

Universidad de Belgrano

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología



**Intervenciones Terapéuticas
en Padres que Atraviesan un Duelo Perinatal**

Trabajo Final de Carrera

Alumna: Duarte María Eva

ID: 169268

Tutora: Dra. Ona Albornoz

Abril 2024

Contenido

1.	Resumen	4
2.	Introducción	5
2.1.	Presentación de la temática.....	5
2.2.	Problema de investigación.....	7
2.3.	Pregunta de Investigación	9
2.4.	Relevancia de la temática	10
3.	Objetivo General y específicos	11
3.1.	Objetivo General	11
3.2.	Objetivos Específicos.....	11
4.	Alcances y Límites del Trabajo	11
5.	Antecedentes	12
6.	Estado del Arte	15
7.	Marco Teórico	19
8.	Procedimiento	25
9.	Capítulo 1: Aspectos biológicos y psico-emocionales del embarazo	26
9.1.1	Aspectos biológicos y cambios corporales	26
9.1.	2. Aspectos psicológicos y emocionales de la madre en el embarazo	27
9.1.2.1	La Maternidad	29
9.1.2.2	Vínculos Tempranos	30
9.2.	El padre en el embarazo	31
9.2.2.	Síndrome de Couvade	32
10.	Capítulo2: Pérdida y Duelo Gestacional, Duelo Perinatal	33
10.1	Pérdida y Duelo.....	33
10.2	Pérdida y Duelos Gestacionales	34
10.3	Pérdida y Duelo Neonatal	37
10.4	Similitudes y Diferencias en el Impacto del duelo gestacional y perinatal	39
10.5	Características diferenciales del duelo gestacional y perinatal	42
10.5.1	Duelo Desautorizado	43
10.5.2	Los otros afectados.....	46
11.	Capítulo 3: Rol del Psicólogo en el acompañamiento del duelo gestacional y perinatal: Intervenciones Posibles	48
11.1	Marco Legal Argentino	49

11.2 Rol del Psicólogo.....	50
11.3 Intervenciones Terapéuticas	53
11.3.1 Primeras Intervenciones.....	53
11.3.2 Trabajo en grupos.....	58
11.3.3 La resignificación narrativa.....	60
12. Conclusiones	63
13. Referencias Bibliográficas.....	65

Intervenciones Terapéuticas **en Padres que Atraviesan un Duelo Perinatal**

1. Resumen

La pérdida de un bebé durante el embarazo y al nacer son experiencias distintas con desafíos emocionales, físicos y psicológicos únicos. Investigar sobre estas vivencias permite una comprensión más profunda de las experiencias individuales y cómo estas afectan a los padres.

La pérdida gestacional o perinatal se describe como el fallecimiento de un bebé, pudiendo ocurrir desde la concepción hasta el primer año de vida después del nacimiento, abarcando el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el periodo postnatal. El duelo gestacional o perinatal es una respuesta previsible ante la pérdida de un hijo o hija, iniciándose cuando la familia recibe la notificación del fallecimiento por parte del equipo médico. La atención a este proceso comunicativo es crucial, ya que puede influir positivamente en la facilitación de un duelo saludable o, por el contrario, contribuir a la aparición de un duelo complicado (Rusca y Morales 2022).

La pérdida perinatal involucra la pérdida de la creación de una nueva vida, la pérdida de la esperanza, de los sueños, del futuro y la pérdida de la trascendencia de ambos padres; sin embargo, a pesar de lo doloroso de la experiencia es poco reconocida socialmente; es decir, las acciones sociales ante la pérdida, tales como el funeral, las tradiciones asociadas y el apoyo emocional a los padres están ausentes, y lo están aún más para el varón, ya que se espera de él que sea fuerte y brinde apoyo a su compañera). Además, en la actualidad, para los progenitores no es el peso, ni la edad gestacional lo que transforma al feto en hijo y le da una identidad propia, sino que es el significado que tiene en su mundo afectivo lo que condiciona que lo consideren hijo y persona.

Esta tesina plantea la necesidad que se observa en nuestro país sobre la atención que reciben los padres que transitan por un duelo perinatal. Por lo que se propone como objetivo general analizar distintas intervenciones terapéuticas para padres en duelo perinatal, siendo la Terapia en los primeros momentos de la noticia o acontecer de la muerte, la terapia grupal, la Terapia narrativa algunas de las que han evidenciado mayores resultados. Se propone llevar a cabo un análisis teórico que, de luz sobre este duelo, muchas veces invisibilizado, las posibles intervenciones, como vehículo de superación y reconstrucción de los padres ante la pérdida perinatal.

El estudio realizado pone de manifiesto la necesidad y la importancia de incluir un dispositivo psicológico, dentro de las maternidades, que permita la atención inmediata de

problemáticas y emociones que expresan los padres en los momentos previos e inmediatos posteriores al nacimiento y muerte de su hijo.

Palabras claves: *muerte, duelo perinatal, pérdida gestacional*

2. Introducción

2.1. Presentación de la temática

La gestación, simboliza la manifestación emocional tanto en los progenitores como en los especialistas (Rodríguez et al., 2019). En el instante en que se establece el diagnóstico, los padres necesitan que los expertos le brinden datos comprensivos y apoyo a largo plazo (Calderer et al., 2018).

La pérdida perinatal abarca aquellas situaciones de pérdida que pueden ocurrir desde el inicio de la gestación hasta el primer mes de vida del bebé (Fenstermacher y Hupcey, 2013). Esta experiencia es una de las más desoladoras que pueden enfrentar los padres y para la cual nadie se encuentra preparado; el diagnóstico es totalmente inesperado y constituye un golpe emocional para toda la familia (Fuentetaja y Villaverde, 2018). Estas pérdidas, independientemente de si ocurren en las etapas tempranas o tardías del embarazo, tienen un impacto emocional significativo no solo en los padres, sino también en los profesionales de la salud.

El duelo es la respuesta emocional y saludable ante la pérdida de una persona o algo valioso, y afecta diversos aspectos de la vida, incluyendo los aspectos psicológicos, emocionales, mentales, sociales, físicos y espirituales. Es un proceso personal y único para cada individuo, sin un guion predefinido sobre cómo debe ser experimentado (Pastor Montero et al., 2011).

El duelo perinatal presenta particularidades que lo distinguen de otros tipos de duelo. Este duelo va acompañado de pérdidas adicionales para los padres, como la pérdida del papel de ser padres, especialmente si es su primer hijo, la confianza en la seguridad de futuros hijos, la pérdida de la inocencia respecto al embarazo y el parto, así como el sentimiento de pérdida en relación a amigos y familiares que no brindaron el apoyo necesario o minimizaron la importancia de la pérdida, además de la pérdida del contacto y la oportunidad de crear recuerdos (Neimeyer y Ramirez, 2011; López García, 2011).

La experiencia de afrontar pérdidas, que pueden manifestarse no solo a través de la muerte sino en diversos contextos de nuestra vida, es una parte intrínseca de nuestra existencia. Estas situaciones desencadenan reacciones que son consideradas naturales y saludables,

impactando en aspectos físicos, emocionales, cognitivos, relacionales, conductuales y espirituales (Payás, 2014).

Es importante destacar que estas respuestas varían significativamente de una persona a otra, lo que demuestra que, aunque las pérdidas sean universales, las experiencias individuales son únicas desde una perspectiva personal, social y cultural. Por lo tanto, el proceso de duelo se presenta como una vivencia singular, moldeada por la personalidad y la historia previa de cada individuo, así como por el contexto y las circunstancias en las que se produce.

Cuando las pérdidas resultan de eventos que son impredecibles, ilógicos y percibidos como injustos, como el fallecimiento de hijos antes que los padres o la muerte de un recién nacido, se dificulta aún más la comprensión y la aceptación de la muerte como parte natural de la vida (Bayés, 2001). Estos eventos, que son inherentes a la existencia humana, a menudo se enfrentan en medio del ocultamiento y el aislamiento, lo que puede generar traumas y sacudir los cimientos de la salud mental.

La tendencia a rodear la muerte con "muros de silencio" como un intento desesperado de evitar el dolor emocional, en lugar de fomentar una elaboración natural y saludable de este proceso inevitable en el ciclo de vida, agrava la situación (Payás, 2014, p.47).

El duelo se caracteriza por ser un proceso en constante evolución, no una condición estática. A medida que avanza, la persona atraviesa una serie de fases que la orientan hacia la integración de la pérdida irremediable y única, esforzándose por aprender a vivir en un nuevo contexto, en el que parte de lo que era ha quedado vacío. Este proceso es inherentemente dinámico y requiere que la persona se conecte con el dolor emocional, lo sienta, lo exprese y, además, tome medidas para manejarlo activamente en lugar de esperar pasivamente a que el tiempo lo cure. Algunos expertos lo describen como una serie de tareas que implican un compromiso activo por parte de la persona en duelo, lo que significa que puede tomar medidas para crecer y evolucionar de manera positiva (Worden, 2004). Por lo tanto, la elaboración del duelo no depende únicamente del tiempo, sino que demanda un esfuerzo interno significativo (Juri, 2006).

Cuando una persona enfrenta la pérdida de un ser querido, desencadena un proceso de afrontamiento que se compone de dos mecanismos principales. El primero está dirigido hacia la pérdida en sí, implicando la expresión de emociones, la nostalgia, la reflexión sobre los recuerdos y la rumiación. El segundo mecanismo se enfoca en la restauración, buscando estrategias para manejar las tensiones que surgen a raíz de la pérdida (Strobe & Schut, 1999). Esta alternancia entre ambos mecanismos conforma lo que se considera un proceso normal de duelo (Strobe, Schute, & Boerner, 2017). Se ha observado que el afrontamiento positivo, que incluye la evaluación cognitiva y la resolución de problemas, se relaciona con la resiliencia y el desarrollo personal (García del Castillo et al., 2016). En este sentido, el afrontamiento puede entenderse como un producto de la resiliencia.

Para que esto pueda lograrse, Según Yalom et al. (2000) expertos en terapia de grupo sostienen que, en una terapia grupal dirigida a personas con problemáticas similares, el simple

acto de escuchar a alguien más y ser escuchado por alguien que ha experimentado situaciones igualmente complejas y difíciles, no desde un enfoque intelectual o racional como en la terapia individual, sino desde una conexión más profunda y visceral, puede reducir la ansiedad del individuo y hacerle comprender que no es el único que ha sido impactado por la desgracia y la crueldad de sus semejantes.

Si bien el duelo es un proceso subjetivo, particular, único e individual de todos modos se realiza colectivamente. Se lleva a cabo con otros, con abrigo, con cobijo. Es en la red que sostiene. En ocasiones la familia y amigos pueden estar a su vez atravesados por mucho dolor también. La psicoterapia orientada al trabajo de duelo es una opción muy válida, así como la pertenencia a grupos de pares. Estos espacios permiten desplegar dimensiones del dolor que en ocasiones no aparecen con los más íntimos.

2.2. Problema de investigación

De acuerdo con los datos recolectados por el Ministerio de Salud de la Nación (2018), durante el año 2018, se observaron un total de 6.048 fallecimientos en menores de un año, lo que resulta en una tasa de mortalidad infantil de 8,8 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos. Esta cifra representa una tendencia descendente que ha estado en curso desde 2007, y muestra una disminución del 5% en comparación con 2017, cuando la tasa era de 9,3 por cada 1.000 nacimientos.

En el año 2018, se destaca que la tasa de mortalidad neonatal, que alcanzó las 6 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, duplicó la tasa de mortalidad postneonatal, que fue de 2,8 por 1.000. La disminución más significativa en la tasa de mortalidad durante ese año se debió principalmente a la reducción en la tasa neonatal. Además, la tasa de mortalidad perinatal, con un valor de 11,3 por cada 1.000 nacimientos, mostró una ligera disminución en comparación con el año anterior, que tenía una tasa de 11,5 por cada 1.000 nacimientos. Es relevante mencionar que el 38% de las muertes neonatales ocurrieron en bebés que pesaban menos de 1.000 gramos al nacer, y un 5% de ellos tenían un peso inferior a 500 gramos. Es importante destacar que en el 8,6% de las muertes neonatales se desconoce el peso al nacer, mientras que este porcentaje se eleva al 30% para las muertes postneonatales.

Las principales causas de muerte en menores de 1 año están relacionadas con afecciones originadas en el período perinatal y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que representan el 78,1% de las muertes infantiles, con un total de 4.729 defunciones. Las afecciones originadas en el período perinatal, con 3.039 defunciones, son responsables del 50,1% de las causas de muerte en esta población. Las muertes por causas externas representan solamente el 2,2% del total de defunciones. Además, el 55% de las muertes neonatales y el 64,3% de las muertes postneonatales se consideraron potencialmente evitables.

En cuanto a las defunciones fetales, se registraron un total de 5.910 en 2018, de las cuales 3.663 correspondieron a fetos con un peso de 1.000 gramos o más. Como se mencionó previamente, la tasa de mortalidad perinatal a nivel nacional fue de 11,3 por cada mil, ligeramente inferior a la tasa de 2017, que fue de 11,5. Las tasas más altas se observaron en Corrientes, Jujuy, Salta y Tucumán, con tasas que superaron el 13 por mil.

La tasa de mortalidad fetal por peso registró un valor de 5,1 defunciones por cada 1.000 nacidos (vivos y muertos) con un peso de 1.000 gramos o más. En el país, las tasas de mortalidad fetal por peso más altas se encontraron en Misiones y Chaco, con valores de 7,0, mientras que la tasa más baja se registró en Río Negro, con un valor de 3,1.

En relación con las defunciones fetales antes de las 22 semanas de gestación en 2018, se reportaron 933 casos. Este registro muestra diferencias significativas entre las provincias, siendo Tucumán, Salta y Formosa las que tienen más del 40% del total, mientras que en Chaco y Santa Cruz representan menos del 4%. En La Pampa y Tierra del Fuego, no se registraron defunciones fetales antes de las 22 semanas.

En consecuencia, se considera que es crucial llevar a cabo una investigación sobre el acompañamiento psicológico de los padres que enfrentan el proceso de duelo tras la muerte de un hijo, especialmente a la luz de las estadísticas proporcionadas por varias razones fundamentales.

En primera instancia, debido al impacto emocional significativo que produce la pérdida de un hijo en sus padres. A pesar de la tendencia a la baja en la mortalidad infantil, un número sustancial de padres enfrenta la devastadora experiencia de perder a un hijo. Por otro lado, los datos demuestran que existen diferencias en las tasas de mortalidad según la etapa neonatal o postneonatal, lo que sugiere que las experiencias de duelo pueden variar significativamente. Comprender estas diferencias es esencial para proporcionar un apoyo adecuado y personalizado a los padres en duelo.

Por último, el duelo por la pérdida de un hijo es una experiencia emocionalmente abrumadora que puede tener consecuencias significativas para la salud mental de los padres. Una investigación en el acompañamiento psicológico podría ayudar a desarrollar intervenciones efectivas para mitigar el impacto negativo en la salud mental de los padres en duelo.

En Argentina, la situación relacionada con la muerte perinatal presenta desafíos emocionales y administrativos significativos. Cuando la muerte ocurre antes de la vigésima semana de gestación o si el feto pesa menos de medio kilo al nacer, los padres no reciben ningún documento oficial que confirme la defunción, y los restos del bebé son tratados como residuos patológicos.

En el caso de los bebés que fallecen en el útero después de las 20 semanas de gestación y que pesan más de 500 gramos, la situación no es mucho más delicada. Los padres reciben el cuerpo del bebé en una bolsa, similar a las de basura, acompañada de un certificado que se refiere al bebé como "NN" en lugar de utilizar el nombre elegido por sus padres.

Además del aspecto administrativo, las personas que atraviesan esta experiencia dolorosa a menudo se enfrentan a la falta de comprensión y apoyo por parte de su entorno. Frases insensibles como "ya vas a buscar otro" o "mejor que pasara antes de que naciera" a menudo minimizan la magnitud de la pérdida y aumentan la sensación de aislamiento de los padres en duelo, negándose el proceso de duelo asociado a dichas muertes.

Esto ocurre con frecuencia debido a la falta de capacitación, conocimiento y recursos, lo que provoca que, en algunos casos, el personal de salud adopte una actitud distante o fría. Esta actitud genera mayores desafíos para los padres. Las acciones y palabras de los profesionales que participan en ese momento tan doloroso pueden perdurar en la memoria durante muchos años y tienen un impacto significativo en los padres y su entorno. Por lo tanto, es crucial comprender qué decir o hacer para fomentar un duelo saludable (Bautista s. f.).

Aparte de la carga emocional que conlleva, comúnmente los expertos en el ámbito de la salud suelen experimentar la pérdida de sus pacientes como un desacierto en sus habilidades, como si rechazaran la idea de que la muerte es un acontecimiento natural y la consideraran más bien como un procedimiento técnico. Por ende, recurren a diferentes estrategias o mecanismos de defensa para eludir la muerte y sus repercusiones. Aunque la pérdida de un paciente representa un momento crucial para la colaboración y la integración en el trabajo multidisciplinario, se evidencian inclinaciones hacia la desintegración en la atención y el apoyo durante el proceso de duelo.

El Problema de investigación se centra en identificar las necesidades emocionales y de apoyo de los padres que experimentan una pérdida perinatal, y en cómo pueden los profesionales de la salud proporcionar un acompañamiento adecuado durante el proceso de duelo perinatal.

La idea de este trabajo surge por la carencia investigativa del desarrollo del duelo perinatal y la falta de intervenciones en el mismo, haciendo indispensable profundizar el conocimiento y el panorama del duelo perinatal.

2.3. Pregunta de Investigación

Ante la problemática presentada, surgen las siguientes preguntas de Investigación:

¿Cuál es el impacto biológico y psíquico de una pérdida en los padres, sea acontecida durante la gestación o al momento del nacimiento?

¿Qué intervención es más beneficiosa para acompañar a los padres en el afrontamiento de esta pérdida?

¿Qué puede hacer el psicólogo para acompañar a afrontar el duelo perinatal?

2.4. Relevancia de la temática

El duelo perinatal es un problema de salud pública debido a que es una de las causas más frecuentes de muerte en la infancia (Barreto González y Sánchez Bejarano, 2019), sobre todo en países en vía de desarrollo. Además, las afectaciones a nivel psicológico pueden alterar la funcionalidad de las personas en los diferentes contextos de interacción, terminando en trastornos mayores que finalmente afectan el bienestar psicológico de cada individuo. Por tanto, es indispensable continuar investigando acerca de las consecuencias psicológicas que tiene (en la familia) este suceso y cómo se puede llegar a proporcionar una atención psicológica integral de calidad para lograr minimizar los efectos que surgen en ella a largo plazo y se deben implementar tratamientos acordes a este tipo de duelo

De acuerdo con la literatura consultada, la atención que se les brinda a los padres cuando se produce esta pérdida, es un factor clave para que el duelo no genere consecuencias psíquicas negativas (Pastor Montero, 2016).

En este contexto, organizaciones como "Era en Abril", con 80 mil miembros conectados virtualmente en todo el mundo, se dedican al acompañamiento terapéutico de aquellos que han perdido a sus hijos durante el embarazo o poco después del nacimiento. La fundación impulsa un proyecto de Ley de Identidad, que busca permitir a los padres reconocer a su hijo fallecido antes del parto con nombre y apellido, optimizar el registro de muertes intrauterinas para prevenir muertes evitables y permitir que los padres reciban el cuerpo con fines póstumos, sin importar el peso o la edad gestacional.

"Con la Luna como cuna. Duelo Gestacional y Perinatal" es un espacio virtual, desde Bahía Blanca, dedicado a brindar apoyo emocional a familias en duelo, quienes comparten sus historias con otros padres que atravesaron este difícil momento.

La Escuela de Formación en Duelo Gestacional y Perinatal, dirigida por la Psicóloga M.Andrea García Medina, además de la formación en duelo, organiza grupos de madres, padres, abuelos, que atraviesan estos duelos.

Para las personas que han experimentado esta pérdida, la escucha empática se revela como uno de los tratamientos más efectivos. Compartir sus experiencias y emociones con otros que han pasado por situaciones similares puede ayudar en el proceso de duelo. Además, muchas personas buscan maneras de transformar su dolor en algo positivo, como colaborar en organizaciones, llevar a cabo rituales terapéuticos o emprender acciones que honren la memoria de sus hijos fallecidos.

3. Objetivo General y específicos

3.1. Objetivo General

- Explorar las necesidades emocionales y de apoyo de los padres que han experimentado una pérdida perinatal y las estrategias de acompañamiento empleadas por los profesionales de la salud

3.2. Objetivos Específicos

- Indagar los aspectos biológicos y psíquicos del embarazo y sus complicaciones asociadas
- Describir pérdida y duelo gestacional, perinatal, neonatal, muerte fetal, muerte neonatal. Similitudes y diferencias.
- Describir intervenciones posibles para padres en duelo Perinatal, Gestacional y el Rol de Psicólogo en el acompañamiento del duelo.

4. Alcances y Límites del Trabajo

Esta investigación aborda las intervenciones terapéuticas desde un enfoque constructivista sistémico, desde un modelo integrativo, uniendo los caminos desde lo psicodinámico y lo cognitivo- emocional, que han demostrado ser más efectivas en padres que atraviesan el duelo perinatal. Esto proporciona a los profesionales de la salud mental información valiosa sobre las estrategias que podrían considerar al ofrecer apoyo a estas familias.

Queda por fuera el abordaje de duelo perinatal complicado. Ese trabajo explora sólo la visión occidental judeocristiana del duelo perinatal.

No se explora ni profundiza el dolor de todos los miembros de la familia ampliada, hermanos, abuelos, tíos. La pérdida perinatal no solo afecta a los padres, sino que tiene un impacto en toda la red de relaciones familiares. Esto requiere una atención y exploración más profunda de cómo la pérdida afecta a cada individuo y cómo se puede ofrecer el mejor apoyo posible en esta situación tan difícil.

Se analizan las principales conceptualizaciones en torno al duelo perinatal y gestacional, esperando que la investigación puede contribuir a una comprensión más profunda de las

complejidades emocionales y psicológicas que enfrentan los padres en duelo. Esto puede ayudar a los profesionales a adaptar mejor sus enfoques terapéuticos.

En última instancia, los resultados de esta investigación podrían tener un impacto significativo en la calidad de la atención brindada a los padres en duelo perinatal. Al identificar enfoques efectivos y estrategias de intervención, los profesionales de la salud mental podrían mejorar su capacidad para proporcionar un apoyo más completo y personalizado a estas familias en un momento tan difícil.

Existen muchos factores que hacen parte de las condiciones que conducen a la pérdida de un bebé y al modo en que ésta se transita posteriormente, motivo por el que el recorte teórico aquí desarrollado no es acabado, sino que puede ser enriquecido con la incorporación de las crecientes fuentes de información que vayan siendo aportadas. En este sentido, puede mencionarse como una temática que presenta cierta continuidad en sus enriquecimientos, propios de las experiencias tan particulares y únicas de quienes las transitan y de las características del duelo en sí mismo.

Además, siendo esta una de las limitaciones más importantes, no se han hallado estudios que contemplen el impacto diferencial de la pérdida según sea el momento en que acontece la misma, de modo comparativo, sino que contrario a ello, los hallazgos abordan las pérdidas y sus consecuentes duelos ya sea durante la gestación o luego del nacimiento. De aquí se desprende la necesidad de que a futuro sean conducidos estudios que aborden la temática de modo comparativo y longitudinal para lograr una comprensión más profunda de las dinámicas diferenciales en ambos escenarios.

5. Antecedentes

Kamei te al. (2013), llevaron a cabo un estudio que consistió en desarrollar un taller grupal de naturaleza semi-estructurada centrado en el manejo del duelo en el contexto de la neonatología. Este taller estaba dirigido a todos los miembros del equipo de la Unidad de Neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau y se llevó a cabo durante tres sesiones entre agosto y noviembre de ese año. Durante estas sesiones, se abordaron los siguientes temas: el impacto de la pérdida de un paciente en la unidad, el proceso de duelo y las prácticas recomendadas para el manejo del duelo por parte de los padres en la unidad.

Como resultado de estas sesiones, los participantes compartieron sus propias experiencias en relación con la pérdida de pacientes y cómo percibían que esto afectaba a su labor profesional. Es interesante destacar que, a pesar de que la mayoría de los participantes no estaban al tanto de la existencia de un protocolo formal de duelo, tenían conocimiento sobre la importancia de manejar la pérdida inicial de un paciente con los padres para ayudar en su proceso de duelo.

De hecho, aplicaban medidas adecuadas, como utilizar un lenguaje sencillo, permitir que los padres tuvieran contacto directo con el paciente, ser comprensivos con las reacciones emocionales de los padres, y utilizar una "sala de duelo" diseñada con una cuna. Sin embargo, los participantes también mencionaron que carecían de oportunidades para el autocuidado y que las cuestiones emocionales personales no se abordaban en el ámbito de su práctica clínica.

Durante las discusiones grupales sobre estos temas, los participantes se organizaron de manera espontánea en grupos según sus roles (médicos, matronas y técnicos paramédicos). Esto permitió que se considerara esta variable adicional al analizar los resultados. En general, todos expresaron la necesidad de recibir capacitación en el manejo del duelo en el contexto de la pérdida de un paciente.

Los médicos, en particular, manifestaron su interés en adquirir habilidades para comunicar la muerte (o la inminente muerte) de un paciente y para manejar las reacciones emocionales de los padres. En contraste, las matronas se sintieron más seguras en su capacidad para brindar apoyo emocional a los padres, mientras que los técnicos se centraron más en sus propias emociones ante la pérdida de un paciente y en cómo gestionarlas sin que afectaran su vida personal y laboral.

Otro aspecto que se destacó fue el grado de involucramiento emocional con los pacientes. Los médicos informaron que mantenían una distancia emocional deliberada para asegurarse de que sus emociones personales no afectaran su juicio clínico, una estrategia que no era común en los otros roles, donde incluso se tendía a una mayor conexión emocional y reacciones intensas ante la pérdida de pacientes.

En cuanto a la expresión emocional, los médicos tuvieron dificultades para expresar sus sentimientos frente a la muerte, recurriendo más a argumentos racionales, mientras que los demás participantes lo hicieron de manera más espontánea. La mayoría se identificó con las emociones de los demás y consideró el espacio de discusión como una oportunidad de catarsis. Como resultado de esta experiencia, se pudo identificar las prácticas actuales en la unidad frente a la pérdida de pacientes y las dificultades que enfrenta el equipo tanto a nivel personal como profesional en el manejo de la interacción con los padres de los recién nacidos en duelo. A pesar de que, según nuestro análisis, la unidad está bien preparada para lidiar con el duelo de los padres y sigue en gran medida los procedimientos del protocolo de duelo de la unidad, queda claro que el equipo tiene dificultades para abordar su propia experiencia de duelo.

Dado que se evidenció que el equipo carece de oportunidades para el autocuidado y el apoyo emocional, se sugiere que se continúen realizando talleres que ofrezcan un espacio para la reflexión sobre el trabajo con los padres en duelo y para el autocuidado del equipo en situaciones emocionalmente desafiantes. Además, se recomienda establecer un sistema de apoyo psicológico para el equipo de atención después de la pérdida de un paciente. Aunque el equipo ya aplica las recomendaciones del protocolo actualizado de duelo, se recomienda difundir este protocolo de manera sistemática para aumentar la confianza del equipo en su capacidad para manejar el duelo.

Por otro lado, Martínez (2016) llevo a cabo un estudio que consistió en la identificación y atención del duelo experimentado por las familias que enfrentan pérdidas gestacionales. Su objetivo principal fue destacar la necesidad de reconocer y abordar este tipo de duelo, proporcionando apoyo y recursos a las familias afectadas. Para lograr esto, se implementaron diversas estrategias.

En primer lugar, se buscó aumentar la conciencia sobre el duelo gestacional a través de un programa denominado "Brazos Vacíos". Este programa tenía como propósito principal educar a las familias sobre el duelo en este contexto y brindarles recursos para afrontarlo. Además, se complementó con la creación de un grupo terapéutico diseñado específicamente para abordar las necesidades emocionales de estas familias.

Otra iniciativa importante fue la creación de redes de apoyo en línea. Estas redes se establecieron en internet con el objetivo de ofrecer un espacio donde las familias afectadas pudieran conectarse, compartir sus experiencias y recibir apoyo mutuo. Es fundamental destacar que estas redes de apoyo estuvieron respaldadas por personal sanitario con formación y calificación adecuadas, lo que garantizaba una orientación y apoyo apropiados.

El estudio también puso de relieve una problemática relevante en algunas comunidades autónomas, que es la falta significativa o la incompletitud de redes de apoyo para personas en duelo gestacional. Ante esta situación, se propuso la formación de grupos de apoyo como una medida adecuada para brindar atención y apoyo a estas familias.

En un estudio llevado a cabo por Kersting et al. (2011), se examinó una terapia cognitivo-conductual basada en Internet dirigida a mujeres que habían experimentado la pérdida de un neonato. Los resultados de este estudio demostraron efectos positivos en las mujeres que participaron en la intervención en comparación con aquellas que no lo hicieron. Hubo una disminución significativa en los niveles de dolor, depresión y sentimientos de culpa en el grupo que recibió la terapia.

En un enfoque cuantitativo, un estudio realizado por Diaz Curiel (2011), investigó la importancia de la terapia en grupo para pacientes que estaban atravesando un proceso de duelo. Los resultados indicaron mejoras significativas en los niveles de angustia y en la capacidad de los pacientes para elaborar su duelo en aquellos que participaron en el tratamiento en grupo.

En diciembre de 2019 se publica en formato digital la primera revista perinatal correspondiente a la disciplina de la psicología. En ella, se tratan temas como atención ante la muerte, el papel que desarrollan los profesionales de la salud al momento de producirse una muerte perinatal y el modo en que este hecho impacta también en ellos (Revista electrónica semestral de la Subcomisión de Psicología Perinatal del Colegio de Psicólogos, 2019).

Actualmente, existe una especialización en psicología perinatal correspondiente a la Universidad de Buenos Aires y un postgrado en el Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME & CONICET, 2020) y varias carreras y cursos en institutos que no pertenecen al ámbito universitario

6. Estado del Arte

En las últimas décadas, se ha acumulado evidencia que respalda la importancia de las redes de apoyo para las parejas que atraviesan un proceso de duelo. Numerosos estudios y programas han destacado cómo estas redes benefician la superación del duelo. En este sentido, es crucial que el personal sanitario esté familiarizado con estos recursos, ya que la conciencia y el conocimiento sobre las redes de apoyo contribuyen significativamente al afrontamiento del duelo (González, 2013).

Desde la década de los 80, autores como Kirkley-Best y Kellner han subrayado la relevancia de las intervenciones dirigidas a las mujeres embarazadas que han sufrido pérdidas gestacionales. En particular, enfatizan la importancia de permitir que los padres vean y sostengan al feto, brindar un seguimiento adecuado a las madres y establecer grupos de apoyo para ayudar a afrontar la pérdida. Muchas veces, las mujeres buscan apoyo entre sus familiares y amigos que han experimentado situaciones similares (López, 2011).

Un estudio realizado por Baena et al. (2012), destacó que actividades como dar un nombre al bebé y referirse a él de esa manera por parte del personal sanitario contribuyen a que los padres creen recuerdos con el bebé y, como resultado, acepten mejor su fallecimiento. Es importante notar que las pérdidas perinatales que ocurren en los últimos meses del embarazo suelen ser más difíciles de aceptar, y los duelos experimentados por los padres en estas situaciones tienden a ser más intensos que cuando las pérdidas suceden en los primeros meses del puerperio (Fernández et al., 2012; Fernández et al., 2016).

En estos casos, se recomienda que el personal sanitario realice cuidadosamente el proceso de asear, preparar y vestir al bebé con la ropa proporcionada por los padres. Esto permite a los padres ver, tocar, sentir, besar y abrazar al bebé. Estas acciones facilitan el proceso de despedida, crean recuerdos significativos y promueven una aceptación más llevadera de la pérdida, en comparación con las situaciones en las que no se permite esta conexión (Baena & Jurado, 2015). Se sugiere también guiar a la familia en la realización de una despedida apropiada para el bebé, lo que ayuda a reconocer la realidad de la pérdida y equipararla a la pérdida de un hijo.

En situaciones de aborto voluntario debido a anomalías o malformaciones fetales en etapas avanzadas del embarazo, es esencial comunicar claramente el estado del feto a los padres y preguntarles si desean ver al bebé. La presentación del bebé debe hacerse de manera respetuosa, considerando siempre el estado del feto. Según Baena et al. (2015), las madres que han tenido la oportunidad de ver y sentir al bebé experimentan emociones más positivas y el proceso de duelo se ve beneficiado (Arancibia et al., 2018; Valenzuela et al., 2011).

Es importante destacar que el trato ofrecido por el personal sanitario desempeña un papel crucial en el proceso de duelo. Cuando los profesionales de la salud muestran actitudes

de respeto, las madres se sienten agradecidas, comprendidas y respetadas. Esto puede fomentar que las madres expresen sus sentimientos y agradezcan a los profesionales que las atendieron. Por lo tanto, la formación adecuada del personal sanitario es fundamental para brindar un apoyo efectivo en situaciones de duelo (Camacho, 2011; González et al., 2013).

En un estudio realizado por Nieves (2020) se persiguió el propósito de familiarizarse con las sugerencias y directrices generales acerca de cómo manejar la muerte fetal intrauterina desde una perspectiva integral que abarque aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para ello se condujo un estudio de revisión bibliográfica.

En la revisión de la literatura realizada por el estudio mencionado, se identificaron diversos protocolos e informes que detallan la conducta recomendada para los profesionales de la salud cuando se enfrentan a la muerte fetal. Al recibir a la madre en el centro de atención, se establecen una serie de actuaciones para abordar integralmente estas situaciones, considerando no solo aspectos biológicos, sino también psicosociales. Al respecto, se menciona el cambio en el abordaje de los fenómenos referidos a lo psicosocial a lo largo de los años.

Los principales aportes que se mencionan refieren que, en términos generales, es fundamental brindar apoyo a la mujer y su familia que experimentan de manera tan adversa la muerte fetal, realizar la evacuación de la cavidad uterina, prevenir posibles complicaciones maternas y, en caso de existir alguna patología, abordarla. La literatura coincide en que la primera acción necesaria es confirmar el diagnóstico mediante ecografía.

Después de establecer el diagnóstico, es esencial comunicar la noticia a la familia, considerando cuidadosamente diversos aspectos. La manera en que se realiza la comunicación, el entorno, la persona encargada de informar, así como sus expresiones o palabras de apoyo, desempeñan un papel crucial en la transmisión del diagnóstico a la familia y pueden influir de manera negativa en el inicio del proceso de duelo. Es fundamental mostrar empatía al tratar con una madre y un padre que están atravesando la experiencia de la muerte fetal.

Existen diversas opciones para determinar la forma de culminar el parto, las cuales se seleccionarán según la historia clínica de la paciente, sus preferencias y las prácticas clínicas habituales en cada centro. En la mayoría de los casos, se favorecerá el parto vaginal, a menos que, por alguna razón justificada, sea necesario recurrir a una cesárea. Todas las acciones realizadas por el personal de salud tendrán un impacto en el proceso de duelo, pudiendo ser tanto positivas como negativas. Por lo tanto, es esencial saber gestionarlas adecuadamente para brindar apoyo tanto a las familias como al personal de salud.

En el momento del parto, se aconseja que los padres tengan la oportunidad de ver al recién nacido, ya que se ha demostrado que esto contribuye al proceso mencionado anteriormente. Después de experimentar la pérdida de un embarazo, se aconseja esperar al menos un año antes de buscar un nuevo embarazo, con el objetivo de evitar que este tenga la finalidad de sustituir al hijo fallecido. Es fundamental proporcionar un seguimiento a la familia, ya que el duelo no gestionado de manera adecuada puede desarrollarse de forma patológica.

Por otra parte, Rusca y Morales (2022) se plantean exponer ciertos elementos vinculados con la manera en que el equipo médico, los profesionales de la salud y el personal sanitario en general comunican la pérdida del bebé a la familia.

Para el abordaje del objetivo propuesto, llevaron a cabo un estudio que consistió en la elaboración de un resumen teórico que se sustente en la literatura especializada, tomando en cuenta las contribuciones de la psicología perinatal, explorando los avances de la teoría de la comunicación y adoptando una perspectiva sistémica. Partieron de la consideración del enfoque ecológico. Este estudio aporta una definición de pérdida gestacional o perinatal, entendida como el fallecimiento de un bebé, que puede ocurrir desde la concepción hasta el primer año de vida, abarcando el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el período postnatal. Por otra parte, define el duelo gestacional o perinatal como una respuesta normal ante la pérdida de un hijo, iniciándose cuando la familia recibe la noticia del fallecimiento por parte del equipo de atención médica. Se indica, a modo de conclusión, que la gestión adecuada del proceso comunicativo de la noticia sobre el fallecimiento es crucial, ya que puede influir positiva o negativamente en el desarrollo de un duelo saludable.

Marino y Silbermann (2023) mencionan que el duelo gestacional, ya sea por la pérdida del bebé o ante el diagnóstico de una malformación congénita que limita o amenaza la vida, genera un desequilibrio integral en la persona gestante, afectando niveles físicos, psíquicos, sociales y espirituales, con el consiguiente riesgo para su salud mental y física. Para el equipo de salud, abordar esta realidad será un desafío que implica proporcionar un apoyo que acompañe en la difícil situación inevitable.

Partiendo de la consideración anterior, se proponen como objetivo realizar un análisis teórico-clínico que respalda la complejidad inherente a este proceso de duelo específico.

Entre sus principales aportes mencionan que la práctica psicológica está vinculada a la base neurofisiológica presente en la persona gestante al momento de recibir la noticia. De ahí, que proponen una estrategia ante la irrupción de una situación preestablecida.

¿Cómo responde el equipo de atención ante un diagnóstico irreversible? Al emplear la metáfora del "oficio", se promueve la manifestación de aspectos artesanales y únicos en una práctica que, aunque pueda contar con "guías y protocolos", demanda habilidades de escucha y acciones que evolucionarán en cada caso. Este oficio está vinculado a la artesanía del cuidado, esencial en el tejido interdisciplinario. Se presenta como una invitación a reformular prácticas de cuidado que sean respetuosas y que tengan en cuenta la subjetividad.

En otro estudio, llevado a cabo por Lázaro (2018), el objetivo consistió en la elaboración de un plan de Educación para la Salud orientado a mujeres que han tenido experiencias previas de embarazo ectópico. Para lo cual se planteó un estudio de revisión bibliográfica.

Este estudio plantea la realidad del embarazo ectópico, el cual se caracteriza por la presencia de factores que impiden o dificultan la migración normal del cigoto, llevando a la implantación y desarrollo fuera del útero. Cerca de 1 de cada 50 embarazos presenta esta condición, y la probabilidad aumenta con la edad, siendo más común en mujeres nulíparas de

25 a 34 años. La evolución de esta patología puede ser variable, desde la ausencia de síntomas hasta constituir una emergencia quirúrgica. Es la principal causa de muerte materna en el primer trimestre, representando entre el 10% y el 15% del total de casos. Actualmente, gracias a métodos diagnósticos y terapéuticos específicos y sensibles, se realizan intervenciones mínimamente invasivas que permiten conservar las estructuras anatómicas y preservar la función reproductiva de la mujer. Esta situación atípica requiere una atención psicológica de alta calidad para superar el duelo gestacional que conlleva.

Se concluye indicando que la introducción de un Plan de Educación para la Salud destinado a mujeres con historial de embarazo ectópico contribuirá a brindar asesoramiento psicológico de alta calidad. Al tiempo que dicho programa promoverá la adquisición de conocimientos que fortalecerán la capacidad de autocuidado y la autonomía de las pacientes, mejorando de esta manera su bienestar.

El último antecedente consultado, es aportado por Aristondo (2023), quien explorar las repercusiones emocionales de la muerte neonatal en el personal de salud implica llevar a cabo una revisión bibliográfica que abarque estudios cualitativos, revisiones sistemáticas y documentos científicos.

Particularmente este estudio aborda la muerte neonatal, descrita como el fallecimiento que ocurre desde el momento del nacimiento hasta las primeras cuatro semanas después del parto. La mortalidad neonatal está influenciada por diversos factores, que incluyen aspectos biológicos, asistenciales y socioeconómicos. Los profesionales de la salud que participan en la atención de familias que han experimentado la pérdida de un neonato enfrentan situaciones desafiantes con una carga emocional significativa.

Los principales aportes de este estudio indicaron que las emociones predominantes identificadas en el personal de salud después de un suceso de muerte neonatal incluyeron agotamiento emocional y síndrome de burnout, estrés psicológico y frustración, así como sentimientos de culpa, autocrítica y tristeza.

Se observaron disparidades notables en las emociones experimentadas por las enfermeras en comparación con otros profesionales. Además, se identificaron diversas tácticas para gestionar estas emociones, como el respaldo emocional, la comunicación y el distanciamiento emocional. Se evidenció la necesidad de capacitación para asegurar la apropiada incorporación de estas estrategias emocionales.

En relación con la Legislación Argentina, La Ley Johanna se aprobó el 29 de septiembre de 2023 en el Senado de la Nación. Se trata de una legislación de "Procedimientos Médico-Asistenciales para la Atención de Mujeres y Personas Gestantes frente a la Muerte Perinatal", es la Ley 27733. En consonancia con la Ley de Parto Humanizado N° 25.929, una ley que cumplirá 20 años en 2024.

La ley 27733 es considerada una conquista para las mujeres que atravesaron la muerte perinatal. La misma apunta a generar herramientas para los profesionales de salud a fin erradicar

las prácticas violentas médico-obstétricas e institucionales que padecen quienes deben transitar partos y puerperios de hijos sin vida. Es una legislación fundamental en Argentina para proteger los derechos de las mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal. Lo que significa la pérdida de un hijo entre la semana 22 del embarazo y los 7 días posteriores al nacimiento.

La Ley Johanna establece procedimientos médico-asistenciales para la atención de estos casos, incluyendo la capacitación de los profesionales de la salud en el acompañamiento del duelo perinatal, el acceso a tratamientos terapéuticos y asesoramiento psicológico, y el respeto a la intimidad, la individualidad y la cultura de las pacientes.

Es urgente que profesionales de la salud, mujeres gestantes y el público en general conozcan y se capaciten sobre la Ley Johanna. Su aplicación garantiza el respeto y la dignidad en estos momentos de profundo dolor.

7. Marco Teórico

Como marco teórico conceptual, el proyecto de investigación requerirá del desarrollo de conceptos teóricos como aspectos teóricos y psíquicos del embarazo, y sus complicaciones, duelo perinatal, duelo gestacional, e intervenciones terapéuticas para padres, desde un modelo integrativo, reconociendo la complejidad del duelo perinatal y la diversidad de recursos y procedimientos terapéuticos que pueden ser útiles en la práctica clínica.

Se han desarrollado diversas teorías que complementan y amplían la comprensión del proceso del duelo, desde Freud en adelante.

La psiquiatría de la Dra. Kübler-Ross, conocida por su trabajo sobre las etapas del duelo en 1969, ha influido en la comprensión popular de cómo las personas atraviesan el duelo, aunque su modelo ha sido objeto de críticas y revisiones.

La teoría sistémica, propuesta por Reilly en 1978, considera la influencia del contexto social y familiar en el proceso de duelo.

La teoría del apego, desarrollada por Bowlby en 1993, destaca la importancia de los vínculos emocionales en el duelo y en la capacidad de la persona para establecer nuevas relaciones.

La teoría constructivista narrativa, presentada por Neimeyer en 2009, se centra en la manera en que las personas construyen y dan sentido a sus experiencias de pérdida a través de la narrativa.

La psicoterapia de grupos, cuyo exponente más destacado es Irvin D. Yalom. Yalom, es una herramienta valiosa para abordar el duelo.

Sigmund Freud, el fundador del psicoanálisis, abordó el tema del duelo en su obra “Duelo y Melancolía” (1917). En este texto, Freud explora las reacciones emocionales y psicológicas que experimenta una persona después de la pérdida de un ser querido, lo que generalmente llamamos duelo.

Freud distingue entre el duelo y la melancolía. En el duelo, la persona puede expresar su tristeza y dolor abiertamente, identificando claramente la causa de su aflicción (la pérdida del ser querido). A medida que el proceso de duelo avanza, la persona puede elaborar su dolor y eventualmente encontrar una forma de seguir adelante con su vida.

En contraste, en la melancolía, la persona no puede identificar claramente la causa de su sufrimiento y tiende a dirigir su rabia y autocrítica hacia sí misma en lugar de hacia la causa externa. Freud sugiere que la melancolía implica un proceso de duelo complicado en el que el individuo se identifica de manera inconsciente con el ser querido perdido y asume la culpa por su muerte o pérdida. Estas ideas de Freud sobre el duelo han influido en la comprensión moderna de cómo las personas enfrentan la pérdida y el trauma.

La médica psiquiatra suiza, Kübler Ross, autora de *On Death and Dying* (1969) es quien expone su conocido modelo de las cinco etapas del duelo: 1. Negación: resistencia a aceptar la realidad, la negación es un mecanismo adaptativo y cumple una función protectora que permite la aceptación gradual 2. Enojo/ Ira: surge del sentimiento de impotencia, puede ser dirigida contra cualquier persona del entorno 3. Negociación: es un intento de aplazar la muerte o de ofrecer algo a cambio para evitarla 4. Depresión: aparece cuando la realidad de la muerte se hace evidente y surge frente a las diferentes pérdidas asociadas a la muerte 5. Aceptación: consiste en la separación de los lazos afectivos

Las teorías más modernas ponen énfasis en la concepción individual de esta experiencia, en la necesidad de evitar asignar a la persona un papel pasivo ante la muerte subestimando de este modo el significado personal de la pérdida y las acciones que la persona puede llevar a cabo. Se señala la importancia de comprender que la respuesta siempre es personal y considera que el duelo consiste en fases dinámicas, plásticas y variables (Rando, 1986).

Rando propone un modelo llamado de las 6 R, que permite identificar las situaciones que atraviesa el deudo: 1-Reconocer la pérdida 2-Reaccionar, expresar emociones y sentimientos 3-Recordar la relación 4-Replantear la nueva vida 5-Reacomodarse en un mundo nuevo 6-Reinvertir y buscar nuevos proyectos.

Trabajos posteriores se apartan de la tradición estrictamente psicoanalítica, incluyendo las perspectivas de otras disciplinas y enfoques, como de la psicología cognitiva y la etología. El duelo puede considerarse una respuesta adaptativa, que se basa en el valor del apego para la sobrevivencia (Bowlby, 1984). Los lazos que existen con el fallecido llevan a un impulso de búsqueda, que al no ser satisfecho generan la sintomatología de lo que denomina duelo

complicado (Bowlby, 1980). Siguiendo a Bowlby, se propone que, si la meta de la conducta de apego es mantener los lazos con la figura de apego, cuando estos lazos se ven amenazados o interrumpidos, la persona buscará preservarlos o recuperarlos en otra figura (Sandres, 1982).

Desde un modelo teórico integrativo (Sanders, 1985- 1998), se enfoca al duelo en la interacción entre la persona que sufrió la pérdida y los factores ambientales tanto internos como externos que afectarán el proceso.

Los factores internos son la edad, el género, la personalidad, la salud física, la relación con el muerto y los comportamientos de dependencia.

Los factores externos incluyen el apoyo social y el tipo de muerte (súbita, anticipada, accidental).

La muerte, como cualquier otro acontecimiento, puede validar o invalidar creencias que afectan el sentido de sí mismo de los deudos, sobre todo cuando se trata de la muerte de un hijo, ante la cual ningún padre se siente preparado.

Otra forma de comprender el proceso de duelo es representarlo como un movimiento en espiral más que lineal en el que se podrá observar que el paciente podrá volver una y otra vez sobre los mismos síntomas, en cuatro esferas: emocional, física, cognitiva y conductual (Worden, 1997) y se propone que el deudo deberá realizar algunas tareas de manera activa para atravesarlas: aceptar la realidad de la pérdida; trabajar las emociones y el dolor; adaptarse al medio en el que está ausente el fallecido, y continuar viviendo. Este continuar en la vida se basa en hallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una vida nueva. Hoy sabemos que no se puede desvincular de la persona fallecida, ni retirar la energía emocional y reinvertirla en otras relaciones, lo que se busca es encontrar modos de recordar a los seres queridos fallecidos, sentirlos cerca, para así poder seguir con sus vidas. Aquí toman un lugar muy importante los rituales, ceremonias y recuerdos que se guardan, como modo de resguardar el vínculo.

Neimeyer Robert, (1998) realiza un análisis del proceso del duelo desde una perspectiva constructivista. Este autor define el duelo como una reconstrucción de significados y destaca lo particular y lo activo en el proceso de duelo, a diferencia de lo universal y pasivo de los autores más tradicionales

La elaboración del duelo está determinada no sólo por las emociones, sino también por el contexto relacional y los significados únicos del doliente, los que tienen que ser reconstruidos después de la pérdida. La cultura y las creencias espirituales son determinantes y relevantes del significado particular de la pérdida para cada persona. En términos del trabajo de duelo, este nuevo enfoque plantea, al igual que la postura más tradicional, que se necesita reconocer la realidad de la pérdida y abrirse al dolor.

La diferencia se presenta principalmente en lo que se ha llamado fase de reorganización o restablecimiento, cuyo objetivo está determinado en forma importante por la concepción de lo

que es un duelo elaborado. La propuesta de Neimeyer fundamentalmente permite una mayor amplitud en los procesos que llevan la elaboración. Esta amplitud significa que no necesariamente el deudo debe dejar ir o renunciar a la relación con la persona desaparecida; la mayoría de los deudos siguen sintiendo la presencia de la persona fallecida y manifiestan que esto les proporciona consuelo y los anima a seguir con su propia vida, las personas manifiestan tener sensaciones asociadas a la presencia de su deudo y que sienten inclusive cómo se sienta en su cama. Estas evidencias son incorporadas por Neimeyer, quien postula que la muerte transforma las relaciones con la persona querida, en lugar de ponerles fin. Esto implicaría que no es necesario distanciarse de los recuerdos del ser querido, sino convertir una relación basada en la presencia física en otra basada en la conexión simbólica, conservando esta relación que fue fundamental en el pasado, pudiendo dar continuidad a una historia vital interrumpida por la pérdida, emprendiendo el duro trabajo de inventar un futuro lleno de sentido.

Por otra parte, se postula una reconstrucción de significados que permite contemplar las creencias particulares, teniendo como telón de fondo la cultura a la que pertenece, sin connotaciones a priori de anormalidad. Por último, la amplitud en la elaboración del duelo permite incluir el crecimiento.

El mundo de la persona queda transformado por la pérdida. La reconstrucción de un nuevo mundo de significados que tenga sentido no necesariamente lleva a la normalidad previa a la pérdida, sino que da la oportunidad de llegar a un estado de mayor desarrollo personal. Normalmente estas respuestas específicas del duelo van acompañadas de síntomas fisiológicos predecibles, como dolor de cabeza, cansancio y letargo, dificultad en la respiración, taquicardia, sequedad de boca, sudoración, trastornos digestivos y sensación de asfixia. Unidas a otros síntomas como la inquietud, la tensión muscular insomnio, estas respuestas se pueden entender como un patrón afín a la respuesta del estrés a la separación. (Neimeyer)

Otra reacción habitual es el sentimiento de mutilación, que nace del concepto de que una parte del doliente ha muerto con el difunto: la parte de su vida que justamente compartían, y que no va a reemplazarse con relaciones nuevas, aunque sean de carácter similar. Se puede sentir pánico o ansiedad generalizada, que se debería a una aprensión por lo desconocido de la situación que se vive. Esto último suele presentarse en las mañanas cuando el deudo se despierta y siente que tiene que enfrentar un nuevo día sin la persona querida.

Se podría presentar sensación de vulnerabilidad causada por la pérdida actual y los recuerdos de separaciones y pérdidas previas. La percepción de estar actuando distinto de lo habitual hace que sea más aterradora y dolorosa esta fase, por lo que es importante asegurar a los deudos que sus sentimientos son legítimos. Solo si se tolera la emocionalidad de la etapa previa se puede llegar a aceptar que la pérdida es permanente y a moldear la vida con una nueva forma. Esta redefinición de sí mismo implica renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida (Bowlby, 1980).

Este momento es una gradual declinación del duelo, marcando el inicio de la reinserción emocional y social al mundo cotidiano. El individuo empieza a examinar su nueva situación y a considerar las posibles maneras de enfrentarla.

La pérdida no se olvida, pero se pone en un lugar especial y la energía emocional se reorienta hacia nuevas relaciones (Bowlby, 1980; Worden, 1982).

En cuanto al duelo perinatal, a pesar del aumento de la sensibilización hacia la pérdida perinatal, en muchos contextos aún se minimiza su impacto, lo que lleva a que las personas afectadas se enfrenten a esta dolorosa experiencia en completa soledad. El duelo puede comenzar de manera abrupta, ya sea con la noticia de una pérdida sospechada o con la confirmación de esta, siendo la ausencia de latido cardíaco la prueba definitiva (SEGO, 2011).

La noticia de esta pérdida puede ser tan devastadora que algunas mujeres desean inducir el parto de inmediato tras el diagnóstico, ya que les resulta insoportable la idea de llevar un bebé sin vida en su interior, considerando que esto les permite cerrar el proceso lo antes posible. Por otro lado, algunas desearían disponer de tiempo para asimilar la pérdida y facilitar el proceso de duelo, despidiéndose de su bebé sin sentir la presión del tiempo de manera especial.

Además de la pérdida concreta del bebé, esta experiencia conlleva múltiples pérdidas para los padres. Estas pérdidas incluyen la del hijo que habían imaginado, una relación más simbólica que real construida por sus propias expectativas y deseos (Brier, 2008). También implica la pérdida de la plenitud de la pareja, que esperaban con la llegada de su hijo, así como la pérdida de la imagen de su familia idealizada y del futuro que habían planeado con motivo del nacimiento del bebé (Côte-Arsenault y Denney-Koelsch, 2011).

Esta experiencia también puede llevar a la pérdida de aspectos de sí mismos, ya que, durante el embarazo, la mujer establece una conexión biológica con el feto, que idealiza como una parte valiosa de sí misma (Montesinos, Román, Muñoz y Elías, 2013). Asimismo, implica la pérdida de un sueño y una creación, ya que el bebé representa la vida y la esperanza proyectada hacia el futuro, sin anticipar un resultado trágico (Montesinos, Román, Muñoz y Elías, 2013).

En ciertos casos, esta experiencia también puede comprometer la posibilidad de la trascendencia. Los padres pueden sentir que están perdiendo su última oportunidad para la maternidad o paternidad debido a circunstancias particulares como la edad de la madre o problemas de fertilidad, lo que genera un duelo adicional por la infertilidad.

La psicóloga Carolina Mora psicóloga perinatal del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental del CONICET, en una entrevista realizada por Flier (2018), destaca que las madres que enfrentan esta situación a menudo sienten que su dolor no es validado y pueden sufrir en silencio. El proceso de duelo es altamente personal y puede llevar meses, marcado por altibajos emocionales. En fechas especiales, como aniversarios, el dolor puede resurgir con fuerza.

La psicoterapia de grupo ha experimentado una serie de avances y cambios significativos desde sus primeros días hasta la actualidad. Su versatilidad la hace aplicable en una amplia gama de contextos relacionados con la salud mental, incluyendo intervenciones comunitarias, análisis institucional, trabajo en equipo y organización. A pesar de estos progresos, aún queda un trecho por recorrer para que las instituciones de formación y salud reconozcan plenamente la psicoterapia de grupo como una terapia esencial, efectiva y eficiente para abordar los problemas de salud mental (Vallejo, 2015).

De manera más detallada, los integrantes del grupo tienen la capacidad de desarrollar una mayor comprensión de sus propios pensamientos y percepciones en relación con los eventos y las relaciones interpersonales en las que participan. Además, pueden explorar los significados y narrativas que atribuyen a estas percepciones. Cada miembro, al repasar sus experiencias pasadas, obtiene una nueva perspectiva sobre su relación con ellas.

En un grupo de conversación actual, las experiencias pasadas adquieren nuevas interpretaciones (O'Leary y Wright, 2005). Incluso cuando alguien relata un evento anterior, lo hace utilizando los recursos lingüísticos y contextuales disponibles en el momento presente. Cuando esta nueva narrativa se presenta ante un público y un entorno de escucha, comienza a ganar influencia (Sáenz, 2009).

Sin embargo, es importante destacar que el cambio no se limita solo a las historias contadas, ya que estas se crean en interacción con otros miembros del grupo y con uno mismo, basadas en sistemas de significado que también pueden verse alterados (Gergen, 2006). De hecho, estudios como el de Brabender et al. (2004) han demostrado que la disposición a escuchar a los demás puede llevar a apreciar las diferencias de manera positiva y a relativizar la propia experiencia, así como las nociones de verdad y significado.

Es por ello, que la terapia narrativa, ha demostrado ser efectiva en la tensión terapéutica dentro del trabajo grupal. En el año 2001, Lorraine Hedtke, una terapeuta que trabaja en el contexto de la terapia narrativa del duelo planteó una perspectiva interesante sobre el proceso de la muerte y las relaciones. Ella sugirió que cuando alguien fallece, la relación con esa persona no llega a su fin por completo. En lugar de ver la muerte como un punto final, Hedtke nos invitó a considerarla como una oportunidad para establecer una nueva forma de relación con nuestros seres queridos fallecidos.

Esta perspectiva desafía la aproximación más tradicional que nos insta a "superar" nuestro duelo y a "seguir adelante con nuestras vidas". A pesar de lo que se nos ha enseñado sobre cómo una persona en duelo debería comportarse y experimentar la aflicción, la idea de "dejarlos ir" puede resultar un proceso doloroso que no necesariamente facilita la reanudación de nuestra vida cotidiana (Hedtke, 2001, p. 4).

8. Procedimiento

Para la realización de esta tesina se utilizó como método de investigación la revisión de múltiples fuentes bibliográficas de carácter explicativo y el análisis de su contenido. La búsqueda se hizo a partir de diferentes recursos en línea como Google académico, Redalyc.org, Scielo.org.co., entre otros.

El material utilizado incluye libros, artículos, trabajos de investigación y revistas científicas, así como todo lo que fue estudiado durante la carrera de Psicología. Los criterios de búsqueda se basaron en los objetivos planteados en esta tesina, especialmente en las palabras claves mencionadas en el resumen que figura ut supra.

A partir de la información recopilada se redacta la presente revisión bibliográfica, destacando los temas clave, tendencias y conclusiones que emergen de la literatura revisada.

Debido a que la búsqueda bibliográfica para la presente revisión se realizó en buscadores online, los artículos que se utilizaron consistieron en papers de acceso gratuito, mayormente incluidos aquellos redactados en idioma español. También se consideraron tesis, estudios estadísticos de centros reconocidos y legislaciones.

9. Capítulo 1: Aspectos biológicos y psico-emocionales del embarazo

El embarazo dura alrededor de 280 días (entre 37 y 42 semanas). Durante la gestación, hay dos periodos claramente diferenciados: el periodo embrionario y el fetal. El primero dura 8 semanas y en él se va formando el bebé, llamado embrión. Desde la novena semana hasta el parto, el bebé ya está formado, y lo que hará principalmente es crecer. Este es el periodo fetal, y en esa fase ya hablaremos de feto.

El embarazo es un periodo de adaptación a una nueva situación en la que se producen cambios psicológicos, además de que el cuerpo de la mujer experimenta una profunda transformación física ya que debe acoger la formación y el crecimiento de un bebé en su interior.

9.1.1 Aspectos biológicos y cambios corporales

El embarazo típico implica una serie de transformaciones físicas y psicológicas para la mujer, todas orientadas a adecuarse y adaptarse a las demandas asociadas con el desarrollo de un nuevo ser dentro del cuerpo materno. Estos cambios se producen de manera progresiva y constante durante todo el embarazo, y reciben influencia de diversos elementos como la edad, experiencias previas de embarazo, estado físico, nutricional, entre otros (Carrillo-Mora et al. 2021).

Las transformaciones abarcan desde ajustes en el metabolismo y en la bioquímica que posiblemente no sean notables hasta alteraciones anatómicas macroscópicas manifiestas, e inclusive modificaciones en el comportamiento y las emociones. Cada una de dichas transformaciones representan un aumento de demanda (estrés) para la fisiología normal corporal femenina. En caso de que dichas transformaciones se combinen con enfermedades preexistentes o predisposiciones a ellas, pueden dar lugar a diferentes condiciones patológicas durante el embarazo, como la preeclampsia, la diabetes gestacional, la insuficiencia cardíaca, entre otras (Carrillo-Mora et al. 2021).

Las transformaciones que tienen lugar en el cuerpo de la madre abarcan:

* Transformaciones que son perceptibles para la madre o que se manifiestan y generan síntomas particulares a lo largo del embarazo, tales como el incremento de peso, el crecimiento del abdomen, el aumento del tamaño de los senos, la poliaquiuria, el estreñimiento, la acidez estomacal, la hiperpigmentación de la piel en ciertas áreas, entre otros.

* Transformaciones que sólo son detectables durante el examen físico realizado por el médico, como la disminución de la presión arterial, el aumento de la frecuencia cardíaca, la existencia de un tercer ruido cardíaco, entre otras.

* Transformaciones identificadas únicamente a través de estudios de laboratorio, como alteraciones en la biometría hemática, el análisis de orina, entre otros.

Es crucial que el médico general o el profesional de atención primaria esté familiarizado con las principales alteraciones en la fisiología femenina a lo largo del embarazo. Esto es esencial para realizar una distinción apropiada entre estados fisiológicos y patológicos que podrían representar riesgos para la salud materna o el bienestar del feto (Carrillo-Mora et al. 2021).

Por otra parte, Tinoco Contreras y Palomar Vereá (2021), aportan una visión diferencial del embarazo, al mencionar que, aunque la gestación física ocurre en el cuerpo de las mujeres, su significado subjetivo y sociocultural se construye a través de diversas dimensiones estructurales e individuales. Se trata de un fenómeno complejo que requiere comprensión contextual, identificación de los diversos planos simbólicos involucrados y exploración del significado subjetivo y cultural que adquiere en ese contexto específico. El proceso de embarazo implica, entre otros aspectos, transformaciones en la subjetividad de las mujeres a lo largo de todos los momentos de su existencia.

9.1.2. Aspectos psicológicos y emocionales de la madre en el embarazo

Para la Real Academia Española (2021) el embarazo es el “estado en que se halla la mujer gestante” (R. A. E., 2021). Definiendo gestar como: “tr. Dicho de una hembra: Llevar y sustentar la madre en su vientre el feto hasta el momento del parto. prnl. Prepararse, desarrollarse o crecer sentimientos, ideas o tendencias individuales o colectivas” (R. A. E., 2007). Ana Cigarroa (2011) plantea que el embarazo es un proceso crucial en la vida de la mujer, que le brinda la posibilidad de confirmar su capacidad de gestar vida con lo cual se pone de relieve la necesidad de adaptarse a grandes cambios. No sólo a nivel corporal, se trata de una experiencia emocional muy importante, considerándose una fase evolutiva por la tarea de separación- individuación de su propia madre. Marcando con esto su identidad femenina ya madura (Alkolombre, 2011).

El concepto de gestación psíquica planteado por Denise Defey (2009) conjuga distintas representaciones mentales maternas, algunas son permanentes y se presentan a lo largo de todo el embarazo, teniendo efectos protectores. Por un lado, se puede ver la imagen de un bebé idealizado, esta imagen compensa los momentos no tan placenteros del embarazo en sí, como su cuidado. Por otro lado, una visión muy idealizada y alejada de la realidad, puede favorecer la aparición de frustraciones. También encontramos las representaciones múltiples y fugaces, en las que diferentes imágenes, muchas veces hasta contrarias, van pasando por la mente de la madre, a modo de ir preparándose para el hijo que le toque tener. Otras representaciones son secuenciales, se presentan en relación al trimestre que esté cursando la mujer, las cuales pueden ser tomados como indicación de una normal evolución del embarazo. Se trata de distintos modos de percibir y vivenciar al hijo o hija.

Podemos encontrar que en las primeras representaciones secuenciales que se dan en el inicio del embarazo, la mujer aún percibe al embrión como una parte de su propio cuerpo. Luego comienzan las percepciones del feto como una persona en sí misma. Dicha percepción se ha ido modificando a lo largo del tiempo. Antes se daba de forma tardía, ya que estaban vinculadas a los primeros movimientos fetales percibidos. Con los avances tecnológicos, los padres ven latir el corazón del feto, modificando su percepción, no sólo con relación a él, sino a ellos mismos, comenzando a colocarse en posición de padres. Luego aparecen las representaciones de autonomía, las que permiten colocar al hijo como una persona con necesidades propias que los adultos deberán comenzar a reconocer para cubrir y satisfacer. Por último, encontramos las representaciones vinculares, en ella se comienza a imaginar al hijo/a en relación con otras personas. Esta representación es fundamental para la evolución psicológica del embarazo, ya que le permite a la madre pensarse compartiendo a su hijo/a con otras personas significativas (Defey, 2009).

Alkolombre (2012) nos habla de la prehistoria del hijo, una historia que lo precede, cada padre y madre tienen representaciones en relación con el hijo por venir, que manifiestan deseos, anhelos y temores. Esta prehistoria determina la forma en la que se lo recibirá. Antes de la concepción, la vida psíquica de la mujer es poblada por fantasías en relación con el embarazo, al niño por nacer, a la niña que ella fue y a la madre que tuvo. Este niño imaginario es capaz de despertar sueños y también pesadillas.

Necesitamos compartir nuestras emociones y para satisfacer esta necesidad, creamos grupos. Esther Vivas (2022) plantea que buscar consejos y ser escuchadas por otras madres es tan importante en la actualidad como lo era hace mucho tiempo. Las redes sociales han contribuido notoriamente en la construcción de redes solidarias, en una sociedad individualista, donde estamos cada vez más aislados.

Muchas mujeres desde que empiezan a buscar el embarazo, luego del parto y ya entrada la crianza buscan transmitir su proceso vital. En algunos casos con la creación de un blog personal, otras lo hacen a través de foros, siguen alguna página de Facebook o transmiten su experiencia de forma anónima. Se centra en intercambiar opiniones, encontrar apoyo y sobrellevar la soledad que muchas veces implica la crianza en la sociedad actual. Poco a poco, comienzan a visibilizarse temas que se consideraban tabú, como la pérdida gestacional, la dificultad para quedar embarazada o la reproducción asistida (Vivas, 2022).

Es imprescindible recordar que la mujer puerpera necesita de la contención afectiva, que le permita aceptar sus emociones y sentir la confianza necesaria para conectar con lo que le ocurre (Gutman, 2011).

9.1.2.1 La Maternidad

Oberman (2013) sostiene que la maternidad implica para la mujer, atravesar una sucesión de procesos: la pubertad, la fecundación, el embarazo, el parto, la lactancia, la crianza, la educación y la separación. Por lo tanto, es una experiencia que cada mujer desarrolla individualmente pero dentro de una comunidad, en este sentido, refiere la autora, que una madre no nace, sino que se hace.

La maternidad implica una transformación única y en todas las esferas de una persona. Es considerada una crisis vital y evolutiva, ya que supone reorganizaciones y reconfiguraciones en los planos físicos, psíquicos y sociales del sujeto que la atraviesa. Esta crisis será vivenciada por la madre en función de su historia personal, su estructura de personalidad, la situación presente, las características del bebé y la ubicación de este niño en el desencadenamiento histórico de su familia. A su vez, en varias ocasiones, puede confluir con otras situaciones (violencia, separaciones, pérdidas de seres significativos, mudanzas, adicciones, etc.), tornándose una doble crisis. La maternidad interpela, remueve y reubica. Madre no se nace, se hace, se construye.

El término “maternaje” de Oberman (2013) contribuye a pensar la maternidad en un sentido más amplio, como un posicionamiento subjetivo que implica, en este caso, que la mujer deberá asumir una función que no es intrínseca y que se da a nivel psíquico, estableciendo una diferencia con lo que sucede a nivel biológico. Es parte de este proceso también, todo lo que sucede luego del parto, es decir, cómo la mujer ejerce este rol, y sobre todo, cómo se desarrolle el vínculo con su hijo en los diferentes contextos presentados.

Otro aporte, que contribuye a comprender el fenómeno de la maternidad, parte del concepto de Constelación Maternal propuesto por Stern (1994). Mediante el mismo se alude a la nueva organización psíquica que opera en la madre tras la llegada de un bebé a su vida. Su duración es muy variable pero lo importante radica en que se trata de una construcción única e independiente, pero de gran impacto y se convierte en el principal eje organizador del psiquismo de la madre. Esta constelación maternal conlleva cuatro grandes temas: el tema de la vida y el crecimiento, el de la relación primaria, el de la matriz de apoyo, y el tema de la reorganización de la identidad. De acuerdo con estos, la madre tendrá sentimientos, deseos, ideas, temores, recuerdos y razones que sustentarán sus acciones.

Siguiendo al autor, este plantea que la madre en su mente no da a luz a un ser humano, sino a una nueva identidad, ésta es, el sentido de ser una madre. Stern sostiene que al igual que el bebé nace de forma física, la madre tiene que nacer psicológicamente. La nueva madre comienza a identificarse con su propia madre, y gradualmente va dejando el lugar de hija para asumir el de madre (Stern, 1994).

En esta línea Stern (1994) describe tres fases mediante la cual una mujer se convierte en madre. La primera fase de preparación, en ella se incluyen los nueve meses de embarazo. Durante este tiempo, la imaginación de una mujer estaría centrada en sueños, miedos y fantasías sobre cómo será su bebé, y cómo serán los vínculos. También se encuentra en esta fase el nacimiento real del bebé, el cual no convierte a la mujer automáticamente en madre, sino que esto conlleva una preparación psicológica, para que la misma pueda asumirse en ese rol, es decir que da lugar a la madre física pero no a la psicológica.

La siguiente fase incluye los primeros meses de nacimiento del bebé. Luego del primer encuentro con el cuidado y la educación del mismo se puede decir que nace la nueva identidad maternal. Por último, la fase de adaptación y describe la integración de la nueva identidad de la mujer en su vida, la que tenía antes de que naciera su hijo. Por lo que indica el autor, y en consonancia con lo anteriormente planteado parecería que el convertirse en mamá, desde el punto de vista psicológico, es un proceso gradual .

9.1.2.2 Vínculos Tempranos

Diversas teorías difieren en cuanto al momento en que comienza el vínculo de la madre con su hijo. Aquí se definirá este vínculo desde el momento en que la mujer sabe de su embarazo. Y dependerá de cada singularidad, es decir, cómo cada mujer construye este vínculo, e incorpora para sí su nueva función. Oiberman (2013) considera que la relación madre-bebé tiene sus raíces en los juegos infantiles de la mujer que va a ser madre y en sus propias experiencias precoces y en su historia.

Brazelton y Cramer (1993) exponen con claridad que con la llegada de un hijo se da un pasaje de una relación “uno con uno” a una configuración triangular (con las exigencias que esto conlleva). En ambos padres durante el embarazo van a gestarse distintas emociones, miedos y la ambivalencia característica de este proceso. Este autor explica que los nueve meses sirven como periodo de preparación (no solo física sino también psicológica) para los padres y que finalizado ese lapso generalmente aparece en los futuros padres la sensación de estar listos para la llegada del hijo y de estar preparados para asumir el rol que los espera. Sin embargo, explica que también reside en ellos (y especialmente en toda madre) un temor profundo a que algo malo ocurra al hijo por venir y que para sobreponerse a estas preocupaciones se ponen en marcha defensas que consisten en representar a ese bebé como perfecto idealizándolo e imaginarse a sí mismos como padres perfectos para ese bebé.

Durante el embarazo, un bebé va creciendo en la panza de la mamá y a la vez un bebé imaginado va creciendo en el deseo de los padres, le van construyendo un espacio de amor y expectativas, le piensan un nombre, una cara, un lugar especial en su casa y en su historia familiar.

Cuando se produce la muerte del bebé, todo lo imaginado y esperado desaparece de escena y en su lugar se instala la urgencia, la confusión, la incertidumbre y la angustia, el dolor, la culpa. (Giovannini, 2009).

9.2. El padre en el embarazo

Hay mucha más información, basada en investigaciones, sobre importancia e impacto de las emociones y comportamiento de la madre en estas etapas de la vida, que respecto a la importancia del padre. Por tanto, se sabe mucho menos de los cambios psicológicos y emocionales que ocurren en el futuro padre y cómo éste hace la transformación de primero esposo y luego padre, lo que se ha llamado “transición a la paternidad” o a la parentalidad (Solís, 2003).

A lo largo de la historia el concepto de paternidad se ha ido modificando debido a los cambios que han sufrido las distintas sociedades, por lo que los modelos de comportamiento de los varones en cuanto al embarazo, parto y crianza han evolucionado hacia formas de paternidad más afectivas y no sólo a la de proveedor material. Como consecuencia de lo anterior, la pérdida de un hijo en la etapa perinatal repercute en aspectos psicológicos y psicosociales que impactan en la calidad de vida de los varones.

Autores como Serrano y Lima (2006) afirman que la paternidad comienza cuando el hombre incluye a su hijo en gestación, en sus costumbres, hábitos y metas personales. en la práctica clínica hemos observado que los varones van desarrollando una relación afectiva con el feto a medida que su pareja lo va identificando como una persona con características propias y separada de su cuerpo.

Las posibilidades de la paternidad han ido cambiando y parecen estar en función del sistema de valores y de factores sociopolíticos, de tal forma que los padres en la actualidad identifican la condición de paternidad con expresiones que hacen referencia a roles, rasgos y actitudes que denotan estados anímicos, emociones y vivencias involucradas a su papel como actores en la crianza de sus hijos (Anabalón C., Cares F., Cortés F y Zamora M, 2011). Junto a esto, las técnicas actuales en el control prenatal, tales como las ecosonografías de tercera y cuarta dimensión —que permiten al varón ver a su hijo de manera definida dentro del vientre materno— han facilitado el apego desde la gestación.

Algunas tareas psicológicas (Maldonado-Duran y Lecannelier, 2008) que son realizadas por los futuros padres durante la gestación de su hijo como preparación a la paternidad son: resolver la propia ambivalencia hacia el embarazo y al futuro hijo, establecer un apego con el feto ,redefinir la identidad del hombre y esposo para convertirse en padre, lograr la convicción interna de que puede cuidar primero del feto y después del bebé, dar apoyo a su compañera y preparar un “nido” psicológico y real para el niño y asumir nuevas responsabilidades como padre.

Así se resalta que los hombres pueden presentar manifestaciones psicológicas tanto positivas (alegría, sentido a la vida, sensación de potencia y virilidad) como negativas (confusión y ansiedad, depresión, estrés irritabilidad y miedos).

Si bien la paternidad forma parte de un proceso de transición hacia la adultez para los varones, también ésta se incorpora a su proyecto de vida dándole significado a sus actividades, de tal forma que el ejercicio de la paternidad es una experiencia en la que se involucran tanto responsabilidades y satisfacciones, como también incertidumbre, angustia y miedo por el bienestar de su hijo/a en gestación (Velazquez 2010)

9.2.2. Síndrome de Couvade

Este síndrome refiere al hecho de que el compañero de una mujer embarazada presenta los síntomas comunes del embarazo, tales como aumento de peso, náusea matutina, etc.(Conner y Denson 1990)

Los síntomas principales del Couvade son: Gastrointestinales, tales como la náusea, vómito, acidez, dolor abdominal o llenarse de aire en el abdomen; Dolores: Dolores de piernas, de espalda, irritación urinaria, dolores dentales; Conductuales: Cambios en el apetito, como “antojos”, aumentar de peso, cambios en los hábitos de dormir, ansiedad, inquietud y reducción en la libido. Al respecto Tizon y Fuster (2005) resumen que la mujer prepara con sus feromonas a su compañero; es decir el hombre no solamente se prepara y es preparado por su compañera y por la sociedad a nivel psicológico y social, sino que también a nivel biológico, para la paternidad

Las investigaciones centradas en los aspectos biológicos mencionan que, al igual que en la mujer, en el hombre existen conductas paternas determinadas por factores biológicos o bioquímicos tales como un mayor interés y ternura en el futuro hijo, que se cree están relacionados con la disminución en los niveles séricos de testosterona presentados en los hombres durante el embarazo de sus compañeras (Gray P.B., Parkin J.C. ,2007).

10. Capítulo2: Pérdida y Duelo Gestacional, Duelo Perinatal

El duelo es, en principio, el proceso normal de elaboración de cualquier pérdida. En este capítulo se va a desarrollar el duelo absurdo e imprevisto, injusto, temprano, silenciado, cuando la muerte aparece en el inicio de la vida o antes de nacer.

10.1 Pérdida y Duelo

De acuerdo con la RAE, la palabra "duelo", proveniente del latín "dolus" que significa dolor, se refiere al "dolor, pena, aflicción o sentimiento", así como a las "expresiones y manifestaciones que se llevan a cabo para mostrar el pesar por la muerte de alguien" (Fernández Ordóñez 2021).

En cambio, según el DSM-5 (2013), el duelo se categoriza como una respuesta normal frente a la pérdida de un ser querido, con sintomatología típica de un episodio depresivo mayor, como la tristeza acompañada de otros signos, por ejemplo, insomnio, pérdida de apetito y disminución de peso. Se identifica con el código V62.82, el cual no conlleva un trastorno mental. La prolongación y manifestación del duelo pueden variar significativamente entre diferentes grupos culturales (Fernández Ordóñez 2021).

Se estima que anualmente se producen 23 millones de abortos espontáneos en todo el mundo, lo que equivale a una pérdida de embarazos cada minuto (González Said 2021). El riesgo combinado de aborto espontáneo se sitúa en el 15,3% de todos los embarazos reconocidos. La prevalencia en la población de mujeres que han experimentado un aborto espontáneo es del 10,8%, mientras que para dos abortos espontáneos es del 1,9%, y para tres o más abortos espontáneos es del 0,7% (Anón s. f.).

La experiencia de perder a una hija o hijo ya sea anticipada o inesperada, genera repercusiones emocionales tanto en la familia como en el personal de salud que brinda atención. El duelo surge como una respuesta natural para abordar estas repercusiones (Anón s. f.).

A pesar de que hay varias descripciones sobre la secuencia temporal de la muerte perinatal, la OMS, en la 10a revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), identifica las siguientes etapas (Anón s. f.):

* Muerte Fetal (MF). Se divide en tres fases:

- *MF en etapa temprana*: Se refiere al fallecimiento de fetos con una edad gestacional inferior a las 22 semanas o un peso inferior a 500 gramos (en casos donde la edad gestacional no esté registrada). En este contexto, se utiliza el término "Abortos".

- *MF en etapa intermedia*: Abarca a los fetos que experimentan el fallecimiento entre las 22 y 28 semanas de gestación o que tienen un peso de 500 a 999 gramos (en casos donde no se tenga información sobre la edad gestacional).

- *MF en etapa tardía*: Comprende los casos de fallecimiento fetal a partir de las 28 semanas de gestación (cuando se desconoce la edad gestacional, se considera a partir de los 1.000 gramos de peso).

* Muerte Neonatal (MN): Hace referencia a los fallecimientos que suceden después del parto y antes de que transcurran 28 días de vida, y se divide en dos subcategorías:

- *MN precoz*: Se refiere a los fallecimientos que acontecen durante el periodo que va desde el nacimiento hasta la primera semana de vida.

- *MN tardía*: La defunción ocurre durante el periodo que abarca desde la segunda semana hasta los 28 días de vida.

En la historia, la muerte intraútero o perinatal ha sido descuidada, minimizando su relevancia y negando a las familias el duelo por la pérdida de un hijo o hija que, según la sociedad, no llegó a existir (sin registros, fotos o recuerdos). Esto contrasta con la evidencia de que el vínculo entre madre e hijo comienza desde el momento mismo en que se decide la concepción (Anón s. f.).

Los signos del duelo gestacional pueden afectar la experiencia de embarazos subsiguientes e incluso la conexión con el nuevo hijo. Estudios indican que las mujeres que transitaron pérdidas gestacionales previas muestran niveles más altos de ansiedad en comparación con aquellas que no han pasado por esta situación. Asimismo, muestran puntuaciones más elevadas en somatización, obsesividad compulsiva, sensibilidad y psicoticismo. La falta de síntomas propios de la gestación, la reducción de los movimientos fetales o la proximidad a la edad gestacional de la pérdida previa son elementos comunes que desencadenan la ansiedad. Se ha observado un incremento en la preocupación sobre el parto y un incremento en la inseguridad y desconfianza hacia los profesionales de la salud. El duelo gestacional es posible que resurja en embarazos subsiguientes, evidenciándose al mismo tiempo, a través de una conexión vacilante con el nuevo bebé (Fernández Ordóñez 2021).

10.2 Pérdida y Duelos Gestacionales

Durante el embarazo, los futuros padres experimentan una mezcla de emociones que van desde la anticipación y el entusiasmo hasta la ansiedad y la incertidumbre. A medida que se acerca el momento del parto, la expectativa y la emoción por conocer a su hijo se vuelven más intensas, creando un vínculo emocional único entre los padres y el bebé por nacer" (Gottman & Gottman, 2019).

Una mujer que se prepara para convertirse en madre experimenta una vivencia sin igual que influirá de manera integral en todos los aspectos de su realidad psicológica, tanto a nivel interno como en sus relaciones con los demás. En este proceso, la mujer transita de ser hija a ser madre, experimentando emociones contradictorias, de pérdida por lo que deja atrás, y de conquista por la llegada de su hijo. En la construcción de la psiquis materna, la historia de desarrollo personal adquiere una importancia crucial. Asimismo, adquiere relevancia la toma de conciencia, en muchos casos abrumadora, de la responsabilidad de asegurar la supervivencia y el posterior desarrollo del bebé. A medida que logra estos objetivos de manera progresiva, la madre desarrolla un sentimiento fundamental de valía (Marino y Silbermann 2023).

Otros estudios (Kim P, Strathearn L, Swain JE.) han señalado la importancia de la maternidad en la reconfiguración del cerebro femenino. Durante el embarazo, se producen cambios significativos en la estructura y función del cerebro de la mujer, lo que se refleja en una mayor sensibilidad hacia las relaciones afectivas y de apego. Este proceso de adaptación neurobiológica, conocido como flexibilidad neurobiológica, implica la reorganización de circuitos cerebrales para satisfacer las necesidades específicas del bebé por nacer. Se ha observado una disminución en la sustancia gris durante el embarazo, particularmente en áreas relacionadas con la cognición social y la teoría de la mente. Estos cambios cerebrales parecen estar destinados a facilitar la comprensión y empatía hacia el estado mental del bebé, lo que podría interpretarse como un mecanismo de protección materna durante esta etapa crucial de la vida.

En este proceso de una mujer convirtiéndose en madre, la pérdida gestacional de un hijo, o cuando se diagnostica una malformación que plantea incertidumbre sobre la supervivencia antes o después del nacimiento, es una situación límite. Es el quiebre abrupto de la relación más significativa en la vida de un ser humano, lo cual desencadena un desequilibrio orgánico y una devastación racional. Este desequilibrio integral pone en riesgo la salud mental, física y emocional de la mujer, cuestionando el sentido de la vida (Marino y Silbermann 2023).

Se han observado síntomas particulares en el duelo perinatal, incluyendo la tristeza, pérdida de apetito, insomnio, irritabilidad, preocupación por el hijo fallecido e impedimentos para volver a asumir las actividades cotidianas. Otros autores también han señalado dificultades de concentración, sentimientos de ira, culpa, negación de la realidad, confusión, agotamiento, escasez de energía, depresión y sueños recurrentes relacionados con el bebé perdido (Fernández Ordóñez 2021).

Particularmente Pasquali y Marañón (2022), dirán que la pérdida de un feto afecta de manera intensa a la subjetividad. La coexistencia de la vida y la muerte, lo que estaba destinado a nacer, pero no a fallecer. Este duelo es repentino, difícil de comprender, inadmisibles e incluso injustificado. En la percepción social actual, la comprensión de la vida y la muerte se aleja de lo

religioso para enfocarse en lo biomédico y tecnológico, lo cual complica el proceso de encontrar significado a la muerte cuando la tecnología no proporciona respuestas. Es importante destacar que este proceso de duelo no se limita al tiempo gestacional específico, sino que puede extenderse a días, semanas, meses o incluso después del nacimiento. La ejecución de ceremonias y rituales contribuye al proceso de afrontamiento del duelo.

El duelo gestacional genera un impacto significativo, causando considerable sufrimiento y desorganización tanto en la familia como en el personal de salud. Es crucial considerar el contexto sociocultural de la persona afectada por la pérdida, así como de quienes estarán involucrados en este proceso, incluyendo familiares y el equipo de salud.

El nombre que recibimos al nacer nos acompaña a lo largo de toda nuestra existencia; es un título que otorga identidad personal, independientemente de cómo esta se desarrolle a lo largo de los años. Este nombre revela la historia, elementos culturales y familiares que configuran la identidad de cada individuo. La elección del nombre es un evento ligado estrechamente a la vida misma, y la persona que sugiere el nombre forma parte de una narrativa familiar. Se mantiene el deseo de que la persona que lleva ese nombre encarne ciertas características y cualidades. En resumen, el nombre asignado a cada uno de nosotros es una expectativa familiar; fue anhelado, pensado, imaginado y nominado antes del nacimiento, y sigue siendo fundamental incluso al final de la vida (Pasquali y Marañón 2022).

En nuestra sociedad, reflexiona Kübler-Ross, la muerte y el duelo son a menudo vistos como problemas que deben ser superados rápidamente para poder seguir adelante con la vida cotidiana. Esto puede dejar a quienes están en duelo con un espacio limitado para expresar su dolor y encontrar consuelo. La cultura contemporánea, obsesionada con la productividad y la eficiencia, tiende a minimizar la importancia del duelo, lo que puede llevar a que los recuerdos de los seres queridos fallecidos se desvanezcan con el tiempo, generando sentimientos de culpa y desesperanza.

Es esencial brindar apoyo durante el proceso de duelo para evitar el aislamiento que experimentan muchas mujeres al perder a sus hijos. La incapacidad de pasar tiempo con el bebé fallecido y el aislamiento social están vinculados al aumento de los síntomas de ansiedad.

Es crucial adaptar este proceso a cada situación específica, ya que podemos enfrentarnos a la tarea de comunicar un aborto en las primeras etapas del embarazo (Pinto Morales y Troya Aparicio 2023), una muerte perinatal o una enfermedad que conllevará cuidados paliativos perinatales. En cada circunstancia, es necesario buscar los recursos más adecuados, lo que implica una preparación tanto técnica como emocional por parte del profesional encargado (Anón s. f.).

El proceso de duelo perinatal culmina en el momento en que se supera la fase de aceptación, la cual se inicia con la despedida. Cada individuo tiene el derecho de ser recibido y despedido de este mundo de manera digna y respetuosa (Pasquali y Maraión 2022).

En Argentina, se identifican disparidades en el tratamiento de la muerte fetal en las instituciones y en el acceso al derecho a una muerte digna. Estas discrepancias abarcan desde la falta de protocolos que guíen a los profesionales sobre cómo proceder ante la muerte perinatal hasta la carencia de equipos interdisciplinarios en todas las instituciones de salud (Pasquali y Maraión 2022).

En 1950, la OMS estableció la muerte fetal como "el fallecimiento antes de que se complete la expulsión del producto de la gestación del cuerpo materno, sin importar la duración del embarazo; el feto no presenta signos de respiración o de vida". En 1975, se actualizó la definición de muerte fetal, la cual sigue siendo válida en la actualidad. El duelo experimentado por la pérdida de un hijo constituye un periodo de gran confusión y desorden emocional.

10.3 Pérdida y Duelo Neonatal

Durante el período posparto, el parto o poco después del nacimiento, pueden surgir problemas, ya sea de forma inesperada o no, que sean un riesgo para la vida del neonato. Aunque las unidades neonatales de cuidados intensivos y los avances médicos han aumentado significativamente las expectativas de supervivencia en neonatos con problemáticas vitales en comparación con décadas anteriores, la realidad es que no siempre se logra la supervivencia del niño. La pérdida de dichos neonatos es extremadamente dolorosa tanto para los progenitores y para su ambiente (Pascual Marquínez 2020).

La mujer que acaba de dar a luz ha atravesado todo el proceso gestacional y parto, aunque lamentablemente no ha culminado según su expectativa, a menudo de manera inesperada. En algunas ocasiones, estos fallecimientos neonatales se producen después de ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), donde las madres y padres transitan diariamente e inclusive semanalmente el hospital a lo largo de muchas horas para ver y cuidar al neonato en la medida de lo posible. Dichas estadías resultan extremadamente destructivas para los padres, y al momento en que el curso de la situación no es el esperado, se desencadena una angustia y duelo prolongados en cada uno.

En las visitas a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), los padres tienen la oportunidad de conocer a otras parejas que están pasando por la misma situación, lo que les brinda la posibilidad de conversar, compartir experiencias y facilita el proceso que están

enfrentando. El encuentro con personas en situaciones similares resulta de gran ayuda para los padres, ya que propicia la formación de redes de apoyo apropiadas para abordar el proceso de duelo y mejora el tránsito por el proceso (Pascual Marquínez 2020).

La tasa de mortalidad neonatal se ve influenciada por diversos elementos que abarcan aspectos biológicos, de atención médica y socioeconómicos. Ciertos factores maternos, como la baja escolaridad, la edad y el intervalo entre embarazos, actúan como elementos de riesgo asociados al aumento de la mortalidad neonatal. Sin embargo, los predictores más significativos de riesgo se centran en aspectos específicos del recién nacido, siendo los tres más relevantes la prematuridad, la asfixia y las infecciones, como la sepsis y las neumonías (Aristondo 2023).

La pérdida de un neonato representa una situación devastadora para las familias (Mota González et al. 2021).

Particularmente y de modo agudizado en el caso de las pérdidas neonatales, la transición a casa generalmente provoca una ansiedad adicional, ya que implica enfrentarse directamente a la vida cotidiana. La primera pregunta que suele surgir para los padres es: "¿y ahora, ¿qué debo hacer?". En este momento, es crucial que el profesional dedique unos minutos con la actitud adecuada (considerando el entorno, la postura y el lenguaje corporal, así como mostrando disposición para escuchar) resulta incluso más crucial que el contenido de la información proporcionada. En esta reunión, se les brindarán algunas pautas básicas de autocuidado, preferiblemente respaldadas también por información por escrito, dado que podrían tener dificultades para recordar la información transmitida de forma oral (Anón s. f.).

Es importante proveerle al paciente una guía de autocuidados que incluya (Etxaniz Irujo 2023):

- * Consejos generales acerca de la limpieza diaria, la práctica de ejercicio y las razones para buscar atención médica.

- * Directrices particulares para apoyar un proceso de duelo físico, destacando la importancia de cuidados personales en el ámbito emocional, social y espiritual.

- * Sugerencia de que, en lugar de simplemente realizar actividades con otros, es esencial optar por compartirlas con aquellos que brinden bienestar, escucha, respaldo y comprensión. Se destaca la importancia de establecer relaciones empáticas.

- * Recomendaciones respecto a recibir acompañamiento de instituciones religiosas.

- * Atenciones generales y personalizadas proporcionadas con el fin de respaldar a la mujer al tomar decisiones sobre la lactancia en contextos particularmente delicados. Ante ello pueden brindarse las posibilidades de inhibir la lactancia médicamente e inclusive, donar la leche materna (Anón s. f.).

Ante la situación de que el recién nacido fallezca después de pasar varias horas o días en la unidad de cuidados intensivos neonatales, se buscará determinar la causa de la muerte si aún no estuviera clara. En este proceso, se deberán adaptar las pruebas de acuerdo con las circunstancias de cada caso, como realizar cultivos para descartar enfermedades infecciosas, considerar estudios de enfermedades metabólicas, realizar pruebas de imagen y recolectar

muestras de sangre para posibles análisis genéticos diferidos. Además, se deberá ofrecer la opción de la necropsia con sensibilidad, informando sobre su utilidad, pero sin ejercer presión sobre los padres (Anón s. f.).

10.4 Similitudes y Diferencias en el Impacto del duelo gestacional y perinatal

Diversos estudios recientes han examinado el vínculo entre la duración del embarazo y el grado de angustia tras la pérdida perinatal, sin identificar un incremento en la angustia psicológica a medida que avanza la edad gestacional. En consecuencia, se puede notar que las madres que han experimentado la pérdida de su bebé en las etapas gestacionales iniciales presentan síntomas de duelo comparables a aquellas que atraviesan la pérdida en etapas más avanzadas del embarazo (Fernández Ordóñez 2021).

Ambos procesos de duelo, tanto el gestacional como el neonatal, se asemejan en que la ausencia de expresión por parte de la mujer y la pareja es una característica común en este tipo de pérdidas, y surge debido a menudo a la falta de claridad sobre la causa de la muerte, lo que conlleva a sentimientos abrumadores de culpa. Esta situación contribuye a que los padres no sientan el reconocimiento necesario de su dolor como progenitores afectados (Calderer et al. 2018).

A pesar de que, en términos generales, las mujeres que atraviesan un aborto espontáneo presentan reacciones de duelo de menor intensidad en comparación con aquellas que enfrentan una pérdida gestacional en la última etapa, esto no implica que las primeras perciban su pérdida como menos significativa. Aunque las reacciones pueden ser más diversas, la mayor parte de ellas experimenta evidencias de duelo, y en algunos casos, éstas es posible que sean muy intensas (Fernández Ordóñez 2021).

Las pérdidas perinatales provocan impactos significativos en los aspectos psicológicos, emocionales y económicos de los padres y familiares. Las expresiones de duelo pueden abarcar diversas áreas, incluyendo síntomas físicos como sensación de vacío en el estómago, palpitaciones, problemas de sueño y pesadillas (Pariona-Gutierrez 2023).

A nivel emocional, se manifiestan síntomas como aturdimiento, tristeza, culpa, reproche, rabia, desesperación, anhedonia, soledad, vacío y añoranza, entre otros. En el ámbito conductual, se observa la presencia de conductas como la ausencia mental, el aislamiento social, crisis de llanto, comportamientos de búsqueda, consumo de sustancias tóxicas y hiperactividad. A nivel psicológico, se pueden experimentar fenómenos como la negación, pensamientos suicidas y dificultades de concentración y memoria (Pariona-Gutierrez 2023)

Diversas variables son indicativas de posibles reacciones de duelo complicado tras una pérdida gestacional; por ejemplo, existe una amplia evidencia de que el respaldo social desempeña un papel crucial en el proceso de adaptación tras el duelo. Según la teoría del estrés, se sostiene que el apoyo social actúa como un amortiguador, y la falta de apoyo de familiares y de amistades se relaciona con reacciones de duelo patológico. Además, factores como la cultura, la fe y las tradiciones también es posible que ejerzan influencia en la percepción y la respuesta frente a la pérdida gestacional (Fernández Ordóñez 2021).

Además, en el ámbito espiritual, los afectados pueden buscar un sentido, tener una mayor conciencia de la mortalidad y reconsiderar sus creencias. Además, existe un alto riesgo de que la madre o los padres experimenten episodios de ansiedad y depresión tras el fallecimiento de su hijo o hija (Pariona-Gutierrez 2023).

A esto se añade el riesgo de abuso de sustancias, tensiones matrimoniales, enfermedades crónicas, complicaciones en la salud mental y una disminución de la calidad de vida que puede extenderse a lo largo de años e incluso décadas. También se experimenta el temor a futuras dificultades para concebir o a la dificultad para enfrentar embarazos o interactuar con otros bebés (Acheffay Tanan 2022).

La experiencia de una pérdida perinatal puede ser devastadora tanto para la madre como para el padre y es que ésta se ha descrito como una experiencia traumática que mina la capacidad de reflexión emocional y limita la disponibilidad de los padres con el medio que les rodea (Clark 2006). En la muerte perinatal están involucradas varias pérdidas, como la de la creación de una nueva vida, de la esperanza, de los sueños, del futuro y de la trascendencia de ambos miembros de la pareja como padres, no obstante lo doloroso de la experiencia, este tipo de pérdida es poco reconocida socialmente, por lo que ambos padres, pero sobre todo los varones generalmente la viven en silencio. de tal forma están ausentes los rituales sociales ante la pérdida y el apoyo emocional al varón, se espera que como «figura fuerte y protectora», sea él quien brinde apoyo a su compañera (Mota González C, Cala E, Gómez López M.E., 2017)

Investigaciones sobre el tema, (Badenhorst 2007) muestran que los hombres durante el proceso de duelo tienden a mostrarse irritables y agresivos, al mismo tiempo que controlan la expresión de sus emociones intelectualizando su duelo, lo que los lleva a involucrarse rápidamente en actividades que los mantengan fuera de casa (actividades laborales, reuniones con amigos e incluso conductas adictivas). sin embargo, en el ámbito privado es común que experimenten sentimientos de preocupación por la pena de su pareja, la cual se impone a la expresión del duelo propio. debido al rol social que juegan los varones, se ha observado que, a diferencia de las mujeres, experimentan más enojo que culpa, el cual en muchos casos se dirige al personal médico y de salud.

Como lo menciona López García (2011) al igual que para sus compañeras, para estos hombres la tarea de criar a su hijo queda incompleta dejando en ellos la sensación de fracaso y culpa en su papel de padres. Por tanto, ampliar el conocimiento de la vivencia del duelo perinatal en los varones, es necesario para una total comprensión de este evento y para implementar la intervención en la práctica clínica.

Se ha descrito que, frente a la muerte perinatal, los hombres presentan reacciones emocionales similares a las mujeres; no obstante, en ellos existen menos sentimientos de culpa y más expresión de sentimientos relacionados con su rol social y con potenciales conflictos con el duelo de sus parejas (Badenhorst 2007).

Otros estudios (Palacios y Jadresic, 2000) mencionan que los hombres, ante la muerte de su futuro hijo y frente a la imposibilidad de ser padres, pasan por las siguientes etapas:

Paralización: se caracteriza por estar "como zombi" o "en un túnel", muy distante de los demás. Es invadido por el pensamiento repetido de que lo sucedido no puede ser verdad, de que alguien puede haber cometido un error. Puede haber manifestaciones físicas, como pérdida del apetito o dificultad para concentrarse.

Anhelos: en ella el elemento central es la gran necesidad de concretar el deseo de ser padre, un deseo que, al no poder ser satisfecho, se anhela fervientemente. Esto es reforzado por la constante exposición a artículos que ofrece el comercio, tales como ropa de bebés, coches, juguetes, etc. Además, algunos hombres constatan que sus amigos sí tienen hijos y que muchas de sus actividades giran en torno a ellos, por lo que experimentan una sensación de exclusión.

Desorganización y desesperación: es la etapa más larga, se experimenta una sensación de falta de control, se presentan mucha ansiedad y sentimientos de desesperanza.

Reorganización: tiene que ver con la aceptación y reconfiguración de la vida personal; esta etapa suele tomar varios años.

Los hombres pueden sentirse aún más aislados y solos con su duelo después de una muerte neonatal, ya que se espera que sean fuertes y den apoyo a la mujer. Sin embargo, ellos necesitan igualmente atención y apoyo, ya que al igual que sus parejas, también experimentan una alteración de la percepción y relación con el mundo externo a partir de la pérdida. Por otro lado, los sentimientos marcados de ausencia pueden evolucionar a sensaciones de vacío, vivencias de soledad o nostalgia y evocaciones más sosegadas en las fases de recuperación (Gamo ME., Del Alamo JC., Hernangómez CL., García LA, 2003).

Otros estudios (Jhonson, Puddifoot, 1996; Warland, 2000; López García, 2011) coinciden en que los varones se sienten incómodos cuando se les pregunta por sus sentimientos, y evitan confrontaciones que evidencien sus emociones, por lo que no buscan ayuda, aunque se percatan de necesitarla. En el aspecto de las relaciones íntimas con su pareja, tienden a promover el

contacto sexual como una búsqueda de cercanía e intimidad, a pesar de que tal comportamiento puede verse como inadecuado e interpretarse como una muestra de insensibilidad que da origen a conflictos de pareja (Samuelsson, Radestad, Segesten, 2001).

Aún otros estudios sugieren que la actitud de los varones ante la muerte perinatal depende de varios factores como la naturaleza de la relación de pareja, la etapa de vida en que ellos se encuentran, su situación económica y la predisposición emocional para asumir el papel de padre. Dichas actitudes se expresan en sentimientos y reacciones que comprenden desde miedo, dolor, culpa, rechazo e insensibilidad, hasta responsabilidad y solidaridad con su pareja (Lerner y Guillaume, 2008).

10.5 Características diferenciales del duelo gestacional y perinatal

El duelo perinatal presenta características que lo diferencian de duelos de otros tipos, estas son la proximidad entre el nacimiento y la muerte, la edad de los progenitores, lo que hace suponer es su primer contacto con la muerte y lo inesperado de lo vivido; de igual modo para los padres que como proyecto familiar, buscan otro hijo. Hay que añadir que se trata de la pérdida de una relación más simbólica que real basada en sus necesidades y deseos (Brier, 2008).

Se puede describir la naturaleza de la muerte perinatal como única y devastadora, a diferencia del duelo de un adulto, ya que no hay experiencia de vivir con el bebé y frecuentemente es socialmente vista como insignificante o como una pérdida silenciosa (Bennett et al, 2005).

El duelo abarca principalmente las expectativas de futuro (Leon, I. 2008) y la ilusión de lo que se esperaba vivir con el hijo perdido. Es frecuente que las parejas que pierden su primer hijo no sientan efectivamente haber sido padres.

Callahan y colaboradores (1985) plantearon que la pérdida perinatal es distinta de otras por la reticencia del sistema de apoyo a hablar de lo ocurrido, también en muchos casos se desconoce el motivo de la muerte o es complejo lograr un diagnóstico, con lo angustiante que esto se constituye, junto a la culpabilidad que genera en la madre cuando el fallecimiento ocurre intra útero.

Diferentes autores (Herz- 1984; Scheidt et al- 2007) plantean una sintomatología específica del duelo perinatal. Es habitual que la mujer se sienta traicionada por su propio cuerpo, experimentando ira y enojo, al tener que sustituir un momento que debería haber sido de alegría, por otro traumático (funeral), o la envidia hacia las personas que han culminado el embarazo con éxito, presentando sentimientos de vulnerabilidad y pérdida de control. Aparece también la sensación de haber decepcionado a su pareja y se ven expuestos a la posibilidad de tener múltiples reacciones emocionales ante los aniversarios de la fecha prevista de parto, fecha de la pérdida, fecha en la que recibieron la noticia del embarazo.

El duelo por la muerte de un niño se comprende mejor si se lo compara con la pérdida de una parte de su cuerpo. La muerte de un hijo, en muchos casos provoca que quienes les rodean los esquiven, tal como harían con un mutilado, puesto que incita en ellos miedo y ansiedad. (Grunblatt N,2021).

La conciencia de la propia muerte también se hace relevante en la madre luego de la pérdida (Barr, Cacciatore, 2008).

Ronald Knapp distingue las siguientes modalidades de duelo de progenitores por sus hijos:

- Promesa de no olvidar nunca al hijo, reivindicando su existencia, frente a la presión del entorno para que lo olviden
- Deseo de morir y estar unidos en la muerte con el hijo
- Revitalización de creencias religiosas, buscando un sentido a la pérdida
- Cambio de los valores en la vida cotidiana, dando mayor importancia a los pequeños detalles
- Mayor tolerancia y mejor comprensión del sufrimiento de otros
- La "sombra del duelo", descrita como "una forma de duelo crónico que a veces arrastran durante la mayor parte de sus vidas", "un dolor sombrío subyacente a los sentimientos de la persona". Se observa más en las madres, quienes "no pueden dejar de recordar la pérdida sin sentir algún tipo de emoción, aunque sea muy débil

10.5.1 Duelo Desautorizado

Las pérdidas perinatales son en la actualidad un tema tabú.

Se hace mucho más difícil aún la capacidad de entender y manejar la muerte de forma natural cuando la pérdida obedece a sucesos demasiado alejados de lo mínimamente predecible y que son ilógicos e injustos (Bayés, 2001). Las muertes que contravienen las leyes entre generaciones, falleciendo los hijos antes que los padres, y mucho más cuando la muerte es de un recién nacido. Estos hechos, que forman parte de nuestra existencia, bajo la presión de la ocultación y el aislamiento, producen traumas y dolor y remueven los pilares del psiquismo.

La construcción de "muros de silencio" alrededor de la muerte (Payás, 2014, p.47), como estrategia de huida desesperada del dolor emocional, dificulta la elaboración natural y saludable de este inevitable proceso del ciclo vital.

Es muy importante reconocer y abordar la pérdida perinatal, ya que puede tener un impacto significativo en la salud mental y emocional de los padres, de la familia. El duelo por la pérdida de un bebé durante el embarazo o poco después del parto puede ser extremadamente doloroso y complejo, y el apoyo adecuado es crucial para ayudar a las personas a sobrellevarlo.

Es cierto que, lamentablemente, la sociedad tiende a no reconocer adecuadamente estas pérdidas, lo que puede dejar a quienes las sufren en un estado de aislamiento y soledad. Es fundamental cambiar esta perspectiva y crear un entorno más compasivo y solidario para quienes están pasando por este tipo de dolor.

El apoyo emocional, tanto de amigos y familiares como de profesionales de la salud mental, puede ser fundamental para ayudar a las personas a procesar su duelo y encontrar formas saludables de enfrentarlo. La terapia de duelo, los grupos de apoyo y otras intervenciones pueden ser útiles para proporcionar un espacio seguro donde las personas puedan expresar sus emociones y recibir el apoyo que necesitan.

El proceso de duelo implica aprender a vivir con la pérdida, lo cual puede ser extremadamente desafiante. Es como aprender a caminar de nuevo en un mundo que ha cambiado de manera fundamental. La integración de la pérdida en la vida diaria lleva tiempo y esfuerzo, y es posible que la sensación de vacío nunca desaparezca por completo. Sin embargo, con el tiempo y con el apoyo adecuado, muchas personas encuentran formas de encontrar significado y seguir adelante a pesar de la pérdida.

El duelo se trata de un proceso dinámico por naturaleza, que conlleva siempre conectar con el dolor emocional, sentirlo, expresarlo y también hacer algo con ese dolor, no solo esperar a que pase el tiempo. De hecho, algunos autores lo plantean en términos de llevar a cabo una serie de tareas, lo cual implica una actitud activa por parte de la persona en duelo, quien puede hacer algo para crecer en nuevas direcciones de forma positiva (Worden, 2004). Por ello, la elaboración no es sólo cuestión de tiempo, sino que exige un trabajo interior (Juri, 2006).

La muerte gestacional y perinatal, según Stroebe y Schut, desencadenan varias pérdidas que funcionan como estresores. La principal es el bebé ansiado, pero hay otras pérdidas colaterales importantes:

- el momento de convertirse en padre o madre,
- el rol de padre o madre si es el primer hijo,
- la composición familiar como se imaginaba,
- el reconocimiento de ese hijo en la mente de los demás pese al tiempo transcurrido
- la confianza en la seguridad de otros hijos,
- la inocencia respecto al embarazo y parto,
- los amigos o familiares que no estuvieron a la altura y negaron la relevancia de la pérdida,
- el derecho a mencionar ese hijo en ciertos lugares
- el contacto y la posibilidad de crear recuerdos

Cada padre enfrenta el duelo perinatal de manera única y personal. No hay un camino predeterminado ni una duración específica para el proceso de duelo por una pérdida perinatal. Es esencial respetar las necesidades individuales de quienes están en duelo y brindarles un entorno de apoyo donde se sientan escuchados, comprendidos y aceptados.

El juicio y la presión pueden ser contraproducentes y aumentar el sufrimiento de la persona en duelo. En cambio, ofrecer un espacio seguro y compasivo donde puedan expresar sus emociones y compartir su dolor puede ser de gran ayuda en el proceso de recuperación.

La experiencia clínica demuestra que, tras la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta shock e insensibilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad. Siente añoranza y tiene conductas de búsqueda, con irritabilidad, labilidad emocional, debilidad general y sentimientos de culpa. Algunas mujeres refieren oír el llanto del bebé o sentir sus movimientos en el vientre.

Aparece posteriormente la desorientación y desorganización de la vida cotidiana, con sensación de vacío y desamparo. Se sienten *desautorizados* para estar en duelo, temen enfermar y deprimirse. Estos fenómenos comienzan cuando todos se sorprenden de que no lo haya "superado", pues "hay que seguir adelante" y tener otro hijo.

Los duelos desautorizados no son socialmente reconocidos ni públicamente expresados. La sociedad no está preparada para sostener ese sufrimiento y no acepta el duelo, por lo que no valoriza a la persona doliente durante su proceso de pérdida. De este modo el entorno procurará dar por concluido lo sucedido con frases revictimizantes y desvalorizadoras como las siguientes:

¿Ya se te ha pasado?

Aquí nada de lágrimas, hay que ser fuerte.

Eres joven, ya tendrás otro hijo.

Menos mal que no les dio tiempo a encariñarse.

Siempre estás con lo mismo, ya es suficiente.

La desautorización se da cuando la relación no es reconocida socialmente porque los lazos de vinculación no son valorados como significativos, dándole un lugar al tiempo compartido, o el posible vínculo construido, por el corto tiempo transcurrido, como insignificante.

Este tipo de circunstancias en las que se niega y se desautoriza el proceso, añaden dolor al duelo porque agregan sentimientos de vergüenza y culpa, sitúan al doliente fuera de los rituales apropiados socioculturalmente, promoviendo más bien, que todo pase muy rápido, como si nada hubiera sucedido. Lo cual es vivido por los padres con mucho dolor, y soledad. No es un duelo suficientemente validado, como para poder ser expresado, compartido y vivido como tal.

En los casos en que la muerte haya sido fetal, aumenta la invisibilización social, pues usualmente no hay ritos funerarios ni recuerdos, lo que provoca un silencio a nivel intrafamiliar que se acrecienta en la sociedad (Mota, et al., 2011). La característica más específica es la dificultad de procesar, emocional y cognitivamente, el hecho de la muerte antes del alumbramiento o del desarrollo de la vida, expresada en la frase “no nació y ya está muerto”, habitualmente repetida por los padres.

Cuando el fallecimiento se produce durante el embarazo o en el puerperio inmediato, encuentra a la madre vulnerable por efecto de los cambios hormonales que se generan.

10.5.2 Los otros afectados

Es cierto que la pérdida perinatal no solo afecta a los padres, sino también a otros miembros de la familia ampliada, como hermanos, abuelos, tíos y otros parientes cercanos. Cada uno de ellos puede experimentar su propio proceso de duelo y enfrentar emociones complejas relacionadas con la pérdida del bebé.

Los hermanos pueden sentir confusión, tristeza y ansiedad ante la pérdida de un hermano o hermana. Pueden tener dificultades para comprender lo que ha sucedido y pueden necesitar apoyo adicional para procesar sus emociones y lidiar con la ausencia del bebé.

Los hermanos sufren también la pérdida, aunque relegados del proceso de duelo son los "dolientes olvidados" (WarlandJ 2008). Su reacción depende de la edad, sexo, personalidad, lugar en la línea de hermanos, y la cultura y religión familiares. Pueden culpabilizarse por creerse causantes de la pérdida por sus sentimientos de envidia y rabia al verse desplazados en el cariño de los progenitores por el bebé esperado. Si no han llegado a conocer el embarazo, los progenitores deberán informarles del motivo de su disgusto, insistiendo en que no van a morir como su hermanito ni les perderán también a ellos, buscando tranquilizarles y liberarles de posibles ideas de culpa o responsabilidad por lo sucedido. Es necesario responder honestamente a sus preguntas, con sencillez y sin mentiras, y hacerles partícipes de los rituales de despedida del bebé a través de dibujos, flores o pequeños regalos.

Los abuelos y otros familiares también pueden experimentar una profunda tristeza y pérdida ante la muerte perinatal de un nieto, sobrino u otro ser querido. Pueden sentirse impotentes al ver el dolor de sus hijos u otros familiares cercanos y pueden enfrentar su propio duelo por la pérdida de un miembro más joven de la familia.

Los nietos ayudan a los abuelos a fortalecer los vínculos con sus hijos, por lo que una pérdida perinatal les hace sufrir doblemente: por el nieto perdido y por el hijo en duelo. Pueden

aparecer deseos de sustituir al nieto perdido, al que ven como una vida desperdiciada frente a la suya, ya vivida. Los abuelos no deberían tomar decisiones por sus hijos sin su autorización, aunque pueden ayudar en tareas domésticas y el cuidado de otros nietos. La pérdida de un nieto posibilita el duelo por antiguas pérdidas de embarazos propios y acerca a la madre en duelo reciente a su propia madre (Cecil R 2006).

Es importante reconocer y validar el dolor y la experiencia de todos los miembros de la familia ampliada que están afectados por la pérdida perinatal. Brindarles espacio y apoyo para procesar su duelo puede ser crucial para ayudarles a encontrar consuelo y sanar emocionalmente.

Este es un tema que merece una atención y exploración más profunda, ya que el impacto de la pérdida perinatal se extiende más allá de los padres y tiene ramificaciones en toda la familia.

11. Capítulo 3: Rol del Psicólogo en el acompañamiento del duelo gestacional y perinatal: Intervenciones Posibles

Exploraremos el rol del psicólogo clínico en un entorno donde la vida es predominantemente el foco, pero la muerte irrumpe inesperadamente. Se enfrenta a la tarea de acompañar a las personas en un proceso doloroso y complejo, especialmente cuando la expectativa era dar vida. El psicólogo se debe preparar para la tarea de ayudar a las personas a despedirse y a encontrar formas de acompañar este momento de profundo dolor y cambio.

Como hemos visto hasta acá, el duelo perinatal representa un cambio drástico e inesperado en la vida de las personas que lo experimentan. Esta pérdida afecta no solo el presente, sino también los proyectos, metas y aspiraciones futuras que se tenían, e incluso aquellos que estaban en proceso. La muerte inminente de un ser anhelado y significativo afecta profundamente el curso del propio proyecto de vida, causando una desestructuración intensa.

La muerte perinatal interrumpe abruptamente la cotidianidad y desbarata los planes y la planificación de metas a corto y largo plazo a nivel familiar. Las expectativas y sueños relacionados con la llegada de un nuevo miembro de la familia se ven truncados, lo que puede generar un profundo dolor y confusión en quienes lo experimentan. Este impacto no se limita únicamente al momento presente, sino que también tiene repercusiones a largo plazo en la vida de las personas afectadas.

El duelo perinatal y neonatal presenta desafíos únicos y requiere un tipo de acompañamiento especializado y compasivo por parte de los psicólogos y otros profesionales de la salud. Es fundamental reconocer que la pérdida de un hijo, independientemente del tiempo de gestación, es una experiencia devastadora y que el dolor y el duelo asociados a ella son muy reales y profundos.

Es crucial visibilizar este tipo de duelo y brindar una atención adecuada a las madres, padres, hermanos y otros familiares que están sufriendo la pérdida. Esto incluye ofrecer un espacio seguro para expresar emociones, apoyo emocional y psicológico, así como recursos y orientación para sobrellevar el duelo.

Además, es importante proporcionar orientación y apoyo a los profesionales de la salud que acompañan a las familias en estas situaciones, ya que pueden encontrarse con desafíos emocionales y éticos al brindar atención en este contexto tan delicado.

El acompañamiento frente al duelo perinatal y neonatal requiere sensibilidad, empatía y un enfoque integral para abordar las necesidades emocionales y psicológicas de todas las personas involucradas.

11.1 Marco Legal Argentino

La ley 27733, Ley Nacional que establece los procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte Perinatal establece, entre otros, la posibilidad de designar un acompañante en cualquier momento del proceso, debiendo ser respetada la decisión de no ser acompañada en el caso de que así se decidiera. Asimismo, a tomar conocimiento fehaciente de las causas que originaron el deceso, en cuyo caso, podrán solicitar la realización de la autopsia o estudio anatómico patológico del cuerpo; a ser internadas en un servicio que no corresponda con el propio de maternidad; a no ser sometidas a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito y a que se confeccione el acta de defunción con el nombre y el apellido, en lugar de las siglas NN.

Esta ley apunta a que los profesionales de la salud que intervengan en el momento del parto posean conocimiento sobre los "procedimientos de actuación estandarizados que faciliten la atención sanitaria de aquellas personas gestantes y familias que sufren una muerte perinatal". Además, plantea que se lleven adelante "diversas estrategias para que la persona gestante, pareja y/o familia puedan atravesar y aceptar la pérdida en un ambiente de contención y cuidado".

El objetivo de la ley 27733 es posibilitar un ambiente de contención y cuidado, con el acompañamiento de especialistas, facilitar las opciones terapéuticas y las gestiones a realizar. En su texto, el proyecto señala que todas las obras sociales, las entidades de medicina prepaga y todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados, independientemente de la figura jurídica que posean, deberán instrumentar de forma obligatoria las medidas y ejecutar los cambios necesarios para garantizar el cumplimiento de la ley.

Además, establece que las mujeres y personas gestantes que atraviesen una muerte perinatal deberán recibir información sobre las distintas intervenciones médicas de manera que puedan optar libremente cuando existieren diferentes alternativas. Tienen derecho también a ser tratadas con respeto, de modo individual y personalizado que les garantice la intimidad durante todo el proceso y tenga en consideración sus pautas culturales; a tomar contacto con el cuerpo sin vida de su hijo teniendo la opción de hacerlo acompañadas por un psicólogo; a decidir el destino final del cuerpo sin vida siempre que no haya oposición formal, válida y legal.

11.2 Rol del Psicólogo

Para el abordaje del duelo perinatal, es necesaria la comprensión del proceso del duelo, las afectaciones específicas, las etapas y las fases, hasta la elaboración que se le da en los contextos sociales, habilitando diversas conceptualizaciones y comprensiones de un fenómeno inherente al ser humano.

Estar ante una persona gestante que, al recibir la noticia del fallecimiento de su bebé, está psicológicamente preparándose para la sobrevivencia de ese hijo, implica enfrentarse a cambios cerebrales que aumentan la sensibilidad en la percepción social, como parte de las transformaciones estructurales. Este aumento de sensibilidad tiene una finalidad protectora, ya que, al nacer, ese bebé requerirá de una madre capaz de brindar cuidados, siendo esencial una clínica que se base en la psicología perinatal vinculada al sustrato neurobiológico que caracteriza a esa mujer embarazada que llega anticipando lo peor. La expresión facial, los modos y tonos utilizados por el profesional que la atiende, así como las conductas que adopte, serán percibidos con gran detalle y dejarán huellas que pueden tanto ayudar como profundizar el duelo futuro (Marino y Silbermann 2023).

El profesional de la salud debe tener la capacidad de comprender el significado de la muerte, brindar apoyo emocional y empatizar con las personas afectadas, evitando enfocarse exclusivamente en la práctica clínica y, al mismo tiempo, manejando adecuadamente la carga emocional asociada a estas situaciones. Una coordinación efectiva en la atención y la entrega de información basada en la evidencia, pero expresada de manera comprensible y empática, puede contribuir a reducir la ansiedad de la pareja y facilitar un proceso de duelo más saludable (Anón s. f.).

“Oficiar la profesión” es una expresión que sugiere reflexionar sobre la generación de cuidados que vayan más allá de la seguridad y comodidad que ofrecen los protocolos, los cuales pueden conducir a los profesionales hacia una práctica rutinaria y repetitiva centrada en las técnicas propias de la profesión. En cambio, aboga por un enfoque de cuidado en constante evolución, donde las acciones sean diversas y continuamente renovadas. El “oficio” consiste en momentos y situaciones únicas que brindan lecciones sobre cómo “ser y actuar” profesionalmente. Estas experiencias son expresiones que van más allá de las normas establecidas, reformulando perspectivas, gestos y escuchas para acoger tanto los sufrimientos como las alegrías. Estos momentos iluminan la escena rutinaria y la transforman en estrategias clínico-políticas, es decir, acciones que tienen un impacto tanto en el ámbito clínico como en el político (Marino y Silbermann 2023).

El cuidado no puede reducirse a una mera técnica ni seguir una lógica predefinida; más bien, se asemeja a una obra de arte, única e irrepetible. En el acto de cuidar, surge la creatividad como un evento vivo, y es en este contexto que podemos fundamentar una práctica artesanal. Al brindar atención, fusionamos la ciencia, el arte y nuestra subjetividad en relación con la subjetividad específica de cada paciente que necesita cuidado (Freire Aragón 2023).

Desde esta perspectiva artesanal respaldada por el conocimiento científico, se propone la "donación de Tiempo" como intervenciones pertinentes que acompañan las primeras horas y días, destacando el significado integral del Parir-Partir. Este acompañamiento crítico actúa como un punto de inflexión que influye irremediamente en el desarrollo de esa historia, la vida de esa madre y su familia. Ofrecer un espacio íntimo para dar la bienvenida y despedir a ese hijo (mediante el parto, abrazos, baños, vestimenta) busca establecer un vínculo de recuerdos que facilitará un duelo más saludable en etapas posteriores. Esta "producción de cuidados" marca una diferencia crucial y la ausencia de la misma puede dar lugar a la cristalización de un duelo con surcos difíciles de cerrar (Marino y Silbermann 2023).

Los profesionales que acompañen a las personas gestantes y sus familias durante los procesos de duelo deben cuestionar su práctica para asegurar el acceso al derecho a la salud, facilitando espacios para escuchar sus experiencias y realidades relacionadas con la atención médica y las posibilidades de acceso a la misma. En una primera instancia, se busca sensibilizar a los usuarios sobre estos derechos que a menudo quedan invisibilizados bajo formas hegemónicas del modelo médico. Este modelo, caracterizado por el paternalismo, el biologicismo y la asimetría, tiende a negar la dimensión histórica de los individuos, adoptando un enfoque reduccionista que, en momentos de complejidad en las realidades sociales y su abordaje, fomenta un posicionamiento dogmático y carece de un diálogo crítico (Pasquali y Marañón 2022).

En el contexto sumamente sensible en el que estamos abocados, las habilidades comunicacionales a poner en práctica son de gran ayuda. Se plantea la necesidad de contacto empático, buscando formas serenas, y claras de expresar lo que los padres pudieran necesitar, a fin de no generar malestar, angustia, incertidumbre o intensificar, lo que ya se está transitando.

Poder comunicarse, hablando pausadamente, a efectos de que los padres puedan asimilar la información que se les brinda, promoviendo siempre, nombrar a los bebés por sus nombres, a los fines de la visibilización y significación que implica la individualidad de cada hijo y cada familia.

En resumen, en cuanto al acompañamiento, es importante considerar las competencias emocionales para tener en cuenta:

Empatía, como la capacidad de situarse en el lugar del otro, a los fines de un abordaje centrado en el respeto, para considerar al otro como una persona que requiere atención independientemente de su situación.

Habilidad de escucha, pudiendo demostrar interés en las inquietudes, sentimientos y decisiones que manifiesta el otro cuando se expresa, y detectar también sus necesidades.

Habilidades en la comunicación, y sensibilidad para transmitir información teniendo en cuenta la subjetividad de la persona a quien se comunica, y la situación emocional que atraviesa.

Utilizar un lenguaje claro, preciso y apropiado, sabiendo claramente qué decir y qué no, cuando se produce una muerte perinatal.

La formación del profesional sobre duelo perinatal, etapas del duelo y particularidades que el duelo perinatal presenta, son muy importantes al momento de acompañar y abordar sin alejarse, logrando compromiso y responsabilidad en dicha intervención. En este punto es necesario tener presente poder construir una red de seguimiento clínico y psicológico. Es necesario tener presente que el duelo perinatal es una de las experiencias más dolorosas que puede atravesar una persona y también que cada sujeto lo experimenta de acuerdo con su subjetividad.

La Dra. Oiberman, (2011) expresa: “El rol del psicólogo perinatal es versátil y flexible. No se limita a las paredes del consultorio y concibe encuadres diversos que abarcan dispositivos de atención en consultorio externo, tareas en la unidad de terapia intensiva neonatal, salas de parto, parto y cesáreas, salas de internación conjunta, salas de internación obstétrica y consultorio de Psicología de la primera infancia”.

La humanización de la atención sanitaria aboga por la formación del personal de salud, capaz de brindar el necesario apoyo emocional y psicológico, junto a atención clínica a las familias que se vean afectadas por este dolor, además de reducir el impacto negativo de la muerte perinatal en los profesionales de salud, evitando sobrecarga emocional.

El dolor y el duelo que no tiene nombre, en el ámbito clínico Perinatal, nos interpela a buscar formas interdisciplinarias, que posibiliten contención y acompañamiento saludable, con fines preventivos en el ámbito de la salud mental.

11.3 Intervenciones Terapéuticas

Acompañar y cuidar a los padres en situación de duelo perinatal no es algo que se pueda improvisar, por lo que la formación específica, habilidades de comunicación y técnicas de relación de ayuda son la clave que permitirá a los profesionales de la salud, gestionar de un modo constructivo la pérdida perinatal, crear un ambiente terapéutico y optimizar la calidad del cuidado otorgado a los padres.

11.3.1 Primeras Intervenciones

Aunque la noticia de la muerte del bebé o el diagnóstico de una malformación congénita que limita o amenaza la vida se experimenta como un impacto y shock en toda la familia, es esencial comprender el proceso de transformación que experimenta la mujer o madre. Esta comprensión resulta fundamental para identificar aspectos relevantes y planificar el cuidado y acompañamiento integral proporcionado por el equipo de atención médica (Marino y Silbermann 2023).

La intervención profesional busca proporcionar el tiempo y el espacio necesarios para las emociones específicas de este proceso único, con el propósito de reconstruir y reorganizar la vida diaria, integrando a este hijo o hija en la historia familiar (Pasquali y Marañón 2022).

La comunicación no verbal, que incluye el lenguaje corporal, la actitud, el contacto visual, el tono de voz, la expresión facial, el tacto y la postura, constituye más del noventa por ciento del significado que se recibe de un mensaje. La comunicación empleará un estilo claro y directo, tratando de evitar términos técnicos relacionados con la salud en la medida de lo posible. Se buscará simplificar al máximo la comprensión del mensaje (Anón s. f.).

Los especialistas en salud mental se aproximarán a la unidad de obstetricia o de cuidados intensivos, y, en colaboración con el personal médico, establecerán un primer contacto tan pronto como sea posible con el objetivo de fortalecer la conexión, observar y brindar apoyo. Dependiendo de la duración de la hospitalización, las complicaciones, el estado de la madre y su entorno, considerando también sus preferencias, se planificarán visitas más o menos regulares. Se promoverá que sea el mismo profesional quien atienda para facilitar la comunicación y la comprensión del caso (Anón s. f.).

Un entorno destinado al duelo debe desempeñar dos roles fundamentales: brindar apoyo durante la fase final de la vida y ofrecer respaldo en el comienzo del proceso de duelo. Este lugar debe posibilitar una despedida íntima y serena, sin interferencias del personal, sin presiones, y en un ambiente que fomente la serenidad y la tranquilidad (Anón s. f.).

Después de experimentar la pérdida de un embarazo, los padres pueden encontrarse en un estado emocional de shock, lo que puede llevar a que no expresen el deseo de conservar recuerdos hasta que haya transcurrido cierto tiempo. En este contexto, la información, el respaldo y la asistencia de los profesionales son esenciales para asegurarse de que no se pase por alto esta posibilidad (Anón s. f.).

Con las investigaciones recientes se ha llegado a demostrar que ver al bebé, sostenerlo en brazos, hablarle y otros tipos de contacto, es darle la entidad que requiere esta situación y es visibilizar una muerte que, muchas veces, es silenciada porque se considera que no hubo vida, o no fue el tiempo suficiente para construir un vínculo. Ante una muerte fetal se argumentaba que como no hubo nacimiento, no hubo muerte y, por lo tanto, no hay duelo, o este, debería ser mínimo pues no hubo contacto directo (López García de Madinabeitia, 2011).

Las investigaciones hasta el momento argumentan que es necesario un buen desempeño del personal de salud para llevar adelante un proceso de duelo. (Gold et al., 2007; Cacciatore, 2013 en Pastor Montero, 2017).

En los casos de muerte fetal, se debe promover que la mamá quede internada en una sala sola dentro de lo viable, lejos de maternidad y de otros bebés.

Estas primeras entrevistas en la terapia de duelo perinatal son cruciales. Es el espacio donde se conoce a los padres, se presentan los profesionales, y se va descubriendo lo que busca y necesita la persona que está experimentando el dolor de la muerte perinatal. Estas primeras entrevistas apuntan a permitir a los padres hablar sobre sus sentimientos inmersos (Cassidy 2018). La disponibilidad en este contexto es un arte. Es una escucha plena, activa, receptiva, sensible y empática. Es estar presente en cada palabra, en cada silencio, mostrando al consultante que su dolor es comprendido y validado. Es vital que la persona que se encuentra en duelo sienta que es comprendida. Y también es esencial que el terapeuta identifique lo que le ocurre internamente al escuchar el relato. Esta resonancia ayuda a empatizar profundamente, pero también exige autoconciencia para manejar las propias emociones.

La regulación emocional del psicólogo es una herramienta indispensable en el acompañamiento del duelo perinatal. Se debe vaciar de sus propias emociones y sentimientos, gestionando su propio dolor para estar plenamente disponibles para el otro. Es un proceso continuo de autoconciencia y autocuidado.

También es importante en este tipo de duelo el respetar los tiempos. Son los propios padres quienes marcan su ritmo. Cada persona necesita su tiempo para procesar y avanzar, y es tarea del psicólogo respetar y acompañar ese ritmo personal.

La validación es esencial. Es hacer sentir a la persona que sus palabras y sentimientos son importantes, que está en un espacio seguro donde puede expresarse libremente. Validar sus

experiencias y emociones es una forma de ofrecerle el consuelo y la seguridad que tanto necesita.

El psicólogo debe tener una visión global identificando cuales son las intervenciones más acordes, y cabe precisar la singularidad de cada uno de los casos a la hora de realizar la intervención. Cada duelo es particular y no es posible generalizar ni predecir el comportamiento de los padres, por eso, es recomendable que el profesional esté capacitado para enfrentar las distintas situaciones que puedan surgir.

Las siguientes expresiones frecuentes y desafortunadas, deben ser evitadas por el psicólogo:

Debes ser fuerte por tus otros hijos.

Es mejor así, (si tenía una malformación) ya no va a sufrir.

Ahora ya está en el cielo, es un ángel.

Sos muy joven, posiblemente tendrás otros hijos.

Dios así lo quiso, todo pasa por algo.

El tiempo lo cura todo.

La naturaleza es sabia...

Algunas estrategias que se proponen desde el estudio sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina que elaboró la Asociación Umamanita (2018), para realizar el acompañamiento a los padres en duelo perinatal:

-Se propone ofrecer a los padres tiempo para pensar, preguntar, hablar sobre preocupaciones y temores, hablar con un profesional de salud mental permitirá ayuda a hablar, llorar y reír y todos estos son procesos curativos.

-Se puede explicar a los padres la función de los rituales ya que son necesarios para poder procesar el dolor, facilitan la conexión espiritual y ayuda a los padres a llevar el proceso de duelo que cada uno hace a su manera aceptando que aunque no puedan quitar el dolor compartirlo de cierta manera podría ayudar a que no se sientan solos. Los rituales son esencialmente necesarios, reparatorios, conectan con las emociones y los sentimientos no reconocidos. Permiten vincularse desde lo más profundo y lograr la comunión espiritual tan anhelada lo hijos fallecidos. El psicólogo puede usar su creatividad e imaginación, en cada mujer y en cada familia, que serán diferentes y únicos en su proceso de duelo. Algunas sugerencias de rituales pueden ser: plantar una semilla en una maceta, que dé flores, o plantar un árbol. Se pueden realizar un tatuaje con el nombre del hijo. Se pueden soltar globos, encender velas. Se puede realizar una contribución caritativa a una organización que se dedique a ayudar a otros en la misma situación de duelo perinatal que ellos están atravesando.

-Se puede sugerir preparar una caja de recuerdos que permite tener un contacto simbólico con él bebe. Para esto se realiza la creación de una caja que incluye ecografías, huellas dactilares, cordón umbilical, ropa, de tenerla. Se la puede confeccionar durante las sesiones,

pintarla a mano, forrarla, y allí ir guardando los pequeños objetos personales. Esto se basa en un nuevo paradigma de intervención que propone que en lugar de dejar pasar el tiempo, se debe focalizar en establecer relaciones emocionales con él bebe que ya se ha ido, reconociendo en él un lugar dentro de la familia.

-Se puede proveer información en cuanto a la interrupción de la lactancia, cuidados al respecto o donación de leche, siempre que la mamá así lo desee, siendo la colaboración de una puericultora muy importante, a fin de que sea transitada esta etapa de modo compasivo y respetuoso.

-Se debe informar a las mamás, sus parejas y/o familiares sobre cambios físicos, como malestar en mamas, dolores uterinos, episiotomía, variaciones en el peso, reinicio de la vida sexual y métodos anticonceptivos, a transitar durante la internación y luego, a fin de disminuir ansiedades, además de poder hacer las consultas oportunas ante algún malestar.

-Se pueden sugerir ceremonias, si los padres lo consideran, se puede realizar una ceremonia de despedida dependiendo de las creencias o cultura de la familia

-Pueden trabajar juntos en los encuentros en la confección de un “certificado de vida” del bebé.

-Se pueden ofrecer prácticas de autocuidado: respiraciones conscientes, meditaciones guiadas, entre otras.

Al cerrar cada encuentro, es importante que el psicólogo haga una devolución del progreso. Es un momento para mostrar los pequeños logros, los avances que se han logrado, por mínimos que parezcan. Esta devolución es una forma de reconocer el esfuerzo y el camino recorrido, fortaleciendo la esperanza y el vínculo terapéutico.

Las intervenciones ante el duelo perinatal son caminos sensibles y profundos. En este rol, la misión es acompañar desde la empatía, la escucha activa y la autoconciencia, creando un espacio seguro y validante para que cada persona pueda encontrar su camino hacia la integración de ese dolor que los va a acompañar toda la vida.

El acompañar a padres que sufren un duelo perinatal requiere una presencia empática y respetuosa. Los principios de Alan Wolfelt son una guía y síntesis de este trabajo:

Presencia Constante: Estar con los padres en su dolor, sin intentar eliminarlo.

Caminar Juntos: Acompañar en su desierto del alma, sin sentir la necesidad de encontrar soluciones rápidas.

Honar el Espíritu: Focalizarse en la conexión emocional y espiritual, más que en una comprensión intelectual.

Escucha Empática: Escuchar con el corazón, sin analizar o juzgar.

Validar Luchas: Ser testigo de sus luchas sin dirigir o juzgar sus reacciones.

Caminar al Lado: Acompañar sin intentar liderar o controlar su proceso.

Valorar el Silencio: Respetar y valorar los momentos de silencio sagrado.

Quiétude y Paciencia: Estar quietos y presentes, permitiendo que el duelo siga su curso natural.

Aceptar el Caos: Respetar el desorden y la confusión del duelo, sin imponer orden o lógica.

Aprender de Ellos: Adoptar una postura de aprendizaje, reconociendo que los padres son los expertos en su propio dolor.

Curiosidad Abierta: Mantener una actitud de curiosidad, dispuestos a descubrir y apoyar sus necesidades únicas.

Estos principios subrayan la importancia de un acompañamiento sensible y respetuoso, que honra el proceso de duelo perinatal de los padres, proporcionando un apoyo genuino y compasivo.

11.3.2 Trabajo en grupos

La complejidad de este tipo de duelo involucra un plano real y otro simbólico, que precisa la elaboración a un nivel particular y también como pareja de padres. El trabajo en grupo de padres aporta la posibilidad de expresar y compartir los sentimientos íntimos derivados de la pérdida, en un marco de contención que facilita la elaboración del duelo, respetando las distintas etapas y tareas de cada tiempo que dure el proceso de acompañamiento del duelo perinatal.

La estrategia de abordaje grupal se ajusta a la atención del duelo perinatal y permite el empleo de la resiliencia como factor de afrontamiento y superación.

La familia en busca de apoyo a través de grupos organizados guiados por un terapeuta, como posibilidad de compartir el dolor, reconociendo la muerte perinatal y superando esta gran pérdida familiar.

Estas intervenciones grupales reducen la sensación de aislamiento y soledad y ofrecen contextos donde poder compartir empáticamente estas vivencias y desarrollar estrategias que permitan afrontar el proceso.

Estos grupos terapéuticos están guiados por un profesional que interviene poniendo el foco en los conflictos intrapsíquicos, desde un rol asimétrico, dirigiendo el eje central de cada encuentro (Vega, 2006). Dentro de los beneficios que posee el trabajo en grupos, es pertinente resaltar que dentro de lo que es un proceso de duelo, las intervenciones que puedan realizarse con más de una persona, logran en quien esté sufriendo la pérdida, encontrarse con otras personas con quienes sentirse identificado, así como ayudar a modular la emocionalidad, facilitando la elaboración del duelo (Fuentetaja; Villaverde, 2018). Un embarazo a la vista de la sociedad simboliza la vida, por este motivo, cuando éste culmina en una muerte, el duelo suele ser invisibilizado, con el impacto que esto conlleva para los padres, y en relación con sus ámbitos de interacción. Tener un grupo donde poder nombrar, visibilizar, incluir esta pérdida es un espacio muy valioso para los padres en duelo. Estos grupos promueven un espacio de expresión, de encuentro, permiten abordar ansiedades y temores, y ayudan a la construcción conjunta de estrategias de acompañamiento.

Las intervenciones, en primera instancia, deben ayudar a legitimar los sentimientos provenientes de la pérdida y el duelo, acompañar a que se logre una expresión de los diferentes modos en que la pareja comprende la pérdida para así lograr una elaboración conjunta, se busca la identificación entre los distintos miembros del grupo para así poder integrar la experiencia traumática de la pérdida.

Luego se hace referencia a la idea de compartir dentro del grupo aquellos aspectos placenteros o agradables que consideren de lo que fue el embarazo para así poder considerar experiencias positivas. Asimismo, una intervención que proponen es compartir las estrategias que utilizan en lo que es el ámbito social y familiar para lidiar con la situación que enfrentan, así

pudiendo otros incorporarlas a su vida cotidiana. Es necesario que dentro del contexto de una intervención se facilite la elaboración de narrativas alternativas.

Quienes sufren una pérdida, suelen fantasear con posibles escenarios distintos al que les tocó vivir, con relación a cómo se pudiese haber presentado el momento de la pérdida en distintos casos. Es un factor común del ser humano, tener la creencia de que el caso que le tocó vivir, siempre es el peor escenario, en el que mayor sufrimiento se ven obligados a afrontar. Es por esto, que una intervención grupal, permite la posibilidad de encontrarse con individuos que vivieron la misma situación, pero tal vez bajo diferentes circunstancias, lo que ayuda a reducir estas fantasías conforme a la manera en que pudiese haber sido si la pérdida si se daba en otro momento o lugar pudiendo haber sido vivenciada con menos dolor o un menor sufrimiento.

Siguiendo a Yalom (1985), uno de los principales referentes de la psicoterapia de grupos, algunos de los factores que son considerados principales en este tipo de terapias, son la universalidad, entendiendo a ésta como el descentrarse del propio dolor para poder encontrarse con el dolor del otro y hallar entonces similitudes en la experiencia. Las primeras etapas de la experiencia grupal proporcionan una experiencia externa y relacional que posibilita un cambio interno, un cambio en la percepción de sí mismo y una re-colocación de cada uno. La relación en el marco del grupo, identificando personas en circunstancias similares -mismo malestar, mismo dolor, mismas dificultades y misma voluntad de cambio-, posibilita romper el aislamiento, romper la singularidad, es decir, reconocerse a sí mismo en el otro y reconocer al otro y en el otro un vínculo de unidad. Este reconocimiento recíproco es generalmente experimentado como un fuerte alivio, es decir, la aceptación de que "no estoy solo, hay más como yo, más que me entienden".

Yalom hace referencia también a la catarsis por la cual las personas podrán dentro de la terapia grupal expresar su afecto de una manera directa. Al momento del duelo, la capacidad de valorarse a sí mismo, es decir la autoestima de las personas, puede verse afectado, ya que se encuentra vivenciando una situación de pérdida, de vacío, de tristeza y enojo, por lo que siendo parte de un grupo, donde pueda aportar ayuda o acompañamiento a otro miembro de este, podrá aumentarle la capacidad de valorarse. Esto es lo que Yalom nombra altruismo. En el marco de la relación grupal, la conducta altruista posibilita la satisfacción de la necesidad de sentirse útil y la vinculación con los demás. La experiencia relacional altruista rompe la autopercepción de sí mismo como sujeto necesitado, no capacitado para dar algo y sin valor. El compartir problemas similares en un grupo posibilita desarrollar un contexto relacional en el cual se dan numerosas experiencias y situaciones que estimulan y posibilitan la ayuda mutua y la conducta altruista.

La expresión de emociones en el marco del grupo es un factor terapéutico ligado a la universalidad, que genera un significativo alivio, una descarga emocional que es reconfortante

para estos padres. Llorar, enfadarse, emocionarse, entristecerse, siendo una expresión de autenticidad y una revelación de la intimidad emocional, es un factor necesario para el proceso de duelo que están afrontando.

11.3.3 La resignificación narrativa

El tema de la resignificación de la narrativa como herramienta en la elaboración de procesos de pérdidas. La importancia de la narración, de contar, de hablar y compartir, como una forma de continuar y potenciar ese vínculo que se ha creado entre la persona que ha muerto y la que le recuerda con tanto dolor. Esa relación formada no acaba, sino que cambia, y que tanto expresarse como compartir los sentimientos, cobran un significado muy relevante en el camino del duelo y en recordarles con cariño. De esta forma, los padres aprenden a vivir con el dolor y viven de una manera saludable el proceso de duelo por su bebé fallecido.

Cuando se narra una experiencia y se exterioriza, se convierte en una expresión comunicable (Ricoeur 1996) algo posible de enunciar, que permite dar entendimiento a sucesos que parecieran no tenerlo: la muerte. El sujeto elabora así narrativamente su sufrimiento y en cuanto pone en palabras su historia personal puede otorgar cierto sentido. Mediante la elaboración de ese discurso propio, la experiencia se singulariza (Del Valle 2008). El momento reciente a la pérdida se caracteriza por la necesidad de contar, con bastante minuciosidad en algunos casos, de qué manera se produjo esa muerte, cómo se transitaron los últimos días, qué eventos sucedieron luego del fallecimiento, es necesario estar dispuestos a escuchar con presencia ese relato que puede presentarse desordenado y caótico.

La muerte modifica la continuidad de la historia de nuestra vida, llenando de incoherencia la línea argumental en la que ésta se basa (Díaz Facio Lince 2019) produciendo cambios en la visión de uno mismo y del mundo. El proceso de duelo, desde una perspectiva narrativista, implica la construcción de una biografía en la que la persona en duelo pueda integrar en su vida la memoria del ser querido fallecido.

El abordaje durante el duelo desde una perspectiva narrativista abarca múltiples intervenciones: la entrevista en profundidad, utilización de fotos, técnicas de escritura, ejercicios narrativos, cartas no enviadas, trabajo con cuentos o poesías (Varela, 2023).

Desde esta narración de la pérdida, el terapeuta puede sugerir a los padres en duelo perinatal algunas intervenciones narrativas, como la creación de historias de vida: ayudar a los padres a narrar la historia de su bebé, integrando recuerdos, emociones y expectativas no cumplidas, para dar sentido a su experiencia. Se puede animar a los padres a llevar un diario donde expresen sus sentimientos y pensamientos, facilitando la expresión emocional y el procesamiento del duelo.

Las familias se sirven de relatos para definir su identidad y dotar de significado a su vida, es preciso “tender un puente” que enlace lo previo con lo posterior al fallecimiento, construido con elementos que aporten un cierto sentido de continuidad a la nueva narrativa.

Se trata de procedimientos que dan permiso a las personas para que expresen la cambiante corriente de sentimientos y de creencias en torno a la pérdida. En la narración los padres plasman claramente tres aspectos fundamentales: la pérdida y sus implicaciones; la búsqueda de otras formas de seguir vinculados con este hijo que ha muerto; y, la continuidad de la vida, simbolizada en una ceremonia final de reunión con las personas más importantes de su red familiar y social. Es muy valioso nombrarlo, darle un nombre al bebé para reconocerlo e incluirlo en el sistema familiar (Ochoa de Alda, 2001).

Neimeyer (2002) concluye que, para muchas personas y grupos familiares con un buen afrontamiento, el proceso de duelo reside en conseguir una nueva vinculación, de carácter más o menos simbólico, y no en lograr un adiós. Se presenta como ritual terapéutico de duelo “la carta continua al fallecido” a través de la cual el o los padres redefinen su vínculo con el bebé fallecido. Se utiliza para ayudar al paciente a expresar sus emociones y pensamientos en un contexto estructurado. Su realización articula las transformaciones afectivas y cognitivas necesarias para continuar el curso vital, al mismo tiempo que facilita la revinculación con el hijo que ha fallecido.

El terapeuta recomienda al cliente que todos los días, a lo largo de varias semanas, escriba durante un tiempo fijo, que suele ser 30 ó 45 minutos- una carta al hijo que ha muerto con el fin de comunicarle todo aquello que desee. Además de establecer un tiempo, es importante reservar un lugar especial para redactar la carta o, en su defecto, señalarlo con algún símbolo significativo, como por ejemplo una fotografía, una ecografía, un juguete o una vela encendida. Se le recomienda que, si no puede anotar nada permanezca sentado hasta agotar el tiempo y que cada día, antes de empezar a redactar, relea las páginas escritas. Una vez que no necesite escribir más, quemará la carta para enterrar o esparcir sus cenizas en un hermoso lugar. Esta ceremonia se completa con unas frases dirigidas al bebé, una oración o una poesía que tenga sentido para el paciente.

Otras intervenciones desde la narrativa como cuentos, metáforas, cartas a futuro, llevar un diario, pueden facilitar a los padres a procesar su duelo, encontrar significado en su pérdida y reconstruir su narrativa personal y familiar, incluyendo a este integrante de la familia que ha partido tempranamente. Siempre teniendo presente que el duelo perinatal es caso a caso, cada familia con sus diferencias y tiempos.

12. Conclusiones

La muerte, especialmente cuando ocurre al inicio de la vida, nos enfrenta a desafíos emocionales y filosóficos profundos. La pérdida de un hijo puede desbaratar las nociones de continuidad generacional y la ilusión de la inmortalidad personal. Nos enfrenta directamente con la fragilidad de la existencia y la inevitabilidad de la muerte.

El duelo por la muerte de un hijo es una experiencia devastadora que desafía nuestras concepciones de orden y significado en el mundo. Nos obliga a confrontar nuestras creencias sobre la vida, la muerte y el propósito de la existencia. Además, puede llevarnos a cuestionar nuestras expectativas sobre el futuro y la forma en que construimos nuestra identidad en relación con nuestras relaciones familiares y el legado que esperamos dejar.

En este momento en que la vida y la muerte se entrelazan tan estrechamente, es crucial brindar apoyo emocional y comprensión a quienes atraviesan el dolor de perder a un hijo. Reconocer la complejidad y la intensidad de su sufrimiento es fundamental para ayudarles a procesar su duelo y encontrar formas de seguir adelante, aunque nunca olviden la ausencia que ese ser querido deja en sus vidas.

El objetivo primordial del proceso de duelo perinatal es favorecer la visibilización y elaboración del duelo previniendo la complicación de este y evitando un sufrimiento innecesario a las personas implicadas.

La intervención psicológica puede ser individual, en pareja o grupal. Se ha demostrado que la utilización del grupo como herramienta es tan eficaz como la psicoterapia individual y que en ambos casos se obtienen beneficios en el manejo de alteraciones emocionales asociadas a eventos médicos. El hecho de pertenecer a un grupo dirigido de manera ética y profesional por un especialista en salud mental en el que sus integrantes presentan un común denominador (pérdida de un hijo) en el periodo perinatal, crea un escenario donde se puede expresar libremente ideas, dudas y sentimientos alrededor de la pérdida constituyéndose así una red de apoyo de gran valor.

Los grupos de apoyo mutuo favorecen que muchos padres puedan expresarse libremente, llorar, lamentarse y sacar los sentimientos más oscuros. Su finalidad no es solamente la de hablar de sus hijos e hijas y contar las historias de sus vidas y su fallecimiento, sino lograr descubrir juntos cómo vivir de forma íntima y social esa maternidad y paternidad en duelo.

Muchas familias que atravesaron la muerte de un bebé durante el embarazo o los primeros días de vida demostraron que con un acompañamiento integral e interdisciplinario y un apoyo grupal y social son capaces de manifestarse resilientes, de recuperarse y reorganizarse, reconstruirse ante la pérdida y experimentar un crecimiento personal

A partir de la narrativa los individuos construyen significados a su experiencia, y esta construcción de significados permite sanar o aliviar una realidad dolorosa.

El abordaje durante el duelo implica un acercamiento al sufrimiento del otro, supone apertura y construcción de un espacio relacional para abordar aspectos de profunda intimidad para el sujeto, requiere presencia a nivel físico, emocional, cognitivo, relacional y espiritual, estar presente y consciente, tiempo y disponibilidad enmarcado en un encuadre profesional. Supone estar consciente de uno mismo, de sus propios duelos y conectado con el sufrimiento del otro a través de la escucha y la expresión verbal y no verbal de la experiencia que transmite.

Nuestro rol como integrantes de un equipo interdisciplinario de profesionales de salud es saber informar, escuchar, acompañar, consolar y orientar, para ayudar a elaborar y consolidar un adecuado proceso de duelo, ya que las actitudes y conductas del personal de la salud tiene consecuencias directas sobre la familia y la manera en la que esta afronta la pérdida sufrida.

13. Referencias Bibliográficas

- Acheffay Tanan, Fátima. 2022. «Muerte perinatal: impacto sobre la familia y el papel de la enfermera en el afrontamiento»
- Alkolombre, P. (2011). Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia. Buenos Aires. Letra Viva
- Alkolombre, P. (2012). Deseo de hijo. Pasión de hijo. Esterilidad y técnicas reproductivas a la luz del psicoanálisis.. Buenos Aires. Letra Viva
- Anabalón C, Cares F, Cortés F, y Zamora M. (2011). Construcción de la propia paternidad adolescentes varones pertenecientes a liceos municipales de la comuna de la Cisterna. *Revista de Psicología*. 20(1), 53-72.
- Anón. s. f. «Guía de atención al duelo gestacional y perinatal». *Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. Consejería de Salud* 1-94.
- Aristondo, Ane Vea. 2023. «Implicaciones emocionales de la muerte neonatal en los profesionales sanitarios».
- Arancibia, M; Silva, A; Pantoja, F. (2018). Vivencia de madres gestantes de niños y Niñas con malformaciones incompatibles con la vida. *Acta bioética*. 24(1).
- Baena, F; Jurado, E. (2015). La mujer ante la finalización de la gestación por Anomalías fetales: caso clínico. *Enferm Clín.*, 25 (5), 276-281.
- Barr P, Cacciatore J. (2008). Personal fear of death and grief in bereaved mothers. *Death Stud* 2008; 32(5): 445-60.
- Badenhorst W., Riches S., Turton P. & Hughes P. (2007). Perinatal death and fathers. *Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynecology*. 28(4), 193-198.
- Barreto, C. y Sánchez, J. (2019). Duelo Perinatal: Revisión teórica. (Trabajo de grado). Corporación Universitaria Minuto de Dios, Soacha - Colombia.
- Bautista, Patricia. s. f. «El duelo ante la muerte de un recién nacido». *Enfermería Neonatal* 23-28.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona, España: Martínez Roca

- Bennett, Sh. et al (2005). The Scope and Impact of Perinatal Loss: Current Status and Future Directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 36(2), pp. 180-18
- Brazelton B.T., Bertrand G.(1993) La relación más temprana: Padres, bebés y el drama del apego inicial. Grupo Planeta
- Bowlby, J. El Apego y la Pérdida: El Apego. Barcelona: Paidós Psicología Profunda, 1998.
- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17(3), 451-464. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0505>
- Callahan, E; Brasted, W. ; Granado, J. (1983) Life span developmental psychology. Non normative life events. NY: Academic Press.
- Calderer, Alba, Noemí Obregón, Jesús Vicente Cobo, y Josefina Goberna. 2018. «Muerte perinatal: acompañamiento a mujeres y parejas». *Matronas Prof* 19(3):41-47.
- Camacho, M. (2011). Tratamiento del aborto espontáneo: experiencia en un año en el Hospital Virgen de la Victoria. (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, Servicio de Publicaciones
- Carrillo-Mora, Paul, Alma García-Franco, María Soto-Lara, Gonzalo Rodríguez-Vásquez, Johendi Pérez-Villalobos, y Daniela Martínez-Torres. 2021. «Cambios fisiológicos durante el embarazo normal». *Revista de la Facultad de Medicina* 64(1):39-48. doi: 10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07.
- Cassidy Paul Richard, Cassidy Jullian, Olza Ibone, Martin Ancel Ana, Jort Sara, Sanchez Diana, Claramunt M. Angeles, Bianco Gabriella (2018) Informe UMAMANITA, Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina
- Cecil R. Memories of pregnancy loss: recollections of elderly women in Northern Ireland. En Cecil R (ed): *The anthropology of pregnancy loss*. Oxford: Berg, 2006; pp 179-196.
- Clark, J.A. (2006). The experience of losing a child through death. *American Journal of Nursing*. 106(9), 59-64
- Conner GK & Denson V. (1990). Expectant fathers' response to pregnancy: Review of literature and implications for research in high-risk pregnancy. *J Perinat Neonatal Nurs*, 4: 33-42.
- Côté-Arsenault D, Denney-Koelsch E. "Have no regrets:" Parents' experiences and developmental tasks in pregnancy with a lethal fetal diagnosis. *Soc Sci Med*. 2016

Apr;154:100-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.02.033. Epub 2016 Feb 26. PMID: 26954999; PMCID: PMC4809640.

De A., Obregón, N., Cobo J., y Goberna, J. (2018). Muerte Perinatal: Acompañamiento a parejas. *Matronas Profesionales* 19, (3) 41-47.

Defey, D. (2009). El Trabajo Psicológico y Social con Mujeres Embarazadas y sus Familias en los Centros de Salud. <https://www.inau.gub.uy/caif.gub.uy/documentos/equipos-de-trabajo/item/30-el-trabajo-psico-logico-y-social-con-mujeres-embarazadas-y-sus-familias-en-los-centros-de-salud>

Defey, D. D'Oliveira, N. Corbo, G. (2011). De-presiones maternas: depresión materna en el primer año postparto; un tema oculto. Estudios de prevalencia. Montevideo. OIT

Del Valle Isabel. (2008) La narrativa del sufrimiento. Bioética y derecho: dilemas y paradigmas en el siglo XXI

Díaz Curiel, J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los Procesos de duelo patológico. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 31(1).

Díaz Facio Lince Victoria. (2019) La escritura del duelo. Editorial Uniandes. Colombia

Etxaniz Irujo, June. 2023. «Muerte perinatal. Diagnóstico de situación y acompañamiento profesional.»

Fenstermacher K, Hupcey JE. Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis. *J Adv Nurs.* noviembre de 2013;69(11):2389-400.

Fernández-Bastana, S. et al. (2016). Aproximación a la realidad del duelo perinatal. *Investigación Cualitativa en Salud*, 2.

Fernández E, Rengel C, Morales IM, Labajos M^aT. (2018). Post-traumatic stress and Related symptoms in a gestation after a gestational loss: narrative review. *Salud Mental*, 41(5), 237-234

Fernández Ordóñez, Eloisa. 2021. «Duelo Perinatal y Trastorno de Estrés Postraumático en una Gestación Posterior a una Pérdida Gestacional».

Freire Aragón, María José. 2023. «Validación de la pérdida: duelo desautorizado e historias de vida atravesadas por muerte perinatal».

Freud, S. Duelo y Melancolía. Obras Completas, vol. XIV. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.

Fuentetaja, A. M. L., & Villaverde, O. I. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres Feeling and thinking the perinatal mourning: emotional accompaniment by a parent group. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(e25), 1-24.

Gamo, M.E., Del Alamo, J.C., Hernangómez, C.L., García, L.A. (2003). Problemática clínica del duelo perinatal. *Revista de Psicología*, 16(1), 59-68. García del Castillo, JA, García del Castillo-López, Á., López-Sánchez, C., & Dias, PC (2016). CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA DE LA RESILIENCIA PSICOSOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD. *Salud y drogas*, 16 (1),59-68.[fecha de Consulta 31 de Mayo de 2024]. ISSN: 1578-5319. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83943611006> duelo en la asistencia en salud mental. *Medwave* 3(8).

Giovannini, N. (2009). Programa de contención psicológica para padres con bebés internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en la Maternidad Hortensia Gardey de Kowalk en la Ciudad de Río Cuarto. (Tesis final Licenciatura en Psicología). Provincia de Córdoba Universidad Empresarial Siglo 21, Río Cuarto.

González, C. M., Meléndez, J. C., Buendía, J. B., Bravo, C. S., & Calleja, N. (2021). Resiliencia y apoyo social como predictores del duelo perinatal en mujeres mexicanas: Modelo explicativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(58), 35-46.

González S., Suárez I., Teijó, P., Marra M. J., Rodríguez, E., et al. (2013). Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cad Aten Primaria*, 19, 113-117.

Gottman, J., & Gottman, J. (2019). *And baby makes three: The six-step plan for preserving marital intimacy and rekindling romance after baby arrives*. Crown.

Gray, P.B., Parkin, J.C., Samms Vaughan (2007) Hormonal correlates of human paternal interactions: A hospital-based investigation in urban Jamaica. *Hormones and Behavior*, 52(4), 499-507.

Grunblatt N, (2021) El camino silente del duelo desautorizado en la muerte perinatal

Gutman, L. (2011). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Buenos Aires. Del Nuevo

Hedtke, L. (2001). *Stories of living and dying [Historias de vida y de muerte]*. Gecko: Journal of deconstruction

and narrative ideas in therapeutic practice, 1, 4-27.

Hertz, E. (1984) Psychological repercussion of pregnancy loss. *Psychiatr. Am.* 14, 454-457.

INDEC. 2020a. «Porcentaje de defunciones y tasa de mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos, según grupo de causas basadas en criterios de reducibilidad. Total del país. Año 2020». *INDEC* 1-1.

INDEC. 2020b. «Tasa de mortalidad infantil posneonatal por 1.000 nacidos vivos, según jurisdicción de residencia de la madre. Total del país. Años 2009-2020». *INDEC* 1-1.

INDEC. 2021. «Tasa de mortalidad infantil neonatal por 1.000 nacidos vivos, según jurisdicción de residencia de la madre. Total del país. Años 2012-2020 ». *INDEC* 1-1.

Jhonson, M.P., Puddifoot, J.E. (1996). The grief response in the partners of women who miscarry. *Psychology and Psychotherapy.* 69 (4), 313-327.

Juri, L. (2006). Duelos intersubjetivos: el duelo segregado de Charles Darwin. *Aperturas Psicoanalíticas: revista internacional de psicoanálisis.* Recuperado de <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000403&a=Duelos-intersubjetivos-el-duelo-segregadode-Charles-Darwin>

Kamei, L., Torres, C., & Kimelman, M. (2013). Duelo en una unidad de neonatología: descripción de un taller grupal para una intervención adecuada. *REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA*, 24(2), 125.

Kim P, Strathearn L, Swain JE. (2016) The maternal brain and its plasticity in humans. *Horm Behav.* 77:113-23.

KNAPP RJ. *Beyond endurance. When a child dies.* New York: Schocken Books, 2006.

Kersting A, Wagner B. (2012). Duelo complicado después de la pérdida gestacional. *Revista diálogos, clínica y neurociencia*, 14(2) 187-194

Kübler-Ross, E. *On Death and Dying.* New York: Macmillan Pub. Co, 1969.

Kübler-Ross, E. Kessler, D. *Sobre el duelo y el dolor. El legado final de la autora de La muerte un amanecer.* Luciernaga.2005.

Lázaro, Ana Gracia. 2018. «Programa de Educación para la Salud dirigido a mujeres que afrontan el duelo gestacional a causa de un embarazo ectópico».

- Leon, I.(2008). Helping Families Cope with Perinatal Loss libr. women's med., (ISSN: 1756-2228); DOI 10.3843/GLOWM.10418
- Lerner, S., & Guillaume, A. (2008). "Las adversas consecuencias de la legislación restrictiva sobre el aborto: argumentos y evidencias empíricas en la literatura latinoamericana." Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población realizado en Córdoba (Argentina), del Vol. 24.
- Ley Nacional 27733 Ley de Procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal
- López García, AP. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. Rev. Asoc. Esp. Neutopsiq., 31 (109), 53-70
- López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. marzo de 2011;31(1).
- Maldonado-Duran M., Lecannelier F.,(2008) El padre en la etapa perinatal
- Maldonado, S. (2018). Calidad de la atención sanitaria tras la muerte intrauterina. Resultados de una encuesta online. Revista Muerte y Duelo Perinatal, 4. Recuperado de: <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/11/Informe-Umamanita-Calidad-Atencion-Muerte-Intrauterina-2018.pdf>
- Marino, Andrea, y Denis Silbermann. 2023. «Geografía del duelo gestacional. Superficie psíquica y neurobiológica en una persona gestante. Intervenciones del equipo como práctica artesanal del cuidado ante lo irremediable.» Pp. 1567-76 en *IX Congreso Marplatense de Psicología: de encuentros en el desencuentro: La salud mental comunitaria como salida en tiempos de distancias e individualismo*. Vol. 1.
- Martínez, M. E. (2016). Propuesta de un programa de apoyo y seguimiento para padres en proceso de duelo perinatal (Bachelor's thesis).
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing Systems: Progress and promise as the fourth Wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-30 <https://doi.org/10.1017/S0954570407000442>
- Montesinos G.A, Roman N.A., Muñoz M., & Elías B, (2013). Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología. *Revista chilena de pediatría*, 84(6), 650-658. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000600008>

- Mota González, Cecilia. (2023). Capítulo IV. La pérdida perinatal, un duelo incomprendido.
- Neimeyer, Ramirez. (2007) APRENDER DE LA PÉRDIDA. Una guía para afrontar el duelo.
- Nievas, María Eugenia. 2020. «Revisión Bibliográfica de la conducta obstétrica a seguir ante muerte fetal intrauterina desde un abordaje integral: biológico, psicológico y social».
- Ochoa de Alda, I. (2001). Un modelo para el entrenamiento de habilidades terapéuticas en los enfoques narrativos de la terapia familiar sistémica. Cuadernos de Terapia Familiar, 46, pp: 137-152
- Oiberman. A. (2005). Nacer y después: Aportes a la psicología Perinatal. Buenos Aires: Ediciones JCE.
- Oiberman. A., (2007a). Observando bebés: técnicas de observación de la relación madre- bebe, padre-bebe. Buenos Aires: Lugar.
- Oiberman. A. (2013). Nacer y Acompañar. Abordajes Clínicos de la Psicología Perinatal. Buenos Aires: Lugar.
- Oiberman, A, Santos, S. y Nieri, L. (2011). La dimensión emocional de la maternidad: construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. Fundación observatorio de Maternidad-Boletín de maternidad,11(2), 16-19.
- OMS (2017). Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales [Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Palacios, E., & Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 38(2), 94-103.
- Pariona-Gutierrez, Evelin. 2023. «El duelo perinatal: Un duelo invisible». *Revista Internacional de Salud Materno Fetal* 8(3):1-2. doi: 10.47784/rismf.2023.8.3.286.
- Pascual Marquínez, Nerea. 2020. «Propuesta de mejora a programa de apoyo y seguimiento del duelo por una pérdida perinatal».
- Pasquali, Evelyn, y Sandra Marañón. 2022. «El adiós más difícil de decir: Pérdida gestacional». *Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte* 18:43-48.

- Pastor Montero SM, Romero Sánchez JM, Hueso Montoro C, Lillo Crespo M, Vacas Jaén AG, Rodríguez Tirado MB. Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Rev Latino-Am Enfermagem*. diciembre de 2011;19(6):140512.
- Payás, A. (2014). *El mensaje de las lágrimas: una guía para superar la pérdida de un ser querido*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Rando, T.A. (2001) *How to go on living when someone go love dies*. N. York, Bantam Books
- Ricoeur Paul. (1995) *Tiempo y narración III. El tiempo narrado*., Siglo XXI. Madrid.
- Rodríguez R., Alba, C., Gutierrez S., Cobos A., Sánchez, J., (2019). Duelo Perinatal. *Revista Paraninfo Digital* 13 (29).
- Rusca, Irene, y Leandro Morales. 2022. «Aspectos relacionados al proceso de comunicación de la muerte gestacional o perinatal. Una mirada sistémica sobre el duelo gestacional o perinatal». *Acta académica* 41-42.
- Salguero Velázquez, Maria. (2010). *La paternidad en el proyecto de vida de algunos varones de la Ciudad de México*.
- Samuelsson, M., Rådestad, I., & Segesten, K. (2001). A waste of life: Fathers' experience of losing a child before birth. *Birth*, 28(2), 124-130
- Serrano, F., & Lima, M. L. (2006). Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 585-594.
- Solis, L. Lebovici S. (eds.) *La Parentalité. Defis pour le troisieme millenaire*. París. Presses Universitaires de France. 2003
- Stern, D. (1994). *La constelación maternal*. Paidós. Barcelona
- Srtoebe M, Schutz H. Dual process model. En Neimeyer R (Ed) *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington DC: American Psychological Association, 1999; pp 375-404.
- Stroebe , M.and Schut, H. (2010)*The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade On*. *Journal of Death and Dying*, Vol. 61, 4, 273- 289.

- Tinoco Contreras, Alejandra Karla, y Cristina Palomar Vereá. 2021. «La producción de conocimiento en torno al embarazo: Aproximaciones a un estado del arte». *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy* 60:291-319.
- Tizón J.L. y P. Fuster Un papel para el padre (2005)
- Toro-Bermúdez, Jorge Iván, Lorena Mesa-M, y Javier F. Quintero-O. 2017. «Prácticas de atención a la familia en duelo ante la muerte del neonato en la unidad de cuidado intensivo neonatal». *Revista Médicas UIS* 30(3):89-100. doi: 10.18273/revmed.v30n3-2017010.
- Valenzuela P, Ahumada S, González AM, Quezada C, Valenzuela S., et al. (2011). Asistencia a padres de embarazos con recién nacidos con problemas vitales. Departamento de Obstetricia, ginecología y neonatología, Hospital clínico JJ Aguirre, Universidad de Chile.
- Varela M.C. (2023) Narrar la pérdida. Reconstrucción narrativa de la identidad durante el duelo.
- Vega, E. (2006). El psicoterapeuta en neonatología. Rol y estilo personal. Buenos Aires: Editorial Lugar S.A.
- Vivas, E. (2022) Mamá desobediente. Una mirada feminista a la maternidad. Editorial Godot.
- Wagnild G., & Young H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of The resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-78.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.001>
- Warland J. The midwife and the bereaved family. Ascot Vale, Victoria: Ausmed, 2008.
- Worden, J. W. (2004). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia (2ª Ed.). Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Yalom, I. (1985). The Theory and Practice of Group Psychotherapy [La Teoría y Práctica de la Psicoterapia en Grupos](traducción personal) (3ª ed) New York: Basic Books