

duelo por un niño que muere antes de nacer



Denise Defey
J. L. Díaz Rossello
Rasia Friedler
Miriam Nuñez
Cristina Terra

**Centro Latinoamericano de
Perinatología y Desarrollo
Humano**

**Organización Panamericana de
la Salud**

**Organización Mundial de la Salud
Clin. Ginecotocológica "B",
Fac. de Medicina**

**Publicación Científica
CLAP N° 1173 - 2ª Edición**

Roca
editorial

duelo por un niño que muere antes de nacer

vivencias de los padres
y del equipo de salud

**Denise Defey
J. L. Díaz Rossello
Rasia Friedler
Miriam Nuñez
Cristina Terra**

2ª Edición - Versión actualizada.

CLAP

11.000 Montevideo - Uruguay

Hospital de Clínicas P.16

Tel: 47 29 29

FAX: +5982 - 47 25 93

Telex: 23023 CLAPUY

URUPAC 748230144

Cable CLAP Montevideo.

© GNOSOS LTDA.

Pedro Bustamante 1697

Montevideo - Uruguay

Encuadernación: La Encuadernadora Ltda.

M. C. Martínez 2641

Montevideo.

AGRADECIMIENTOS

Queremos acá expresar nuestro agradecimiento a quienes hicieron posible y contribuyeron a hacer posible este trabajo.

Al Dr. Ricardo Schwarcz, Director del CLAP, por su estímulo y apoyo al desarrollo de esta línea de trabajo y a nuestro grupo y al Dr. Rubén Belitzky, Consultor en Perinatología del CLAP, quien también aportó muy valiosas sugerencias.

Al Prof. Mario Olazábal quien impulsó y propició durante los últimos años una inserción cada vez mayor y más fructífera de la Psicología en la Clínica Ginecotocológica "B", la cual dirige. Las entrevistas que se incluyen en este trabajo corresponden en su mayoría a profesionales y pacientes de dicha Clínica.

Al Prof. Ricardo Bernardi, Director del Depto. de Psicología Médica de la Facultad de Medicina, por su constante apoyo y estímulo.

Queremos también hacer constar nuestro agradecimiento a los profesionales que fueron entrevistados para realizar el trabajo. Ellos son: Dr. Justo Alonso, Dr. Pablo Piovani, Dr. Eduardo Storch, Dr. Héctor Garaza, Dr. Generoso Pérez Bonilla, Dra. Milagros Sugo, Dra. Raquel Barrón, Dr. Hugo Vidal, E.U. María E. Ferrari, E.U. María Schestak, E.U. Marta Arzuaga, E.U. Liliana Franco.

Resulta invaluable el aporte que nos ha significado la colaboración de las pacientes que fueron entrevistadas para este trabajo, así como de todas aquellas personas con las que hemos trabajado durante estos años.

Agradecemos también al personal de secretaría, imprenta y fotografía del CLAP que nos brindaron su cooperación.

INDICE

Nota preliminar	9
Prefacio	11
Prólogo	15
 Capítulo I - Introducción	19
1. El adulto y la muerte	19
2. El niño y la muerte	25
3. El adulto y la muerte infantil	30
 Capítulo II - El personal de salud y la muerte	33
1. La relación médico-paciente	33
2. El personal de salud y la muerte	40
 Capítulo III - El Duelo	45
1. ¿Qué se entiende por "duelo"?	45
2. Signos y síntomas del duelo	49
3. La elaboración del duelo	52
4. Fases del duelo	57
5. La elaboración del duelo	68
6. Duelo normal y patológico	71
7. Duelo normal en el puerperio	81
8. El duelo por el hijo que muere antes de nacer	86
 Capítulo IV - Muerte fetal: vivencias de los padres	91
1. El impacto de la noticia: las primeras reacciones	92
2. ¿Quién ha muerto?	94
3. El parto: ¿un sinsentido?	95
4. ¿Ver al hijo muerto o no verlo?	96
5. ¿Hablar sobre el hijo o no?	99
6. Los primeros días: como si todo fuera un sueño, una pesadilla.	100

7. Las primeras semanas: el inicio de la toma de conciencia sobre la pérdida	103
8. Vivencias respecto a sí misma en los primeros meses después de la pérdida.	105
9. La búsqueda del gran culpable	107
10. La necesidad imperiosa de saber	109
11. La pareja	112
12. Los otros hijos	114

Capítulo V - Muerte fetal: vivencias del equipo de salud 117

1. El personal de salud ante la muerte fetal y el duelo de los padres	117
2. La detección	119
3. El parto	120
4. ¿Mostrar o no el cuerpo?	122

Capítulo VI - Muerte fetal: Recomendaciones para el manejo clínico de los aspectos psicológicos 133

1. Ayudar a la toma de conciencia de la realidad de la muerte del hijo	134
2. Respetar y favorecer las manifestaciones de dolor	141
3. No dar indicaciones que dificulten el trabajo de duelo	142
4. Favorecer y apoyar el duelo de toda la familia	145
5. El apoyo a los padres	147
6. El equipo de salud: la necesidad de hablar sobre sus dificultades	149

Bibliografía 151

NOTA PRELIMINAR

Aún cuando todo ser humano debe enfrentarse al sufrimiento que ocasiona la muerte de un ser querido, éste es un acontecimiento más frecuente para aquellos que optamos por trabajar en servicios de salud. Es parte de nuestra profesión. Sin embargo, son pocas las oportunidades que tenemos de hablar sobre el tema, reflexionar sobre lo que sentimos y escuchar lo que sienten los demás (madres, padres, compañeros de trabajo). Nos ha faltado la forma, el tiempo, la información de cuál es la mejor manera, la más humana, la más afectiva en que mejor podemos actuar para aliviar ese dolor y fortalecer a quienes están en ese momento crítico.

Nuestra formación curricular pocas veces, si alguna, contiene oportunidades para formarnos, ya sea por la lectura, por la experiencia compartida con otros o por la reflexión de nuestras propias experiencias.

Es por estos motivos que iniciamos un grupo de trabajo en que nos integramos con experiencias diversas quienes, habiendo actuado como psicólogos o pediatras en maternidades, sala de terapia intensiva neonatal, consulta obstétrica prenatal o en investigación sobre la relación madre-

hijo en el período neonatal, sentimos la necesidad de contribuir al estudio de esta problemática.

Hemos iniciado nuestro trabajo con el tema de la muerte fetal.

Simultáneamente a la elaboración de este material escrito, realizamos una video grabación con fragmentos de entrevistas a madres y miembros del equipo de salud, investigando cómo se sienten, cómo actúan ante la muerte del feto in-útero. Ambos materiales son complementarios.

Cuando un grupo de enfermeras, médicos y otras personas que trabajan en servicios de salud ven la video grabación surgen en ellos vivencias y comentarios que permiten la puesta en común de experiencias anteriores y se facilita la discusión y profundización posterior sobre el tema.

El material escrito comienza con un análisis teórico del tema de la muerte y el duelo, luego hace especial referencia a la muerte fetal citando fragmentos de entrevistas y textos, profundizando sobre los aspectos psicológicos que no puede cubrir la video grabación.

La video grabación pretende ser movilizadora, fermental. El material escrito contribuye a la comprensión del tema. Ambos están dedicados a quienes se ven enfrentados a este tipo de situaciones en los servicios de salud.

Los autores

PREFACIO

Para analizar este tema es posible recurrir al concepto freudiano de "lo siniestro" o "lo ominoso" y que se refiere a la sensación de extrañamiento que se experimenta frente a algo que, siendo familiar comienza a mostrarse como "extrañamente inquietante". Algo de lo cual es difícil de hablar a pesar de tratarse de hechos o situaciones conocidas. Se trata de una combinación de elementos familiares que, considerados por separado, no producen desazón, pero cuya combinatoria genera sentimientos de horror¹. Una mujer grávida con su hijo creciendo dentro de su útero es una figura familiar; del mismo modo que un bebe muerto no produce asombro. Pero la combinación de una madre cuyo interior transporta un hijo muerto se constituye en una visión angustiante, persecutoria a pesar de estar compuesta por elementos que, separadamente, son familiares.

La identidad de una mujer que produce vida se ha convertido en la visión de una madre que alberga la muerte, a la cual, además, deberá parir. Combinatoria trágica que produce horror.

1. **Lo ominoso**, en Obras Completas, de S. Freud, Ed. Amorrortu, Bs. As., Tomo XVII, 1981.

La madre, vientre fecundo, transformada en ataúd merced a la muerte del hijo: es él quien genera tal conversión cuando deja de existir. Con lo cual también se modifica la identidad del bebe soñado, ahora un perseguidor, "un traidor" por haber "abandonado la vida" que debía compartir con su madre y con los demás.

Esta dinámica produce en la mujer un sentimiento de aniquilación del Yo que no sólo no pudo impedir la muerte sino que la transporta en sí. Por otra parte, ese niño al que amó y que quizá idealizó, pasa a ser investido por el signo contrario: de niño-amado-soñado, un sujeto en positivo, pasa a enarbolar la insignia del mal, del daño, de lo negativo, del que "engaña" al modificar el destino esperado. El bebe "ayudante", compañía y esperanza ahora es un muerto al que hay que parir con lo cual, además, queda cuestionada la identidad de la mujer en tanto madre, ya que sólo puede hablar con su fantasma, con la representación fantástica de quien fuera su hijo y ahora es un cuerpo al que permanece atada, un doble siniestro del hijo original que aún permanece ocupando el lugar de la vida.

El hijo muerto antes de nacer promueve un desorden mayor en la naturaleza; un fracaso que denuncia lo temido: no hay garantías ni en la naturaleza ni en la maternidad. Quiebra el orden que se imagina "natural" y propone una imagen terrorífica en lugar de la tradicional figura de la madre con el bebe en su regazo.

La muerte encuentra su apoyatura en un cuerpo de niño que ha dejado de latir y frente al cual la Medicina ataca con su no-poder. Por su parte, el padre quizá se pregunte qué es lo que "ella" ha hecho con su progenitura y dónde está el saber médico: excluido el cuerpo grávido y del pensa-

miento técnico, sólo le queda mirar cómo ese vientre se vacía de un hijo imposible. Y apoyar a su mujer, pero esa es otra dimensión.

Haber filmado estos testimonios incluyendo imágenes y sonidos que remiten a lo artístico es un modo de triunfar sobre el miedo paralizante. Consuelo a través del arte, donde anida lo perdurable. Rescate de la vida a través de la mirada, la música y la palabra, verdadero ejercicio de contención y salud mental, no solamente enseñanza e intención correctora y docente. Analizar la semiótica y la simbólica de la imagen formaría parte -como discurso cinematográfico- del proceso Muerte de un Niño antes de Nacer, como regulador y superador de lo siniestro que el tema en sí promueve.

Psicoanalista Eva Gilberti
Buenos Aires, Octubre 1985

PROLOGO

Este libro, junto con la videofilmación "Muerte de un niño antes de nacer" aborda la difícil tarea de ayudar al personal asistencial (enfermeras, médicos, estudiantes) a aprender como acompañar a los padres que han perdido un hijo durante el período perinatal.

En el pasado (y aún hoy en día) en muchas culturas y religiones existe un patrón ritualizado de conductas de duelo luego de la muerte de un familiar cercano. Sin embargo, en muchas sociedades, las prácticas de duelo han sido abandonadas u olvidadas especialmente en el caso de una muerte fetal o de un recién nacido que nunca fue dado de alta del hospital.

Los estudios de seguimiento han demostrado que existe una reacción inusualmente severa que, en variados sentidos, puede ser considerada como mucho más profunda que aquélla que aparece luego de la pérdida de un cónyuge. Además, este duelo puede, en algunos casos, conducir a reacciones emocionales marcadamente patológicas.

En la medida en que, durante nueve meses, el hijo es parte del cuerpo de su madre, sólo puede comprenderse cabalmente el significado que adquiere para esa madre la

pérdida de su hijo si se le compara con el modo en que un adulto vivencia una amputación o la pérdida de una función y la forma cómo intenta sobrellevar esta situación.

Citando a Ema Furman: "En la medida en que el recién nacido sigue siendo vivido por los padres como parte de ellos mismos, su muerte es sentida y abordada como lo sería la amputación de un miembro o la pérdida de una función del cuerpo de los padres. El desapego es el mecanismo que la víctima usa para sobrellevar esta situación tan trágica, pero es un desapego con características específicas. La aceptación de que uno no volverá a tener esa parte de uno mismo es muy diferente del proceso de desapego, que acompaña los recuerdos de la vida compartida con un ser querido. El dolor y los sentimientos que acompañan este tipo de duelos están marcados por vivencias de vacío, pérdida de autoestima y depresión". Cuando ocurre una muerte perinatal, los padres y, en especial, la madre, describen estas sensaciones.

Se trata de este difícil proceso lo que los autores de esta filmación y libro de trabajo exploran y analizan. Usando un estilo muy cuidadoso y comprensivo, los autores brindan una guía sobre los modos más adecuados de ayudar y acompañar a los padres a lo largo del trabajo de duelo por la pérdida prematura de un hijo. Los autores muestran cómo es necesario que el personal asistencial efectivamente aborde estos aspectos de la muerte perinatal para que puedan desarrollar su labor en la Maternidad, adecuada y productivamente.

Recordamos muy especialmente estos instrumentos didácticos, que consideramos sumamente originales y valiosos, teniendo especial cuidado de seguir los procedi-

mientos sugeridos por los autores: la proyección de la filmación, seguido de una instancia de discusión grupal de 30 a 90 minutos y luego la lectura individual del material.

Aunque el trabajo con padres que han sufrido la pérdida perinatal de un hijo requiere, en cierto modo, una gama de capacidades específicas, es a menudo extraordinariamente gratificante.

Asimismo, ayuda a desarrollar una mejor capacidad de empatía que permite comprender mejor los sentimientos de otras personas. El mejor modo de lograr esto es aprender a sentir junto a los padres en la diferentes situaciones que estos atraviesan. El modo didáctico en que aquí se presenta es una ayuda efectiva a la posibilidad de desarrollar estas capacidades de tanta relevancia en el trabajo en el área perinatal.

Marshall Klaus
Cleveland, Setiembre 1985

CAPITULO I

INTRODUCCION

**¡Cómo pensar un instante siquiera
que el hombre mortal vive!
El hombre está muerto de miedo,
de miedo mortal a la muerte.
Y, ¿qué vida sería la de un hombre
que no hubiera sentido, por una vez siquiera,
la sensación precisa de la muerte,
y luego su recuerdo,
y luego su nostalgia?**

**Paradoja del miedo
Xavier Villaurrutia**

1. EL ADULTO Y LA MUERTE

El hecho de no ser libre para determinar la muerte, para aceptarla, integrarla y vivir con ella, por su carácter irreversible y de algo no experimentado dificulta poder asimilarla a otras situaciones de la vida y, por lo tanto, comprenderla.

Sin embargo, la muerte es el acontecimiento universal por excelencia y, en cierta forma, confiere intensidad y valor a la vida.

La condición humana de seres finitos determina y obliga a caminar en un único sentido. Cada segundo que transcurre será irrecuperable un segundo después. El tiempo aparece como una línea que une la vida con la muerte. El pasado influye en el presente y en el futuro, y ésta es tal vez la forma de que los hechos pasados no se pierdan.

Planteado en forma lógica, racional, se podría pensar como Epicuro, que la muerte no nos atañe. El decía: "Mientras existimos no hay muerte y cuando hay muerte ya no existimos". Sin embargo, la angustia de muerte ha sido considerada como la angustia más profunda del hombre. En esta frase queda escamoteado el hecho de que durante la vida existe un conocimiento de que se va a morir y de que se tienen múltiples pérdidas que adquieren un significado de muertes parciales o vivencias de muerte.

Frente a la imposibilidad de conocer la experiencia de la propia muerte, surgen ideas y fantasías que llenan este vacío. Algunos autores plantean que estas fantasías están en relación con las vivencias del ser humano antes, durante, e inmediatamente después de su nacimiento y con las angustias correspondientes. La muerte es imaginada como una regresión al vientre materno, como un tránsito o cambio y también como desintegración o locura.

Es frecuente que surjan expresiones que aludan simbólicamente a experiencias conocidas como, por ejemplo, "parece que duerme plácidamente" o "sufría mucho y fue un alivio", etc., como intentos de mitigar el dolor ante la pérdida.

Nuestra referencia de "la" muerte dentro del género femenino, nos ubica en su simbolización ligada a la mujer, tanto como dadora de vida y, al mismo tiempo, de muerte. La mujer en tanto que portadora de la vida, nos remite a la madre.

La imagen de la madre adopta diversas formas en el curso de la vida: la madre misma, la amada elegida a su imagen y por último, la madre tierra que lo acoge de nuevo en su seno.

En esta imagen, la tierra madre controla el destino de los muertos y también el de las cosechas; aquí se ligán las creencias sobre la muerte y las simientes como un renacer de nueva vida.

La muerte puede ser vista también como un remanso, como la posibilidad de encontrar la paz que a veces no se encuentra en la vida. Esta idea subyace frecuentemente a conductas autodestructivas. Suele existir la ilusión de que muriendo la persona podrá reunirse con algún ser querido fallecido.

La idea de muerte también se asocia con la soledad, la desprotección, el frío, el hambre y el abandono. Hay culturas en que se lleva comida a los difuntos y se encienden fogatas junto a ellos para darles calor. Es frecuente el deseo manifiesto de ser enterrado junto a los muertos queridos.

El misterio de la muerte ha sido una fuente inagotable de creatividad humana, pero también, como todo misterio, despierta temor. El temor a la muerte se puede manifestar a través de un afán desmesurado de obtener logros que contrarresten esta angustia. La persona se embarca en una carrera ansiosa contra el tiempo, sin poder disfrutar de

los propios logros pues vive pendiente de obtener lo más posible. A veces, se dejan de lado otros aspectos valiosos de la vida, por esta sensación de falta de tiempo.

El pensamiento sobre la muerte resulta aterrador para muchos individuos que inclusive evitan mencionar su nombre o tomar contacto con todo lo que aparezca vinculado a ella.

También a nivel de comunicación de masas, se tiende a exaltar la vida y la juventud ocultando el lado oscuro de la vida: su fin. El miedo de la muerte puede transformarse en la fascinación que ejerce la muerte en algunas personas.

**Y no obstante ese miedo
ese miedo mortal a la muerte,
lo hemos sentido todos,
una y otra vez,
atrayente como el vacío,
como el peligro, como el roce
que va derecho al espasmo,
al espasmo que es la sola muerte
que la bestia y el hombre conocen y persiguen.**

Xavier Villaurrutia

Es posible hacer una distinción entre el miedo y la muerte y la angustia ante la posibilidad de morir. Ambos son parte del natural instinto de conservación que también existe en el reino animal y que sirve de protección contra el peligro. La angustia ante la muerte implica, entre otros aspectos, el miedo del sujeto a perder la conciencia de sí mismo, a perder la continuidad con el pasado.

Todo este temor hace que se tienda a sepultar el pensamiento sobre la muerte junto con el entierro de muertos. La muerte es pues algo que se intenta olvidar, evitar, retardar, trascender y comprender. Cuando un ser querido fallece remite a la consideración del sentido de la propia vida y también a revivir otras pérdidas significativas. Si el único sentido de la vida fuera trascender, producir, una vez logrados los objetivos, habría una natural aceptación de la muerte; pero en la medida que el hombre tiene un valor de sí mismo, que cada ser humano es único e irremplazable en cuanto a su peculiaridad, la muerte pasa a ser un hecho dramático.

Es necesario hacer una distinción entre la muerte "natural" como un momento normal de nuestro reloj biológico y la muerte a destiempo que ocurre fuera de lo esperado. La muerte "natural", con todo, deja de serlo cuando afecta directamente a la persona, por más que racionalmente se pueda entender que es parte necesaria de un ciclo.

La noción fisiológica de la muerte, los criterios para determinar el cese de la vida, también han variado a través del tiempo. Los avances de la Medicina han aumentado la posibilidad de posponer la muerte, lo que hace más difícil aceptar la muerte prematura o accidental.

Si bien es difícil, pues, aceptar la muerte de un ser querido dentro de circunstancias normales, lo es más cuando se trata de una muerte accidental. En los siguientes capítulos se hace referencia a este tipo de muerte física que produce un corte en las experiencias vitales, como algo brusco que se interpone.

Esta desaparición física todavía puede revestir otras características: puede ser progresiva o súbita, previsible o

imprevisible, útil o inútil. Parece haber una relación entre una muerte repentina, imprevisible y fútil y una mayor dificultad para aceptar la pérdida. Observamos, además, que, en general, suele resultar más difícil aceptar la muerte a quienes dejaron importantes proyectos sin realizar, a los que no lucharon por lo que creían, o los que no pudieron brindarse a sí mismos y a los demás. La muerte accidental, súbita, imprevista, proporciona uno de los temas tratados con más frecuencia en los periódicos.

Si bien el hecho biológico de la muerte tiene un carácter universal, la respuesta difiere ampliamente en las diversas culturas. Dentro de esta diversidad, ciertos autores reconocen algunas constantes: el horror al cadáver en descomposición, el prestigio que se da a la muerte fructífera (por ejemplo, morir por un ideal), la muerte vista como un retorno al vientre materno (que sería la tierra natal, la madre tierra donde se da la metamorfosis de muerte en vida). Parece esencial tener en cuenta cómo inciden la ideología, la concepción filosófica y teológica del mundo, y las pautas culturales para poder comenzar a comprender las vivencias sobre la muerte.

La muerte, a veces, se percibe como algo irrepresentable, absurdo. El conocimiento sobre la inevitable muerte propia es vivido como una carga. Es un plazo implacable que enfrenta a la necesidad de vivir intensamente.

En la sociedad occidental hay una tendencia a una disminución de los ritos funerarios y el hombre va quedando cada vez más solo en su relación con la muerte. Si bien se mantiene el velatorio, la pompa fúnebre, el colocar flores en la tumba, la edificación de pequeños monumentos con epitafios en los cementerios, es cada vez menos frecuente

encontrar procesiones a pie por las calles, guardar luto (ya sea en la vestimenta o en restricciones del modo de vida) y las visitas periódicas al cementerio, rituales todos que permiten la expresión de los sentimientos y recibir el apoyo afectivo necesario. Como contraposición a ésto, la muerte se va profesionalizando y se vuelve un tema para especialistas. Esto ocurre especialmente en los medios urbanos, ya que en medios rurales generalmente se convive más con la muerte al verla con mayor frecuencia. En los hospitales, la muerte representa una amenaza y un fracaso por lo que también los especialistas tienen grandes dificultades para encarar el problema.

2. EL NIÑO Y LA MUERTE

Evolución del concepto de muerte en las distintas edades

El duelo de un niño frente a la muerte de un ser querido dependerá del momento evolutivo en que se encuentre, de la relación previa con el difunto, la actitud del entorno, las características del ser fallecido, sus otras experiencias vitales y su forma de concebir el mundo.

De cómo se elaboran estos duelos dependerá, en parte, la forma en que el niño se manejará en el futuro en relación a la muerte. El miedo a la muerte también será en el niño el temor a la pérdida del cuerpo.

Para mantener el mito de la infancia como una época de

felicidad e inocencia, los adultos, muchas veces, buscan proteger al niño del conocimiento de la muerte, aún siendo una parte inevitable de sus vidas. Aunque a los adultos el entorno generalmente los estimula a llorar, hablar y llegar a una comprensión e integración gradual de la pérdida, generalmente nadie ayuda a los niños a manejar sus sentimientos, que los llenan de temor. Ellos no pueden reconocer y ubicar referencias que les ayuden a procesar su duelo, puesto que se tiende a impedirles una toma de conciencia plena, así como la validación y expresión de sus sentimientos. Con temor a que el niño o ellos irrumpían en llanto, los adultos no hablan con el niño sobre la pérdida acaecida. El no saber qué decir o cómo decirlo también contribuye al silencio por parte de los adultos. Al intentar proteger a los niños de los sentimientos penosos, éstos quedan aislados y excluidos de importantes eventos familiares. En un nivel preverbal e intuitivo, perciben algo que anda mal, pero no pueden validar esta percepción. El protegerlos de la realidad de la muerte también les niega la realidad de la vida y la oportunidad de madurar y aprender a manejarse en ese tipo de situaciones.

El niño necesita comprender lo que ha pasado y para ello, es necesario explicárselo en un lenguaje que sepa comprender. Del mismo modo que los adultos, el niño precisa que se le repita la información. Dado que los niños están constantemente en un proceso dinámico de desarrollo, hacen preguntas y comentarios acerca de la pérdida en un intento de procesarla en un nuevo nivel de comprensión. El tiempo que necesitan para procesar la pérdida, por lo tanto, puede ser mucho más prolongado que el de sus padres.

M.H. Nagy ha concluido que hasta aproximadamente los cinco años de edad la muerte es vivida como una situación temporaria de separación, como una pérdida de vitalidad, como partiro soñar, como un estado de inmovilidad, ya que aún no se tiene conciencia de su irreversibilidad.

En el niño pequeño, la principal angustia de muerte se vincula al temor de ser abandonado o separado de sus padres y quedar desprotegido la muerte fantaseada es la muerte de otro. En la medida que el niño va perdiendo la relación de estrecha dependencia de los padres, que va adquiriendo autonomía, vive una serie de duelos, que hacen que sea temprano su contacto con las vivencias de muerte.

Entre los seis y los doce años, se empieza a ver la muerte como irreversible: es como un viaje sin retorno, pero el difunto sigue viviendo en otro lugar (por ejemplo, en el cielo). Es común la creencia de que al menos el individuo continúa existiendo en otro mundo, que generalmente es imaginado como lo opuesto.

Después de los doce años la muerte es entendida como un estado irreversible, como algo que sucede en el interior del ser humano y responde a una ley biológica universal ineludible.

El niño y sus etapas en la creciente comprensión de la muerte

Edad	Comprensión racional	Vivencia
Lactante (menos de 12 meses)	Ausente	Indirecta, a través del duelo de los padres, expresado por: retraimiento afectivo; dificultad en ocuparse del niño y proveer una continuidad en su cuidado; intensificación del temor que surja otra pérdida.
Pre-escolar (1-3 años)	Poca comprensión de las relaciones causa-efecto	Reacciona a los cambios de comportamiento de los padres en duelo y refleja sus sentimientos y angustia.
Pre-escolar (3-6 años)	Percebe la muerte como un estado temporario y sin la cualidad de inevitable. Cree ser el centro del Universo, omnipotencia y convicción sobre el poder de los pensamientos (tienen el mismo poder que las acciones).	Espera que el muerto vuelva y pregunta cuándo será. Temor (y culpa) de que los pensamientos hostiles o los deseos de muerte produjeron efectivamente el fallecimiento.
Escolar (6-12 años)	Comprende que la muerte es inevitable e irreversible. 6-9 años: personifica a la muerte (un esqueleto, un "cuco", etc.).	Comprende que la muerte les ocurre a los adultos (como los padres) y también a los niños. Comprende que la muerte es un estado permanente.

Edad	Comprensión racional	Vivencia
	Alrededor de 8 años: fobia a la muerte como etapa normal del desarrollo caracterizada por preocupaciones sobre la propia muerte o la de seres queridos, en especial los padres.	
Adolescentes (12 años en adelante)	Puede pensar sobre la muerte en forma abstracta, igual que los adultos.	Similar al adulto.

Tomado de: Gardner y Merenstein "Handbook of Neonatal Medicine" St Louis, 1985.

3. EL ADULTO Y LA MUERTE INFANTIL

“La muerte de un niño es un acontecimiento impactante. El es el paradigma de lo vital, la encarnación de lo viviente, cantera de posibilidades múltiples.

Es también la imagen antitética de la muerte”¹.

La reacción frente a la muerte de un niño se relaciona con una valoración previa que hacemos de éste a nivel individual y social. Hay sociedades primitivas en las cuales el niño no es considerado como integrante del grupo sino hasta el momento de cumplirse los ritos de iniciación de la pubertad.

En algunas tribus bantús matan a los niños que nacen con los dientes ya crecidos pues se considera que traen mala suerte (7). En Africa ecuatorial inglesa, si el niño muere antes del sexto día, no se hace duelo pues se considera que aún no ha nacido completamente. Entre los araucanos no se celebra la ceremonia del duelo con los recién nacidos o niños muy pequeños ya que su muerte es considerada como un hecho intrascendente, reaccionando el grupo con indiferencia. En algunos lugares de latinoamérica, se festeja la muerte del recién nacido o del feto, puesto que se considera que van al cielo. Actualmente, las actitudes respecto a la muerte de un niño se han ido modificando.

Cuando el niño que fallece es un hijo, se da generalmente una vivencia muy particular. Se ha señalado que

1. Extracto de la videograbación.

quizás la motivación más profunda para la unión de una pareja humana sea contrarrestar la angustia de muerte. En este marco, el hijo representa la posibilidad de trascender a la muerte; es un proyecto de vida de los padres, como partes de sí mismo que sobreviven. Esta idea se asienta en el factor genético que se transmite a los descendientes.

Cuando ocurre la muerte de un hijo (que puede estar en un estado aún embrionario o fetal) se afecta la base de la estructura familiar. El hecho desencadena un proceso de duelo que tiene más de una vertiente. Se llora la muerte de un hijo como la pérdida de la posibilidad de continuarse a través de la descendencia y la ruptura de las esperanzas depositadas en ese proyecto de vida. Se llora el fracaso frente a los ideales de la parentalidad, la posibilidad de retribuir la vida que uno recibió, la verificación de la madurez sexual encarnada en el hijo-fruto. Tal vez por todo lo que hay depositado en el hijo, resulta tan difícil la elaboración de este duelo. La forma en que los padres pueden enfrentar esta situación dependerá no solamente de cada individuo, sino también de la reacción y manejo de la situación que haga el entorno, así como de la trama de la estructura familiar, pudiendo aflorar conflictos que estaban latentes.

La soledad de no ver y no ser visto por el niño que fallece, de ser privados de su presencia viva, la sensación de vulnerabilidad frente al poder omnipotente de la muerte, la vivencia de abandono resultan experiencias sumamente dolorosas.

CAPITULO II

EL PERSONAL DE SALUD Y LA MUERTE

1. LA RELACION MEDICO-PACIENTE

En la relación médico-paciente intervienen factores psicológicos, políticos, socio-económicos, institucionales, culturales e ideológicos.

Esta relación médico-paciente no es una relación independiente de su entorno; otros vectores repercuten en ella. Dentro de éstos, reconocemos a la institución que enmarca el encuentro como factor a considerar.

Generalmente, el personal de salud trabaja en sistemas organizados o colectivizados donde busca un ingreso constante, pero las retribuciones que percibe, muchas veces, son inadecuadas, debiendo cumplir un horario y atender a un número generalmente elevado de pacientes en un escaso tiempo, produciéndose una burocratización en donde se juegan frustraciones e insatisfacciones que llevan a una relación con el paciente distante o casi anónima y rutinaria. Se ha descrito recientemente el Síndrome de burn-out (desgaste), como característico de aquellos que están habitualmente en contacto con personas que sufren padecimientos, enfermedad o dificultades. Se manifiesta como agotamiento emocional, falta de creatividad, incremento de agresividad en el grupo de trabajo, ausentismo,

etc. A su vez, el paciente puede expresar excesivas demandas o protestas, insatisfacciones u hostilidad que se expresan hacia el médico, pero pueden estar relacionadas con la institución o las autoridades de esa institución. Se hace necesario pensar en la relación como persona-institución-paciente, pues la institución puede actuar como estímulo o como interferencia en la relación interpersonal.

Al referirse a la relación personal-paciente, no debe entenderse como un encuentro de dos individuos aislados.

El personal que trata al paciente, en alguna medida, se relaciona con el grupo familiar en que éste está inserto, ya sea con los familiares que le acompañan a la consulta o durante una internación y, generalmente, en la instancia de información sobre el familiar asistido. Hasta en las situaciones de mayor aislamiento, las creencias, hábitos y modos de afrontar la enfermedad y de vincularse que tiene el paciente, provienen -en cierta medida- de su núcleo familiar.

A su vez, el médico también pertenece a un grupo familiar y cultural que incide en el desempeño de su función profesional. Esta es realizada dentro de un grupo de personas. Esto nos lleva a pensar en toda una gama de posibilidades de funcionamiento, complejas, que pueden favorecer el trabajo así como dificultarlo al igual que la dinámica que se produce en cualquier grupo, pudiendo surgir conflictos de roles, competencias de poder o problemas de comunicación, etc.

Así como en la dinámica del grupo de trabajo aparecen distintos niveles de funcionamiento en la relación entre el personal y el paciente, no sólo se juegan aquellos aspectos que tienen que ver con el vínculo real y actual entre ellos,

o que solo tengan que ver con aspectos conscientes, sino que también tiene gran importancia lo que se ha llamado transferencia y contratransferencia o actitud y contraactitud (Schneider).

En el encuentro del médico o enfermera y el paciente se actualizan sentimientos, actitudes y conductas en este último que corresponden a pautas que ha establecido en el curso de su desarrollo, especialmente en sus vínculos familiares. Esta transferencia del paciente sobre el personal puede ir desde la admiración hasta el menosprecio, con toda una gama de afectos intermedios. Integra la parte irracional e inconsciente de su conducta y constituye aspectos de la misma que el paciente no puede controlar voluntariamente. En la transferencia, el paciente asigna roles y diferentes características a los diferentes miembros del equipo de salud, así como a la institución misma, y se comporta en función de los mismos. Traslada situaciones y pautas a una situación presente y desconocida tendiendo a configurarla como situación conocida.

En la medida en que el personal de salud pueda comprender que estos aspectos se hallan presentes en el paciente, podrá entenderlo mejor y ayudarlo más eficazmente, así como deslindar aquellos aspectos que, si bien se depositan en el vínculo actual, corresponden a la historia de un paciente. Esto permite introducir una dimensión más amplia, que incluye lo fantaseado y lo no consciente, en el abordaje del paciente.

Por otra parte, el vínculo personal-paciente también genera en aquél reacciones, sentimientos y actitudes que llamamos contratransferencia o contraactitud. Dependen, en alto grado, de la historia personal del médico, enferme-

ra, etc., pero si aparecen y se actualizan en el momento dado del vínculo con el paciente (o sus familiares) es porque hay factores del vínculo mismo o características del paciente que hacen que ésto sea así. Es inevitable que estos elementos aparezcan en el vínculo y constituyen un aspecto importante de cómo se configura no sólo la relación sino la enfermedad misma, su evolución y su terapéutica. Estas últimas están influenciadas por los mecanismos de defensa que utilizan tanto el personal como el paciente y sus familiares para protegerse de la angustia que genera la enfermedad y todo lo que lo rodea (internación, pronóstico vital, maniobras médicas, etc.). Los mecanismos de defensa son los instrumentos de que dispone el yo de la persona para mantener su equilibrio interno, en la medida en que lo protege frente a situaciones angustiantes que pueden provenir tanto de su mundo interno como del mundo externo y le permiten adaptarse a las exigencias de ambos.

El contacto directo con seres humanos como tales, enfrenta al personal de salud con su propia vida, su propia salud o enfermedad, sus propios conflictos y frustraciones. Si no se gradúa este impacto, su tarea se hace imposible. O bien está dominado por una excesiva ansiedad (y entonces se le hace más difícil actuar), o bien se desinteresa y no pone ninguna carga afectiva en lo que hace y su tarea se puede volver estéril.

Estos mecanismos son normales y actúan, en mayor o menor medida, en todos los seres humanos, aunque en la práctica, cuando se habla de ellos, se tiende a pensar en su funcionamiento como anormal y patológico. Estos mecanismos, que tienen un valor funcional, se pueden tornar patológicos cuando se presentan de una manera rígida y

estereotipada, lo que facilita su observación y cuando por la magnitud de su acción, impiden o perturban una adecuada adaptación del individuo a la realidad.

Cuando se tornan patológicos, implican también un constante gasto de energía psíquica del yo que es restada a otras áreas de funcionamiento con la consiguiente perturbación de su efectividad.

Estos mecanismos de adaptación que utiliza la persona son inconscientes, o sea, que la persona no se da cuenta que los está utilizando y no puede proponerse voluntariamente utilizarlos.

En la relación médico-paciente, personal de salud-paciente, también juegan estos mecanismos, tanto en unos como en los otros. Es importante para el médico saber que de la utilización de los mismos dependerá el tipo de comportamiento que adopte el paciente durante el tratamiento.

También el médico, por todas las situaciones de angustia que tiene que enfrentar en su tarea, de una manera inconsciente y para adaptarse a las diferentes realidades, utiliza estos mecanismos.

Mencionaremos los mecanismos de defensa más comúnmente utilizados:

Negación

La negación de aspectos parciales de la realidad que implica una actitud de no querer saber o tomar conciencia de algo) es indispensable para poder afrontar tanto la vida general con determinados aspectos específicos de ella. Así, el médico, por ejemplo, no puede detenerse en la condolencia por el sufrimiento del paciente si debe actuar con celeridad y eficiencia aunque, claro está, si este meca-

lleva a una actitud distante con relación al paciente, como si los aspectos personales no hicieran parte de la atención.

2. EL PERSONAL DE SALUD Y LA MUERTE

“La muerte del paciente se convierte en un espejo de la muerte del médico; funciona como un cascanueces que, de alguna manera, rompe la cápsula de la propia muerte”.

I. Berenstein

Para el personal de salud, resulta difícil ser testigo de la muerte, ya que no solo implica enfrentar problemas intelectuales y técnicos sino también emocionales. Han sido entrenados para curar, para aliviar el dolor, y el tener que enfrentar la muerte, genera una sensación de impotencia, frustración y tristeza.

La muerte de un paciente implica un momento difícil y doloroso para el médico. Es enfrentarse a la muerte, es decir, a su propia muerte.

Es también una herida en la autoestima, en el orgullo profesional. Su rol implica algo especial: el médico es una especie de sacerdote, un mediador de Dios que otorga la vida, para el que cada muerte significa un fracaso (“médico” proviene etimológicamente de “medium”).

“Cuando muere un paciente, uno siente que la muerte le ganó. Siempre que estamos trabajando, estamos luchando contra la muerte, y ese es el temor de todos”.

(Testimonio médico)

La sensación de fracaso está muy ligada a la vivencia de culpa que aparece ante toda muerte; se piensa en lo que se hizo, en lo que se pudo haber hecho y siempre parece que uno hubiera podido hacer algo más para evitarla. Esto se intensifica en el caso del médico, que es depositario de la esperanza de los pacientes, que lo ubican en un lugar de omnipotencia. Se le hace más difícil aceptar la muerte sin sentirse culpable, puesto que caen sobre él el peso de la imagen y las expectativas que se tejen a su alrededor, terminando por sentirse realmente casi el único responsable de la vida o la muerte de sus pacientes. Contrasta, entonces, esa omnipotencia con la impotencia que siente cuando muere un paciente.

Las vivencias de desazón, angustia, impotencia y culpa que experimenta el personal de salud, son las reacciones esperables ante la frustración y el dolor que implica toda la muerte. Sin embargo, y siendo la muerte parte de la vida profesional del médico y de la enfermera, es algo para lo que, en la gran mayoría de los casos, no han recibido preparación, ni instrumentos con que manejarse, lo cual muchas veces lo lleva a negar la existencia de estas vivencias. Es así que mucha gente cree que el médico o la enfermera son personas a las que no afecta el dolor ni la angustia ante la enfermedad y la muerte.

CAPITULO III

EL DUELO

1. ¿QUE SE ENTIENDE POR "DUELO"?

La palabra "duelo" proviene del latín (siglo XV) "duellum" y significa "dolor" y también "desafío o combate entre dos".

Estas acepciones remiten al sufrimiento provocado por una pérdida y al enorme esfuerzo, casi un combate, librado para asimilar dicha pérdida.

El duelo es la respuesta de la persona ante una pérdida o un cambio, sin importar cuán insignificantes o profundos sean. Es la transición entre lo que era y lo que habrá de ser. Siendo frecuentemente un período de "desequilibrio", el duelo no parece revertir ni negar el nivel de estabilidad que caracterizaba a la persona antes de la pérdida. El sufrimiento, la desorientación, la desesperanza, la desilusión y el dolor profundo, son síntomas frecuentes. El grado de desequilibrio que la persona experimenta depende del grado de importancia que tiene para ella la pérdida.

El duelo no es un proceso exclusivamente racional. Es una respuesta física y emocional a una interrupción en las actividades y el curso habitual de vida. Se experimentan

una gama y una profundidad de emociones y sentimientos que no se han experimentado antes o no es habitual vivenciar. En una cultura en la que se jerarquizan más los aspectos racionales, ésto puede resultar abrumador o generar temor. Es como si todos los mecanismos habituales que a la persona le permiten manejar las situaciones, filtrándolas y organizándolas, hubieran sido arrancados de raíz, dejando a la persona abrumada por un bombardeo de estímulos y emociones.

La cultura occidental tiende a enfatizar y valorar el desarrollo de la mente y del pensamiento racional, más que el cultivar los propios sentimientos y emociones.

Durante la infancia, los niños aprenden de sus padres el valor y el modo de manejar los afectos. Cuando surge una pérdida en la vida adulta, con la intensidad de sentimientos que conlleva, se tiende a reaccionar del modo en que se aprendió a hacerlo durante la infancia.

La tradición cristiana acentúa la tendencia a reprimir y negar los propios sentimientos, dado el fuerte tabú que impone sobre los sentimientos de hostilidad, temor y tristeza. El enojo es definido como falta de fe y confianza en Dios; la tristeza es percibida como una forma de egoísmo, puesto que la persona fallecida se encuentra entonces en el Cielo con Dios y, por lo tanto, está mejor que antes. Si la pena es debida a otras pérdidas, éstas son definidas como pruebas o castigos divinos. Estas actitudes y creencias requieren que la persona niegue una parte significativa de sí misma: sus sentimientos, los cuales son el ingrediente esencial y la esencia del proceso de duelo.

El duelo es el proceso de asimilación de una pérdida cuya ausencia es transformada en una presencia interna o en la negación de dicha ausencia.

El duelo es la respuesta característica de tristeza y dolor ante la pérdida de algo valorado. Dado que es una reacción emocional mucho más que intelectual o racional, el dolor es vivido como algo que enloquece, y la persona siente que pierde el control, que está desbordada y que se consumen en el proceso todas las energías. Por esto, hablamos de "trabajo de duelo": hay una inversión emocional importante, que conlleva falta de interés en el mundo exterior, conflictos en los vínculos interpersonales, todo lo cual implica una inversión de tiempo más o menos prolongada. Se trata de un proceso complejo, que implica un dolor que emerge espontáneamente y se atenúa progresivamente.

El proceso de duelo puede seguir dos caminos: o bien una verdadera aceptación de que se ha producido la pérdida o la subsistencia de la convicción de que ésta no ha ocurrido.

Habitualmente, se piensa en la pérdida y el dolor que conlleva sólo en relación con la muerte. Sin embargo, la muerte es solo una de las formas posibles de separación, y otras situaciones menos manifiestas pueden tener un impacto igualmente devastador.

El duelo es un proceso dinámico y complejo que involucra al individuo en lo físico y en lo psíquico, en sus aspectos conscientes e inconscientes. Se afectan los vínculos con los demás individuos. El mundo es vivido como pobre y vacío hasta que disminuya la resistencia natural a aceptar la pérdida y el estado de caos interior. La realidad se impone y sobreviene la resignación.

El duelo es la reacción frente a la muerte o pérdida de un ser amado o una abstracción equivalente: la juventud, un ideal, etc.

También se experimenta ante otras pérdidas: por ejemplo, ante una separación pasajera o definitiva, ante la pérdida de un objeto o de un recuerdo con valor emocional. El crecimiento y la maduración del individuo lleva implícito, en cada nueva etapa un duelo por la anterior (por ejemplo, ante la madurez se sufre por la pérdida de la juventud). Cada nueva etapa exige una permanente readaptación del individuo a situaciones nuevas.

También se producen procesos de duelo de distintas magnitudes por parte del propio cuerpo, de acuerdo a la valoración de la parte perdida, (caída del cabello, amputaciones, extirpación de un órgano, etc.). Estos aspectos se jerarquizan en la mujer, dado que el embarazo, parto, puerperio, menopausia, etc., implican modificaciones corporales. En la medida en que durante el embarazo el hijo es vivido como parte del propio cuerpo, el parto también desencadena una reacción de duelo ante esta separación.

“Las causas desencadenantes de un duelo pueden ser múltiples, pero todas tienen una base común: la valoración afectiva que consciente o inconscientemente es atribuida a la pérdida”.

S. Freud

En ocasiones, el duelo por la muerte de un ser querido comienza para sus familiares cuando aún está viva la

persona. Esto ocurre cuando se anuncia su futura muerte, hecho frecuente ante una enfermedad fatal. Se produce entonces un duelo anticipado.

Conocer esa realidad lleva a olvidar otra, pues si bien esa persona va a morir, aún está viva, sufre, necesita apoyo, afecto y, sobre todo, tiene deseos. Cuando el duelo ha comenzado, resulta difícil para los familiares acompañar al enfermo, oír las demandas y los deseos de ese ser, moribundo, pero aún vivo.

Es como si empezaran a vivir el proceso de duelo anticipadamente. El ser humano intenta sortear su calidad de mortal, pero la muerte de otro le recuerda su condición. El duelo es tan doloroso porque al dolor por la pérdida del ser querido se agrega el dolor y el temor ante la idea de la propia muerte.

2. SIGNOS Y SINTOMAS DEL DUELO

Los signos y síntomas del duelo agudo incluyen tanto manifestaciones psicológicas como somáticas.

Manifestaciones somáticas

Sistema gastrointestinal

Anorexia y pérdida de peso

Bulimia

Náusea y vómitos

Dolor abdominal y sensación de vacío

Sistema respiratorio

Sensación de asfixia y tos

Hiperventilación

Sistema cardiovascular

Palpitaciones

Sensación de opresión en el tórax

Sistema neuromuscular

Cefaleas

Vértigo

Síncope

Enfermedad de Brisaud (tics)

Debilidad muscular o pérdida de fuerza

Manifestaciones psicológicas

Sentimientos

Culpa
Tristeza
Enojo y hostilidad
Desamparo
Dolor, desesperación y pesimismo
Vergüenza
Soledad

Preocupación por la imagen de la persona perdida

Ensoñaciones diurnas y fantasías
Pesadillas
Nostalgia

Trastornos en las relaciones Interpersonales

Aumento de la irritabilidad y el desasosiego
Disminución del deseo e interés sexual
Introversión
Llanto

Dificultad en retornar a las actividades habituales

Fatiga y agotamiento o hiperactividad estéril
Insomnio e hipersomnias
Distractibilidad
Movimientos, pensamientos y discurso verbal enlentecidos
Pérdida de concentración y motivación

Adaptado de: Gardner y Merenstein "Handbook of Neonatal Intensive Care", St. Louis, 1985.

Cuando las ideas y sentimientos depresivos resultan intolerables, se tiende a negarlos y se los sustituye por actitudes contrapuestas: euforia, hiperactividad y una sensación de triunfo y control sobre la situación. Estas actitudes defensivas, que enmascaran la depresión subyacente, reciben una valoración social, considerándoseles equivalentes una resolución del duelo, el haber "superado" la situación.

Así como pueden aparecer sucesiva o simultáneamente sentimientos de depresión y euforia, también se ponen en juego en el trabajo de duelo los sentimientos encontrados de amor y hostilidad que caracterizan todo vínculo y que aquí, al verse acentuados, llevan a la idealización de lo perdido y sentimientos de culpa por los sentimientos hostiles, que tienden a permanecer inconscientes y expresarse a nivel corporal. El sentimiento de culpa es el legado de los sentimientos ambivalentes sin resolver. Se hace difícil poner en palabras estos sentimientos hostiles puesto que producen temor y resultan socialmente inaceptables.

3. LA ELABORACION DEL DUELO

Para que el trabajo de duelo se realice de una forma adecuada, se requieren ciertas condiciones:

- que en la relación con el ser perdido, aunque hubieran sentimientos encontrados, el odio no haya anulado al amor.

- que los sentimientos de culpa y responsabilidad por la muerte del ser querido no sean agobiantes.
- que el deudo se pueda diferenciar del muerto, sin sentirse arrastrado a un destino común.
- una cierta aceptación de la propia muerte.
- una adecuada elaboración de los duelos anteriores.

Es imposible establecer períodos de tiempo específicos para cursar el proceso de duelo y es imposible establecer cuándo éste queda finalmente resuelto. Sin embargo, hay algunas pautas que marcan los momentos en que se producen las reacciones normales. Durante las primeras cuatro a seis semanas después de la pérdida, la reacción de duelo pasa por una etapa aguda de intenso sufrimiento. Esto parece ceder entre las seis y diez semanas de producida la pérdida, pero el proceso de duelo, con sus reacciones normales, dura generalmente entre seis meses y un año o hasta dos años. En el caso de la pérdida de un hijo, se trata de una situación tan catastrófica que implica dificultades importantes para su resolución, la cual puede no llegar a darse completamente.

La prescripción de un período después, del cual el duelo debe terminar, es universal, aunque es muy variable el plazo establecido en las diferentes culturas y religiones. Sea cual sea el lapso prescripto, lo que sí se espera es que la persona encuentre los medios para retornar a una vida

social normal, se reintegre a todas sus funciones y, en ocasiones, que cambie su rol social.

Otra condición necesaria para una adecuada resolución del duelo es el tener un referente perceptual, ya sea visual o corporal. Estas imágenes o referentes cumplen la función de soporte del proceso de duelo, porque confirman la existencia pretérita pero real de lo perdido, así como la realidad de su pérdida. Esto disminuye la sensación de vacío e irrealidad que se produce ante la desaparición de la persona de prisioneros políticos, ahogados, etc.

3.1. RITOS FUNERARIOS

Intervienen los valores culturales proporcionando palabras, símbolos e instituciones que permiten al individuo resignarse y reencontrarse a sí mismo. La cultura canaliza también las respuestas psicológicas de los individuos a través de creencias, costumbres y ritos.

Las sociedades tienen prohibiciones, reglas y rituales con relación al tratamiento de los muertos y la conducta adecuada de los deudos.

Los ritos funerarios son experiencias que se integran a los primeros momentos del fallecimiento del ser querido.

El funeral está dirigido a la persona del muerto, pero beneficia a los vivos ayudándolos a asumir la realidad de la pérdida.

Desde la antigüedad se encuentran creencias que marcan la necesidad del funeral. Así, se consideraba que el alma de determinados difuntos podía infectar la casa y aterrorizar a la gente. Esos fantasmas eran de aquellos muertos que no habían recibido sepultura, o en cuyas exequias no se había observado algún rito funerario.

En algunas sociedades se cree que a pesar de la muerte corporal, la persona sigue viviendo y mantiene sus relaciones con los vivos por un tiempo. En algunos esta perpetuación se concibe como benéfica y existen reglas para preservarla, mientras que en otras, se consideran nociva y existen ritos para liberarse de los espíritus.

3.2. ¿A quién se adjudica la responsabilidad de la muerte?

En muchas culturas la muerte es considerada como un accidente, una injusticia o un castigo, en lugar de ser una ley inevitable. Por lo tanto, hay normas que regulan las formas de sentir enojo contra aquellos a los que se hace responsables de la muerte (por ejemplo, el extranjero, el último en llegar a la familia, el brujo, etc.).

En nuestras culturas, es frecuente que la acusación se dirija al médico u otro integrante del personal de salud.

Es más probable que se responsabilice a alguien de lo ocurrido y se experimente ira contra él cuanto más prematuramente ha ocurrido la muerte.

Las figuras a las que habitualmente se adjudica la responsabilidad pueden ser un tercero, el propio individuo

y el muerto. Se preestablece a quién se debe acusar y a quién no, la forma del enojo y el grado en que debe expresarse. En algunas culturas la ira es una parte establecida de los ritos, por ejemplo, castigos corporales, mordiscos, golpes o insultos a cualquiera de los destinatarios o dirigidos al muerto o a otras personas.

Más tarde en la historia, aparecen fuertes sanciones a las expresiones de violencia dirigidas hacia el muerto. Sin embargo, se siguen aceptando las actitudes auto-agresivas, como los autorreproches y restricciones de las actividades placenteras de los deudos.

Todas estas expresiones de agresividad, tanto de ataque dirigido hacia otros como de autorreproche, se basan en los sentimientos de culpa que normalmente aparecen en el trabajo de duelo.

4. FASES DEL DUELO

“Los muertos no están jamás en su sitio, siguen obsesionando al Inconsciente de sus sobrevivientes que tratan de olvidarlos y el rechazo del diálogo hace a los difuntos más crueles y sobre todo más presentes”.

Louls-Vincent Thomas

¿Cómo se vive el duelo? ¿Existe la posibilidad de pensar en forma más inteligible esta caótica experiencia?

Ciertos autores plantean que el proceso de duelo se da de una manera consciente o inconsciente pasando por una serie de fases que no tienen que ser sucesivas ni presentarse necesariamente por el orden que enunciaremos, si bien esto es lo común. Se puede superponer entre sí o predominar algunas de ellas, reapareciendo periódicamente, siendo difícil distinguir nítidamente los límites entre una y otra, pero siendo fundamental para la elaboración del duelo que se transiten todas estas fases.

Indudablemente, su división en fases ayuda a la comprensión del duelo pero es necesario tener siempre en cuenta que se trata de un proceso individual y no existe un modo único de cursar el duelo.

Estas fases se van desplegando a lo largo de un período de tiempo, en el cual se retira paulatinamente todo lo que se ha depositado en el vínculo con lo perdido de modo que pueda ser volcado hacia nuevos vínculos. Cada etapa del duelo es un mecanismo defensivo que permite una lenta adaptación a la experiencia de pérdida, evitando, de este modo, que el individuo se vea desbordado por el dolor y la angustia.

Fases:

- a) shock e incredulidad: "no puede ser"
- b) ira y búsqueda de la figura perdida: "¿por qué a mí?"
- c) idealización y regateo: "era tan bueno..."
- d) depresión y retraimiento: "realmente ya no está..."
- e) aceptación y reorganización: "la vida sigue..."

Fases del duelo

Fase	Objetivo	Características
SHOCK Y NEGACION "No puede ser cierto"	Protege de la realidad de la pérdida posponiendo el impacto. Demora el enfrentamiento de la realidad.	Sentimientos de sorpresa, aturdimiento, incapacidad de sentir, afectivamente, inmovilidad. Desapego emocional: incapacidad de resolver problemas cotidianos, incapacidad de recordar lo que otros han dicho, repetición de las mismas preguntas.
IRA "¿Por qué?"	Permite tomar conciencia gradualmente de la realidad de la situación. Búsqueda de una razón y un sentido que explique la pérdida.	Sentimientos de amargura, ira, acusación y envidia hacia quienes tienen un ser querido vivo.
REGATEO "Sí, pero..."	Intento de evitarlo, por lo menos, demostrar la pérdida como forma de aceptación condicional mientras todavía se intenta revertir la realidad.	"Acuerdos" y promesas a quien consideran el ser supremo. "Si él vive, yo prometo..."
DEPRESION Y RETRAIMIENTO "Sí, fue a mí" (a mi bebé)	Mayor nivel de aceptación, verdadera toma de conciencia del impacto de la pérdida. Reconocimiento de que realmente hay una razón para estar triste.	Abrumadora tristeza y dolor; llanto. Sentimiento de desamparo, minusvalía e impotencia, todo lo cual contribuye a la idea de que la vida es vacía y sin sentido.

Fase	Objetivo	Características
		Retraimiento expresado por pedidos de permanecer en soledad, disminución de las visitas al cementerio y silencio. Disminución de la crisis de dolor agudo y que consume todas las energías; menos sentimientos de devastación más sentimientos de tristeza.
ACEPTACION	Se ha resuelto el duelo. Relativo desapego emocional respecto al vínculo perdido, que ya no es sentido como el sentido de la vida, la cual se puede restablecer independientemente de la pérdida. En el caso de un niño enfermo o con malformaciones, la resolución sólo es posible luego de la muerte del niño, puesto que se trata de un dolor crónico.	Se retoman las actividades cotidianas y hay una notable disminución de la preocupación por la imagen del ser perdido. Renuncia a una parte de uno mismo que estaba definida en relación perdida y establecimiento de una nueva identidad que tiene libertad emocional para iniciar nuevos vínculos.

4.1. Fase de shock e Incredulidad: “no puede ser”.

La muerte resulta siempre sorprendente en la medida que vivimos dándole la espalda. La primera reacción ante el fallecimiento de un ser querido suele ser un estado de conmoción psíquica que aparece como una sensación de sorpresa, aturdimiento y embotamiento de la sensibilidad como resultado del brusco desequilibrio experimentado ante la pérdida. Este estado puede ser muy breve (generalmente dura horas o días) si la pérdida es poco significativa para el sujeto. Generalmente, hay una vivencia de vacío, de carencia.

En esta fase se observa un descreimiento, una incredulidad, un deseo de no ver la realidad, de negarla. La persona manifiesta la sensación de estar soñando una pesadilla. A veces, el individuo pasa a preocuparse con otros problemas más triviales encubriendo así de sí mismo su profundo dolor. El deudo puede también tener una conducta hiperactiva como para no pensar en la pérdida o mostrarse como si nada hubiera ocurrido, mostrando incluso la emoción contraria a la esperada.

La prolongación de la fase de negación impide el trabajo de duelo. Mientras se mantiene la demora en percibir la realidad de la situación, es imposible avanzar hacia su resolución. El uso de medicación, el no hablar de lo perdido o el no poder llorarlo, así como el recurso a las distracciones mantienen el estado de negación. El uso de sedantes y tranquilizantes puede prolongar la negación haciendo que los sentimientos y emociones se vuelvan aún más nebulosos y oníricos. La energía necesaria para comenzar el trabajo de duelo se disipa por el efecto de la medicación.

4.2. Fase de ira y búsqueda de la figura perdida: “¿por qué a mí?”

Por momentos, se percibe la realidad de la pérdida con un intenso deseo de que la persona esté viva, pero en otros momentos ante las repetidas decepciones aparece el llanto, la angustia, la hostilidad.

También este período se caracteriza por la esperanza de que todo ha de arreglarse y por la imperiosa necesidad de buscar a la persona perdida y recuperarla. Es entonces que la ira es provocada por aquéllos a quienes se considera responsables de la pérdida y también por las frustraciones que surgen durante esa búsqueda inútil. En tanto la ira persiste, la pérdida no se acepta como permanente y se conserva la esperanza. La ira es la expresión del esfuerzo imperioso por restablecer el vínculo que se ha roto. Dentro de esta ira se alterna entre los esfuerzos por liberarse de todo lo que le recuerde la pérdida o atesorar todos esos recuerdos.

La ira del deudo busca un destinatario, a quien se lo siente como responsable por la muerte (personal de salud, familiares, Dios). A veces, es hacia el propio difunto, a quien se le culpa de haberlo abandonado.

La hostilidad también puede ser dirigida hacia uno mismo en forma de autorreproches por lo hecho o por lo que se dejó de hacer antes de la pérdida con relación al difunto, lo cual se vincula a sentimientos de culpa y minusvalía, con vivencias de fracaso.

El deudo puede estar sumamente irritable y suele rechazar a la persona que intenta ayudar a la aceptación de la pérdida como si fuera cómplice de la misma.

Asimismo, los intentos de ayuda resultan muchas veces torpes y no hacen más que reavivar el dolor, generando así nuevas instancias de ira.

La búsqueda de la figura perdida puede darse a través de los objetos o lugares que estuvieron en contacto con ella, como la posibilidad de conservar algo que lo represente. Estos pueden ser vividos como impregnados de ciertas características del difunto.

El deudo se pregunta por qué le ha sucedido esto precisamente a él. Surgen explicaciones y el deseo de encontrar un significado a la muerte.

Al deudo le sorprende ver cómo los demás prosiguen su vida normalmente como si nada hubiese ocurrido, o mismo ver que siguen vivos o que uno mismo vive cuando el ser querido ha dejado de existir. Se reactiva el propio miedo a morir y se teme que esta desgracia pueda traer otras.

En esta fase, es característica la sensación de desorientación. Junto a la pérdida del apetito y el insomnio aparece la desorganización del pensamiento y una sensación de malestar y desasosiego. Es entonces que se recurre frecuentemente al médico en búsqueda de medicación sedante y ansiolítica. Es una etapa de muy intenso y agotador trabajo emocional y es de gran ayuda la posibilidad de expresar los sentimientos y el apoyo y reaseguramiento por parte del personal de salud. Esto resulta más efectivo que la medicación.

Se observa generalmente la necesidad de una explicación de la causa de la muerte. Existe un esfuerzo por apaciguar el miedo a la fuerza de la Naturaleza a través de un control racional de la situación y también la necesidad de encontrar causas internas o externas que podrían aliviar sentimientos

de culpa. Entre las explicaciones que surgen aparece la idea del destino como si la duración de la vida de cada individuo estuviera predeterminada por algo externo a él.

La persona suele sentirse fatigada ante el enorme dispendio de energía psíquica generado por este conflicto. De este modo, la búsqueda cargada de ansiedad, la esperanza intermitente, la frustración reiterada, los sentimientos de culpa, la ira, son típicos de esta segunda fase.

4.3. Fase de Idealización y regateo: "era tan bueno..."

No te amaba cuando estabas vivo, pero comienzo a amarte ahora que has muerto.

Refrán árabe

El deudo pasa por un período en que tiende a recordar solamente los aspectos positivos del ser perdido; es como si hubiera olvidado todas las dificultades vinculadas a aquella persona y a su relación con ella. La persona en duelo idealiza al ser perdido para reconciliarse con él en los desencuentros que tuvieron. Por otro lado, puede surgir el temor al muerto, que puede ser vivido como alguien amenazador que intentará arrebatarse la vida por envidia o rencor, siendo ésta una forma de aplacarlo.

Aparece generalmente la expresión de un deseo de haber muerto en lugar del otro, como algo a ser negociado, como querer comprar la vida del difunto con la propia muerte. Cuando un niño nace cercano en el tiempo a la muerte de un familiar, en la fantasía muchas veces se enlazan los dos hechos, como si la vida de uno debiera implicar la muerte de otro o viceversa.

En esta fase, en la cual ya hay más conciencia de la pérdida, el deudo suele sentirse desesperado frente a la impotencia de no poder cambiar la situación y frente a la enorme dificultad de hacerse cargo de sus actividades y responsabilidades. Frecuentemente, busca explicaciones que le ayuden a aceptar lo inevitable pidiendo a cambio a otras personas o a fuerzas espirituales compensaciones de la pérdida.

El deudo se aísla de los demás quedando sumergido en sus pensamientos. A veces, aparecen incluso alteraciones en la memoria. Se modifica subjetivamente la percepción de los objetos que pueden parecer más reales, visibles o más insignificantes.

4.4. "Depresión y retraimiento: "realmente ya no está..."

Luego del encono, se llega en forma gradual a aceptar que la pérdida es real y permanente y que se debe dar nueva forma a la vida. Resulta casi inevitable que quien haya sufrido una pérdida sienta, en algunos momentos, que nada podrá salvarse y, como resultado, caerá en la depresión y la apatía. Se siente que el mundo está vacío y

nada tiene sentido: es como si una parte de uno mismo hubiera muerto. La persona tiende a aislarse y sumergirse en sus pensamientos y su tristeza. Esto provoca un repliegue de otros intereses que permite acumular energía para transitar el proceso y experimentar la pérdida, pudiendo irse despegando del vínculo original para poder avanzar hacia nuevos vínculos. El sentir tristeza puede ser una experiencia llena de temor y la sensación de estar abrumado y desbordado por ella, haciendo que la persona se sienta sumamente vulnerable, como si estuviera sufriendo un proceso de desintegración. La tristeza lo inunda y consume todas sus energías, sintiéndose desamparado e incapaz de controlar la situación.

Este proceso de introversión y aceptación progresiva de que el ser querido ya no está, implica la necesidad de conservar aspectos suyos, ya sea a través de los recuerdos o de la incorporación de gestos, actitudes, etc., al propio modo de ser, como de permitir, a la vez, la separación y el mantenimiento de algunos aspectos de lo perdido (proceso de identificación).

En esta fase, la depresión alterna con momentos en que hay un nuevo análisis de la situación y se consideran las posibles maneras de enfrentarlo. Si bien la persona se encuentra menos activa, va retomando su ritmo de vida normal.

4.5. Aceptación y reorganización: “la vida sigue...”

La aceptación tiene que ver con una adaptación a la realidad que se traduce en una reorganización tendiente a la vida.

El duelo se completa cuando se puede tolerar la irreversibilidad de la pérdida y se logra un cierto grado de renuncia. Esto permite que los sentimientos dirigidos a la persona fallecida, especialmente el amor, pasen a formar parte del mundo de los recuerdos del deudo, permaneciendo en la memoria hechos compartidos, palabras, actos. La afectividad queda disponible para ser dirigida a otra persona o a otra actividad. Se logra la paz con la persona desaparecida y la afectividad queda disponible para disfrutar de la vida.

Consideramos que lo más importante en un duelo es tolerar la desorganización y poder llevar a cabo la reorganización para una nueva etapa de la vida. Esta etapa es muy penosa porque implica renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida y restablecer la situación anterior.

5. LA ELABORACION DEL DUELO

“Poder aceptar la muerte de otro es aceptar un nunca más de mirada, de voz, de dulzura -sopores del Intercambio con el otro- una ausencia de futuro en proyecto Imaginarlo en común. Es el punto final a la ruptura de uno de los Instrumentos en nuestra sinfonía fantasmática”.

Ginette Rimbault

El proceso de elaboración del duelo es la lenta y gradual aceptación e integración de la pérdida. En un principio, la

pérdida es vivida como una intrusión, como algo que no puede vivirse como parte de la vida o la personalidad propias, y lo perdido invade todo con su presencia constante y dolorosa, a veces amenazadora.

Un modo de intentar resolver esta situación es aislarlo, disociarlo de uno mismo y la propia vida, y es así que la ilusión que no existe ni nunca existió permite mantener la integridad de la vida y la persona propias. Sin embargo, no se trata de una elaboración de la pérdida y aquello que vanamente se ha querido hacer desaparecer retornará de diversas maneras (síntomas, angustia, limitaciones, etc.) configurándose un duelo patológico. En la elaboración, por el contrario, la presencia real y externa pretérita del ser querido es sustituida por una presencia interna, en la cual se puede convivir con su recuerdo y con la certeza de haberlo perdido como parte integrante de la vida. No ha desaparecido sino que ha pasado a formar parte de la persona misma, y se transforma entonces no en un hueco donde no debe haber nada porque todo lo que se le asocia implica dolor y pérdida, sino en una parte de la propia historia, fuente de dolor pero también de crecimiento y aprendizaje que enriquecen la propia vida.

La elaboración del duelo, que permite avanzar y crear vida, no significa olvidar lo que se ha perdido. Significa que lo perdido ha sido integrado en la propia vida, que se puede hablar de ello y recordar también valorando el vínculo y agradeciendo los buenos momentos compartidos.

“Cuando se puede decir ‘gracias’ y ‘adiós’, el proceso de duelo se ha completado”.

Kalduyn Garland

El poder aceptar los sentimientos y vivencias que implica el proceso de duelo contribuye a su elaboración, así como a la de otros duelos previos que hayan quedado sin resolver y que resurgen en esta instancia. Los sueños constituyen parte del proceso y el poder tomarlos como consuelo parece ser un indicador favorable del proceso.

Una vez finalizado el duelo se recuerda al ser perdido de diversas formas muy especialmente en las fechas que tienen que ver con su historia o festividades.

Cuando se está por cumplir el primer año del fallecimiento casi todos los deudos comprueban que se les hace imposible establecer un distingo entre pensamientos, sentimientos y conductas de entonces con las que se reiteran ahora.

Se tiende a rescatar sobre todos los aspectos positivos del ser perdido ya sean sus cualidades y otras características propias y de la relación. A veces se intenta continuar proyectos que él no pudo concluir o se incorporan actitudes o posturas frente a la vida que eran propias de aquel ser. Es una forma de rendirle homenaje.

Por más exitosa que sea la elaboración del duelo no es posible eliminar la cicatriz que permanecerá siempre en el deudo como un vestigio de un suceso tan doloroso.

El duelo se completa cuando se puede asumir la irreversibilidad de la pérdida y se logra una auténtica renuncia. Esto permite que las emociones dirigidas a la persona

fallecida, especialmente el amor, se incorporen al deudo recuperando la energía correspondiente mientras que permanecen en la memoria el recuerdo de hechos compartidos, actos y palabras. De este modo, estos afectos quedan disponibles para ser dirigidos a otra persona o actividad.

**“El agua se va, la arena queda,
el dinero se va, la bolsa queda,
el hombre se va, el nombre queda”**

Proverbio

6. DUELO NORMAL Y PATOLOGICO

Es normal que en el proceso de duelo se produzca cierto grado de desapego respecto a la situación. Este mecanismo natural del psiquismo disminuye el bombardeo de estímulos que se produce y permite que la persona en duelo pueda manejar lo abrupto o intenso de la situación, dando tiempo a que el proceso lleve un ritmo que él puede seguir. Prolongar o detenerse en esta fase para evitar enfrentarse al dolor y los sentimientos que genera la pérdida constituye lo que denominamos “duelo patológico o no resuelto”. Esto ocurre cuando la persona no se permite: a) experimentar el impacto de un evento traumático y/o la intensidad emocional de su respuesta a la pérdida y los cambios que implica (sean esperados o no,

superficiales o profundos) y b) procesar este impacto e intensidad hasta lograr su elaboración y resolución.

Cuando el duelo no es elaborado, no desaparece sino que queda enterrado en la mente. Es como barrer y dejar el polvo bajo la alfombra en el intento de esconderla y hacer de cuenta que no existe. La energía perteneciente a esos sentimientos negados es apartada y almacenada, pero resurge luego de formas inesperadas y abruptas. Estos sentimientos sepultados sufren una resurrección espontánea, sin ningún estímulo aparente. Una pérdida o cambio posteriores, aún insignificantes en apariencia, los desencadenará. Resurgirán entremezclándose y exacerbando la situación presente y complicando este nuevo proceso de duelo. Un duelo sin elaborar tiene consecuencias y ramificaciones a largo plazo para todos los que están involucrados, incluyendo a los primariamente impactados, sus amigos y familiares, los profesionales y, a veces, toda la comunidad.

Cuando el proceso de duelo se perpetúa en alguna de las fases o cuando se extiende por un período que va más allá de los 24 meses, según los autores, el duelo se vuelve patológico. Aparecen entonces las siguientes manifestaciones clínicas:

- a) exceso de actividad sin sentimiento de pérdida
- b) síntomas que reproducen la enfermedad del muerto
- c) alteraciones psicosomáticas importantes y permanentes
- d) alteración de las relaciones sociales
- e) intensa agresividad contra alguna persona en particular
- f) desinterés marcado en lo externo, con aislamiento,

ideas o intentos de autoeliminación, autorreproches, inapetencia y decaimiento.

g) conductas auto-destructivas

h) depresión patológica

i) trastornos del rendimiento laboral, estudiantil, etc.

El duelo puede asumir todos los grados de gravedad y formas, siendo difícil distinguir las desviaciones leves del duelo normal. Varios factores pueden incidir para que el duelo se vuelva patológico:

- el tipo de personalidad
- la existencia de duelos previos no elaborados
- el tipo de pérdida
- la edad del duelo en que se produce la pérdida (a menor edad, mayor riesgo)
- el momento y circunstancias en que se produce la pérdida

Puesto que el duelo es la lenta asimilación de la pérdida que realiza la persona, cuando ésta no logra adaptarse a los cambios, tendrá dificultades en la elaboración del duelo. En el trabajo de duelo normal, lo más importante es que la personalidad tenga características tales que le permitan tolerar la confusión de las emociones, la desadaptación a la realidad para poder llevar a cabo la posterior reorganización interna y externa.

El tipo de pérdida es otro de los factores que intervienen. La edad de la persona perdida y el hecho de que sea una muerte brusca (como en el caso de un accidente) o se trate de una pérdida más o menos esperada (como en una

enfermedad crónica), inciden en las características del duelo, que resulta más difícil de elaborar cuando la pérdida es inesperada.

Asimismo, cuando ésta se produce en edades muy tempranas, el niño no tiene aún capacidad de realizar adecuadamente este proceso. Esto, a su vez, incidirá en futuros duelos, los cuales harán resurgir esta situación no resuelta.

Las personas que rodean al deudo, las actitudes y las normas de las instituciones en que se produce esa situación tienen una gran participación en la futura evolución de ese proceso.

El manejo que hagan los demás familiares y amigos y el equipo de salud puede condicionar la continuación del proceso y sus etapas, o inhibir las manifestaciones esperadas, causando su detenimiento.

Para discriminar entre duelo normal y patológico se utilizan diferentes criterios, que si bien aquí se presentan separados por razones metodológicas, en el proceso se interrelacionan.

6.1. Criterio en cuanto a los afectos predominantes

Mientras en el duelo normal la persona siente que el mundo se le empobrece, en el duelo patológico la persona se siente empobrecida y despreciable ella misma, con autorreproches y quejas que la llevan a culparse.

Es frecuente que surjan, dentro del duelo saludable, sentimientos que llevan al autorreproche, pero en el estado patológico adquieren un carácter predominante y una pro-

funda convicción donde no se puede persuadir con un pensamiento lógico al doliente.

Cuando los reproches están asociados a la cólera, constituye uno de los aspectos más graves. Manifiestan vivencias en donde el deudo se cree merecedor de un gran castigo, como padecer la misma enfermedad que produjo la muerte del ser querido, o morir él mismo.

Estas vivencias conducen, con frecuencia, a tendencias al suicidio. Aunque se pueden observar ideas de suicidio en los primeros momentos de la pérdida, especialmente concebidas como un medio de reunirse con la persona muerta, estas ideas no son esperables más allá de las primeras semanas.

El conflicto entre sentimientos ambivalentes (amor-odio) ante la persona querida se jerarquiza en el curso de la elaboración del duelo.

Freud nos decía: "La muerte o el peligro de muerte de una persona amada, el padre o la madre, el esposo o la esposa, un hermano o un hijo o un amigo querido... Estas personas son para nosotros, por un lado, un patrimonio íntimo, partes de nuestro propio yo, pero también son, por otro lado, parcialmente extrañas o incluso enemigos. Todos nuestros cariños, hasta los más íntimos y tiernos, entrañan, salvo en contadísimas situaciones, un adorno de hostilidad que puede estimular de deseo inconsciente de muerte".

Cuanto mayor ha sido la agresividad y/o el rechazo por el ser perdido y querido, más se dificultará el proceso normal. Se incrementarán los sentimientos de culpa hacia el otro, por el daño supuestamente realizado, y surgirá culpa por permanecer vivo. La muerte del otro se presenta como victoria o como triunfo de los deseos hostiles hacia la

persona del muerto.

En el deudo el recuerdo de la persona fallecida es sentida como una presencia amenazadora, como si el muerto pudiera regresar a vengarse por los sentimientos y pensamientos agresivos que se dirigieron hacia él.

Pueden aparecer tendencias impulsivas o compulsivas a comer como una necesidad de compensar, a través del alimento, sus sentimientos de debilidad, restableciéndose en el comer, un sustituto del afecto que proporcionaba la persona antes de morir. Se presenta entonces la bulimia. Según el momento de depresión que acompaña estos síntomas, esta situación puede llegar a tornarse patológica.

Cuando el vínculo presenta intensos conflictos, aparece la otra cara: la anorexia como expresión del temor a que el alimento le pueda dañar, como resabio de los elementos agresivos que predominaron en la relación.

La depresión, a menudo, puede verse alternada o combinada con ansiedad, expresándose en fobias o asociarse a dolencias somáticas, produciéndose tendencias a la hipocondría, enfermedades psicosomáticas, alcoholismo, etc.

Cuando el dolor es tan intenso que se puede volver intolerable, en ocasiones, surge una forma peculiar de contrarrestar ese sufrimiento, apareciendo la persona libre de él, sin dolor, sin depresión, en una actitud de euforia excesiva, en donde surge una sensación de poderlo todo y de controlarlo todo.

En las respuestas eufóricas se da la negativa a creer que la muerte ocurrió, se mantiene la sensación de que la persona muerta continúa presente. En estos casos, el

deudo reconoce la muerte, pero aparece, ante la ausencia de tristeza, la justificación de que la muerte ocurrió para el beneficio de la persona que falleció.

Algunos síntomas de esta situación pueden verse en la hiperactividad. Los casos más graves de euforia, son los menos frecuentes. Es llamativa la ausencia de dolor consciente. Aquí vemos una gran variedad de grados.

En un extremo encontramos aquellas personas que desdeñan la manifestación de las emociones y consideran las lágrimas como signos de debilidad. En éstos, la emoción reprimida puede aparecer como síntomas físicos, tales como dolores de cabeza, palpitaciones, insomnio, pesadillas, etc. En otro extremo, encontramos aquellas personas que parecen absolutamente indiferentes. Aquí vemos como se intenta evitar el dolor a través de la despersonalización. Este proceso lo lleva a mostrarse como si dejara de ser un ser humano, como si hubiera dejado de ser una persona, para no sentir y para no sufrir.

Hay ocasiones en que el deudo, por un lado, se manifiesta indiferente a la muerte, pero por otro lado, ante un hecho banal e intrascendente, expresa el dolor, la cólera o el miedo.

Otra forma patológica del duelo lo configura lo que se denominó el muerto-vivo. El deudo tiene permanentemente presente a la persona perdida en su interior, como a un moribundo, sin aceptar la muerte. Mantiene una fuerte relación de dependencia con ese vínculo, por ejemplo, realiza cosas de su vida, de acuerdo a lo que considera que la otra persona esperaría. Se maneja como si tuviera que rendir cuentas o dar explicaciones al muerto. De alguna forma no se resigna a darlo por muerto.

Existe una forma de duelo que queda en el límite entre lo normal y lo patológico. Es el caso del miembro-fantasma. Cuando se produce la pérdida de una parte corporal, se encuentra el siguiente proceso: "una negación parcial de la pérdida y su recreación en forma de "miembro-fantasma". En lugar de experimentar una pérdida brusca, se trata de elaborar el trauma en pequeñas dosis. Esto se logra a través de una gradual modificación de la imagen del propio cuerpo, luego continúa una progresiva disminución del "fenómeno fantasma" y su desaparición ulterior hasta que surge una nueva integración y modificación de la imagen corporal.

6.2. Criterio en cuanto a la duración del duelo

El tiempo personal es un elemento importante. Cada persona tiene su propia "agenda". Así como el prolongar la fase de negación, por ejemplo, perturba el proceso de duelo, lo mismo ocurre si se lo acelera, es imprescindible que cada uno pueda respetar su propio proceso y el tiempo que precisa para realizarlo. Cuanto más dispuesta esté una persona a dejar surgir los sentimientos que espontáneamente aparecen, antes completará el proceso.

La duración del duelo o de algunas de las fases es utilizado para diferenciar entre el duelo normal o el patológico.

Nos encontramos ante un estado patológico con respecto al tiempo cuando:

- se produce una prolongación de una de las fases, aunque no existe un tiempo pre-establecido, rígido para cada una de ellas;
- cuando se interrumpe el proceso en una de las fases y no puede evolucionar;
- cuando la predominancia de una de las emociones se mantiene en forma ininterrumpida en el tiempo.

6.3. Criterio en cuanto al uso de los objetos y pertenencias del muerto

“Los bienes del muerto mueren con él”

Proverbio

Con respecto a la utilización de los objetos, se encuentra una gama y variedad de difícil discriminación, salvo por la gradación de las conductas.

En uno de los extremos se hallan aquellas personas que se deshacen de todas las pertenencias y objetos del muerto, en forma brusca, precipitada y sin selección alguna. Esta situación es una forma de intentar evitar el dolor como si se quisiera encontrar así un rápido olvido. En otras situaciones, tiene el significado que se necesita alejar a los objetos para alejarse de la muerte como si ante con contacto se recorriera el mismo destino.

En otro extremo, se encuentran aquellas personas que conservan todo tal cual estaba dispuesto, mientras vivía la

persona fallecida. En ese caso, no pueden realizar ninguna modificación ni en la disposición de los objetos, ni en la rutina de funcionamiento de la casa.

Utilizando la metáfora de la cultura egipcia, en donde se embalsama el cadáver y se sepulta con todos sus efectos personales y útiles domésticos que proveen a la persona muerta para su vida posterior, se denomina "momificación" a esa conservación extrema de los objetos del fallecido.

Queda en evidencia que esa conducta plantea, a un nivel más o menos inconsciente, la idea que el muerto regresará y que será adecuadamente recibido cuando lo haga, ya que se atienden sus gustos y costumbres.

Dentro de esta gama, se considera un tipo particularmente patológico del duelo cuando una de las pertenencias (objetos, prendas de vestir o parte del cuerpo muerto: cabellos, uñas) resulta muy necesario para el deudo y casi imprescindible. Necesita tenerlo cerca, tocarlo, olerlo o cualquier otra conducta. Ese objeto es igualado a la persona cuando vivía como totalidad, con todas sus potencialidades vitales y, entre ellas, las sexuales.

En ocasiones, la necesidad de proximidad con el objeto es tan intensa que le resulta difícil el separarse de él y, en algunos casos, se convierte en un fetiche.

Si bien los objetos pueden ser manejados en forma patológica, la conservación de algunos objetos como una forma de recuerdo, la foto por ejemplo, puede resultar beneficiosa.

7. DUELO NORMAL EN EL PUERPERIO

Para toda mujer, el nacimiento de un hijo sano implica el orgullo y la satisfacción de haberlo gestado y dado a luz, la sensación de plenitud, de haber colmado una expectativa suya y de su entorno presente desde los primeros años de la infancia. Esto es lo que sus familiares, amigos, etc., esperan y estimulan.

Pero el nacimiento del hijo también trae consigo otro tipo de vivencias, de sentimientos de los que no se habla, que sorprenden porque no se los espera y que la puérpera vive sin ningún apoyo y con un gran sentimiento de culpa y de inadecuación. Este aspecto del puerperio, excluido de las expectativas, se debe a que el nacimiento del hijo también implica para la mujer una pérdida de gran trascendencia: ya no siente más a su hijo en su vientre, ya no tiene el cuerpo de embarazada y ha dejado de ser "una embarazada", pero todavía no se siente "madre". El puerperio es entonces un lento y gradual proceso de aceptación de las pérdidas y de adecuación a la nueva situación, proceso en el que normalmente se alternan momentos de felicidad, plenitud y euforia, con momentos de gran angustia, cansancio, incertidumbre y depresión.

El nacimiento como pérdida de la vivencia del hijo en el vientre

Hasta el momento del parto, el feto formaba parte del cuerpo de la madre, en un estado de unión muy íntimo. Durante la gestación, especialmente en los últimos meses,

existe una relación (en parte real, en parte fantaseada) entre la madre y el hijo, más aún desde que la madre lo siente mover dentro suyo: lo empieza a imaginar, a hablarle, a cantarle. Esta relación es fundamentalmente con el hijo que imagina y que es aún parte de su propio cuerpo, lo cual hace que sea éste un vínculo muy diferente al que se va creando paulatinamente entre la madre y su hijo una vez nacido éste. El parto, entonces, significa la pérdida de esa unión tan íntima con el feto; la pérdida del hijo aún vivido con parte del propio cuerpo. Esta pérdida se irá compensando poco a poco con la relación con un hijo sano en los primeros días y semanas después del nacimiento.

La pérdida del cuerpo de embarazada

Durante el embarazo, los cambios en el cuerpo se van dando de una manera gradual que permiten a la mujer irse adaptando a ese nuevo cuerpo e ir adecuando la imagen que tiene de él. Con el parto, se da un corte abrupto: en pocas horas, el cuerpo de la mujer ya no es más aquel conocido, de embarazada, pero tampoco es el de antes de embarazarse; es un cuerpo diferente, nuevo, que ella desconoce, un cuerpo al que le sobran quilos, sin cintura, con un vientre flácido, los pechos inflamados, y una episiotomía que molesta y quita movilidad. Ha perdido en pocas horas, bruscamente, un cuerpo al que se había acostumbrado y ya le era familiar, y ello le trae angustia y depresión, puesto que implica un duelo.

La pérdida del rol e identidad de embarazada

Durante el embarazo, por lo general, a la gestante se la protege, se le da prioridad, es ella el centro de atención. Con el nacimiento del hijo, es éste el centro, es quien manifiesta sus exigencias y reclama toda la atención. La madre tiene la sensación (sobre todo en los primeros tiempos) de que ella ya no comanda su propia vida, que todo pasa a ser regulado según las necesidades y ritmos del bebé. Este cambio es de una gran importancia e implica mucha responsabilidad y un gran desgaste de energía que la madre debe volcar para atenderlo, lo cual, muchas veces, la hace sentir devorada, vaciada, succionada. La depresión, las dudas, el cansancio, la hacen extrañar su condición de embarazada, a la que en muchos momentos quisiera retornar.

Aspectos socio-culturales de la depresión puerperal

En los distintos niveles de intensidad y gravedad, la depresión es producto de un interjuego de factores fisiológicos, sociológicos y psicológicos. Especialmente cuando hay un desfase entre las expectativas de la madre y la situación real de embarazo y parto, así como las características del recién nacido, toda mujer está sujeta a la posibilidad de una depresión puerperal. Factores que aumentan el riesgo de que ésta sea muy marcada, son antecedentes depresivos personales o familiares y antecedentes de pérdidas tempranas de figuras significativas, en especial los padres.

Las influencias socio-culturales en la depresión puerperal han pasado inadvertidas durante mucho tiempo. Las expectativas culturales respecto al rol de la mujer y de madre, que incluyen no solo conductas sino sentimientos, así como los mitos y concepciones que se transmiten sobre el nacimiento y la maternidad, contribuyen al incremento de la depresión puerperal. Las expectativas culturales que mistifican e idealizan la maternidad y la realidad son, a menudo, dramáticamente diferentes.

Esta mística de la maternidad crea un campo favorable para que aparezca la depresión puerperal en los momentos en que la mujer no se ve invadida por sentimientos de plenitud y realización personal, marcados por sentimientos exclusivamente positivos frente al hijo y la maternidad.

7.1. Preocupación materna primaria

D. Winnicott ha descrito una condición psicológica especial de la madre que caracteriza las últimas etapas del embarazo y las primeras del puerperio, a la que ha denominado "preocupación materna primaria". Gradualmente, se desarrolla y se convierte en un estado de sensibilidad exaltada que permite a la madre una mayor identificación con el hijo y que implica una regresión que le facilita acompañarlo en sus primeras etapas de desarrollo.

Este estado organizado (que sería una enfermedad si no fuera por la circunstancia del embarazo y del puerperio) podría compararse con un estado de replegamiento y disociación, en el que un aspecto de la personalidad se hace dominante. La madre no sólo debe alcanzar este

estado especial de sensibilidad sino poder recuperarse del mismo, lo cual implica un grado importante de salud mental. Cuando el hijo muere en el período perinatal, la madre corre el riesgo de que esta "enfermedad sana" se vuelva realmente un estado patológico de replegamiento y pérdida de contacto parcial con la realidad.

7.2. Etapas y grados de la depresión puerperal

Desde el punto de vista psicológico, Korembliit distingue en la depresión puerperal tres etapas que se darían en la primera semana, a los 30 días y al finalizar la lactancia.

La primera etapa, entre el tercero y quinto día, tiene una connotación orgánica (molestia de la episiotomía, se moviliza el intestino y aparece la secreción láctea) y desde el punto de vista psicológico, la mujer ya no tiene su vientre de embarazada, debe atender a su hijo y se tiene que enfrentar a las responsabilidades que implica la vuelta al hogar. La angustia que ello provoca se manifiesta en llanto.

La segunda etapa, a los treinta días del parto, también tiene una connotación orgánico-emocional. Se produce una disminución de la secreción láctea, que dura 4 o 5 días, y coincide con la primera ovulación. La madre siente que el hijo depende exclusivamente de ella pero que ella también tiene que cumplir otros roles: sexuales, laborales, etc. Todo ello lo vive como una exigencia abrumadora, para lo cual siente que no le alcanza su energía y ello la angustia.

La tercera etapa de la depresión aparece al finalizar la lactancia, que es cuando se da una mayor separación entre madre e hijo. Todas estas depresiones son la manifesta-

ción de la elaboración del duelo.

Clínicamente, la depresión puerperal se divide en tres categorías:

- a) Depresión leve post-parto, dentro de los primeros diez días; es de recuperación espontánea y completa.
- b) Depresión puerperal (leve o moderada); se estima que ocurre en un porcentaje de 10 a 80% de los partos. Dado que la mayoría de estas madres reciben poco o ningún tratamiento, comienza la tarea de criar a un recién nacido mientras todavía están transitando un estado de considerable depresión.
- c) Psicosis puerperal: cuadro psicopatológico grave y de baja frecuencia que ocurre dentro de los seis meses después del parto, con importantes elementos alucinatorios, delirantes, pérdida o dificultad de contacto y conductas suicidas y filicidas.

8. EL DUELO POR EL HIJO QUE MUERE ANTES DE NACER

La muerte fetal no solo es algo difícil de aceptar y asimilar para los padres sino que también el personal de salud tiende a vivirlo como un no-hecho. Hay una pérdida pero la naturaleza de lo perdido es elusiva, muchas veces ni siquiera presente físicamente.

El óbito fetal aparece como un tema que invoca emociones intensas y pensamientos terroríficos, pobremente definidos y delimitados, todo lo cual es difícil de recordar y

pensar. El óbito fetal es vivido como si fuera un no-hijo, la nada. No hay recuerdos, el vínculo con el hijo ha quedado o en un estado embrionario y las personas que pueden brindar apoyo a los padres no han tenido oportunidad de vincularse con el niño, lo cual no les permite compartir vivencias con los padres y entender que para éstos el hijo fue real.

Luego que se han comenzado a percibir los movimientos fetales, los padres adjudican al feto determinadas características de personalidad y comienzan una relación con él, especialmente en términos imaginarios, que luego influirá la relación post-natal.

Luego de la muerte perinatal de un hijo, hay en la madre un doble sentido de pérdida. Donde había tan obviamente una plenitud hay ahora tan solo un vacío. Cuando el niño vive, esta misma sensación de vacío es compensada por la presencia de un "bebe afuera" que ayuda a la madre a superar su confusión y tristeza ante la pérdida del "bebe de adentro". Cuando hay un óbito fetal, la madre tiene que vérselas no sólo con un vacío interno sino también externo.

La muerte de un hijo significa para una mujer perder, en gran medida, el sentido que había dado a su vida al dar vida a ese niño. Es para la mujer una terrible prueba, que le exige un enorme sacrificio para mantenerse viva y seguir sintiéndose viva como mujer y como madre. Ha muerto un poco de ella con ese niño; algo irremplazable.

La muerte fetal es una herida narcisística primaria porque, en esa etapa, el feto es vivido y percibido como parte de ella misma.

En la medida en que para una mujer su identidad como tal está fuertemente asociada a la maternidad, la pérdida

de un hijo es vivida como un fracaso que afecta su autoimagen como mujer.

Cuando se producen múltiples pérdidas a la vez, la intensidad y la duración del duelo se ven magnificadas. Puesto que la muerte perinatal implica el duelo por diferentes pérdidas, los sentimientos de tristeza y depresión pueden mantenerse aún cuando ya ha transcurrido un año. Es normal el reavivamiento del proceso de duelo (aún cuando éste ya ha sido resuelto) en los aniversarios, la fecha esperada de nacimiento, el ver a un niño de edad que tendría el propio.

Cuando llega el momento en que se calma el sufrimiento de la madre, se da cuenta que no ha dejado que el hijo se llevara todo; es entonces cuando puede dar a su hijo el derecho a su muerte que la libera pero sin borrar nunca ese momento trágico.

Por las características de esta pérdida, la amenaza de un duelo patológico se cierne sobre los padres y es necesario prever las situaciones de mayor riesgo de que esto ocurra a fin de proveer la ayuda necesaria.

Factores de riesgo en el duelo perinatal que requieren la intervención del profesional especializado

- embarazo en la adolescencia
- madre soltera
- ausencia de pareja
- drogadicción, alcoholismo

- historia de trastornos psiquiátricos o problemas actuales que interfieren con la capacidad de criar un hijo
- madre o padre con antecedentes de haber sido maltratados o de haber sufrido de carencias afectivas tempranas, o antecedentes de haber maltratado o abandonado a los propios hijos
- mujeres maltratadas
- retardo mental, inteligencia fronteriza o discapacidades físicas importantes
- antecedentes de pérdidas de embarazos o hijos previos por muerte fetal, malformación, prematuridad, aborto, entrega en adopción o muerte
- rechazo o ambivalencia marcada frente al embarazo actual manifestada por intención de aborto, aborto fallido o abandono del hijo
- ausencia de cuidado prenatal en el embarazo actual o en otro
- aumento de depresión, angustia o pensamiento suicida debido al embarazo
- situación personal o familiar stressante debido a problemas económicos, de pareja o falta de apoyo del entorno
- internación prolongada durante el embarazo con necesidad de intervención para ayudar al cuidado de otros hijos pequeños o para brindar ayuda económica
- otros hijos con trastornos físicos o mentales

Adaptado de Siegel y otros. "Families in crisis: theoretical and practical considerations". En: Merenstein G.G. y Gardner, S.L., Handbook of Neonatal Intensive Care, 1985.

CAPITULO IV

MUERTE FETAL: VIVENCIAS DE LOS PADRES

**"ACEPTAR QUE DENTRO MIO HABIA UN SER VI-
VIENTE QUE ERA PARTE DE MI Y DE LA PERSONA
QUE MAS QUERIA EN EL MUNDO, Y QUE YA NO
TENIA VIDA...
NO QUERIA ACEPTARLO, NO LO PODIA ACEPTAR"**

**CUANDO EL HIJO MUERE EN EL VIENTRE, EN LA
MADRE HAY UNA GRAN CONFUSION; ¿QUE ERA LO
QUE TENIA ADENTRO? ¿QUIEN HA MUERTO? ¿ELLA?
¿NADIE Y EL HIJO SIGUE AUN EN EL VIENTRE?
¿QUE...? ¿QUIEN LO MATO? ¿COMO SUPERAR ESA
HERIDA, ESA VERGUENZA, LLENAR ESE VACIO?**

Cuando se produce la muerte del feto in útero, se hace difícil, tanto para los padres como para quienes lo rodean, pensar en el feto como un hijo muerto y en el proceso que sigue a la muerte como un duelo similar al de la muerte de cualquier otro ser querido. Sin embargo, se trata de un verdadero proceso de duelo con todas sus fases, características y vivencias, al que se suman características específicas. Será en el lento y progresivo tránsito por el duelo que irán apareciendo unas y otras, con mayor o menor relieve.

1. EL IMPACTO DE LA NOTICIA: LAS PRIMERAS REACCIONES

Cuando la madre deja de percibir los movimientos fetales, no quiere creer lo tan temido: que su hijo ha muerto. Muchas veces el deseo prima sobre la realidad y la mujer actúa como si nada pasara. Se resiste a ir al hospital y, eventualmente, a que se produzca la confirmación de la muerte y la expulsión o extracción del feto. Se mezclan el temor a enfrentarse a lo muerto y a las características de ese hijo desconocido, como un deseo de una protección póstuma al hijo y resistencia a separarse de él, aún exponiendo con ello su propia vida.

“Yo lo había dejado de sentir, pero me dediqué a las cosas de siempre sin querer pensarlo mucho, y lo fui dejando. Yo ya no lo iba a aceptar, y cuando lo acepté, me negué rotundamente a ir al hospital. Fui contra mi voluntad”¹.

En otras mujeres, o en éstas mismas en otro momento del duelo, el deseo predominante es el opuesto: expulsarlo cuanto antes, siendo ésta la actitud generalmente compartida por las personas involucradas.

“La mujer -como dice un obstetra amigo- desde el momento que sabe que tiene el feto muerto en su vientre, es lo mismo que si le dijeran que tiene una culebra: quiere que se lo saquen. Y yo la entiendo”.

1. A partir de este capítulo se incluyen testimonios extraídos de la video-grabación. Las que aparecen a la derecha corresponden a las madres; las que aparecen a la izquierda y en bastardilla, a personal de salud.

Cuando el diagnóstico se hace por ecografía, tanto la madre como el médico sienten su impotencia y la de todos los medios clínicos y paraclínicos. Muchas veces aparecen en la madre recriminaciones hacia quienes la atendieron o hacia sí misma por no haber seguido las indicaciones médicas en el embarazo, haber fumado, etc.

Tanto el querer desembarazarse del hijo, como el querer retenerlo, son actitudes derivadas, en definitiva, de un shock ante el impacto de la noticia que se traduce en un no poder creerlo. La mujer siente que toda esa pesadilla no le está sucediendo realmente a ella, que está como en un sueño, atónita, obnubilada. Si el duelo se detiene en esta fase, esta vivencia perdura durante meses. Al no haber manifestaciones de dolor (puesto que no se ha tomado conciencia de la pérdida) muchas veces, se confunde este estado de shock con una aceptación y superación de la pérdida.

“Son pacientes que hablan poco, y me deja azorado cómo asumen el problema Inmediatamente. Se quedan silenciosas y en calma”.

“Yo, después que perdí este embarazo, hasta ahora que hace 4 meses que pasó, no me pude dar cuenta de lo que pasó”.

2. ¿QUIEN HA MUERTO?

Durante la gestación, el hijo era vivido por la madre como un ser distinto de ella y, a la vez, como una parte de su propio cuerpo. Cuando se produce la muerte antes del nacimiento la delimitación entre la madre y el hijo se hace difícil, puesto que no hay una clara separación psicológica entre lo que quedó vivo y lo que ha muerto. La sensación que tiene la madre es que ha muerto una parte suya; lo siente como una falta, como un vacío, como una amputación.

“Es el vacío. Ir con un montón de expectativas y todo pronto esperando algo que no llegó. Entonces fue la nada... Y ahora me siento con los brazos vacíos”.

Es esta sensación de vacío la que empuja a la paciente a buscar llenarlo inmediatamente, ya sea con una adopción, con otro embarazo, o con el deseo de robar otro niño.

“En cuanto salga del hospital, empleo los trámites para la adopción”.

“Yo le decía a las madres que venían a buscar a sus bebés: Si Ud. no venía, me lo llevaba yo”

En esa dificultad en diferenciarse de ese hijo que hasta hace muy poco era parte de ella misma, de esa muerte que la habitó, la mujer siente que ha quedado algo muerto dentro de ella, y teme morir también.

“Estoy toda podrida por dentro”

“Es como si yo estuviera muerta. Yo o mis ilusiones. Cambié mucho, ya no tengo ganas de hacer cosas, ya no me gusta lo que me gustaba antes”.

3. EL PARTO:¿UN SINSENTIDO?

“Decepción, frustración, también tristeza, porque el ambiente todo es de tristeza y no de alegría como suele ser en Maternidad”.

El llevar un feto muerto en el cuerpo y tener que esperar el parto o la inducción son momentos sumamente difíciles para la mujer y su familia, que viven momentos de desilusión, una sensación de desamparo e impotencia, con un imperioso deseo de huir de la situación que están viviendo.

El trabajo de parto suele ser muy doloroso, es como si la madre expresara su angustia y dolor psíquico a través del dolor del trabajo de parto. Se queja mucho y clama desesperadamente por terminar cuanto antes con esa situación.

“La paciente que tiene a su hijo muerto en el vientre es como si fuera el ataúd de su propio hijo y lleva por delante la pesada carga de tener que expulsarlo al exterior muerto”.

La madre, y también quienes la rodean, viven el parto como un sinsentido, como un mal inevitable, cuyo único objeto es no hacer una cesárea inútil. Se vive el parto como algo que hay que pasar cuanto antes para empezar a olvidar todo el episodio. Sin embargo, es el hecho de que el parto se realice por la vía baja y cómo se desarrolle, que determina, en gran parte, la evolución posterior del duelo. Al permitirle tener la experiencia perceptiva de la salida del hijo del propio cuerpo, ayuda a la madre a discriminarlo como persona distinta de ella.

La muerte intraparto desencadena una reacción de shock y descreimiento y angustia tanto en los padres como en el personal. Todos esperan que sea un error y el trabajo de parto se transforma en una mezcla de esperanza y temor. Puesto que no va a ser compensado con un bebé sano y vivo, el dolor del parto se ve aumentado y acompañado de un intenso dolor psíquico vivido en términos de confusión, desesperación y terror. El apoyo mutuo que se puede brindar a la pareja al compartir esta experiencia, los ayuda a transitarla, mientras que el recurso excesivo a psicofármacos, en esta instancia, tiende a hacer que una realidad, que por sí misma es difícil de entender, se vuelva irreal y marcada con características oniroides.

4. ¿VER AL HIJO MUERTO O NO VERLO?

A toda pareja que enfrenta el trance del parto de un óbito fetal, la situación, por dolorosa e insólita, los deja impactados y confundidos. No saben que hacer: si ver al hijo muerto o no. Muchos no se plantean esta posibilidad o desconocen

que existe. Les cuesta creer que ese hijo en el que depositaron tantas expectativas, cariño y fantasías, es el mismo que ahora no es más que un cuerpo sin vida. A esto se suma el gran temor respecto a las características físicas de ese hijo (en especial malformaciones) y esto hace que, a veces, prefieran no verlo (por lo menos, en un primer momento), buscando conservar al hijo imaginado como algo distinto de una realidad que se fantasea como terrorífica. También puede ser por la razón opuesta: no querer ver un hijo hermoso por temor al dolor que surgirá.

“No quisimos verlo por si era una nena, que era lo que tanto esperábamos”.

Cuando, de hecho, no llegan a verlo, las fantasías sobre cómo era se vuelven muy difusas y, por momentos, terroríficas. El hecho de que haya estado muerto dentro del cuerpo de la madre, lo vuelve más terrorífico aún.

“Porque fue dejarla de sentir adentro y no verla nunca más, no saber ni cómo era. Como que no sé. Tuve una hija a pesar de que no nació viva; estuvo 9 meses conmigo y después no la conocí”.

En la medida en que, por su constitución anatómica, la mujer no puede visualizar sus órganos reproductores, tiene siempre mayor preocupación e incertidumbre que el hombre respecto a su capacidad de procrear. El hecho de tener un hijo vivo y sano la tranquiliza mucho y, cuando esto no se produce, aumenta la ansiedad y su preocupación. Si la mujer no ve el feto muerto (que suele ser un feto sin

malformaciones o con muchas partes normales del cuerpo) esta incertidumbre básica la hace imaginar al hijo con características más terribles.

“Hublera querido verlo para... no sé... saber... ver qué es lo que uno tiene adentro del cuerpo”.

El poder ver al hijo, e incluso tocarlo, hace que la mujer pase rápidamente de la angustia terrorífica que la invade y paraliza, a un sentimiento de tristeza. Esto, quizá, la hará llorar o sentir un profundo dolor, pero le permite situarse como una madre que ha perdido un hijo real y ver al hijo muerto como un bebé inofensivo por el que siente dolor pero también amor. Ya no es un fantasma, es un hijo y el haberlo percibido como tal será fundamental para la elaboración del duelo.

“En el momento del parto no entendí por qué el doctor me lo mostró y me lo puso junto a mí. Ahora se lo agradezco porque así, al menos, lo pude tener en mis brazos”.

“La paciente gritaba y se desesperaba; evidentemente estaba muy angustiada. Cuando le mostramos el óbito, se calmó inmediatamente y, mirándolo con gran dolor pero también con mucho cariño, dijo: “Pobrecito mi bebé”.

Cuando se produce una muerte perinatal, frecuentemente hay confusión respecto a si se es padre o madre o no. Esto hace que ni siquiera se sienta, muchas veces, que se tienen derechos sobre el hijo y se pregunta al personal

si "se puede" verlo. El hecho de que el personal no reconozca estos nuevos roles, implica un desconocimiento del significado afectivo que tiene el feto para los padres. La existencia misma del hijo es negada cuando es rápidamente sacado de la sala de partos, envuelto en campos estériles, o se sacan todas las cosas del bebé de la casa antes de que los padres vuelvan de la internación. En estas situaciones, en que otros toman decisiones que corresponden a los padres, éstos ven incrementada su sensación de impotencia y de no poder manejar la situación, lo cual les resulta más inquietante aún.

5. ¿HABLAR SOBRE EL HIJO O NO?

El hecho de que el personal evite hablar sobre la muerte del hijo y sobre su existencia misma ya implica en sí mismo una serie de mensajes muy intensos que inhiben el trabajo de duelo. Si la muerte no merece ser discutida y el hijo no es mencionado, quizá es porque no tiene ninguna importancia ("A mí no me importa, no tiene por que importarle"). Evitar el tema, hablar de una forma apresurada ejecutiva, o el mantener una charla de sociabilidad evitando el tema, implica el mensaje de que el trabajo de duelo es peligroso, que lo que uno siente en esa situación produce temor y que los demás temen al duelo y a los que lo experimentan. No hablar sobre el duelo es manera de decir implícitamente que no hay nada por lo que estar en duelo, a lo que subyace la idea de que el bebé, en realidad, es como si nunca hubiera existido.

En un intento de consolar a los padres, parientes,

amigos y personal de salud, a menudo hacen comentarios como los siguientes:

- Eres joven, puedes tener otros hijos.
- Embarázate enseguida.
- En vez de pensar en esto, piensa en tus otros hijos que son sanos.
- Es mejor perder al bebe ahora que cuando sea más grande.
- Fue una suerte que muriera, ya que no era normal.
- Es la voluntad de Dios.
- Por suerte nació muerto y no tuviste oportunidad de encariñarte con él.

Estos comentarios, si bien están bien intencionados, niegan los sentimientos de los padres por su hijo y transmiten el mensaje de que no ha pasado nada importante.

6. LOS PRIMEROS DIAS: COMO SI TODO FUERA UN SUEÑO, UNA PESADILLA

Aunque la muerte del hijo ya se hubiera confirmado antes del parto (y más aún si se ha tratado de una muerte intraparto), el parto de un feto muerto representa para los padres una aniquilación de la esperanza que aún mantenían y produce un nuevo impacto emocional. Durante los primeros días viven como un sueño, yendo y viniendo mentalmente en el tiempo, reviviendo en sus mínimos detalles todo lo que pasó como si mágicamente se pudiera

volver atrás y modificar el desenlace.

Ante esta situación de pérdida que genera angustia y dolor, la madre se retrae, hace un retiro mental, físico y afectivo en el que recupera la unión con su hijo; aunque ya no lo tenga en el vientre lo tiene en sus pensamientos. La madre disminuye su actividad, su interés en el mundo exterior y vive en una especie de reclusión.

“Yo me había encerrado en un círculo para estar yo y nada más que yo y la vivencia de ese hijo que ya no estaba. Ahí, no llegaba nada, sólo alguna palabra de mi esposo. Y eso duró como dos semanas. Me sentía sola y sentía que se me terminaba el mundo, pero no podía aceptar que la muerte de mi hijo era realidad”.

Muchas veces, la angustia aparece transformada en somatizaciones: insomnio, taquicardia, anorexia, opresión precordial, cansancio, dolores en el cuerpo, etc. También son frecuentes las ideas hipocondríacas, que expresan la dificultad de establecer una separación clara entre ella y el hijo, entre lo muerto y lo vivo, entre lo sano y lo enfermo. También hay una tardía toma de conciencia sobre el peligro que corrió la propia vida.

Como en todo duelo, aparecen fantasías de suicidio y la intensidad de las mismas dependerá de la estructura de personalidad y también de cómo se desarrolló el episodio de la muerte. Estas fantasías expresan el deseo de la madre de irse con el hijo, pero también el hecho de que no tolera la angustia, la vergüenza. Quiere irse de esa realidad intolerable que, por momentos, parece que la va a enloquecer.

“Se había muerto y estaba adentro mío: era algo rarísimo, como un autasuicidio. Suicidio no para mí, sino para él, pero estaba adentro mío y entonces es lo mismo”.

Las fantasías y el temor a enloquecer, asustan a la paciente y al entorno; se piensa en estas vivencias del duelo como si fuera algo anormal y muy peligroso para el equilibrio psíquico de las personas. En realidad, es una fase transitoria y necesaria para lograr la elaboración completa del duelo.

Hay muchos momentos en que lo único que desea, lo único que puede calmar la angustia es recuperar al hijo, volver a tenerlo: en el vientre, en los brazos, como sea, pero sin demoras, ya. Se busca entonces un nuevo embarazo o una adopción inmediata. Lo que está buscando no es un nuevo hijo, sino efectuar una sustitución y producir el mágico retorno del hijo perdido, como si fuera un mismo y largo embarazo.

Muchas veces, cuando se produce una nueva gestación se guarda para el nuevo hijo el nombre destinado al que murió, o se le ponen nombres simbólicos (Salvador, por ejemplo) que claramente muestran qué lugar ocupa este hijo para los padres.

“Busco un nuevo embarazo porque sigo en la espera de que el que se fue, de alguna forma, venga en otro hijo”.

Durante el embarazo también se ha ido gestando un espacio para el hijo en la casa, en la vida y en los sentimientos de los padres. La sensación de frustración y vacío, hace

que aparezcan fantasías de robo de un hijo ajeno, lo cual en personalidades más patológicas pueden concretarse y formar parte de la crónica policial.

“Yo miraba a los demás bebitos de la Sala y todos se parecían a aquél que yo había perdido. Claro, no me lo iba a llevar a ninguno, pero...”

7. LAS PRIMERAS SEMANAS: EL INICIO DE LA TOMA DE CONCIENCIA SOBRE LA PERDIDA

Se comienza a percibir, en forma episódica, la realidad de la pérdida; se produce una sensación de intenso anhelo y el deseo de volver en el tiempo a los momentos previos a la pérdida. Frente a las repetidas confirmaciones de la realidad, se expresa visiblemente la angustia y el llanto. En esta etapa, se instala la depresión, que permanece de manera encubierta o manifiesta durante meses y que puede asustar a los familiares e incluso al médico. Sin embargo, es imprescindible que se pueda transitar por esa depresión para poder finalmente emerger a una reorganización que permita a la persona “volver a vivir” sin necesidad de borrar o expulsar de sí lo perdido. Lo ha podido integrar en la vida como parte de la historia y de su personalidad. Como lo expresa Winnicott (45):” La depresión constituye un mecanismo curativo; cubre el campo de batalla con una especie de neblina, permitiendo ir poniendo las cosas en su lugar dentro de uno, a ritmo lento, dando tiempo a que todas las defensas posibles se pongan en juego y, asimismo, dando tiempo a una elaboración, de manera que, a la larga, pueda producirse una recuperación espontánea”.

“El aceptarlo fue lo peor que me podía haber pasado, porque aceptarlo es como decir que tenían razón, que todo lo que pasó era cierto”.

La progresiva toma de conciencia de la pérdida se alterna con momentos en que no se quiere aceptar que se haya producido, y que incluso se alucina al hijo perdido como un intento último de recuperarlo.

“Yo me sentía cada vez peor, sentía que se me terminaba el mundo y me sentía muy sola, pero no lo aceptaba, no aceptaba, no aceptaba que la muerte de mi hijo era realidad. Yo sabía perfectamente que ya no lo tenía, pero, sin embargo, le cantaba una canción de cuna como si estuviera aún en una dulce espera.

Yo miraba a los bebés y todos me parecían aquél que yo había perdido”.

En cierto sentido, durante la gestación, la mujer no ha estado nunca sola debido a la unión tan íntima con su hijo. Habla con él, le canta, lo siente mover. Si el niño nace vivo y permanece junto a la madre, su compañía compensa la ausencia del feto dentro suyo. Pero si se produce un óbito fetal, del que no suelen quedar rastros ni recuerdos tangibles que permitan mantener parte de su presencia física, la mujer queda tremendamente sola. Deprimida, angustiada y sola, con una sensación de vacío ya no corporal como al principio, sino afectivo: ¿En quién volcará ahora ese amor que tenía para el hijo?, ¿Con qué llenará el lugar preparado para él?

“Y después, volver a casa, deshacer las valijas, un cuarto que estaba pronto, con camita, placard y demás... Guardar todo... demoré mucho en guardar. Llegué, dejé la valija ahí y cerré la puerta”.

8. VIVENCIAS RESPECTO A SI MISMA EN LOS PRIMEROS MESES DESPUES DE LA PERDIDA

La depresión se llena de autorreproches, de sentirse totalmente desvalorizada como mujer, de haber fallado como madre. Se siente avergonzada y busca esconderse. No quiere que la vean puesto que se siente un ser imperfecto, siente un profundo rechazo por su cuerpo, al que considera deforme, amputado.

“Me siento defraudada, que no sirvo, que no sirvo para ser madre. Yo ya hablé con los médicos para que me arreglen para no tener más hijos”.

“Me escondó, trato de encerrarme en mi casa, de que me vean lo menos posible. Me da vergüenza”.

Aparecen intensos sentimientos de envidia hacia otras mujeres que han podido tener hijos vivos y sanos. Esta envidia se exterioriza abiertamente o aparece encubierta por el desprecio hacia las otras mujeres.

“No se si todas las embarazadas son idiotas o algunas idiotas se embarazan”.

Esta vivencia de sí misma como imperfecta, desvalorizada, enferma y, en definitiva, mortífera, se intensifica por las actitudes del entorno que la aparta y rechaza. La ven como depositaria de todo lo temido: la enfermedad, la locura y la muerte.

"Me apartan como si fuese algo podrido. Es como si fuese la manzana podrida que hay que sacar. Me hace sentir horrible, disminuida. Todo el mundo me conoce como "la rubia que perdió el bebé". Ya no soy una persona; soy un útero que tuvo un bebé muerto; y llegan a decir cada cosas! Que la culpa la tuvo mi marido, que yo intenté suicidarme varias veces, que lo menos que hago es tocar a algúen y volverlo canceroso o hacer que pierda a sus hijos o se muera".

El hecho que el feto haya muerto dentro de su cuerpo hace que la mujer se viva a sí misma como mortífera y sienta su cuerpo como un lugar generador de muerte, en vez de engendrador de vida. Sobre todo, siente que ha sido ella quien mató a su hijo.

"Soy un ataúd ambulante. Las criaturas mueren dentro mío".

Siente que su cuerpo se ha quedado dañado y esto le provoca rencor hacia el hijo. Busca actividades como gimnasia, arreglar la casa, comprar ropa, etc., que pueden adquirir el sentido de reparar el cuerpo vivido como dañado.

9. LA BUSQUEDA DEL GRAN CULPABLE

¿Qué?... ¿Quién lo mató? Esta es la pregunta que vuelve una y otra vez a la mente de la madre y del padre. Aún cuando existe una explicación médica de la causa de la muerte, los meses siguientes son un peregrinar interno y externo en busca del gran culpable. Cada minuto, cada detalle de los momentos previos al desenlace es repasado y analizado una y mil veces, buscando algo que permita aplacar la angustia intolerable de no saber por qué ocurrió y de no poder evitar pensar que fue culpa propia. A esto se suma la fantasía, común a todo embarazo, de que sus pensamientos, o su "rechazo" pueden dañar al feto.

"Lo que quiero es encontrar un culpable y no culparme yo. Lo que hice fue un homicidio".

"Quizá tengo la culpa yo de lo que pasó porque, en el fondo, nunca acepté este hijo".

"Hasta el día de hoy me pregunto si fue porque yo lloraba porque me había quedado sin empleo. Desgraciadamente, yo también fumaba. Además, no podía atender el embarazo porque tenía otros hijos que culdar".

"Sería mejor que con este bebé que estoy esperando ahora me hicieran una cesárea. Así no lo puedo dañar en nada".

Contrariamente a lo que suele pensarse, el duelo se vuelve más difícil cuando se trata de un embarazo en el que ha habido un predominio de sentimientos hostiles hacia el hijo. La culpa se incrementa porque los padres sienten que se han cumplido sus deseos de la no existencia del hijo.

Las vivencias de culpa se vuelven tan intolerables que todos aquellos padres que han perdido un hijo buscan depositar la culpa en otras personas (generalmente el médico, el hospital, etc.), con reproches cargados de hostilidad sobre lo que hicieron o dejaron de hacer, más allá de cómo haya sido realmente la asistencia brindada. También se acusa a familiares, a otras personas (por brujerías, etc.) y, en general, se busca evitar en un nuevo embarazo, todo lo asociado con el que terminó en un óbito fetal. Se cambia por otro médico, por otra institución y a veces, incluso por otra pareja, puesto que en la búsqueda del responsable, muchas veces se inculpa al cónyuge y se produce la ruptura de la pareja.

“Vine al hospital con una criatura viva, mal o bien, pero viva, y ahora me voy con el recuerdo de un bebé muerto. Quizá si los médicos no me hubiesen dado esas Inyecciones... Nunca más me atiendo con ese médico, él no me cuidó lo suficiente”.

“En este embarazo no quiero hacer nada de lo que hice la vez pasada”

10. LA NECESIDAD IMPERIOSA DE SABER

Este deambular en busca del gran culpable está muy unido a la necesidad de los padres de conocer las causas de la muerte. Muchas veces, esta necesidad tan imperiosa se ve frustrada al enfrentarse a una verdadera muralla de silencio y de evasivas. Los familiares, los amigos y el equipo de salud crean "una conspiración de silencio" con la intención de no aumentar el dolor desconociendo que el saber, el poder hablar sobre lo que pasó es uno de los elementos que más favorece el normal desarrollo del trabajo de duelo.

"Los médicos no me dicen nada y yo quiero saber, así en otro embarazo sé culdarme mejor".

"Después queríamos saber el por qué y nunca tuvimos una explicación. Nunca, nunca. El médico nunca nos enfrentó y nos dijo: "Pasó esto y esto..." Nunca nos dio una explicación de por qué lo perdimos. Me decía: "Ud. tiene que culdar a sus otros hijos; Ud. tiene que culdar a sus hijos". Y no me decía más nada".

Los padres, especialmente la madre, cuando no han visto al hijo muerto, sienten después la necesidad de saber cómo era, qué sexo tenía, si era normal. Es muy difícil hacer un duelo por alguien que ni siquiera se sabe si era una niña o varón, un bebé sin anomalías o un malformado. Cuando se les ha hecho dibujar al feto tal como lo imaginan, las madres que no llegaron a verlo lo dibujan con malformaciones graves (más de lo que éstas puedan haberlo sido en realidad).

“Mi marido dice que se parecía a mí, morochito y con orejas chicas, pero yo quisiera verlo. ¿Dónde estará ahora?”

“Me hubiera gustado saber, al menos, cómo era, qué era. ¿Estará escrito en algún lado eso? Sólo me informaron de anatomía patológica, pero no decía nada de qué sexo era”.

Cuando los padres no se han hecho cargo del cuerpo, subsiste una gran duda: ¿dónde estará ahora el hijo? ¿qué le están haciendo? Al no saber, el hijo se transforma en algo muy parecido a un fantasma, que no está en ningún lado, pero puede estar en todas partes.

Para los padres, el saber que se han llevado el cuerpo a Anatomía Patológica, a menudo, significa que su hijo está siendo destrozado en manos de extraños. Su negativa a permitir la autopsia generalmente está vinculada a esta vivencia, a lo que se le suma que aún niegan que esté muerto

“Yo no voy a dejar que me lo judeen”

“Cada vez que paso por el hospital, pienso: ¿en qué frasco habrá quedado mi hijo?”

Los padres sienten que, para los médicos y enfermeras, su hijo no es una persona sino un objeto de investigación, algo abstracto, muy diferente al bebé que imaginaron durante el embarazo. Así la pérdida es doble: la del hijo real que ha muerto, y la del hijo imaginado que se ha convertido ahora en un “óbito fetal”.

“Para los médicos, fue un número más, una cama, una historia clínica, un embarazo logrado. Pero para mí, fue un hijo más. Fue alguien y, en mi casa, se lo respeta como tal”.

Al personal del equipo de salud se le hace difícil concebir al óbito como una persona; una actitud similar se aprecia en los familiares y amigos que huyen de los padres como quien huye de algo siniestro, de una mutilación que puede volverse contagiosa. Esta vivencia se da también frente a otras muertes o enfermedades fatales pero, en este caso, se magnifica por la paradoja de que nazca algo ya muerto y por la falta de prácticas culturales de duelo que ayuden a hacer esta muerte más real.

“Las embarazadas que me conocen se esconden de mí; no sé si por miedo de herirme o por miedo a que las contagie”.

Ante la angustia tan intensa, se habla de “perder el embarazo”, y no de un hijo muerto. Este fenómeno se suele presentar en la madre y según el momento del proceso de duelo puede coexistir con la idea de que hubo un hijo y que murió.

“Me preguntaron: “¿Qué tuviste?”, y tuve que decirlo: “Lo perdí”. Pero, en realidad, no lo había perdido, había muerto, pero esa palabra a mí me aterrorizaba. Se había muerto, y estaba dentro de mí: era algo rarísimo”.

Los términos que se usan para referirse a la muerte perinatal a menudo son confusos. En vez de hablar de muerte muchas veces se usan palabras menos terminantes, en especial "perder" un hijo o un embarazo. Esto contribuye a negar la realidad del hijo y de la muerte y hace que, muchas veces, la mujer vea reforzada su idea de que fue todo algo que ella no hizo bien (lo perdió, no supo cuidarlo). En las explicaciones a los niños, este termino se presta a confusiones.

11. LA PAREJA

Durante el embarazo, la pareja vive una etapa crítica, en que, a veces, hay un mayor acercamiento pero, con frecuencia, hay también tensiones, desencuentros y hostilidad por la inclusión de un tercero a quien la madre dedica su atención desinteresándose, en parte, por el marido. Este siente amor por el hijo en gestación pero también celos y rivalidad. La mujer tiene, también, sentimientos encontrados respecto al hijo.

Los patrones prevalentes idealizan la maternidad, lo que lleva a los padres a negar la existencia de sentimientos hostiles y a no asumirlos o aceptarlos conscientemente. Cuando se produce la destrucción real del hijo, aparecen inevitablemente sentimientos de culpa. En la medida en que la vivencia de haber dañado al hijo se vuelve intolerable, esto se proyecta al otro miembro de la pareja, lo que puede, eventualmente, llevar a la separación temporaria o definitiva. La educación del varón a quien se le enseña desde pequeño a mostrarse duro y a no expresar sus

sentimientos, muchas veces, bloquea o altera el trabajo de sus sentimientos, de duelo. Se espera que al día siguiente esté en condiciones de trabajar, de estudiar, etc. y él también lo busca para evitar la angustia refugiándose en un exceso de actividad. Sin embargo, esta contención de los propios afectos dificulta el vínculo con su pareja y estimula en ésta sentimientos de resentimiento, puesto que interpreta esta actitud como falta de afecto y dolor por el hijo.

En realidad, el hombre también se siente amenazado y vulnerable a consecuencia de la situación, pero expresar su dolor le llena de incomodidad y angustia, teniendo gran dificultad en manejar sus sentimientos ambivalentes y conductas que considera irracionales. Muchas veces, en vez de enfrentar y hacerse cargo de estos sentimientos (lo cual le permitiría un crecimiento personal), huye de la situación, se niega a hablar de ella, aumenta sus horas de trabajo y niega sus sentimientos.

Una cierta sincronía en el proceso de duelo de ambos padres es importante para su relación como pareja. Si el padre niega y suprime sus propios sentimientos, puede reaccionar ante los síntomas normales de duelo de su mujer como si éstos fueran anormales. Cuando el proceso de duelo se cursa más rápidamente en el padre, a él le puede resultar difícil tener paciencia ante la demora de su mujer en resolver la situación. Muchas veces, con la intención de no cargarla con su propia angustia, no la comparte con ella; toda esta dificultad de compartir el duelo uno con otro, lleva a un aislamiento y un alejamiento de la pareja que puede, incluso, terminar en una separación o divorcio.

Cuando la pareja logra enfrentar la realidad de la pérdida y puede hablar de su dolor, de sus vivencias de culpa y

enojo ante lo sucedido, hay mayor posibilidad de resolver el episodio sin la disolución del vínculo o, lo que es casi más importante, sin que la muerte del hijo quede pesando como algo no resuelto, como acusaciones no dichas pero sentidas. Cuando la pareja logra transitar esta situación manteniéndose como tal, el hombre representa un importantísimo apoyo para la madre, que cursa por un período doblemente difícil, pues está de duelo y es una puerpera. Es muchas veces el que la "rescata" de su encierro y la puede hacer sentir nuevamente valiosa como mujer. A su vez, la continuidad de su presencia como pareja implica la posibilidad de un nuevo hijo, lo cual es de gran ayuda para la mujer.

"Quien me llamaba a la realidad era mi esposo, diciéndome que me diera cuenta de lo que había pasado. Nos abrazábamos, llorábamos, nos desahogábamos y eran horas de charla. Era lo único que me apoyaba en esos momentos. El me hizo ver que no solamente tenía un hijo que había muerto sino que también tenía otros dos que me estaban necesitando".

12. LOS OTROS HIJOS

En cada nuevo embarazo los niños crean numerosas fantasías respecto al hermano desconocido, futuro compañero de juegos, pero también rival temido y odiado que puede robar el amor de los padres.

Al producirse la muerte in útero del hermano, se crea una gran confusión en el niño. No comprende esta situa-

ción inédita, no logra obtener respuestas satisfactorias a sus preguntas. En su mente infantil, que mezcla fantasías y realidad, sin conciencia de los propios límites, se cree el causante de la muerte del hermano. Estas fantasías se intensifican por la actitud de los adultos; los niños son las grandes víctimas del silencio. En general, los adultos creen que los niños no se dan cuenta de lo ocurrido, que no hay que mostrar tristeza delante de ellos y que hay que callarse para evitar que sufran. Por el contrario, los niños perciben claramente que algo ha ocurrido respecto al hermano: la madre ya no tiene el vientre abultado, ha ido al hospital y ha vuelto sin el bebé, hay conversaciones y un clima diferente a lo habitual. El proceso de duelo en los niños es igual al de los adultos y el niño tiene las mismas necesidades de hablar, de saber, de llorar, etc. El saber calma las vivencias de culpa, y el ver sufrir a los padres demuestra el cariño que los padres sienten por sus hijos.

Cuando hay un gemelo que sobrevive a su hermano muerto, está expuesto a lo que se denomina la "culpa del sobreviviente". Para la madre, es compleja la relación con él. Por un lado, la alivia del sentimiento de vacío total, pero no impide el desarrollo de un proceso de duelo paralelo. Cursando este trabajoso proceso debe, además, atender a los requerimientos del hijo vivo, el cual puede verse afectado por la depresión y la tristeza de la madre. Por otra parte, extraña la presencia de su compañero de 9 meses de vida intrauterina.

En etapas posteriores de su vida, puede sentirse responsable de esa muerte y con miedo a sus propias emociones, al castigo fantaseado de los padres y al fantasma del niño muerto así como ante la culpa frente a su madre.

Las consecuencias de una muerte perinatal pueden llegar hasta una tercera generación y, en algunas mujeres, incide inhibiendo o retrasando los embarazos. Pueden manifestarse en otros efectos secundarios, o afectar la elección de carrera, de matrimonio y las actitudes en la crianza de otros hijos.

CAPITULO V

MUERTE FETAL: VIVENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD

1. EL PERSONAL DE SALUD ANTE LA MUERTE FETAL Y EL DUELO DE LOS PADRES

“La pérdida de una persona amada constituye una de las experiencias más penosas por las que puede atravesar un ser humano.

No sólo resulta penoso sufrirlo sino también ser testigos de ella, aunque solo sea porque nos sentimos impotentes para brindar ayuda”.

J. Bowlby

“Lo que hace daño no es el compromiso emocional con el paciente, sino no saber qué hacer con él”

Dr. García Badaraco

El hecho de que un niño nazca muerto es un trastocamiento del orden natural, lo que hace muy difícil para los

médicos y enfermeras manejar esa situación que les produce frustración e impotencia.

“Hemos estudiado toda una vida para dar vida y cuando presenciarnos el hecho de que, en lugar de vida, se da muerte, indudablemente todo eso se transforma en una decepción. Sentimos, a veces, que somos los hacedores de la muerte”.

El médico vive la situación de manera diferente según se trate de una paciente desconocida que recibe una guardia o de una paciente que ha controlado durante todo el embarazo. En este caso, suele sentirse involucrado emocionalmente y el episodio significa también para él frustración, sufrimiento y sentimientos de culpa.

“Luego que se ha controlado el embarazo, que se ha establecido contacto con la pareja, uno tiene expectativas puestas en el nacimiento de ese chico, hay una relación médico-paciente que, muchas veces, va más allá de lo estrictamente profesional. Uno queda muy feliz con el nacimiento de un chico sano y saludable; uno participa de esa alegría. Y, cuando ese niño muere, también para nosotros es muy doloroso. Uno siente como un desasosiego, como si le informaran de la muerte de un amigo o de un ser querido. Para uno, esa muerte es como un fracaso personal, un problema de dignidad personal”.

“Uno siempre se siente culpable ante un óbito fetal: piensa que no lo detectó con antelación, aunque sepa que, la mayoría de los casos, no se puede prever”.

Esta desazón, este desasosiego, son manifestaciones del shock que produce cualquier muerte, como primera fase del proceso de duelo. Cada muerte implica un duelo, el dolor ante una pérdida, también para la enfermera y el médico. Cuando se trata de la muerte de un feto o recién nacido, se agrega la angustia ante la posibilidad de la muerte de los propios hijos.

2. LA DETECCION

El médico que confirma la muerte fetal es testigo del impacto de la noticia sobre los padres, sobre todo cuando no ha habido indicios previos. Se ve enfrentado al dolor, la frustración y la impotencia de los padres, así como a sus reproches y autorreproches.

Esta situación le resulta difícil, lo cual puede llevarle a desembarazarse de la angustia, delegando la tarea de informar a los padres en otras personas, o dar la información sin tomar precauciones para que a los padres le resulte más tolerable.

“Siempre que hay un óbito fetal yo trato de encontrar a alguien que se pueda hacer cargo de la situación. A mí me resulta intolerable, no sé qué hacer”.

"Fue tal mi desazón que lo primero que hice fue largarlo todo para afuera. La madre había venido a un control habitual, estaba sola y habían 2 o 3 estudiantes; yo le dije directamente que el bebito estaba muerto. Esto significó una herida profunda a mí mismo, por todo lo que desaté".

La confirmación de la muerte fetal es vivida como un fracaso de la medicina y de los medios sofisticados de diagnóstico. El médico obstetra o el ecografista sienten que se desmorona el edificio de la tecnología en el que había depositado sus esperanzas de ganarle a la enfermedad y la muerte.

"Se siente todo el proceso de la impotencia de la ciencia y de todas las técnicas y los cuidados clínicos y paraclínicos que pudieran haberse hecho y pudieron haber evitado esa muerte"

Los médicos ecografistas con experiencia en esta situación hallan de gran ayuda repetir la ecografía.

3. EL PARTO

"Lo peor es la sala de partos, donde habitualmente conversan el médico, la enfermera, la madre. Pero cuando va a nacer un óbito, es un silencio terrible. Es difícil estar ahí. Todo el mundo está tenso y trata de hacer las cosas lo más rápido posible, o sea, sacar, terminar cuanto antes".

Ante lo angustioso y paradójico del hecho, el médico y la enfermera sienten la necesidad de que esa situación macabra pase cuanto antes. Una vez que se produce la expulsión, hay una gran dificultad en tolerar la presencia del cuerpo en la sala de partos. Se busca no prolongar esa situación que se vive como inútil, e incluso como morbosa. Se piensa, se siente que no hay nada rescatable y que lo único que cabe es restarle importancia.

“Trato de que la paciente lo vea como lo menos importante posible, como una situación de momento y que no tiene que preocuparse por esto, que no importa mucho”.

En la medida que todo parece perder sentido, al médico le resulta difícil realizar maniobras habituales (episiotomía, cesárea, etc.), que resultan más cruentas, ya que no darán como resultado el surgimiento de un ser vivo y la felicidad y el agradecimiento de los padres.

“La paciente va a tener que pasar por las contracciones, por el dolor, por la expulsión y, quizá, por la episiotomía, sin tener la parte gratificante. Hay casos en que, lamentablemente, hay que hacer una cesárea que, en general, es la operación más linda de la cirugía, en que se extrae del abdomen un ser vivo. Tener que extraer un ser muerto es muy frustrante”.

Aunque hay consenso en evitar la cesárea en estos casos, la presión de la paciente y de los familiares, junto con la necesidad del médico de terminar cuanto antes con esa espera, entre otros factores, pueden condicionarlo en la decisión.

4. ¿MOSTRAR O NO EL CUERPO?

En el trabajo con médicos y enfermeras, ésta es la pregunta más reiterada. No se sabe qué hacer y se teme dañar psicológicamente a la paciente al mostrarle el cuerpo. Se teme el desborde de angustia, un cuadro psiquiátrico, en fin, una situación difícil de manejar. Se piensa que ver al hijo muerto aumenta el sufrimiento de la paciente y dificulta la superación de la pérdida. El médico teme también su propia angustia y se defiende haciendo desaparecer cuanto antes la evidencia de que ese feto existió y murió.

La fase del proceso de duelo que está pasando la paciente (shock, negación) hace que a veces no considere siquiera la posibilidad de ver el cuerpo, o que rechace, en primera instancia, la posibilidad de verlo. Esto refuerza las dudas del médico sobre las ventajas y desventajas de que la madre vea el cuerpo de su hijo muerto.

“Tiene que provenir de la madre el deseo de verlo. Es propio de ella, y es ella la que tiene que aceptarlo o quere ocultarlo. No es el momento preciso para recordarle la vivencia. Es un momento muy especial para insistirle: no vamos a agregarle más carga de la que ya tiene”.

“Yo no digo el sexo del óbito. Si lo pregunta y uno tiene la impresión de que precisa saberlo, entonces se le dice, pero tratando de quitarle importancia a los detalles”.

Cuando el médico muestra el cuerpo del feto muerto descubre, para su propia sorpresa, que no suele producirse en la madre el temido desborde afectivo, y que la angustia se vuelve más tolerable para él mismo.

“La madre, al verlo, ve la realidad tal como es. Me parece que es una situación de alivio para la madre y para nosotros”.

La duda es más intensa en el médico cuando existen malformaciones. La experiencia de quienes muestran al feto aún en estas condiciones, confirma que la madre no ve la situación ni al hijo del mismo modo que el médico o la enfermera.

“La madre lo ve distinto que nosotros. Pese a existir malformaciones, le tratan de encontrar lo normal y destacarlo”.

Todas estas conductas de sacar el cuerpo del feto de sala de partos, de restarle importancia, de no mostrarlo, son a veces la manera que el personal de salud encuentra para disminuir su angustia.

¿EN QUE SALA UBICAR A LA PUERPERA?

Siguiendo la actitud general de proteger a la madre y de borrar las evidencias de la existencia y de la muerte del hijo, se la ubica en salas distintas de las de las madres que están con sus recién nacidos normales. Se sostiene que puede ser doloroso presenciar la felicidad de otras madres y que también para los que tienen hijos vivos esa presencia puede interferir la relación madre-hijo.

Este abordaje de la situación se basa muchas veces en la necesidad que siente el personal de salud (especialmente enfermería) de evitar una situación de difícil manejo, puesto que suelen no estar preparados para enfrentar la angustia y la depresión de la madre.

“Se la saca, se la aleja, entonces para nosotros desaparece, la borramos. Además, es como una ayuda para ella, para que no escuche el llanto de los bebés. Pero hay siempre un poco de rechazo a hablar con esa madre, un temor a no saber qué decirle, sobre todo si ella pregunta. Entonces, es escapar un poco”.

¿QUE HACER ANTE LA ANGUSTIA Y EL LLANTO DE LA MADRE?

“Una noche, después que me habían hecho el legrado me levanté y fui directamente a la Nursery. Yo escuchaba el llanto de bebé y al acercarme, lo escuchaba más. Me senté y me puse a llorar. Al verme, las enfermeras de la Nursery, lo

primero que hicieron fue llamar a la nurse de sala, que les ordenó que me llevaran a acostar. Me dieron un calmante y eso fue todo. En vez de decirme: "Estás muy nerviosa; ya se te va a pasar", no; me agarraron de un brazo cada una y me llevaron a la cama, y hasta el otro día en que me desperté, no supe nada más. Mi desahogo duró hasta que ellas llegaron hasta que se dieron cuenta, pero nada más".

La actitud del personal de salud, en general, es dar sedantes y no permitir la expresión de tristeza, del dolor y de la angustia. Se le dice a la paciente que no llore, se considera que "lo tomó muy bien", que "lo superó muy bien" si no hay demostraciones de dolor ni de angustia. Lo que ocurre, en realidad, es que la paciente queda impávida en las primeras horas de la noticia, ya que se encuentra en la fase de shock del proceso de duelo y no ha tomado realmente conciencia de la situación, pero éste es momentáneo y no implica que esté "superada" la situación.

Cuando la paciente, durante la internación, pasa a la fase siguiente, en que aparecen la tristeza y la angustia, se considera que ha perdido el equilibrio, que hay peligro de que esto siga en aumento hasta llegar a niveles patológicos, a una descompensación. En realidad, se trata verdaderamente de una evolución favorable del trabajo de duelo que es malinterpretada.

"No llore señora. Si Ud. llora, cada vez va a ser peor. Ud. tiene que pensar en todas las otras cosas lindas que tiene. Si llora, no lo va a superar más".

Prevalece en el personal de salud la creencia popular de que es mejor no llorar, de que la persona es más sana cuanto más "fuerte" sea, cuanto menos dolor sienta y cuanto antes lo pueda superar con un mínimo de sufrimiento y de demostraciones de dolor.

Otra motivación de esta conducta es el temor a que la paciente haga una crisis de angustia. Además, está el temor a que se despierte la propia angustia ante la muerte y la impotencia ante el sufrimiento de la paciente.

"La madre tiene que poder llorar y nosotros hacemos todo para que sea exactamente al revés. Le damos sedantes para que no llore. Parece que necesitaríamos de eso".

LAS AGRESIONES DE LA PACIENTE Y SUS FAMILIARES

La hostilidad que busca colocar la causa y la culpa de la muerte en alguien a quien se pueda acusar y agredir, es una de las etapas del duelo más difíciles de entender para el personal de salud. Toda muerte induce a la revisión de lo que se hizo o dejó de hacer por parte de la paciente y del personal de salud, lo que implica un cierto monto de sentimiento de culpa. El personal de salud no entiende la hostilidad como parte del proceso de duelo, lo toma como algo personal y se defiende contra-atacando.

"Es de los peores momentos que uno pasa en la carrera. Uno se siente imposibilitado de entablar diálogo, porque no se puede contestar con la misma fiereza, agudeza y violencia. Uno no debe

enojarse porque la madre está pasando por un stress emocional. Pero lo que uno quisiera es que, lo más rápido posible, esa pasión disminuya y poder hablar con la gente. Esto no quiere decir conformar, aliviar, sino entablar diálogo y poder explicar qué pasó”.

¿QUIEN SE HACE CARGO DEL CUERPO?

“Debería existir un lugar especial para que la madre pueda velar el cuerpo del hijo muerto y donde permanezca el cuerpo. Los médicos, en general, hacemos desaparecer el cuerpo, y creo que eso es muy negativo. Yo no sé por qué la práctica de que, cuando muere un recién nacido, no merece un velatorio y no merece un entierro. Y cuando ocurre una muerte fetal, es peor todavía”.

Por el mismo tipo de razonamiento y falta de información que lleva a pensar que es mejor que la madre no llore, se tiende a evitarle a los padres los trámites y el gasto del entierro y del velatorio del hijo. Detrás de esta concepción está también el deseo y la necesidad del personal de salud, de que toda evidencia de ese episodio desaparezca cuanto antes.

"Aunque estábamos pasando muy mal económicamente, a mí no me importaba lo que tuviera que gastar para llevarme a mi hijo conmigo y enterrarlo en el pueblo en que vivimos".

UN EMBARAZO INMEDIATO: ¿LA SOLUCION?

"Trato de suavizar el impacto por el aporte de la esperanza futura de nuevos embarazos. Trato de que asuma su problema de la forma más tranquila posible, que sea lo menos importante posible. Le digo a la paciente que no es más que una situación de momento, que lo va a superar sin ninguna dificultad".

La fase del duelo que el personal de salud observa y comparte, es aquélla en que predominan el shock y la desesperación. Generalmente, no hay oportunidad de observar la evolución del trabajo de duelo en el tiempo, por consiguiente, no se puede constatar que se trata de una fase y que, finalmente, los padres aceptarán la pérdida aunque siga siendo algo doloroso.

Se concibe al sufrimiento psíquico y sus manifestaciones como síntoma, como enfermedad, como algo que hay que sacar para recuperar el equilibrio, el bienestar, la salud. A esta concepción "quirúrgica" contribuye el hecho de que, por su trabajo, el personal de salud tiene que vivir, una y otra vez, esta fase del duelo ante cada muerte y, entonces, suele recurrir a las defensas habituales de esta fase: negación, solución mágica y restitución de lo perdido. Por

ello, con la intención de ayudar a los padres, y con la convicción de que les será útil, el m'dico recomienda, "prescribe" que intenten inmediatamente un nuevo embarazo o una adopción. A veces, se plantea un compás de espera de un par de meses para que el cuerpo de la mujer esté listo para una próxima gestación pero se deja de lado la importancia del tiempo en la cicatrización de la otra herida: la de los sentimientos, la autoestima y la espera frustrada.

"Los médicos me dijeron que me embarazara enseguida porque el cuerpo estaba preparado. Pero yo no".

Otra forma suele considerarse útil para que la paciente supere el dolor, es enfatizar la existencia de otros hijos y su responsabilidad ante ellos. Se supone que así la madre se revaloriza como mujer, puesto que ha sido capaz de gestar y criar hijos sanos. Esto, de hecho, es muy gratificante para la mujer, pero la exigencia que implica cuidarlos y olvidar el dolor es una tarea casi imposible, en momentos que precisa del retraimiento que le permita cursar el resto del duelo. Una vez transitada esta etapa, sin duda le será de gran ayuda tener otro hijo, sobre todo si recibe apoyo durante el nuevo embarazo y crianza del hijo. Estos no estarán exentos de angustia y pueden aparecer reacciones incompatibles para el entorno luego del nacimiento de un hijo vivo.

Por otra parte, este nuevo hijo, cuando ha habido un adecuado proceso previo de elaboración del duelo, permitirá completar el mismo.

LA GRAN DIFICULTAD: ACOMPañAR A LA PACIENTE EN SU DOLOR

“¿Qué se le dice a la madre? Uno mira y trata de no hablar, de evitarla. La madre pregunta, llora y a uno le queda la angustia de qué es lo que está sintiendo. Uno se dedica más bien a la parte administrativa: qué hacer con el cuerpo, etc. Lo que uno quisiera es estar apoyando a los padres, pero no sabe cómo. Ella pregunta algo y uno no sabe qué decirle. A veces, las enfermeras no sabemos qué le dijo el médico y hay miedo de contradecirlo. Entonces, es escapar un poco. Yo, a veces, me he armado de fortaleza y he ido a ver a la madre, a ver si llora, que lllore. Y el hecho de que uno vaya a estar con ella, le hace mucho bien. Está muy sola”.

Frente a la paciente que ha perdido un hijo, el médico y la enfermera que han sido entrenados para aliviar el dolor físico, se sienten desubicados, carecen de recursos para manejarse: el dolor no es físico, no hay nada que curar, no hay nada para hacer. Entonces, tienden a abandonar a la paciente, o sólo se dedican a atender su cuerpo. Se tiende a evitarla, se le habla sólo para darle recomendaciones, pero hay enorme dificultad para escucharla, para acompañarla en el duelo.

“Lo peor que uno o el equipo puede hacer es dar la espalda o entregar esa paciente a otro médico. Yo creo que lo más importante es seguir a la paciente, ir todas las veces que sea necesario a

ver a esa puérpera, revisar el periné si tuvo una episiotomía, etc. Y que sienta que no la rechazamos, por haber tenido un producto fallido”.

Muchas veces en forma menos consciente o más sutil, hay una actitud de acusación que es la defensa ante la sensación de fracaso y culpa que siente el médico, buscando depositarlas en la paciente. Esta se encuentra hipersensible y probablemente interpreta como acusaciones violentas, aún comentarios que no tienen la intención de responsabilizarla por lo ocurrido.

Por otra parte, también es frecuente que el personal tenga una actitud protectora hacia la paciente, lo cual no solo la consuela sino que calma sus sentimientos de minusvalía. Los comentarios médicos que la tranquilizan respecto a su propio cuerpo le significan un alivio respecto a sus fantasías de haber resultado dañada.

“Los médicos me rezongaron porque no hice reposo”.

“Las últimas palabras del médico antes de darme el alta fueron éstas: ¿tú tuviste en algún momento algún estado depresivo, algún problema que te hiciera perder la conciencia de que eras madre o llorar demasiado? Y yo le dije que sí, que me había quedado sin trabajo justamente ahora que más lo precisaba. Y él me dijo” “Bueno eso es lo único que me faltaba llenar en el casillero”. O sea, que la conclusión de él, fue que era una muerte fetal por angustia materna”.

CAPITULO VI

MUERTE FETAL: RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO CLINICO DE LOS ASPECTOS PSICOLOGICOS

“Desde un principio hubo algo que se notó que faltó y fue el apoyo moral. Debería haber una persona, o las enfermeras mismas -un minuto o seis horas no es tanto- que se acerquen a la madre. No que la miren con lástima ni darle un trato mejor ni peor, pero sí una palabra de aliento, comprendiéndola. Comprender: esa es la palabra. Comprender a la madre sin que ella lo note, pero que se sienta más tranquila, más apoyada”.

(Paciente)

La experiencia en distintos centros asistenciales de distintos países, muestra que tanto el médico como los otros integrantes del equipo de salud tienen la posibilidad de contribuir a salvaguardar la salud física y psíquica de los padres. Esto constituye una verdadera labor de psicohigiene ya que se proyecta al futuro de cada uno de los padres como individuos, de la pareja, y de los otros hijos, sobre todo del que puede nacer en un embarazo siguiente.

La contribución fundamental del equipo de salud es favorecer el curso del trabajo de duelo de los padres, **respetándolo, estimulándolo y acompañándolo.**

1. AYUDAR A LA TOMA DE CONCIENCIA DE LA REALIDAD DE LA MUERTE DEL HIJO

La primera reacción de los padres es negarla, no asumirla como real. Cuando estén espontáneamente dispuestos a aceptarlo, el tiempo habrá pasado y ya no existirán pruebas visibles de la realidad de la pérdida. Por ello, las acciones y actitudes del personal de salud en estos primeros momentos deben tener un sentido preventivo, favorecedor del curso normal del duelo.

1.1. La ecografía

Es conveniente repetir el procedimiento de detección ultrasónica, haciendo dos o tres exploraciones en días sucesivos para confirmar el diagnóstico, lo cual permite que la paciente se vaya preparando para que éste le sea dado luego de que ya se ha comunicado al ecografista con su médico y se pueda tomar la precaución de que no esté sola en la consulta, pudiendo entonces informarse a ambos padres.

"Nunca le manifestamos a la madre el diagnóstico en la primera exploración. Primero, porque queremos confirmarlo técnicamente y segundo que nos permite un tiempo que puede ser de un día o dos, para que la propia paciente tenga su propia reflexión sobre la situación y vaya uniendo cosas que el ginecólogo le ha dicho, que nosotros le hemos manifestado y ya, a la segunda ecografía se encuentra en un estado muy

diferente al de la primera. Y así vamos avanzando hasta, por último, poder decirle realmente lo que ésta sucediendo. Por supuesto, que tratamos de que esté su esposo y de integrar todo el equipo de técnicos que la está atendiendo, tratando de poder sobrellevar más la situación”.

(Médico ecografista)

1.2. La información a ambos padres: comprensible, exhaustiva y en un ambiente adecuado

Aún si la certificación de la muerte fetal se realiza estando la madre sola, conviene esperar a que el padre del niño u otro familiar esté presente para dar la información. También es importante que ésta sea dada en un ambiente con privacidad y con tiempo suficiente para permitir que los padres hagan preguntas, lloren, etc.

La información le permite a los padres no sólo una comprensión intelectual sino la sensación de que tienen un cierto manejo de la situación de crisis. La información fortalece a los padres, pues les permite ubicarse frente a una realidad definida y prepararse para lo que suceda. En la búsqueda de un por qué, que normalmente acompaña el trabajo de duelo, la información médica alivia, en parte, el sentimiento de culpa que inevitablemente aparece en los padres. El negar la información o el mantener una actitud elusiva contribuye a que los padres nieguen lo sucedido y se intensifiquen fantasías de culpa.

Siempre que sea posible, los padres deben estar juntos en el momento en que se les brinda información, pudiendo

así ambos escuchar los mismos datos, hacer preguntas y hablar entre ellos. El hecho de que no haya secretos entre ellos en este sentido favorece que el duelo sea más sincronizado entre ambos. También favorece que haya menos desentendimientos y malentendidos. Cuanto más informados estén los padres, mejor podrán participar en la toma de las decisiones y podrán apoyarse uno a otro. Cuanto antes reciban la información, antes podrán percibir la realidad de la situación, iniciar el trabajo de duelo y proveerse medios internos y externos de apoyo.

Al brindar la información, es necesario tener en cuenta que estas palabras del médico serán escuchadas por personas que se sientan abrumadas y culpables, por lo cual, veladas insinuaciones o referencias a responsabilidad de los padres en la muerte del hijo, serán magnificadas y asumidas como un veredicto de culpabilidad por parte de éstos. Esas palabras serán recordadas durante mucho tiempo y es de gran importancia que la información sea dada en un lenguaje claramente comprensible para los padres.

Las personas que transitan una situación de crisis están más sensibles a las reacciones de los demás; de ahí la importancia de la expresión del rostro, el tono de voz, las palabras que se eligen. El objetivo de la intervención por parte del personal de salud es mantener la crisis dentro de ciertos límites mientras que, por otro lado, se tiende a fortalecer los mecanismos de resolución de la situación que puedan tener los padres.

Los padres procesan la información lentamente y, a menudo, precisan un tiempo para poder aceptarla. Sin embargo, el no tener la información perpetúa su sensación

de estar atrapados en una pesadilla. La información debe ser transmitida en forma clara y pausada, con repeticiones y la confirmación de que ha sido entendida. Acompañarla de una nota escrita en lenguaje comprensivo también es de utilidad. La repetición es necesaria para que los padres puedan ir integrando gradualmente e ir aceptando la realidad de la situación. Una forma de seguir el ritmo de los padres es iniciar cada entrevista de información preguntándoles qué es lo que ellos saben hasta el momento.

Las preguntas que hacen los padres son parte de un mecanismo normal de adaptación, un modo de ir abordando la situación. En general, cuando se hacen preguntas frontales es porque se está preparado para una respuesta frontal, pero muchas veces se busca una forma indirecta de plantear los temores y fantasías. ("El otro bebé que murió ese día tenía malformaciones, ¿no?").

Es fundamental la coherencia en información que brinden los diferentes integrantes del equipo de salud. Las diferencias entre uno y otro confunden, crean falsas expectativas, desilusionan innecesariamente, etc. Para ello, es esencial que el personal de enfermería que va a ocuparse del cuidado de la paciente esté presente cuando el médico da la información.

Es necesario que se informe a los padres del resultado de los estudios posteriores (anatomía patológica, estudios genéticos, etc.). Esto es de especial importancia en lo referente a nuevos embarazos: tanto si no son de esperar complicaciones, puesto que se evita entonces a los padres la carga de angustia mayor de la que, de todas maneras, van a tener; o bien, en el caso de que se prevean riesgos para otras gestas, para que los padres puedan tomar todas

las precauciones necesarias.

Poder reconocer tanto las manifestaciones verbales como no verbales del proceso de duelo de los padres ("Parecen estar muy cansados", "Veo que se sienten muy frustrados"), da a la familia el mensaje implícito de que estos sentimientos y vivencias son legítimos, comprensibles y aceptables. Una actitud de apertura permite que los padres expresen sus vivencias y ansiedades, así como sus dudas. También ayuda a los padres que el contacto con el equipo de salud sea personalizado y puedan tener contacto siempre con las mismas personas.

Las preguntas directas muchas veces colocan a los padres en una situación difícil. Se sienten vulnerables y expuestos a sus dudas y temores más intensos. Es menos tolerable una pregunta como: "¿Siente que fue Ud. el que causó la muerte del bebé?", que la misma idea formulada indirectamente: "Muchos padres se preguntan qué pueden haber hecho que pudiera haber dañado al bebé".

1.3. Mostrar el cuerpo

Es de fundamental importancia que se dé a los padres la posibilidad de ver y, si lo desean, tocar al hijo muerto. Aún cuando en un principio se nieguen, es conveniente recomendarles que lo vean, explicándoles que si luego quieren verlo ya no será posible y que la experiencia con otros padres muestra que suele resultarles beneficioso.

Aunque existen malformaciones, también es preferible que lo vean, pudiéndose tapar en un primer momentos las partes malformadas. Si la madre no lo ha podido ver (como,

por ejemplo, en una cesárea), conviene que el padre o, por lo menos, un familiar lo vea, lo que permite a la madre que se forme una imagen a partir del relato del padre. El personal de salud también puede proveer este relato siendo de gran importancia el uso de términos que ayuden a percibir al bebé como hijo y no solo como un "caso clínico".

Y, en todos los casos, es fundamental que algún integrante del equipo de salud brinde a los padres una descripción lo más pormenorizada posible: edad gestacional, talla, peso, sexo, características peculiares (color de ojos, cabello, etc.) También puede ser una ayuda mostrar otros bebés de nursery de la misma edad gestacional (sobre todo si se trata de un prematuro).

Otro elemento que contribuye al duelo, sobre todo en etapas posteriores, es el poder llevarse objetos concretos relacionados con el hijo y la permanencia en el centro asistencial: fotos de ecografía, registros, fotos, informes, un mechón de cabello del hijo, etc.

Los padres de un hijo que ha muerto antes de nacer pueden precisar más de una oportunidad para ver y tocar a su bebé. Los padres, generalmente, describen el primer encuentro como una oportunidad para conocer al hijo y comenzar un proceso de apego afectivo con él como hijo nacido, que continúa los efectos vividos durante el embarazo. Un encuentro posterior generalmente configura la oportunidad de despedirse. Asimismo, los padres pueden estar tan impactados en un primer momento que precisen un tiempo, luego del parto, para estar con su bebé en un ambiente de tranquilidad y privacidad. El poder estar juntos y disponer de tiempo para observar al hijo, verificar parecido, comprobar la existencia de aspectos sanos, etc., es de

tal importancia para la posterior elaboración del duelo, que debe ser jerarquizado por encima de rutinas de servicio.

1.4. Incentivar a que se le ponga un nombre al hijo

Al adjudicarle al hijo el nombre que se tenía para él, ayuda a personificarlo, a diferenciarlo de la madre y de otros hijos futuros, a disminuir la idea de que es como un fantasma. Asimismo, facilita el duelo y el poder hablar sobre él y su muerte a nivel familiar.

El hecho de que el personal de salud, al referirse al hijo, utilice su nombre también contribuye y es una reafirmación de su importancia como persona e hijo. En general, es conveniente que el niño sea registrado en la libreta de matrimonio cuando ésto es posible legalmente.

1.5. Incentivar el entierro y los rituales funerarios

Aunque a veces se considera que se les hace un favor eximiéndoles a los padres la complicación y el gasto de un velatorio y un entierro, estos rituales (especialmente el entierro del cuerpo o de las cenizas) representan una contribución importante al normal desarrollo del duelo ya que significan saber donde está el cuerpo del hijo y poder seguir cuidando de él. No constituyen pues, gastos inútiles.

Para los padres que son creyentes, llevar a cabo los rituales adecuados, les permite seguir modos de conducta de duelo ya conocidos y, por lo tanto, más tranquilizadores.

2. RESPETAR Y FAVORECER LAS MANIFESTACIONES DE DOLOR

2.1. Respetar el llanto

El dolor del duelo no debe ser suprimido o eliminado: es fundamental que los padres puedan expresarlo. Para esto, es necesario que el personal de salud provea un entorno adecuado (intimidad, actitud comprensiva, etc.), que apoye a los padres explicándoles que el llanto es necesario y normal y finalmente que no busque obstruir con psicofármacos administrados por rutina (sedantes y/o hipnóticos) un proceso que, aunque doloroso, debe cumplirse.

2.2. Escuchar, escuchar y volver a escuchar

Para los padres es fundamental hablar sobre lo que pasó y ser escuchados por quienes lo rodean. Escuchar es la mejor manera de acompañarlos en su dolor.

Es necesario estimular a los padres y familiares a que hablen sobre el hijo y expresar sus dudas sobre lo que pasó y sus sentimientos. Es de gran ayuda explicarles que esto los hará sentir más aliviados y favorecerá la eventual superación de esta pérdida. En general, informarles sobre los sentimientos y fenómenos normales del duelo, que vivirán durante los meses siguientes, resulta tranquilizador para los padres y familiares.

3. NO DAR INDICACIONES QUE DIFICULTEN EL TRABAJO DE DUELO

Aunque es posible distinguir las etapas del duelo una de otra, el proceso por el cual el individuo cursa a través de ellas es dinámico y fluido, tratándose de una progresión cíclica más que secuencial. El conocimiento de las características de cada etapa es necesario para determinar cuál se encuentra cursando la paciente o la familia. Esto le permite al personal de salud brindar el apoyo adecuado a cada momento de proceso en vez de intentar empujarlos en él hacia etapas para las que aún no están listos, sin respetar sus mecanismos de defensa.

3.1. No recomendar un nuevo embarazo y/o adopción inmediatos

Es absolutamente desaconsejable un nuevo embarazo o adopción inmediatos, porque implican una obstrucción del trabajo de duelo normal, volviéndolo patológico y porque representan un peligro importante para la salud mental del nuevo hijo. No se debe estimular ni sugerir una nueva gestación o adopción antes de transcurridos por lo menos unos seis meses después de la muerte de este hijo.

Esto, por supuesto, no implica que se debe desaconsejar la adopción o un nuevo embarazo en sí mismos (que pueden resultar de gran importancia para ambos padres) sino, simplemente, que se debe esperar, siendo además ideal realizar un apoyo psicológico en el nuevo embarazo o en la adopción.

3.2. No Indicar psicofármacos por rutina

Es fundamental que la medicación no obstruya el trabajo del duelo, que si bien elimine el dolor físico en el trabajo de parto, no impida a la madre estar conciente durante el mismo, que no anule las vivencias y la angustia de las primeras horas y días y sus manifestaciones. La madre debe estar lúcida para hablar sobre lo que siente y piensa.

3.3. Desaconsejar la esterilización Inmediata

En lo posible, hay que evitar realizar una esterilización quirúrgica simultáneamente a la extracción del óbito fetal, ya que agrega al duelo por la muerte fetal, el duelo por la esterilización. Los padres no sólo han perdido un hijo sino que pierden la posibilidad de tener otros y, para la mujer, significa la confirmación de su imposibilidad de ser madre nuevamente (o por lo menos fantasear con esa posibilidad), lo cual puede ser vivido como un castigo por lo sucedido y significa una profunda herida en su autoestima. Esto puede traer repercusiones negativas en la pareja, puesto que ambos están cargados de hostilidad y frustración.

En la decisión de una esterilización, es necesario que el equipo asistencial sea muy cauto en cuanto a un pedido de esterilización por parte de la paciente que ha tenido un óbito fetal, sobre todo si este pedido se realiza inmediatamente o en los primeros tiempos después de la muerte del hijo. Este pedido refleja su vivencia de sí como madre

mortífera y su temor a que se repita la dolorosa experiencia que está cursando. Si una paciente que ha perdido un hijo solicita una esterilización, en el momento que sea, es necesaria una cuidadosa evaluación de los factores psicológicos en juego antes de tomar en cuenta su solicitud.

3.4. No aislar totalmente a la madre durante la Internación

Con frecuencia se plantea el dilema de dónde ubicar a la madre en el puerperio. No es aconsejable ni para ella ni para las otras madres una convivencia de 24 horas con puérperas que están atendiendo a sus hijos sanos y vivos (especialmente cuando no se trata de una sala general sino de una habitación de dos camas). Sin embargo, tampoco creemos conveniente aislar totalmente a la madre, ya sea otro servicio o en una sala de maternidad donde no tenga acceso a la nursery o a las otras puérperas, pues eso reafirma sus fantasías de ser diferente, de ser portadora de algo rechazable y contagioso, a su vez que reafirma la idea de que ella no es ni ha sido madre.

El alta temprana, cuando hay un apoyo familiar esperando a los padres, puede ser una buena medida, pero cuando no lo hay, muchas veces puede estar marcada por necesidad que tiene el personal de no tener que enfrentarse a la evidencia de la situación dolorosa.

3.5. Evitar que la supresión de la lactancia signifique una supresión de la femineidad

Es necesario suprimir la producción láctea de un cuerpo que sigue funcionando como si el hijo estuviera vivo, pero también es necesario que la mujer, que se siente disminuida y mutilada física y espiritualmente, no lo sea más por medidas tales como el vendaje de las mamas, que puede ser sustituido por un corpiño ajustado, medicación eficaz y restricción hídrica.

4. FAVORECER Y APOYAR EL DUELO DE TODA LA FAMILIA

Para los padres es una gran ayuda que se les permita estar juntos durante todo el tiempo posible y que también puedan recibir el apoyo de sus familiares y amigos, lo cual implica la conveniencia de adoptar una política de visitas más laxa.

4.1. El padre

Habitualmente, se acepta más fácilmente que la madre pueda estar deprimida, angustiada e incluso descompensada luego de la muerte de un hijo in útero, pero se tiende a minimizar las reacciones del padre, si bien no están presente en él todas las angustias respecto al cuerpo que aparecen en la madre y no está tan exigido por el entorno (puesto que la paternidad no está tan idealizada como la

maternidad), para el padre también significa una pérdida importante y muchas veces no recibe el apoyo que precisa. Las actitudes del personal de salud muchas veces contribuyen a que el padre no se permita la expresión de dolor.

Es importante que el padre pueda tener acceso a las distintas instancias relacionadas con la muerte de su hijo que, como hemos visto, favorecen la elaboración del duelo: la información, el trabajo de parto, el parto, ver el óbito, el puerperio y las visitas subsiguientes al médico, el informe de autopsia, así como el trabajo de apoyo psicológico que se pueda realizar. Asimismo, es importante que pueda expresar sus sentimientos y pueda compartirlos.

4.2. Los otros hijos

Aunque los adultos muchas veces no pueden percibir esta necesidad, el niño necesita intensamente saber la verdad sobre su hermano: saber que murió, y que no va a nacer, que no va a volver, por qué murió, que no fue culpa suya que muriera, que sus padres están tristes y compungidos y, por lo tanto, lloran. Es también necesario que se permita al niño hablar sobre lo que siente, estar triste y ver las expresiones de dolor de otros miembros de la familia. El personal de salud puede ayudar mucho a los padres orientándolos en este sentido, puesto que ellos no saben qué hacer generalmente y las pautas culturales para el manejo del problema de la muerte con los niños son, generalmente, insuficientes y erróneas.

5. EL APOYO A LOS PADRES

5.1. Entrevistas periódicas

Los Dres. M. Klaus y K. Kennel, que han profundizado el estudio de este tema y que han instrumentado la asistencia a los padres en años de experiencia en su Clínica de Ohio, EE.UU., recomiendan la realización de tres entrevistas en el curso de los primeros seis meses con el fin de controlar el normal curso del trabajo de duelo o de apoyar y orientar a los padres. Estas entrevistas son realizadas por el integrante del equipo de salud que ha estado más cerca de ellos en este episodio, y se realizan en un lugar privado y tranquilo, estando el profesional enteramente dedicado a esta tarea durante este lapso.

5.2. La primera entrevista

La primera entrevista se realiza durante el período de internación de la madre luego del parto. En una actitud de apoyo y comprensión se buscará antes que nada escuchar y acompañar las expresiones de dolor y desazón de estos padres que se encuentran aún abrumados por la muerte del hijo. Se les explica a los padres, en términos simples, las diferentes etapas del duelo que van a atravesar y las manifestaciones y síntomas que probablemente tendrán y que no precisan preocuparlos puesto que son normales y necesarias. También se les tranquiliza respecto a esa sensación de que nunca tendrán que superar este dolor y esta experiencia que sienten que los enloquece por mo-

mentos. Se les explica que sentirán síntomas físicos, que probablemente discutan entre sí y con sus amigos por cosas mínimas, y que seguramente pasarán mucho tiempo buscando qué o quién tuvo la culpa de la muerte. Es también un buen momento para explicarle a los padres que no es conveniente un nuevo embarazo o adopción inmediatos, dándoles las razones que hemos explicado más arriba.

5.3. La segunda entrevista

La segunda entrevista se realiza dentro de los primeros quince días de la muerte y en ella se sigue ayudando a los padres a que expresen y acepten sus sentimientos y pensamientos. Puesto que en este período generalmente se vuelve a las actitudes normales, es conveniente aconsejarles que no se llenen de actividades, que dejen el tiempo para conversar, para estar solos y poder expresar sus sentimientos.

5.4. La tercera entrevista

La tercera entrevista se realiza cuando están listos los resultados de la autopsia, si la ha habido y, si no, a los tres meses. Es el momento de detectar si el duelo sigue en curso patológico o no, o si persisten o han aparecido sintomatologías somáticas (trastornos del sueño, de alimentación, etc.). Transcurridos tres meses, es de esperar que los padres puedan tener otros intereses y estén más

integrados nuevamente a sus actividades habituales.

En la segunda y tercera entrevista, los padres ya no están en el hospital, por lo cual, es necesario que la citación, por lo menos para la segunda, les sea dada en la primera entrevista y que si no concurren a las citaciones se les llame por teléfono o se les vuelva a citar, siendo la no concurrencia un motivo de preocupación respecto al curso del duelo.

5.5. Grupos de padres

Es una ayuda y un alivio compartir sus vivencias con otros padres que han tenido la misma experiencia puesto que no sólo resulta más fácil hablar sobre ella sino que tranquiliza ver que a otros les pasó lo mismo ya que hay padres que se encuentran en etapas diferentes del duelo han superado lo que, para ellos, en el momento, parece insuperable.

Las reuniones grupales serán coordinadas por un trabajador en salud mental con formación en el tema con tareas que incluyen: escuchar, comprender, informar, tendiendo a ayudarlos en el proceso de la elaboración del duelo.

6. EL EQUIPO DE SALUD: LA NECESIDAD DE HABLAR SOBRE SUS DIFICULTADES

Es necesario que el personal de salud instrumente posibilidades de hablar sobre los sentimientos y vivencias que el trabajo y sus resultados genera en ellos, pudiendo

así aliviar el stress que implica su tarea. Es útil incluir una reunión periódica en que estén presentes todos los integrantes del grupo de trabajo y que se pueda hablar sobre estos aspectos durante un periodo de tiempo adecuado (45 minutos a un hora) en una situación de privacidad y tranquilidad. Puede ayudar la presencia de un psicólogo que coordine y favorezca la discusión.

“Nos creemos un poco perfectos todos los seres humanos y creemos que todos los trabajos tienen que salir muy bien. Y no aceptamos la muerte. Para nosotros, los médicos y las enfermeras, la muerte significa error, no control, sobre todo porque hoy en día se asocia mucho el buen control del embarazo con un buen resultado. Es como que muerte en el embarazo o posterior, equivale a una falla del equipo. La medicina siempre estuvo un poco endiosada y creo que es lo mismo que hace que hagamos desaparecer al óbito y no mostremos los errores. En la medicina hay mucho de magia, y para todo el mundo ha sido durante mucho tiempo y seguirá siendo, como que el médico no puede fallar”

BIBLIOGRAFIA

1. ABADI, M. y otros. *La fascinación de la muerte*. Biblioteca de Psic. Profunda". Ed. Paidós, 1973
2. ABERASTURY, A. *La percepción de la muerte en los niños*. Rev. de Psicoanálisis, 30, 3-4-689, 1973.
3. BALINT, M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Chile, 1971.
4. BARANGER, W. *El muerto vivo. Estructura de los objetos en el duelo y en los estados depresivos, problemas del campo psicoanalítico*. Kargieman, Buenos Aires, 1969.
5. BENFIELD, G. and cols. *Grief response of partents to neonatal death and parent participation in deciding care*. Pediatrics, Vol. 62, Nr. 2, 1978.
6. BLEGER, J. *Temas de Psicología*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1983.
7. BRESLIN, R.L. *Family crisis care in the newborn special care unit*. (Ficha).

8. BOURNE, S., LEWIS, E. *Pregnancy after stillbirth or neonatal death*. The Lancet, July 7, 1984.
9. BOURNE, S. *Coping with perinatal death*. Tavistock Clinic, London.
10. BOURNE, S., LEWIS, E. *Delayed psychological effects of perinatal death: the next pregnancy and the next generation*. British Medical Journal, Vol. 289, 1984.
11. BOURNE, S. *Stillbirth, grief and medical education*. British Medical Journal, 1977.
12. BOWLBY, *La pérdida afectiva*. Edit. Paidós, Bs. As. 1983
13. CLYMAN, R. *Follow-up of families who experienced a perinatal death*. Pediatrics, Vol. 62, Nr. 2, 1978.
14. DEFEY, D., FLORIO, M. *Aspectos psicológicos de la perinatología*. Centro Latinoamericano de Perinatología, OPS/OMS. Montevideo, 1981.
15. DEFEY, D., EJGENBERG, B. *Iatrogenia en la relación médico-paciente*. Centro Latinoamericano de Perinatología, OPS/OMS.
16. EIKNER, SHDY. *Dealing with long-term problems: a parent's perspective*. Neonatal Network, Oct. 1986.
17. ELIADE, M. *Tratado de historia de las religiones*. Biblioteca ERA. 1975.
18. EVELSON, E., GRINGBERG, R. *El niño frente a la muerte*. Rev. de Psicoanálisis. Tomo XIX, Nro. 4, 1962. Edit. A.P.A.

19. FALLACI, O. *Carta a un niño que nunca nació*. Edit. Noguer, Barcelona, 1976.
20. FAHRER, R. y otros. *Temas de Psicología Médica*. C.T.M., Buenos Aires, 1986.
21. FERRARIA, LUSCHINA. *Consulta Médico-Psicológica*. Ed. N. Visión. Bs. As., 1977.
22. FREUD, S. *Duelo y melancolía*. Obras completas Biblioteca Nueva, Barcelona, 1917.
23. FREUD, S. *Más allá del principio del placer*. Obras completas. Biblioteca Nueva. Barcelona. 1920.
24. FREUD, S. *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras completas. Biblioteca Nueva, Barcelona. 1913.
25. FREUD, S. *El tema de la elección del cofrecillo*. Obras completas. Biblioteca Nueva, Barcelona. 1913.
26. GARDNER, S. *Helping families deal with perinatal loss*. Neonatal Network, Oct. 1986.
27. GARDNER, S. *Perinatal grief and loss. An overview*. Neonatal Ntwork, Oct. 1986.
28. GARLAND, K.R. *Grief. The transitional process*. Neonatal Network, Dec. 1986.
29. GARLAND, K., MERENSTEIN, G. *Unresolved grief*. Neonatal Network, Dec. 1986.

30. GIBERTI, E. *Maternidad e ideología obstétrica*. Centro de Estudios para la Mujer. Buenos Aires, Argentina.
31. HOSKINS, T. *Stillbirth*. British Medical Journal. April, 1977.
32. KLAUS, M.H., KENNEL, J. *Caring for the parents of a stillborn or an infant who dies*. Parent Infant Bonding, Mosby. St. Louis, 1982.
33. KOREMBLIT, E. y otros. *Aspectos psicosociales de la relación médico-paciente en ginecología y obstetricia*. En Temas de Psicología Médica. C.T.M., Buenos Aires.
34. KLAUS, M., KENNEL, J. *La relación madre-hijo*. Ed. Médica Panamericana. Bs. As., 1978.
35. KUBLER-ROSS, E. *Morte estagio final da evolucao*. San Pablo. Distribuidora Record, 1975.
36. LABE, M. and cols. *The role of a grief support team followin stillbirth*. Am. Jr. of Obstetrics and Gynecology, Vol. 146, Nº 8.
37. LANCELLOTTI, M., ORTIZFRAGOLD. *Estructura y dinámica de la personalidad*. En temas de Psic. Médica, de Fahrer y cols., C.T.M., Buenos Aires.
38. LANGER, M. *Maternidad y sexo*. Bs. As. Ed. Paidós, 1974.
39. LEMONS, P.M. *Beyond the birth of a defective child* Neonatal Network, Dec. 1986.
40. LEVY-BRUHL, L. *El ama primitiva*. Edic. Península - Historia - Ciencia-Sociedad, 1974.

41. LEWIS, E. *El impacto del nacimiento de un niño muerto en la familia*. Psicopatología, 1984.
42. LEWIS, E. *The management of stillbirth coping with an unreality*. The Lancet, September, 1976.
43. LEWIS, E. *Stillbirth psychological consequences and strategies of management*. Advances in Perinatal Medicine, vol. 3, 1983.
44. LEWIS, E., PAGE, A. *Failure to mourn a stillbirth: an overlooked catastrophe*. Br. J. Med., Psychol, Great Britain, 1978.
45. MARTINS, CYRO. *Perspectivas de relação médico-paciente*. Ed. Arte Médicas, San Pablo, 1979.
46. MELIA, J., GOMEZ, F. *Hacia una comprensión de la relación médico-paciente con dolor*. Psicoanálisis (Rev. de la Asociación Venezolana de Psicoanálisis). Vol. 1, 1984.
47. MORIN, E. *L'homme et la mort dans l'histoire*. Sewil, 1971.
48. NAGY, M. H. *The child's theories concerning death*. Psychoanalysis, 73 (1948).
49. PRILL, H. O., STAUBER, *Advances in psychosomatic*. Obstetrics and Gynecology. Ed. Springer Verlag, 1982.
50. PROBST, E. *El niño, la muerte y el equipo de salud*. Rev. de la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la Infancia y Adolescencia. Vol. 4, Fascículos 1-2, Montevideo, 1977.
51. RAIMBAULT, G. *L'enfant et la mort*. Boucaters. Privat. collection dirigé par Sztulman, H., 1975.

52. RICHARDSON, S., GUTTMACHER, A. *Childbearing: its social and psychological aspects*. The Williams and Wilkins Co., Washington, 1967.
53. ROWE, J. *Follow-up of families who experienced a perinatal death*. Pediatrics, Vol. 62, Nr. 2.
54. SALERNO, E. *Ginecología Psicosomática*. Paidós, Bs. As. 1967.
55. SCHNEIDER, PIERRE, B. *Psicología aplicada a la práctica médica*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1974.
56. SMOLENSKY de DELLAROSSO, G. *El concepto de muerte y la estructuración del Yo*. (Ficha).
57. SOIFER, R. *Psicología del embarazo, parto, puerperio*. Kargieman. Bs. As., 1977.
58. TERRA C. y otros. *La paciente con óbito fetal*. Repercusiones del manejo clínico sobre su evolución y pronóstico. Inédito. Montevideo, 1983.
59. THIELICKE, H. *Vivir con la muerte*. Edit. Herder, Barcelona. 1984.
60. THOMAS, L. V. *Anthropoligie de la mort*. Payet-Paris, 1975.
61. VALABREGA, JEAN P. *La relation therapeutique malade medecin*, Flammarion Editeur, 1962.
62. VILLAUERRUTIA, X. *Nostalgia de la muerte*. Lecturas Mexicanas. Fondo de Cultura Económica. 1953.

"...Este libro, junto con la videofilmación "Muerte de un niño antes de nacer" aborda la difícil tarea de ayudar al personal asistencial (psicólogos, enfermeras, médicos, estudiantes) a aprender como acompañar a los padres que han perdido un hijo durante el período perinatal..."

Marshall Klaus

"...El material escrito comienza con un análisis teórico del tema de la muerte y el duelo, y luego hace especial referencia a la muerte fetal citando fragmentos de entrevistas y textos, profundizando sobre los aspectos psicológicos que no puede cubrir la video grabación. La video grabación pretende ser movilizadora, fermental. El material escrito contribuye a la comprensión del tema. Ambos están dedicados a quienes se ven enfrentados a este tipo de situaciones en los servicios de salud..."



Los autores

Roca
VIVA
editorial