal, lo señalan como hecho negativo dentro de las conductas adoptadas por el equipo de salud y en que en muchas, esta medida agravó su estado.

“Me fui a esa sala estaba sola, pero empezaron a subir las madres con su hijo, yo estaba en el rincón tenia dos opciones, o mirarlas a ellas con sus hijos o darme vuelta y ver una cuna

vacía, no hallaba que hacer, lo único que quería era salir de ahí .Tu piensas que nada te puede pasar con el dolor que has pasado eso era lo máximo.” (M)

“Llegue a la sala donde estaban todas las guaguitas, lloraban en las noches, sufrí mucho y me decían tuvo a su guaguita ¿Qué fue? Era fome decirle que había muerto. Era fome repetirle todo el cuento a todo el mundo, porque era obvio que preguntarían”. (I)

Sugieren que deberían haberlas dejado en otras unidades o que el servicio debería implementar salas para estos casos.

“Me hubiese gustado estar con paciente con otros problemas o mamas que hayan pasado por lo mismo....Deberían existir salas implementadas para estas mamas.” (M).

4.6. REDES DE APOYO

4.6.1 Importancia de la pareja.

Para las entrevistadas su pareja fue un apoyo incondicional, sin duda para algunas el de mayor importancia, incluso más que sus familiares consanguíneos, manifestando que sus parejas le hacían sentirse más seguras.

A pesar de que de alguna manera les afectó la pérdida a sus parejas, manifiestan según su percepción, que se tomó con más calma este proceso y que su apoyo fue importante porque nunca la recriminaron por este acontecimiento como muchas de ellas pensaron que lo harían.

“Me sentí mas segura con él que con mi mama, después del alta el se convirtió en una persona experta en toma de presión, me siento segura con el, igual le afectó la situación pero lo tomó con calma, mi pareja es lo mas importante en este momento”. (I)

Sólo una usuaria refiere no haber contado con el apoyo de su pareja, pero ella atribuye esta indiferencia frente al proceso ya que el no deseaba tener otro hijo, además se suma la condicionante de la causa de muerte que es por malformación.

4.6.2 Importancia de la familia.

Las manifestaciones de apoyo otorgadas por los familiares está el cariño, la compañía y comprensión. El familiar de mayor importancia fué la madre. Sin duda alguna fue ella quien le prestó apoyo durante todo este proceso, solo un caso no contó con el apoyo de ésta por motivo de lejanía.

Para las usuarias que no tiene más hijos su gran apoyo fueron sus sobrinos, los cuales reflejaban sin duda alguna la imagen de su hijo, a los cuales estas manifestaban todo su amor y cariño.

“Mi sobrino es mi gran apoyo, me alegraba, al igual que mi familia, llenaron lo importante que dejó mi guaguita, trataba de olvidar las cosas con ellos” (As)

4.6.3 Sociedad.

Dentro de las actitudes de la sociedad, las usuarias perciben que no está preparada para la muerte de un hijo. Estas tienden a enjuiciarlas y culpar a las mujeres que experimentan la pérdida. En algunas son frecuentes los comentarios mal intencionados. Algunas usuarias atribuyen estas actitudes a una inmadurez de la sociedad frente a este proceso.

En los casos de las usuarias que al momento de entrevistarlas presentaban un nuevo embarazo, señalan que dentro de su sociedad, al momento de saber de este nuevo acontecimiento, fueron comunes los comentarios, donde estos tratan de aconsejar para que no acontezca nuevamente, lo que no es bien aceptado por éstas. Señalan además que existen, los menos, dentro de su sociedad, que si empatizan con ellas y le ofrecen su máximo apoyo y comprensión.

“Gente que te conoce y que te ve todos los días y se va inventando hasta que sacan conclusiones entonces empezaron que yo ,que mi guagua había tragado líquido amniótico, que había tragado la placenta ,inventa una que otra cosa y a una vecina le dije:,arman cualquier invento, le dije usted tiene que creer lo que yo diga por que yo se lo que le paso a mi guagua nadie mas que yo ,yo no voy a estar inventando.... hay gente que me queda mirando en la calle , me hecha la culpa a mi” (An).

“ Cuando ando en la calle me ven así gorda y me dicen: tenís que cuidarla por que te pude pasar lo mismo .y cuidate por esto y este otro..., por que si seguís así va a nacer en la calle ,yo le dije a una señora sabe usted yo estoy embarazada no estoy enferma eso es lo que a mí me da rabia por que aquí la gente inventa , a mí me importa que mi familia que esta conmigo sepa lo que realmente me paso ,lo que invente lo demás gente me da lo mismo (Án).

“En la sociedad hay falta de madurez, no tiene cuidado con lo que se dice, no ven los sentimientos, no son personas malas, les falta criterio, no esta preparada para el Duelo.” (I)

Aspecto importante es lo vivenciado por la investigadora, quién al término de cada entrevista apreció las manifestaciones espontáneas de agradecimiento de estas mujeres, al poder compartir sus experiencias vividas refiriendo que no habían tenido la oportunidad de expresar sus sentimientos, lo que evidencia que este tema no es tratado en las dependencias institucionales de salud ni mucho menos en el entorno de su hogar.

5. DISCUSION

Los resultados presentados anteriormente nos permiten conocer las características de las mujeres con antecedentes de mortinato, donde claramente sus realidades difieren entre ellas tanto en la paridad, causa de muerte, estado civil y semanas de embarazos al momento de la pérdida.

Con respecto a el significado que las mujeres con antecedentes de mortinato otorgan a la maternidad, los testimonios demuestran que independiente a que ejerzan o no la maternidad actualmente, tienen incorporado este concepto, demostrando, que es algo implícito en ellas, ya que es un proceso que se viene cultivando a lo largo de todo su historia, manifestándose en su cuerpo físico-mental. Donde, sin duda parte fundamental e influyente a la hora de ejercer la maternidad, es lo aportado por los elementos psicológicos, como lo declara LAGARDE (1990), al analizar que desde muy pequeña la mujer, es preparada y educada para ejercer esta función, que es parte de su rol femenino, como además lo describen FREUD,(1931), LANGER, (1964) Y RAMÍREZ.(1977)

Si bien autores como LAGARDE (1990), establecen la maternidad como un largo y complejo proceso que precede al momento específico del parto, se establece mediante esta investigación que depende exclusivamente de cada mujer, de acuerdo a el significado que se tenga de la maternidad, el momento que ellas conciben el inicio de la maternidad. Lo anteriormente señalado se demuestra que es independiente de la paridad ya que tanto mujeres multíparas como primigestas defieren en esto, dependiendo sólo de sus experiencias vividas y el significado que tengan de maternidad.

Otro factor influyente en el significado de maternidad en estas usuarias es el credo religioso, ya que de alguna manera para ellas resulta un regalo de su divinidad, siendo esto según la escritura bíblica, un hecho de gran importancia para la familia, donde la vida humana es vista como sagrada.

Las mujeres con antecedentes de mortinato perciben la maternidad como un fenómeno maravilloso, único e irreplicable porque implica en ella un triunfo de su identidad, lo que genera gran significancia en sus vidas; así mismo como lo establece ASEBEY en el año 2004, quién afirma que existe una interacción entre aspectos biológicos y psicológicos que interfieren en el significado de la maternidad que estas establezcan, lo que hace que este proceso sea único en ellas. Desde el punto de vista social la maternidad, como bien rectifica LAGARDE en el año 1990 y los resultados obtenidos, es el eje organizador de las vidas de estas usuarias, debido a que otorga reconocimiento frente a la sociedad, confiriéndole un status.

LAGARDE (1990) señala que la mujer busca la maternidad para obtener el reconocimiento de la sociedad para sentirse plenas y reconocidas. En este estudio este pensamiento del autor se

ve reflejado en primíparas con antecedente de mortinatos entrevistadas que se encontraban ya embarazadas luego de un lapso intergenésico breve. Esta decisión de embarazo de inmediato podría ser considerada como un intento para superar la pena o disminuirla por la pérdida anterior. Lo anteriormente dicho, lo avalan a su vez los resultados de CORDEL y PRETTYSAN en 1994, quienes concluyen que las mujeres hacen un embarazo después del mortinato buscando de alguna forma el reconocimiento y la respuesta a una necesidad insatisfecha.: la de ser madres.

Un nuevo embarazo post-pérdida resultaría perjudicial si la mujer no ha elaborado el Duelo como lo señala TOLEDO en el 2004, quien recomienda un espacio intergestación que permita superar la pena y enfrentar un embarazo sin miedos y complicaciones.

Las usuarias entrevistadas revelaron miedo a la recurrencia de otra pérdida, este sentimiento de miedo y ansiedad, se tradujo en un estado de alerta y vigilancia frente a la evolución del actual embarazo, tal como lo avalan también los estudios de COTE-ARSENAULT en el 2003, y TRULSON en el 2004.

La causa de la muerte fetal, una experiencia de parto traumático o secuelas que halla generado la patología son factores influyentes en el deseo de una nueva gestación.

El significado de la pérdida fetal de las mujeres en estudio y los integrantes del equipo de salud es similar, ya que como establece TOLEDO en el 2004 culturalmente no se acepta la muerte, menos la de un hijo porque altera el orden natural de la vida y a diferencia de la muerte de otros significativos no se basa en experiencias y recuerdos si no en esperanzas y fantasías de los padres como lo señala CABERO. (1996).

Como ya se señaló en el marco teórico, el Duelo es un proceso normal en toda persona que presente una pérdida significativa manifestándose en síntomas característicos, hecho que se confirman en reacciones descritas por las usuarias entrevistadas; la mayoría se asemejan a la de un episodio de depresión y angustia, donde el principal sentimiento es el miedo. Estas reacciones son más intensas e impactantes en algunas usuarias dependiendo de las experiencias que les tocó enfrentar lo que hizo que se agravará este proceso. Estas reacciones y/o respuestas propias de las etapas del Duelo manifestadas son similares a las descritas por GONZÁLEZ (2001), TOLEDO (2004) y WORDEN (1991).

Un hallazgo en este estudio fue que las respuestas más intensas y similares son las relacionadas con la función reproductiva, las cuales se ven afectadas por no llevar a cabo la maternidad.

En relación del tiempo de superación de la pérdida, las usuarias entrevistadas a pesar de haber transcurrido más de un año, aún presentaban fuertes reacciones emocionales de etapas iniciales del Duelo como Miedo, sentimientos de Culpa y rechazo al personal de salud, hecho evidenciado por la investigadora en las entrevistas. Estos hallazgos contrastan lo establecido por MORRISON en el año1999, al manifestar que las reacciones intensas del Duelo desaparecen gradualmente en un periodo de 6-12 meses.

Al comparar el Duelo por pérdida fetal y otros significativos, en las entrevistadas se aprecia que la muerte de su feto tiene una significancia y relevancia mayor, por el impacto que genera en su vida sexual, reproductiva, familiar y social, ya que como lo señala BOWN (1983) esta muerte les quita una parte importante de su futuro y les deja una ausencia que se percibe toda la vida. No así como en otras pérdidas significativas, donde es más aceptada por que son predecibles, como lo asegura EWTON (1993), al referir que la muerte perinatal puede crear una respuesta a la pena más severa y quizás más intensa que la respuesta que se produce con la muerte de un familiar adulto.

El apego intrauterino está directamente relacionado con la resolución del Duelo, según la percepción de la usuaria, a mayor semanas de embarazos resulta mas difícil superar la pena, como lo avala GARCÍA (1999), quien señala que los lazos afectivos aumenta al progresar el embarazo; y como además lo destaca TOLEDO (2004) refiriéndose a que la resolución del Duelo se hace más difícil a partir del momento en que son percibidos los movimientos fetales, conocido como el proceso de vivificación.

Con respecto a la atención otorgada por el Equipo de Salud ambas poblaciones estudiadas concuerdan que existen estrategias y / o conductas que no son las adecuadas para la resolución de Duelo. Lo que hace que este proceso sea muchas veces insuperable y traumático para las usuarias, generando ansiedad, avalando así lo propuesto por TRULLSON (2004), quien señala que la calidad de los cuidados recibidos por estas mujeres son cruciales para disminuir el riesgo de ansiedad.

La falta de una norma como lo establece GARCÍA (2001), pretende ayudar a los prestadores de los servicios en la toma de decisiones, facilitando así el desarrollo de un proceso de prestación de servicio "de calidad". La inexistencia de una norma con respecto al Duelo, evidencia que este es considerado un proceso normal, que se espera como respuesta humana frente a la pérdida, por lo que no se ha pesquisado como un problema o no es prioridad para el equipo de Salud, lo que explica la atención diferenciada en los hallazgos obtenidos.

Otro hallazgo en esta investigación es el consenso entre los integrantes del equipo de Salud en señalar la falta de capacitación en el tema, la ausencia de un espacio físico para la atención personalizada de estas usuarias y pocas herramientas entregadas en nivel de pregrado para el abordaje de crisis; aspectos que limitan el tratamiento integral de este problema. Sugieren además la formación de futuros Programas y estrategias orientados a la aceptación de la pérdida y la resolución del Duelo. Lo anterior de alguna manera se complementa con la información otorgada por las usuarias, las que mediante sus discursos, manifiestan haber percibido conductas negativas del personal de Salud que se tradujeron en diálogos pocos empáticos y dificultad para ponerse en el lugar de la persona sufriente, generando en las usuarias la percepción de ser discriminadas, de ser menos importantes frente al resto de las usuarias y que el profesional se insensibiliza frente a estos procesos.

Se destacan conductas positivas referidas por las entrevistadas: el contacto físico, palabras de aliento y de apoyo; el libre accesos de pareja, familiares y significativos, el profesionalismo

humano de algunos integrantes del Equipo de Salud y el apoyo frente a otro proceso reproductivo; administración de analgésicos en el trabajo de parto; en algunas información de su patología; la oportunidad de otorgarle funeral a su hijo muerto. Esto es avalado por TRULSSON (2004), quien señala que la calidad de los cuidados recibidos por una mujer con mortinato son cruciales para el bienestar a largo plazo.

Contrariamente a lo percibido por las mujeres, los profesionales de Salud no están ajenos al sentimiento de pena de la mujer y que los afecta sentimentalmente, ya que lo consideran un suceso cercano y humano.

Al igual como lo establece (CORDERO 2004), sin duda alguna la administración de algún analgésico durante el trabajo de parto es altamente valorado por la mujeres, ya que evita además el sentimiento de aflicción, considerando que estas al momento del parto ya sabían de su pérdida.

Se destacó como otro aspecto positivo de la atención recibida, la oportunidad de contacto con el hijo nacido muerto, que tuvieron la mayoría de las mujeres del estudio, hecho que significó un momento único e inolvidable, y que algunos autores (TURTON 2002) (HUGHES 2003) recomiendan para ayudar a asumir el Duelo. Esta medida fue analizada por FURRCH en el año 1989 y los resultados de la investigación, demostraron que en algunas usuarias que tenían contacto con su mortinato vivenciaron una etapa de Duelo más traumática y una etapa de negación mas corta.

El funeral del feto muerto es valorada por las entrevistadas, a pesar de que muchas no acceden, por su condición de salud, a ritos religiosos en estos casos. El propiciar un funeral y sepultación les genera el espacio para visitar y recordar en el cementerio a sus hijos. BLACK 1998 Y TOLEDO (2004) avalan esta idea al señalar que rituales favorecen los objetivos integradores y reguladores del Duelo.

No existen estudios en relación a la experiencia de compartir la hospitalización con usuarias que vivencian su puerperio de una forma normal y no trágica. En el estudio se establece según la percepción de las entrevistadas que el estar junto a otras madres fué una conducta errónea e inhumana, lo que afectó de alguna manera la recuperación de estas.

Al igual que en otras situaciones de aflicción y de crisis, la familia y la pareja es considerada como la fuente de apoyo esencial , hecho manifestado por todas las entrevistadas quienes destacan las muestras de comprensión y la no recriminación, de parte de pareja y significativos, como muy positivas para aceptar la situación de pérdida. Lo anterior se diferencia de los hallazgos descritos por TOLEDO en el 2004, autor que en un estudio similar relata que la mayoría de la parejas no apoya este proceso y la mujer suele percibir poco interés por parte de el, Toledo es enfático al destacar que una buena comunicación de parejas hace que el Duelo se torne menos patológico.

Para las usuarias que no tienen más hijos su gran apoyo fueron sus sobrinos, los cuales reflejaban sin duda alguna la imagen de su hijo, ellas les manifestaban todo su amor y cariño.

Lo que se asemeja a lo concluido por WHITE, 1984, FORREST, 1982, quienes valoran a los familiares como pilares fundamentales en la resolución de Duelo.

6- CONCLUSIONES

Una vez analizados los resultados, podemos concluir que estas usuarias con antecedentes de pérdida fetal a pesar de presentar características sociodemográficas y obstétricas diferentes, experimentan uno de los sucesos más impactantes que le puede acontecer a una mujer que desea concretar la maternidad, describiéndolo como un acontecimiento de sufrimiento, personal, inolvidable y que influye fuertemente en su autoestima. El impacto de este episodio radica en que la maternidad se ha ido cultivando a toda mujer a lo largo de existencia; donde los aspectos psicológicos influyen fuertemente en la adquisición de este rol, resultando difícil aceptar el incumplimiento de este, en mujeres que se han planteado llevarlo a cabo.

El momento en que éstas asuman el rol maternal dependerá del significado que se tengan de la maternidad, lo que es independiente de la paridad y defiere en que algunas la perciben a partir del parto y otras al inicio del embarazo.

El credo religioso de estas mujeres influye significativamente en el logro de la maternidad y en las expectativas personales frente a este proceso.

La pérdida fetal no influye en el significado que se le otorgue a la maternidad debido a que esta es un deseo inherente a toda mujer.

Algunas mujeres que vivencia Duelo por pérdida fetal, necesitan sentirse apoyadas por su pareja, familia y por la sociedad para sentirse plena, por lo que necesita embarazarse a la brevedad. El enfrentar una nueva gestación con un lapso intergenésico breve y cuando aún no se ha resuelto el Duelo, les condiciona mayores aprensiones, ansiedad y miedo a la recurrencia, lo que podría resultar perjudicial para la evolución del nuevo embarazo.

Para las mujeres entrevistadas, la muerte de un hijo no es aceptada porque es una alteración del orden natural de la vida y además porque se relaciona con las expectativas y sueños que son propios del proceso adaptativo de la maternidad durante el embarazo, que no se concretan al momento del parto, por lo que hace esta pérdida sea insuperable, inolvidable y decepcionante al compararla con otras pérdidas significativas.

Si bien todas las mujeres con antecedentes de mortinato viven el Duelo por la pérdida, las reacciones y/o respuestas difieren en cada una de ellas, así como el tiempo de superación de este proceso. La paridad no interfiere en el significado del Duelo, las etapas de este proceso son similares en primíparas y multíparas; y la intensidad de este proceso va a depender de las experiencias vividas y lo traumática que resultó para estas.

En relación a la calidad de la atención recibida, las opiniones de las entrevistadas dejan al descubierto los problemas derivados de la falta de normativas respecto al manejo y tratamiento

del Duelo Perinatal en sus distintas etapas, generando opiniones que reflejan descontento, lo que de alguna manera repercute en la resolución del Duelo.

Los Profesionales de Salud no se sienten preparados para la atención de estas usuarias, muchos de ellos consideran que académicamente no se les entregan las herramientas para apoyar la resolución de la pérdida, a pesar de esto tiene conocimiento del Duelo ya que no están ajenos a esta realidad que es parte de la vida. Las vivencias de estas mujeres repercuten de alguna manera en su vida personal, lo que los hace empatizar con las usuarias, lo cual facilitaría implementar estrategias que contribuyan a la resolución de la pérdida.

Dentro de las estrategias más significativas puestas en prácticas por el equipo de salud, según la percepción de las usuarias, se encuentra la administración de analgesia durante el parto, aislamiento en sala de puerperio, acceso a pertenencias utilizadas en la atención del hijo muerto. El contacto con el hijo muerto en el momento del parto, es considerado una de la más significativa.

Medidas que ayuden a enfrentar un nuevo proceso reproductivo con el menor miedo posible son significativamente valoradas. Entre las que destacan las entrevistadas se encuentra el apoyo asistencial, psicoafectivo, y mayor información sobre la patología causante de la pérdida.

La familia y la pareja son consideradas de gran apoyo por estas usuarias, pero tiene diferente significancia durante este proceso, razón por la cual son consideradas positivas toda acción o medida que facilite el acceso a los centros de salud.

La sociedad no esta preparada para enfrentar la muerte de un hijo y tiende a enjuiciar a estas mujeres haciendo que estas dificulten su Duelo.

Los resultados de este estudio aportan la base para orientar la implementación de normas de atención integral a usuarias y pareja, que presenten mortinatos; donde se incluya la activa capacitación del Equipo de Salud en clínica de Duelo Perinatal con desarrollo de herramientas para enfrentar este tipo de crisis. Se proyecta además la necesidad de formar y organizar un Equipo de Salud multidisciplinario coordinado con la atención primaria, desde el momento en que la mujer y pareja se hayan informado de la pérdida, hasta que decidan planificar una nueva gestación y culmine sin complicaciones. Además aspecto importante a considerar es la incorporación de herramientas, en las escuelas formadoras de profesionales y no profesionales, para el abordaje de situaciones de crisis, como es la pérdida fetal.

Con respecto al rol de la Matrona, integrante fundamental de este Equipo de Salud tendrá un rol orientador y facilitador para la resolución del Duelo, teniendo en cuenta que al sugerir las conductas intrahospitalarias frente a la pérdida es finalmente la mujer quién decide como sobrellevar este acontecimiento. El contacto, información y apoyo directo de este profesional, le facilitarán a la mujer la toma de decisiones con respecto a un nuevo embarazo sin miedos o mejorar su calidad de vida en las que no opten por una gestación.

7- BIBLIOGRAFÍA.

1. ASEBEY ANA MARIA. 2004. ¿MATERNIDAD VERSUS SEXUALIDAD? Revista Electrónica de Psicología "La Misión".Febrero de 2004. (Disponible en http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/p_sociales5.html).
2. BARGLOW, P. ET AL. 1973. Response of unmarried adolescent mothers to infant or fetal death. *Adolescent Psychiatry*.nº2,285-300. (Original no consultado, citado por WHEELER, S. ET AL 2000.The loss response list: atool for measuring adolescent grief responses. *Death studies* vol.24, Fásicculo1)
3. BOWLBY J. 1984.. *Attachement et perte*.3. La perte.Tristesse et dépression. P V F, Paris
4. BOWLBY J: 1988 *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. Routledge Press, London. . (Original no consultado, citado por CORDERO, M, PALACIOS P, MENA, PATRICIA ET AL. 2004 *Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido*. *Revista Chilena de pediatría, Ene*, volumen 75, no.1, p.67-74. 9
5. BLACK, D.1998. *Coping with loss* *BMJ*; 316:1376-1378. (Disponible en <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/316/7143/1521> consultado él: 15 de septiembre del 2004).
6. BLUMENTHAL D. *Quality of health care. Part 4: The origins of the quality of care of debate*. *N Engl J Med* 1996; 335: 1146. (Original no consultado, citado por GARCÍA R, 2001. *El concepto de calidad y su aplicación en Medicina* *Revista médica. Chile* v.129 n.7 Santiago jul.)
7. BRONFMAN. E .2006 *Envejecimiento y Género.- Algunas reflexiones*. <http://www.csociales.uchile.cl/observa/descargables/envejecimiento.pf>
8. CORDERO, M, PALACIOS P, MENA, PATRICIA ET AL. 2004 *Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido*. *Revista Chilena de Pediatría, Enero*, volumen 75, N°1, p.67-74.
9. COTE-ARSENAULT AND N. MAHLANGU.1999. *Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experiences*. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, Volumen 28, Issue 3 274-282, 1999 by Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (Citado de un abstracts. Disponible en <http://www.jognn.awhonn.org/cgi/content/abstract/28/3/274>. Consultado el: 20 de septiembre del 2004).

10. CÔTÉ-ARSENAULT D. 2003. The Influence of Perinatal Loss on Anxiety in Multigravidas. JOGNN, Volumen 32, (Citado de abstracts. Disponible en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=14565741. (Consultado el: 20 de septiembre del 2004).
11. DAVIDSON GW. 1995. Stillbirth, neonatal death and sudden infant death syndrome. In: Wass H, Corr CA, eds. Childhood and death. , Washington, DC: Hemisphere,;243-260. (Citado de un abstract .Disponible en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=3854044&dopt=Abstract Consultado el: 15 de septiembre del 2004).
12. DEFEY D: Helping health care staff deal with perinatal loss. Infant Ment Health J 1995; 16: 102-11. . (Original no consultado, citado por CORDERO, M, PALACIOS P, MENA, PATRICIA ET AL. 2004 Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. Revista Chilena Pediatría. Enero, volumen 75, no.1, p.67-74.)
13. DURKHEIM B. 1971 The elementary forms of the religious life. New York: free prees. (Original no consultado, citado por: TOLEDO R, C; RODRIGUEZ, M. 2004. La muerte en nonatos, Descripción del duelo perinatal. Revista Tanatos n°3 Marzo)
14. EWTON DS. 1993.A perinatal loss follow-up guide for primary care. Nurse Pract; 18: 30-36.
15. FORREST GC, STANDISH E, BAUM JD. Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement. *BMJ* 1982; 285: 1475-1479. (Disponible en. Consultado el: 15 de septiembre del 2004).
16. FREUD S. (1927-28) "La feminidad", Vol. XX Amorrortu Ed. Arg. 1979. (Original no consultado, citado por ASEBEY ANA MARIA. 2004 ¿MATERNIDAD VERSUS SEXUALIDAD? http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/p_sociales5.html Febrero de 2004. Revista Electrónica de Psicología "La Misión")
17. FURRCH D, 1989. Delayed psychological of perinatal deaths: the next pregnancy and the next generation .*BMJ* 289; 1989 (147-148)
18. GARCIA, C; YAGUE, A. 1999.Duelo perinatal. Revista de enfermería Vol. 17 N° 10 Octubre.
19. GARCÍA, R. 2001. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. Revista médica. Chile volumen.129 N °.7. Santiago.
20. GARCIA, A.2003. Sobre el morir y la muerte. Alfonso Miguel García Hernández. (Original no consultado, citado por: TOLEDO R, C; RODRIGUEZ, M. 2004. La muerte en neonatos, Descripción del duelo perinatal .Revista Tanatos n°3 Marzo).

21. GUIAS PERINATALES. 2003. Muerte fetal in útero. capítulo 24. Disponible en: <http://www.cedip.cl/Guias/Guia2003/capitulo24.swf>
22. GONZÁLEZ, U. Fallecer antes de morir. Actualizaciones en enfermería. Volumen 5 .No. 4, Diciembre 2002.
23. HERNÁNDEZ, R; FERNÁNDEZ, C; BAPTISTA, P; 2003. Metodología de la investigación Tercera edición .McGraw-Hill interamericana. México.
24. HOROWITZ, N .1978. Adolescent mournig reactions to infant and fetal loss. Social Casawork 59.551-559. . (Original no consultado, citado por WHEELER, S. ET AL 2000.The loss response list: atool for measuring adolescent grief responses. death studies vol.24, fasciculo1.)
25. HUGHES P, TURTON P, HOPPER E, MCGAULEY GA, FONAGY P: Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. J Child Psychol Psychiatry 2001; 42: 791-801. . (Original no consultado, citado por CORDERO, M, PALACIOS P, MENA, PATRICIA ET AL. 2004 Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. Revista chilena Pediatría, Enero, volumen 75, no.1, p.67-74. 9
26. KLAUS, M. KENNEL, J. 1976. Maternl infant bonding. Saint Louis Mosby Company.
27. KLEIN M. (1961) "El carácter femenino" Ed. Paidos Arg. Original no consultada, citado por ASEBEY ANA MARIA. 2004. ¿MATERNIDAD VERSUS SEXUALIDAD?. Revista Electrónica de Psicología "La Misión" .Febrero de 2004.
28. LAGARDE, M. (1990), Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas, México, UNAM. (Original no consultada citado por NÁJERA A, López MB, Evangelista A, Zurita U, Isaura Ortiz Álvarez y Bertha Aparico Jiménez. Maternidad, Sexualidad y Comportamiento Reproductivo: Apuntes sobre la Identidad de las Mujeres. 1998 (Disponible:http://www.grhf.harvard.edu/_Spanish/course/sesion2/maternidad.html)
29. LANGER M. (1964) "Maternidad y sexo" Ed. Paidós Arg. Original no consultada, citada por ASEBEY ANA MARIA. 2004 ¿MATERNIDAD VERSUS SEXUALIDAD? http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/p_sociales5.html. Revista Electrónica de Psicología "La Misión". Febrero de 2004
30. LOHR KN, HARRIS-WEHLING J. Medicare: A Strategy for quality assurance, Vol I: A recapitulation of the study and a definition of quality of care. *QRB Qual Rev Bull* 1991; 17: 6-9. (Original no consultada citado por, GARCÍA. R .2001. El concepto de

- calidad y su aplicación en Medicina. Revista médica. Chile volumen.129 N°7 Santiago.)
31. MANUAL DE DUELO PERINATAL TEMUCO. 1999. Disponible en: <http://www.prematuros.cl/duelo/manualduelo.htm>.
 32. MATTHEWS M, KOHNER N, KERSTING A, ET AL: Psychosocial care of mothers after stillbirth. Lancet 2002; 360: 1600-2. . (Original no consultado, citado por CORDERO, M, PALACIOS P, MENA, PATRICIA ET AL. 2004 Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. Revista Chilena Pediatría, Enero, volumen 75, no.1, p.67-74.
 33. MILO E .1997. Maternal responses to the life and death of de child with development disability. Death studies, 21,443-476. (Original no consultado, citado por: TOLEDO R, C; RODRIGUEZ, M. 2004. La muerte en neonatos, Descripción del duelo perinatal .Revista Tanato^s n°3 Marzo) (Disponible en. <http://tanatologia.org/seit/revista.html> Consultado el: 15 de septiembre del 2004).
 34. MONTECINOS A. 2003. Duelo perinatal. Fronteras de su atención. Taller de duelo perinatal Puerto Montt, abril 2003. (Disponible en <http://www.prematuros.cl/duelo/fronterasatencion.htm>.)
 35. MORRISON M 1999. Fundamentos de enfermería en salud mental. Duelo y pérdida. Madrid: Harcourt Brace, Pág. 271-284.
 36. NÁJERA A, López MB. 1998. Evangelista A, Zurita U, Isaura Ortiz Álvarez y Bertha Aparico Jiménez. .Maternidad, Sexualidad y Comportamiento Reproductivo: Apuntes sobre la Identidad de las Mujeres. (Disponible:http://www.grhf.harvard.edu/_Spanish/course/sesion2/maternidad.html)
 37. RADESTAD I, STEINECK G, NORDIN C, SJOGREN B.1996. Psychological complications alter stillbirth-influence of memories and immediate managment: population based study. BMJ 1996; 15: 1505-8. (Disponible en. http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/312/7045/1505?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=radestad&andorexactfulltext=and&searchid=1101995225127_5814&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=1 (Consultado el: 15 de septiembre del 2004.)
 38. RAMÍREZ S. (1970) "Infancia es destino" Edición. siglo XXI, México. Original no consultado, citado por ASEBEY ANA MARIA. 2004 ¿MATERNIDAD VERSUS SEXUALIDAD? http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/p_sociales5.html Febrero de 2004. Revista Electrónica de Psicología "La Misión"

39. RAMÍREZ S (1977) "El mexicano psicología de sus motivaciones" Edición Grijalbo México original no consultado, citado por ASEBEY ANA MARIA. 2004 ¿MATERNIDAD VERSUS SEXUALIDAD? http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/p_sociales5.html Febrero de 2004. Revista Electrónica de Psicología "La Misión"
40. RANKIN J 2002 Cross sectional survey of parents' experience and views of the postmortem examination. *BMJ* 2002; 324: 816-818 (6 April) http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/324/7341/816?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=rankin&andorexactfulltext=and&searchid=11019958436436086&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=324&resourcetype=1
41. ROSS, S.2002. Chronic sorrow. New York. Brunner Routledge.(Original no consultado, citado por: TOLEDO R, C; RODRIGUEZ, M 2004. La muerte en neonatos, Descripción del duelo perinatal .Revista Tanato^s n°3 Marzo)
42. SEOANE, G., V. KAUNE, Y V. CORDOVA. 1996. Diagnóstico: Barreras y Viabilizadores en la Atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales. La Paz, Bolivia: MotherCare Bolivia, John Snow, Inc., y Marketing S.R.C.) <http://www.gerenciasalud.com/art396.htm>
43. SCHNAKE c, FERRERV, BENNETT N. 2004. Síndrome del post-aborto <http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-schnake01.htm#inicio>.
44. SMITH P ETB AL 1984 Adolescent mothers and fetal loss what have we learned from the experience? *Psychological Reports*, 55,775-778. (Original no consultado, citado por WHEELER, S. ET AL 2000.The loss response list: atool for measuring adolescent grief responses death studies vol.24, fasciculo1.)
45. SLADE A.2002. Keeping the baby in mind: A critical factor in perinatal mental health. *Zero to Three* :10-16. (Original no consultado, citado por CORDERO, M, PALACIOS P, MENA , PATRICIA ET AL. 2004 Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista chilena pediatría*, Enero, volumen 75, no.1, p.67-74. 9
46. TOLEDO R, C; RODRIGUEZ, M. 2004. La muerte en neonatos, Descripción del duelo perinatal .Revista Tanato^s n°3 Marzo.(Disponible en <http://tanatologia.org/seit/revista.html> Consultado el: 15 de septiembre del 2004).
47. TRULSSON, O RÅDESTAD,I. 2004. The Silent Child Mothers' Experiences Before, During, and after Stillbirth. *Birth* Volumen 31 Issue 3 Page 189 - September.(Disponible en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids

=15330881&dopt=Abstract .(Consultado el:26 de septiembre del 2004).

48. TURTON P, HUGHES P, EVANS CDH, ET AL: Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet* 2002; 13: 114-8. . (Original no consultado, citado por CORDERO, M, PALACIOS P, MENA, PATRICIA ET AL. 2004 Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista chilena pediatría*, Enero, volumen 75, no.1, p.67-74.)ñ
49. VAN P .2001.Breaking the silence of African american women: healing after pregnancy loss *Health Care for Women International*, 22:229–243.
50. WALKER T. *The culture of grief*. Philadelphia: open University press. (Original no consultado, citado por: TOLEDO R, C; RODRIGUEZ, M. 2004. La muerte en nonatos, Descripción del duelo perinatal. *Revista Tanato^s* n°3 Marzo)
51. WHITE MP, Reynolds B, Evans TJ. Handling of death in special care nurseries and parental grief. *BMJ* 1984; 289: 167-16 (Disponible en abstract http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=retrieve&db=pubmed&list_uids=6430398&dopt=Abstract.)
<http://www.gentenatural.com/enciclopedia/amor/maternidad.htm>)
52. WORDEN J,W .1997. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. La elaboración de los tipos especiales de pérdida*. Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona. (Original no consultado, citado por: TOLEDO R, C; RODRIGUEZ, M. 2004. La muerte en nonatos, Descripción del duelo perinatal. *Revista Tanatos* n°3 Marzo)
53. WORDEN J W. *GRIEF. Counselling and grief therapy*. New Cork : Routledge, 1991.) *Medifam* Vol.12 n.3 Madrid mar. 2002 .Original no consultado, citado por *DINÁMICA FAMILIAR*. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del Duelo. A. Fernández Liria, B. Rodríguez Vega.
54. OMS. WHO International Classification of Dideases- 9th Revision Conference 1975.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha solicitado participar en el estudio de investigación titulado:

¿CÓMO VIVENCIAN EL DUELO LAS MUJERES CON EXPERIENCIA DE MORTINATO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA?

Se me ha explicado los objetivos de dicha investigación.

Asimismo, se me ha dado a conocer que:

- 1- No se me aplicará ningún procedimiento o intervención que ocasione riesgos para mi salud.
- 2- Responderé a una Encuesta, cuyas preguntas he leído y he comprendido.
- 3- Accederé a que se me entreviste sobre el tema si fuera necesario.
- 4- Los datos y resultados obtenidos son de carácter estrictamente confidencial y su uso sólo comprenderá fines académicos y de investigación,
- 5- Al participar del estudio, yo estoy de acuerdo en que se disponga de los datos recolectados mediante la encuesta y/o entrevista que se me solicite contestar para los fines citados.
- 6- Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin mediar ninguna explicación
- 7- Cualquier pregunta que yo quiera hacer en relación a mi participación deberá ser contestada por el investigador y/o responsables de la tesis.

Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

Este consentimiento está dado voluntariamente, sin que se haya ejercido ningún tipo de presión para su aceptación.

 Tesista Responsable

 Participante

Valdivia,.....del 2005

ANEXO 2.

Guía para la Entrevista en Profundidad

Instrumento cualitativo: Población 1.

1. ¿Qué significa para usted la maternidad?
2. ¿Qué entiende usted por pérdida?
3. ¿Qué significado tuvo para usted la pérdida de su hijo?
4. ¿Qué diferencia tiene esta situación que la hace ser diferente a otras cercanas que ha vivido usted?
5. ¿Qué consecuencias trajo para usted esta situación?
6. ¿Cómo ve usted que cambiado su autoestima?
7. ¿Cómo ve la maternidad hoy en día?
8. ¿Cómo enfrentaría un nuevo embarazo?
9. ¿Cuáles serían sus miedos al enfrentar un nuevo embarazo?
10. ¿Con qué apoyo cuenta para enfrentar un nuevo embarazo?
11. ¿Qué pasó con usted cuando su hijo había muerto?
12. ¿Qué sintió en ese momento?
13. ¿Qué vio que hacia el equipo de salud en esos momentos?
14. ¿Cuán importante fue el apoyo del equipo de salud en ese momento?
15. ¿Qué sintió en el momento de su parto o cesárea?
16. ¿Qué le significó el estar apoyada?
17. ¿Qué sintió al estar hospitalizada luego de su parto o cesárea?
18. ¿Qué le significó el estar apoyada en ese momento?
19. ¿Qué vio que hacia el equipo de salud en esos momentos?
20. ¿Qué sintió al volver al consultorio?
21. ¿Que acciones según usted fueron las mas significativas por parte del equipo de salud?
22. ¿Que importancia le otorga al equipo de salud en el proceso vivido?
23. ¿De que manera el equipo de salud le ayudó a enfrentar ese momento?
24. A parte del equipo de salud. ¿quién mas la ha ayudado?
25. ¿De qué manera le ayudaron a enfrentar ese momento?
26. ¿De qué manera sus familiares fueron útiles en el proceso vivido?
27. ¿Cuál fue la importancia de sus familiares en este proceso?
28. ¿Cuál fue la importancia de su pareja en esos momentos?
29. ¿Qué características de su personalidad le ayudaron a enfrentar la pena?
30. ¿Dónde cree que esta ahora su hijo?
31. ¿Por qué cree usted que murió su hijo?
32. ¿Cómo siente que la vieron las otras personas?

ANEXO 3

Pauta de Entrevista: Población 2.

1. ¿Qué significa para usted la muerte?
2. ¿Qué entiende por duelo?
3. ¿Qué significa para usted la muerte fetal?
4. ¿Qué sabe usted del proceso duelo que viven las mujeres con mortinato?
5. ¿Qué siente usted al atender estas usuarias?
6. ¿Qué ha significa atender a estas usuarias en su vida personal?
7. ¿Cómo ayuda a estas mujeres a disminuir la pena?
8. ¿Cuáles son las normas que se siguen en el lugar de su trabajo frente al duelo materno?
9. ¿Que opinión les merece las normas vigentes?
10. ¿En qué sentido piensa que estas deben cambiar?
11. ¿Que normas conoce de algún otro centro de salud que sean diferentes al centro hospitalario en el que usted trabaja?
12. ¿Cómo enfrenta el equipo de salud esta situación?
13. ¿Cómo es el trabajo en equipo frente a esta realidad?
14. ¿Cuál es la actitud que usted toma al atender a estas pacientes?
15. ¿Qué herramientas le otorgó a usted su escuela formadora con respecto al trato de estas pacientes?
16. ¿Ha participado usted en algún curso o capacitación relacionado con el duelo?
17. ¿De qué manera la han ayudado estos en la atención con personas de estas características?
18. ¿Cuáles han sido las acciones que ha conocido usted últimamente, que ayuden a enfrentar a la usuaria de una mejor manera el proceso duelo?
19. ¿Qué tipo de apoyo le otorga el equipo de salud en general a estas mujeres?
20. Sabe de algunas instituciones que ayuden a estas mujeres ¿cuáles?
21. ¿Cómo encuentra que se han organizado las redes de apoyo en relación al duelo fetal?
22. ¿Cuáles son las acciones a seguir luego que usted atiende a estas mujeres?
23. ¿Cuáles son las características que debe tener la mujer para ser derivadas a otros especialistas?