

Duelo materno por muerte perinatal

(Maternal mourning due to perinatal death)

Sandra Oviedo-Soto,* Eliéxer Urdaneta-Carruyo,** Flor María Parra-Falcón,*** Mary Marquina-Volcanes****

RESUMEN

Se hace una revisión bibliográfica focalizada en el duelo materno por muerte perinatal, a fin de comprender un fenómeno devastador para los padres y particularmente para la madre, por la pérdida de un hijo. Se describen, además, los cambios adaptativos emocionales en la mujer durante y después de la gestación y la frustración de la maternidad, que conlleva esta pérdida. El proceso de duelo debe ser comprendido a través de las diferentes fases que lo caracterizan, y que puede manifestarse de manera lineal o comportarse como proceso dinámico cambiante de una fase a otra. En estas circunstancias, el abordaje de los profesionales de la salud es importante y debe basarse en una relación de empatía con la madre en proceso de duelo, que encierra connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas, que deben ser tomadas en cuenta en toda gestión de salud. Para las madres en esta situación, es útil contar con grupos de autoayuda o apoyo, a fin de superar esta triste vivencia y a la vez, les permite interactuar y ser apoyadas por otras madres, que han tenido la misma experiencia.

Palabras clave: Muerte perinatal, duelo materno, tanatología, grupos de autoayuda.

SUMMARY

A bibliographical review focused on the maternal mourning due to perinatal death is performed, in order to understand a devastating event for parents and particularly for the mother, for the loss of the child. It also describes the emotional adaptive changes within women during and after pregnancy and frustrations of motherhood, which involves the loss. The mourning process must be understood through the various stages that characterize it, and that can manifest in a linear manner or behave as a dynamic process changing from one phase to another. In these circumstances, a health professional's approach is important and should be based on a relationship of empathy with the grieving mother, which encloses ethical, philosophical and sociological connotations that should be taken into consideration in any management of health. For mothers in this situation, it is useful to have self-help or support groups in order to overcome this tragic experience and in turn, allow them to interact and be supported by other mothers who have had the same experience.

Key words: Perinatal death, maternal grief, thanatology, self-help groups.

El nacimiento de un hijo, representa un momento estelar en la vida de una familia. Desde el embarazo hasta el parto, los padres desarrollan sentimientos de esperanza, ilusión y júbilo, proyectados hacia el futuro y ninguno de los dos imagina que habrá un final infeliz. Pero no todos los embarazos terminan satisfactoriamente y en algunos casos puede ocurrir la muerte del feto en la etapa perinatal que se inicia a las 22 semanas de gestación y concluye siete días después del nacimiento.¹

Para la mujer, el hecho de concebir un hijo sigue un proceso complejo, comienza antes de la concepción y causa en ella cambios emocionales y físicos. Durante su embarazo percibe al feto como parte de ella misma y no como un sujeto separado. Esta experiencia de fusión de carácter narcisista es el sustrato fundamental en el que se cimienta el vínculo de apego materno a su hijo, pues la madre deposita en él parte de su autoestima,² por lo que la gestación llena las ambiciones narcisistas más relevantes señaladas por Freud,³ entre las que se encuentran la sensación de *omnipotencia* derivada del hecho de dar vida a un nuevo ser, la afirmación de la *feminidad* y la ilusión de la *inmortalidad*, al contribuir a la perpetuación de las próximas generaciones de seres humanos, a través de su hijo.

La simbiosis biológica que experimenta la madre con el feto le confirma su propio valor⁴ y esta total fusión re-

* Lic. en Enfermería. MSc en Educación Superior.

** Doctor en Ciencias Médicas. Presidente del Comité de Bioética del Hospital Universitario de Los Andes.

*** Licenciada en Enfermería. MSc en Orientación de La Conducta.

**** Doctora en Salud y Cuidado Humano en Enfermería. Fac. de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.

presenta, de manera idealizada, la mejor parte de ella misma. De allí que ante la pérdida perinatal del hijo en gestación, la respuesta emocional que la madre experimenta son como vacío corporal, con sensación de inadecuación, desamparo y pérdida de la autoestima; sentimientos que derivan de la pérdida de una parte de sí misma que ha sido dañada.²

Es por eso que la pérdida perinatal es particularmente dolorosa, angustiante e íntimamente la percibe como amputación, castración y desmembramiento corporal. De hecho, no es raro que la pérdida perinatal provoque aparición de síntomas somáticos, alteración de la conducta, sentimiento de culpa y con ellos sobreviene el duelo materno (DM),² que implica un proceso dinámico⁴ en el que se sobreponen entre sí las diferentes fases que lo caracterizan y tienen una relación directa con los cuidados maternos del equipo de salud que la atiende en ese momento crítico para ella.

Las primeras investigaciones sobre DM por muerte perinatal (MP), se hicieron en la década de los años 70, pero aún hoy es un tema pocas veces estudiado, por lo que en el presente trabajo se hace una revisión bibliográfica acerca de este tema, con el propósito de tener una primera aproximación a la comprensión de este hecho, para analizar las diferentes etapas del DM, los cambios psíquicos y la sintomatología que puede generar, y discutir el papel de cada uno de los integrantes del personal de salud ante la MP. Por último, se plantean algunas recomendaciones para mejorar la atención y apoyo a la madre por el equipo multidisciplinario del hospital cuando ocurre este tipo de eventualidades.

CAMBIOS ADAPTATIVOS EN LA MUJER GESTANTE

Se sabe que durante el embarazo ocurren cambios físicos en la mujer;⁵ el vientre aumenta cada día por el lento y continuo crecimiento del feto. Los nueve meses de gestación representan para la futura madre, *la dulce espera*. Cuando el niño nace, desaparece el vientre voluminoso y se convierte en un vientre flácido, distinto al que antes tenía y que ahora carece de significado.

Por otra parte, a partir de la concepción en la madre surge la idea de finitud del ser humano, por lo que se plantea preguntas existenciales hasta ese momento: como si dar vida conlleva un cambio generacional y se enfrenta con la idea de su propia muerte, que la asusta y angustia. Al nacer su hijo aún no muestra una conducta de apego hacia su madre (no llora ante su alejamiento y él es indiferente al estar o no, en sus brazos). Ella no se siente prescindible para él, ya que cualquier otra persona podría ocupar su lugar en ese momento; lo que puede engendrar en la madre un sentimiento vacío. Si además, el

periodo de parto o de postparto ha sido complicado, la madre no puede hacerse cargo inmediatamente de su hijo, y se añaden otras alteraciones emocionales: como sentimiento de culpa o de impotencia.

Por otra parte, con el nacimiento del niño la pareja pierde la intimidad que solía tener. El hogar se convierte en un espacio amplio y abierto, con la continua presencia de familiares por la llegada de un nuevo miembro y la invasión de espacios íntimos da lugar a cierta estabilidad en la pareja, que necesita tiempo para adaptarse a esta situación.

Este escenario acontece cuando la gestación llega a feliz término y el recién nacido está vivo y sin complicaciones, pero no ocurre esto cuando ese hijo nace muerto o muere al nacer. En este caso la madre no sólo se enfrenta al duelo por la pérdida del hijo, sino también a la frustración de su maternidad.

BASES TEÓRICAS DEL PROCESO DEL DUELO

Hasta hace poco se creía que la muerte de un hijo antes o después del nacimiento, representaba una pérdida que emocionalmente era menos fuerte que el ocasionado por el deceso de un adulto. Varios autores⁶ consideran que para la madre, el hecho de sentir en su vientre por nueve meses la gestación de un hijo para llegar al parto y de manera súbita e inesperada saber la muerte de su hijo al nacer, genera en ella un sufrimiento intenso y devastador. Estas mujeres que han perdido un hijo al nacer tienen las mismas reacciones de duelo que otras, al experimentar la muerte de un ser querido, a la que les unió un fuerte lazo afectivo.

Por otra lado, el duelo es una respuesta psicológica normal (pensamiento y sentimiento) que ocurre por la pérdida de una persona amada y conlleva síntomas somáticos, psicológicos y de comportamiento.⁷ Es una reacción compleja, constante, identificable e implica un proceso de curso previsible, en el que se desvanecen gradualmente los lazos emocionales que tenía con la persona fallecida.

En 1969 Kubler-Ross, eminente psiquiatra, analizó su experiencia con más de quinientos pacientes moribundos y describió cinco etapas del duelo: 1) **Negación y aislamiento:** que es la etapa inicial en que las personas se sienten culpables porque se apodera de ellas un estado de incredulidad frente a la muerte; 2) **Enojo o ira:** proyectando su sentimiento hacia otras personas, expresándola como depresión, ya que culpar a otro es una manera de evitar el dolor, la aflicción y la desesperación de una persona al aceptar que la vida deberá continuar; 3) **Pacto:** con el que el enfermo debe ganar tiempo antes de aceptar la realidad, por lo que retrasa la responsabili-

dad necesaria para liberar emocionalmente la pérdida; 4) **Depresión:** enojo dirigido hacia adentro que incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia; 5) **Aceptación:** el enfermo piensa en sus seres amados, sin sentir o expresar sentimientos intensos de alegría o tristeza cuando los recuerda; vivirá el presente sin adherirse al pasado y sin hacer planes para el futuro.⁴

Los mecanismos psicológicos con los que el duelo puede transformarse en enfermedad son: 1) Ausencia del duelo consciente, con descompensación psicológica caracterizada por depresión, ansiedad y/o enfermedades psicosomáticas. 2) Ambivalencia entre recuperación rápida y aparición posterior de sentimientos de nostalgia, culpabilidad y conductas autoagresivas que pueden llevar al enfermo al suicidio y 3) Cronicidad del proceso, por persistencia de ira, que se manifiesta por nerviosismo, irritabilidad y agresividad, que conduce a la depresión.⁸

DUELO MATERNO

Ewton refiere que la madre en la muerte perinatal de su hijo puede crear una respuesta más severa e intensa que cuando ocurre la muerte de un familiar adulto.⁹ Considera que los puntos más significativos en este proceso son: 1) Incremento de la sensación de irrealidad, debido a que su relación con la persona que fallece no se basa ya en experiencias ni recuerdos de una persona real, sino en los lazos afectivos que se desarrollaron antes de establecer con ella un contacto físico. La relación, en este caso, está basada en esperanzas y fantasías de los padres para con el hijo frustrado por la muerte.⁹ Además, en la mujer, la tensión física y mental del trabajo de parto, posiblemente asociada a la sedación intensa o a la anestesia general, aumenta la sensación de irrealidad y 2) la disminución notable de la autoestima materna, como consecuencia de la incapacidad que percibe la mujer para confiar en su cuerpo para lograr satisfactoriamente el nacimiento de un hijo vivo y sano; en particular cuando la pérdida de éste se debe a anomalías fetales o problemas genéticos.¹⁰

DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD EN MUERTE PERINATAL

Para el personal de salud resulta difícil ser testigos de la MP, ya que este acontecimiento no sólo implica enfrentar problemas técnicos, sino también emocionales. Aunque el personal de salud haya sido entrenado para curar y aliviar el dolor, la gran mayoría no ha recibido preparación para enfrentar la muerte, lo que puede generar en ellos una sensación de impotencia, frustración y tristeza, negando con estas actitudes esta vivencia.¹⁰ Es por eso que el personal necesita preparación emocional para mitigar

el DM en una mujer que ha perdido un hijo al nacer, afrontando el duelo de los padres con respeto y acompañándolos, para tratar de salvaguardar la salud física y psíquica de ambos. Por esto es conveniente que previo al nacimiento de un niño muerto o si éste fallece al nacer, el personal de salud ofrezca a los padres su ayuda, ayudándolos a enfrentar la muerte de su hijo,^{11,12} siempre respetando la decisión de recibir o no ayuda psicológica o espiritual que se les ofrezca,¹¹ ya que la *autonomía* de la madre como la del padre es un principio bioético rector que el personal de salud debe respetar.

Por otro lado, la información a los padres sobre la muerte del niño debe ser breve, comprensible y exhaustiva, y debe darse en un ambiente adecuado.¹² El personal debe escuchar atentamente a los padres, sin emitir juicios ante las reacciones iniciales de duelo; si se puede prever el fallecimiento, debe brindar a los padres la oportunidad de estar con el niño, de abrazarlo, de hablarle y si ellos lo expresan darle un nombre y bautizarlo antes de morir –conforme a sus creencias religiosas–. Además, debe informar a la familia sobre la necesidad o no de realizar la autopsia, sobre todo si el niño nació con malformaciones congénitas, y de ayudarlos, de ser posible, u orientarlos acerca de los trámites funerarios y referirlos, si es necesario, a profesionales en manejo tanatológico.¹²

GRUPOS DE AUTOAYUDA O DE APOYO AL DUELO

Diversos autores señalan que las respuestas de duelo ocupan un periodo doloroso de aflicción que es una respuesta normal y necesaria por la pérdida de una persona amada; en cambio, la ausencia de este lapso de aflicción, puede ser un signo de alarma de una situación patológica. Parkes¹³ en un estudio de 56 madres que habían perdido a sus hijos en la etapa perinatal, encontró que 19 no habían tenido ningún apoyo terapéutico después de tener una MP y uno o dos años después tuvieron trastornos mentales y problemas psiquiátricos graves (psicosis, ansiedad, fobias, pensamientos obsesivos y depresiones profundas).

Para prever estas reacciones ante la muerte de un familiar, en algunos lugares se han integrado grupos organizados de autoayuda o apoyo al duelo, que son conocidos como *grupos tanatológicos*¹⁴ que se hacen cargo del estudio y detección de sentimientos y conductas asociadas a la muerte de una persona, en los familiares directos como en otras personas involucradas afectivamente cercanas al enfermo o el fallecido, en los que ha sido difícil aceptar la muerte como algo natural.¹⁵ Las condiciones para la ayuda a través de estos grupos son: a) que la persona la solicite y acepte apoyo de manera voluntaria y b)

que permita establecer una relación verbal o no verbal con algún miembro del grupo, que fomente encuentros interpersonales con esa persona y tenga actitudes de aceptación, congruencia y empatía.¹⁶

Estos grupos pueden estar constituidos por personal de salud y por profesionistas entrenados en tanatología y tienen como propósito ofrecer apoyo emocional a quienes han perdido un familiar o algún amigo cercano, para enfrentar su pena, superarla y restablecer su vida,¹⁷ además de difundir el conocimiento general de la naturaleza del duelo mediante educación acerca de este tema.¹⁸ Las discusiones en los grupos tanatológicos GT son coordinados por un miembro del personal de salud, que tiene como misión inducir la interrelación entre las personas afectadas y el resto del grupo que participa, estimulando la discusión,¹⁰ dirigir la discusión con actitud de escuchar y estimular el diálogo usando palabras y frases que no provoquen mayor tristeza en los momentos de reflexión y proponer respuestas eficaces para el apoyo físico y emocional necesarios para superar el duelo.^{18,19}

Por otra parte, aceptar la muerte como real e irreversible es el primer paso para lograr la recuperación psicológica de la madre, aunque esta aceptación, al principio, aumente su pena.¹⁷ Es más fácil abordar el duelo materno al compartir la madre las vivencias que ha experimentado, con otros padres que han estado en una situación semejante y que se encuentran en otras etapas del duelo; aunque ella pueda aprender de estos últimos la manera cómo han superando este trance,¹⁸ de aquí la importancia del manejo del duelo de manera grupal con personas que han pasado por la vivencia del DM.^{18,19}

DISCUSIÓN

La muerte es inevitable en el proceso vital de la persona, tan natural como nacer o crecer, pero este suceso es el más difícil de afrontar. Ante ella cada persona tiene actitudes diferentes, que pueden ir desde la negación de ésta hasta la total aceptación de ella. En la muerte perinatal los padres pueden tener sentimientos de culpa, de frustración, de castigo o de injusticia, de acuerdo con sus patrones socioculturales y religiosos. Por eso deben enfrentar conjuntamente el duelo materno con el apoyo del personal de salud para superar esa grave situación en la dinámica familiar.

El manejo mal orientado del duelo en la madre puede derivar en enfermedad, por lo que representa un riesgo mayor en los dos primeros años después de la pérdida de su hijo. Además puede ocasionar alteraciones psicológicas, no sólo en los padres, sino también en otros miembros de la familia.

En cuanto al personal de salud, debe conocer las diferentes etapas de la pena o aflicción que ocasiona la muerte, poseer la habilidad necesaria para establecer relaciones interpersonales e identificar situaciones de riesgo, así como escuchar pacientemente los temores y las quejas de los padres y familiares afligidos, respetando siempre su autonomía, como principio moral rector de su relación con ellos, cuando los ayude a afrontar su duelo.

Los autores de este trabajo consideran que se debe: a) Incluir el tema de la muerte y el duelo en la etapa formativa de carreras en el área de las ciencias de la salud, fundamentalmente las de medicina y enfermería y en todos los cursos de postgrados clínicos de ambas carreras. b) Se debe capacitar al personal de salud a través de información actualizada acerca de la preparación emocional y desarrollo de habilidades en el manejo del duelo materno. c) Elaborar un protocolo o guía de manejo del duelo materno en las instituciones de salud y d) Conformar grupos tanatológicos GT multidisciplinarios, que permitan afrontar de manera adecuada, con los padres, esta situación particular.

Referencias

1. Ruiz E, Robles V. *Niños de riesgo. Programas de atención temprana*. Barcelona: Editorial Norma-Capitel; 2004.
2. Solís L. La construcción de la parentalité. En: Solís L, editor. *La parentalité, défi pour le troisième millénaire. Un hommage a Serge Lebovici*. París: Presses Universitaires de France; 2002: 23-47.
3. Winnicott D. *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Ediciones Laia; 1975.
4. Kübler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. 2ª ed. México, DF: Random House Mondadori, S.A de C.V; 2006.
5. Pines D. The relevance of early psychic development to pregnancy and death perinatal. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18(2): 91-102.
6. Hanes M, Hayford J. *Más allá del sufrimiento*. Barcelona: CLIE; 1985.
7. Posada RS. *El manejo del duelo. Una propuesta para un nuevo proceso*. Bogotá: Editorial Norma; 2005.
8. Bowlby J. *La perte. Tristesse et dépression*. En: Bowlby J, editor. *Attachement et perte*. París: PVF; 1984: 72.
9. Ewton DS. A perinatal loss follow-up guide for primary care. *Nurse Pract* 1993; 18: 30-36.
10. Defey D, Rosello J, Friedler R, Núñez M, Terra C. *Duelo por el niño antes de nacer*. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). Publicación científica CLAP 1086. Montevideo: OPS-OMS. Diciembre 1985.
11. Uribe G. *Para vivir los duelos. Cartografía emocional para la sanación de las pérdidas*. Bogotá: Ediciones San Pablo; 2006.
12. Entralgo PL. *El médico y el enfermo*. Madrid: Editorial Triacastella 1964.
13. Marshall HK, Avroy AF. *Cuidados del recién nacido*. 5ª ed. México, DF: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
14. Pangrazzi A. *El duelo, cómo elaborar positivamente las pérdidas humanas*. Buenos Aires: Ediciones San Pablo; 2006.
15. Morín E. *El hombre y la muerte*. Barcelona: Ediciones Kairós; 1974.

16. Castro GM. *La inteligencia emocional y el proceso de duelo*. México, DF: Editorial Trillas; 2006.
17. Posada RS. *El manejo del duelo. Una propuesta para un nuevo proceso*. Bogotá: Editorial Norma; 2005.
18. Sher L. *Agonía, muerte y duelo*. México, DF: Manual Moderno; 1992.
19. Burroughs A. *Enfermería materno-infantil*. 7^{ma} ed. México, DF: McGraw-Hill-Interamericana; 1999.

Correspondencia:

Dr. Eliéxer Urdaneta-Carruyo
Unidad de Investigaciones Pediátricas,
Hospital Universitario de Los Andes
Teléfonos/fax: 58-274-2403232/2403225
Avenida 16 de Septiembre,
Mérida 5101, Venezuela
Correo electrónico: eliexeru@gmail.com