

DUELO PERINATAL

Carmen García Martínez. Matrona
Alberto Yagüe Frías. Matrón

*“ Hay temas indeseables ;
pero hay también formas deseables
de tratar tales temas “*
(A. Gala)

RESUMEN

En esta revisión bibliográfica acerca de la muerte perinatal se intenta sensibilizar ante el proceso del duelo que en ella acontece, y que va a afectar tanto a los padres y familiares como a los profesionales que les atienden. Para ello se abordan, en primer lugar las etapas que forman el vínculo afectivo madre-hijo ; se continúa describiendo las fases del “duelo” por las que atraviesa la persona que pierde a un familiar, en este caso un recién nacido. También se realiza un análisis de aquellos factores que pueden condicionar el duelo, facilitándolo o bien agravándolo, para concluir con unas propuestas prácticas, a modo de plan de cuidados, que permitan a los profesionales intervenir de una forma eficaz cuando se encuentren ante una familia que pasa por este doloroso trance.

PALABRAS CLAVE

Muerte perinatal
Duelo
Vínculo afectivo

INTRODUCCIÓN

Si bien es cierto que las últimas semanas de embarazo son consideradas como un periodo psicológicamente difícil, con un conflicto progresivo del binomio atracción-rechazo (ilusión por ver el hijo/miedo al parto y a lo que pueda suceder a ambos), no es menos cierto que los padres se encuentran esperanzados con la inminente llegada de “su hijo”. Incluso establecen planes de futuro para el mismo, ya que la relación padres-hijo no comienza fisiológica o psicológicamente en el momento del nacimiento, sino que todos los padres

se forman alguna impresión más o menos idealizada sobre su hijo ya desde el periodo intrauterino. Una vez iniciado el camino hacia la maternidad, si éste se ve perturbado pueden producirse pérdidas de afectividad y reacciones psicológicas patológicas, consecuencias de la no aceptación.

Se define la “mortalidad perinatal (I)” como la suma de la mortalidad fetal tardía (muertes fetales que se producen a partir de las 28 semanas de gestación, incluyendo los fetos de más de 1000 g y/o con una longitud de más de 35 cm) y la neonatal precoz (recién nacidos muertos dentro de los pri-

meros 7 días de vida). La “mortalidad perinatal (II)” incluye desde las 22 semanas de gestación hasta los 28 días completos de vida [1].

En España, en 1989, la tasa de mortalidad perinatal (I) fue del 8,7 por 1000 nacidos [2].

FORMACIÓN DEL VÍNCULO

Kennell (1971) describió las etapas que conforman el vínculo afectivo madre-hijo. Las etapas de la formación diada madre-hijo son :

1. Planificación del embarazo
2. Confirmación del embarazo
3. Aceptación del embarazo
4. Percepción de los movimientos fetales
5. Aceptación del feto como individuo (persona)
6. Nacimiento
7. Visión del bebé, primer contacto visual
8. Contacto físico con el bebé
9. Responsabilidad ante el bebé

MUERTE PERINATAL

El parto cierra la etapa del embarazo con lo que la verdadera



actividad maternal se inicia cuando la madre se ocupa de la criatura. Cuando este acontecimiento se ve truncado y acaece la muerte del producto de la concepción en la fase perinatal, los padres se enfrentan con la tarea de cambiar de emociones y, en lugar de alegría, se ha de asumir el choque y el dolor de la pena. Así, el impacto de la muerte de un recién nacido es singular para los padres, en cuanto que les quita una parte importante de su futuro y les deja una ausencia que pueden percibir durante toda la vida. Este choque aún es mayor si no se trata de una afección crónica de la que se conocía el riesgo, sino de un problema agudo e insospechado.

Hasta hace poco se creía que aunque la muerte de un niño, antes o poco después del nacimiento, representaba una pérdida, encerraba un significado emocional menos fuerte que otras formas de muerte y era más bien un fracaso sanitario que una desgracia humana. Se desalentaba a los padres de ver a su bebé para no provocar sentimientos de unión y se les consolaba con frases similares a "siempre se puede tener otro".

Así pues, los profesionales que se ven enfrentados a estas situaciones también reaccionan a la pérdida del neonato y lo hacen con frecuencia con conductas de evitación y huida intentando desviar la atención de los padres sobre lo sucedido.

EL PROCESO DE DUELO

Una característica especial en el duelo perinatal es la pérdida de una vida apenas conocida y se pierde toda la esperanza de futuro depositada en el proyecto del hijo. Otra característica es el riesgo de proyección de la ilusión en futuros

embarazos o las exigencias de compensación en los hijos que se puedan tener y las graves consecuencias que de ello se derivarían.

Cuando en una familia sucede una muerte perinatal se produce un choque emocional repentino e inesperado en los padres. El nacimiento del hijo pasa de ser un momento feliz a ser un momento particularmente doloroso, dando lugar una situación de aflicción o duelo de gran intensidad, que conlleva una desorganización emocional en ambos miembros de la pareja.

El proceso del "duelo" fue descrito en 1944 por Lindemann [3], que constató que se trata de una entidad que conlleva síntomas somáticos, psicológicos y de comportamiento. Este proceso normal, mediante el cual se rompen gradualmente los lazos emocionales intensos con la persona muerta, favorece el restablecimiento de unos patrones de vida psicológicamente sanos.

El Dr. Engel [4], a su vez, estableció tres estadios en el duelo de una persona que acaba de perder a un ser querido:

1. Conmoción e incredulidad:

La persona experimenta un estado de choque, que se manifiesta con aturdimiento y una falta de crédito que protege a los progenitores del impacto total de la pérdida. Puede durar de varias horas hasta dos semanas y durante este tiempo los padres experimentan sentimiento de vacío y no pueden aceptar mentalmente la pérdida.

2. Desarrollo del conocimiento y culpabilidad:

Los padres se incriminan a sí mismos, a sus experiencias

anteriores, a sus actitudes hacia la paternidad/maternidad (interrupción voluntaria del embarazo en alguna gestación anterior...), a sus conductas sociales (alcohol y drogas...) como origen del problema. Otra fuente de culpa que se observa frecuentemente es su sensación de responsabilidad - fracaso hacia el otro cónyuge y hacia el resto de la familia. En el manejo de esta reacción emocional es esencial permitir la expresión verbal y no verbal de estos sentimientos y explorar con tacto las situaciones a las que se culpa de la muerte del hijo. Posteriormente podremos enfrentarnos a sus razonamientos señalando, con firmeza pero amablemente, que sus percepciones no son correctas.

3. Recuperación y reorganización:

Supone la readaptación final en la resolución del duelo. Los rituales y trámites burocráticos que acompañan a la muerte están institucionalizados por la sociedad y contribuyen, en un principio, a la readaptación de los familiares del mortinato. La visita de la familia al hospital y domicilio significa la reunión de personas que comparten la aflicción de la familia y aportan su apoyo moral. Finalmente se acepta la pérdida como definitiva. Las relaciones de la familia se estabilizan y hay participación activa y normal en la vida, incluyendo planes para el futuro.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DUELO

Entre todas las circunstancias que rodean a la muerte perinatal, y que van a condicionar un mayor o menor ajuste al proceso del duelo, destacan las siguientes [5,6].

· Edad gestacional

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

· Momento de la muerte

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

· Nacidos con malformaciones

Las madres de neonatos malformados tienen con frecuencia una reacción de pesadumbre prolongada y síntomas de trastornos psiquiátricos. No obstante, cuando los profesionales expresan que un mortinato malformado podría sufrir toda su vida las consecuencias de su defecto, la muerte se presenta como un desahogo, y la resolución es más favorable.

· Nacimiento múltiple

La muerte perinatal de uno de los gemelos crea confusión en el proceso del duelo. Los padres sienten pesar por el hijo perdido y al mismo tiempo alegría por el que nace vivo. No se debe, en estos casos, infravalorar el momento doloroso por el que atraviesan, puesto que puede incluso aparecer rechazo hacia el gemelo superviviente.

· Actitudes de los profesionales

Las actitudes y conductas del personal asistencial tiene consecuencias directas sobre la familia. Se puede caer en el error de tratar los síntomas físicos y psicológicos administrando tranquilizantes a los padres y olvidando el ofrecer una asistencia global y humanizada. Con frecuencia se tiende a evitar hablar del tema y favorecer las conductas de evasión.

ACTUACIÓN PROFESIONAL

En la Sala de Partos

- Permitir la presencia de la pareja u otra persona afín.
- Respetar, valorar y poner en práctica las técnicas de preparación al parto que pueda haber aprendido la gestante.
- Eliminar del vocabulario expresiones técnicas que puedan generar temor o culpa.
- Mantener un ambiente agradable, favoreciendo una actitud materna positiva.
- Aceptar la colaboración de la mujer y de quien la acompañe.
- Eliminar sentimientos de culpabilidad.
- Colaborar en la instauración de analgo-anestesia obstétrica, si estuviera indicada.
- Favorecer el contacto y visualización del bebé, pues está demostrado que favorece la superación del duelo.

En la planta de púerperas

- Ingresar, a ser posible, en una habitación individual y distante de

otras gestantes y recién nacidos (por ejemplo en planta de ginecología).

- Favorecer la intimidad de la familia.
- Permitir que se produzcan las expresiones propias y necesarias de dolor y tristeza [6].
- Orientar en los trámites burocráticos (autorización de autopsia, asistencia religiosa, entierro, etc.).
- Respetar los ritos y costumbres de cada cultura y religión en estos acontecimientos.

Antes del alta hospitalaria

- Animar a la pareja a exteriorizar, si lo desean, sus sentimientos de culpabilidad, rabia, tristeza.
- Informar a los padres de que las manifestaciones somáticas de insomnio, pérdida de apetito, llanto, sueños extraños etc., son normales y desaparecerán con el tiempo [7].
- Controlar que el proceso del duelo se inicie correctamente
- Hacer extensivos los cuidados a otros hijos si los hubiera. A menudo los niños pequeños, a los que la noticia de la llegada del hermanito podía haber llenado de celos, pueden sentirse culpables de la desaparición del bebé. Es importante que los padres expliquen la situación de forma sencilla y apropiada a su edad y nivel de comprensión, porque ello ayuda a la resolución del duelo por parte de los hermanos [5].
- Preparar el regreso a casa y asegurar la continuidad de la atención por parte de los profesionales de Atención Primaria donde se podrán detectar problemas y complicaciones

- Informar sobre las revisiones puerperales pertinentes según esté establecido

CONCLUSIONES

- Es necesario sensibilizar a profesionales, estudiantes y empresa sobre la realidad cotidiana, siempre probable, de la muerte perinatal, así como de la necesidad de disponer de los recursos humanos, asistenciales y organizativos llegado el momento.

- Sería conveniente ofrecer una formación pre y postgrado en los profesionales socio-sanitarios respecto a este tema. Es deseable que esta formación sea tanto a nivel teórico (teoría, conceptos, bibliografía,...) como práctico (actitudes, comportamientos, sentimientos, técnicas de introspección,...).

- Se deberían establecer protocolos de actuación en Atención Primaria y Especializada para que los profesionales puedan cubrir las necesidades físicas, emocionales, espirituales, administrativas, etc., de las parejas y familias afectadas por una muerte perinatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. CARRERA MACIÁ, J.M. : Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus. Barcelona : Masson, 1996.
2. GONZÁLEZ-MERLO, J., DEL SOL, J.R. : Obstetricia. Barcelona : Masson-Salvat, 1994.
3. LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry*, 1944 ; 101 :141.
4. ENGEL, G.: Grief and Grieving. *American Journal of Nursing*. Septiembre, 1964.
5. CARARACH, V.: CARRERA, M.L.: COLL, O.: Manual de Asistencia al Parto y Puerperio normal. SEGO. Madrid : Wyeth-Lederle, 1995.
6. MILLER, M.A. ; BROOTEN, D.A.: Enfermería Materno-infantil. Madrid : Interamericana Mcgraw-Hill, 1988.
7. GORDON, B.A : Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido. Madrid : Jarpyo Editores, 1984.
8. MONTIGNY, F. ; BEAUDET L. ; DUMAS, L.: A baby has died : The impact of perinatal loss on family social networks. *J Obstetric Gynecology Neonatal Nurs*, 1999, Mar- Apr, 28 (2).
9. ROBERTSON, P.A., KAVANAUGH, K. : Supporting parents during and after a pregnancy subsequent to a perinatal loss.. *J. Perinatal Neonatal Nurs*, 1998, Sept, 12 (2).
10. WOLF ; GABOR, S. : Perinatal loss : bridging tragedy with hope. *Nurs Forum*, 1997, Jul- Sept, 32 (3).
11. GRASSMAN, D. : Convertir el duelo propio en crecimiento personal. *Nursing*, Febrero 1993.
12. JONGMANS L. : La mort in útero. *Dossiers de l'Obstetric*, nº 202, Janvier 1993.