

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **DIANA ELIZABETH CAJAMARCA VILLA** y **KARINA ELIZABETH CANDO VALENCIA** C.I. **171732264-6** y **171243444-6** respectivamente, autoras del trabajo de graduación intitulado: **“PÉRDIDA GESTACIONAL TEMPRANA NO PROVOCADA Y SUS REPERCUSIONES SOCIALES, PERSONALES Y FAMILIARES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DOCENTE PEDRO VICENTE MALDONADO DESDE FEBRERO 2012 HASTA FEBRERO 2014”**, previa a la obtención del título profesional de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**, en la Facultad de **Medicina**:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de su sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 11 de agosto de 2014.

Diana Elizabeth Cajamarca Villa

171732264-6

Karina Elizabeth Cando Valencia

171243444-6

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR



FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

**PÉRDIDA GESTACIONAL TEMPRANA NO PROVOCADA Y SUS REPERCUSIONES
SOCIALES, PERSONALES Y FAMILIARES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
“HOSPITAL DOCENTE PEDRO VICENTE MALDONADO” DESDE FEBRERO 2012
HASTA FEBRERO 2014**

**DISERTACION PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

DRA. CAJAMARCA VILLA DIANA ELIZABETH

DRA. CANDO VALENCIA KARINA ELIZABETH

DIRECTORA DE TESIS: DRA. KATTY SEGARRA

DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. JOSÉ SOLÁ

QUITO 2014

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro más cordial y sempiterno reconocimiento al personal docente y administrativo del programa de postgrado en Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y del Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado, por la oportunidad brindada para la superación y capacitación profesional.

A las señoras y sus vivencias, por su predisposición desinteresada y amable a colaborar en este trabajo; a nuestras familias y amistades, por su constante apoyo, conecedoras de que sin su colaboración, la realización de este trabajo no hubiese sido posible.

Diana y Karina

ÍNDICE

RESUMEN	9
SUMMARY	11
CAPÍTULO I. MARCO INTRODUCTORIO	13
I.1 INTRODUCCIÓN	13
I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
I.3 OBJETIVOS	16
I.3.1 Objetivo General	16
I.3.2 Objetivos Específicos	17
I.4 JUSTIFICACIÓN	18
I.5 HIPÓTESIS	19
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	20
II.1 MATERNIDAD	20
II.1.1 Ser madre a través de la historia	20
II.1.2 La ruralidad y el rol de la mujer	24
II.1.3 Percepción de la maternidad en el contexto marginal	26
II.2 PÉRDIDA GESTACIONAL TEMPRANA	29
II.2.1 Aborto	29
II.2.2 Embarazo molar	31
II.2.3 Embarazo ectópico	32

II.3 CRISIS FAMILIARES	33
II.3.1 Conceptos básicos	33
II.3.2 Tipos de Crisis	34
II.3.3 Recursos para la resolución de las crisis	36
II.4 MUERTE	37
II.4.1 Muerte desde el punto de vista biologista (Una mirada histórica)	37
II.4.2 Modelo religioso de la muerte	39
II.4.3 Modelo socio – antropológico de la muerte	40
II.5 EL DUELO	42
II.5.1 Aspectos Socio – Psico – Antropológicos del duelo por muerte	43
II.5.2 El sufrimiento	44
II.5.3 Duelo en el sistema de salud	46
II.5.4 Etapas del Duelo	48
II.5.5 Elaboración del duelo	51
II.5.6 Variaciones en el duelo	53
II.6 DUELO PERINATAL	57
II.6.1 Componentes Bio – psico – sociales del duelo perinatal	59
II.6.2 Interrelación de los componentes	63
II.6.3 Los otros afectados	64
II.6.4 Actitud del personal de salud	66
II.6.5 Medida objetiva del duelo	67
II.7 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL SITIO DEL ESTUDIO	68

II.7.1 Pedro Vicente Maldonado	68
II.7.2 Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado	69
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO (MATERIALES Y MÉTODOS)	70
III.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	70
III.2 UNIVERSO Y MUESTRA	70
III.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	70
III.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	71
III.5 FORMA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	72
III.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	74
III.7 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS	74
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	76
IV.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	76
VI.1.1 Demografía	76
VI.1.2 Exposición y análisis de datos básicos	81
IV.2 RESULTADOS CUALITATIVOS	84
IV.2.1 Interpretación	84
IV.2.2 Análisis global por grupos definidos	84
Pacientes con pérdida gestacional temprana menor a 6 meses	84
Pacientes con pérdida gestacional temprana entre 6 meses y un año	87

Pacientes con pérdida gestacional temprana entre uno y dos años	90
IV.2.3 Hablando de la pérdida	94
Hablando de la modificación de relaciones	94
Hablando de las emociones	96
Hablando de las redes de apoyo	99
Hablando de la maternidad	100
Hablando de las causas de pérdida gestacional	101
Hablando de la resolución	102
Hablando de las historias de vida	104
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	107
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	111
IV.1 CONCLUSIONES	111
IV.2 RECOMENDACIONES	115
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	118
ANEXOS	127

ÍNDICE DE TABLAS

CUADRO 1. SUBCLASIFICACIÓN DE DUELO COMPLICADO – PATOLÓGICO SEGÚN BORGEOIS	54
CUADRO 2. PERSONALIDADES QUE SON SUSCEPTIBLES DE	

DESARROLLAR DUELOS PATOLÓGICOS DE TIPO PSIQUIÁTRICO	56
CUADRO 3. DIFERENCIAS ENTRE DUELO Y DEPRESIÓN	57
CUADRO 4. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES OBJETO DE ESTUDIO	76
CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO	79
CUADRO 6. CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES OBJETO DE ESTUDIO	79
CUADRO 7. CARACTERÍSTICAS GINECO – OBSTÉTRICAS DE LAS PACIENTES OBJETO DE ESTUDIO	80
CUADRO 8. OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES OBJETO DE ESTUDIO	80

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. INTERRELACIÓN DE LOS COMPONENTES BIO – PSICO – SOCIAL DEL DUELO PERINATAL	64
--	----

RESUMEN

Título: Pérdida Gestacional Temprana No Provocada Y Sus Repercusiones Sociales, Personales Y Familiares En Mujeres Atendidas En El “Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado” desde febrero de 2012 hasta febrero de 2014.

Objetivo: Distinguir las repercusiones sociales, personales y familiares que las pacientes dan a su experiencia de pérdida gestacional temprana no provocada, entre las mujeres que fueron atendidas en el Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado desde Febrero del 2012 hasta Febrero del 2014.

Antecedentes: La pérdida gestacional temprana no provocada (menos de 20 semanas de edad gestacional), es una crisis no normativa que pueden vivenciar las familias y que amerita la experiencia de un proceso de duelo que en muchas ocasiones acarrea una problemática que interfiere en diversos aspectos de la mujer, esto, es generalmente no cierto en las pobladoras de zonas rurales como Pedro Vicente Maldonado, puesto que los hijos son considerados como mano de obra, por lo que bajo esta premisa, queremos llevar a cabo este estudio para determinar la veracidad de esta afirmación.

Material y Método: Se llevó a cabo un estudio cualitativo, fenomenológico, diseño etnográfico, con entrevista semiestructurada y el análisis se lo llevo a cabo por contenido de discurso e ideológico.

Resultados: La mayoría de las mujeres recibieron apoyo familiar y no hubo mayor modificación en las relaciones interpersonales; tristeza y vacío fueron las palabras más comúnmente utilizadas por las pacientes para describir las emociones que presentaron durante el aborto, la maternidad al igual que en otras mujeres está determinada culturalmente, el esfuerzo físico es la causa más referida como principio de aborto, la resolución de las mujeres varía considerablemente tanto en tiempo como en factores atenuantes y agravantes.

Conclusiones: Las mujeres que fueron atendidas en el Hospital Docente “Pedro Vicente Maldonado”, exhiben crisis características de la elaboración del duelo similares a las revisadas en otros estudios, por lo tanto se considera que en zonas rurales la pérdida gestacional temprana no provocada, influye de manera importante acarreado crisis no normativas, las cuales dependiendo de varios contextos afectan en mayor o menor grado la vida de las pacientes, es así que el médico debe realizar un abordaje integral de manera temprana.

SUMMARY

Title: Unprovoked early gestational loss and their social, personal and familial impacts in women admitted in Pedro Vicente Maldonado Teaching Hospital from February 2012 to February 2014.

Objective: To distinguish social, personal and familial impacts, in patients experience about spontaneous early gestational loss, among women treated in Pedro Vicente Maldonado teaching hospital from February 2012 to February 2014.

Background: Spontaneous early gestational loss (less than 20 weeks of gestational age) is a not-normative crisis that families may undergo. This crisis involves the experience of a grieving process, which often interferes with various aspects of women. This is considered not true in women living in ecuadorian rural zones like Pedro Vicente Maldonado, where children are considered manpower. Under this premise, we carried out a study to determine the facts about this situation.

Material and Methods: A qualitative, phenomenological, ethnographic design, with semi-structured interviews. The analysis is performed by discourse and ideological content.

Results: Most women had family support, and did not have major changes in their interpersonal relationships. “Emptiness” and “sadness” were the most common words

used by patients to describe the emotions they arose during the abortion. Motherhood, in most of women, was determined by cultural factors. Physical exertion was referred as the main cause of abortion. The timing of grieving process in these patients oscillated considerably, and it seems to be related to mitigating and aggravating factors.

Conclusions: Women treated in Pedro Vicente Maldonado teaching hospital exhibit characteristics of development of grief, similar to those observed in other studies. Therefore it is considered that in rural areas early pregnancy loss unprovoked significantly influences leading to non-normative crises, depending on various contexts affect in more or less grade the lives of patients, so the physician should perform an early comprehensive approach.

CAPÍTULO I

MARCO INTRODUCTORIO

I.1 INTRODUCCIÓN

La pérdida gestacional temprana cabe dentro de las decepciones que conllevan a duelo perinatal, de ellos el más frecuente es el aborto espontáneo, el cual no ha generado tantos estudios y tanta polémica como lo ha despertado el aborto inducido, sin embargo esto no significa que este pueda considerarse como un proceso reglamentario, pues su presencia ha determinado varias secuelas que han sido ampliamente estudiadas y que genera incomodidad tanto en la mujer – madre como en la familia entera. La madre ha sido la más profundamente analizada en su aspecto psicológico sobretodo y por tanto existen varios estudios que establecen las patologías y sus repercusiones, secundarias a una pérdida gestacional.

Obviamente tratándose de una pérdida, transcurre con una crisis no normativa que atraviesa paulatinamente las fases del duelo y las concreta en determinados tiempos, los cuales también han sido estudiados y explicitados.

La American Family Physician presenta una guía que reconoce la presencia de duelo complicado tras un aborto espontáneo y determina que aproximadamente el 10% de las mujeres puede tener un trastorno de estrés agudo y hasta el 1% puede tener un trastorno de estrés post- traumático. (8) En su artículo sobre el manejo del aborto

espontáneo temprano presenta un acápite sobre las cuestiones psicológicas y recomienda que la consejería en estas pacientes debe encaminarse a la liberación de culpa, brindar confianza en los procedimientos médicos junto con participación activa en la toma de decisiones e información adecuada y oportuna sobre las consecuencias y su posterior fertilidad secundaria a la pérdida. (17)

Otro estudio del Instituto Nacional de Salud de Michigan reportó que las mujeres refieren el antecedente de aborto como el primer o segundo peor episodio en su vida, siendo el asalto sexual el primero. En este estudio se reporta además la existencia de depresión, estrés postraumático o ambos. Aunque este estudio incluye aborto electivo y espontáneo. (21)

La Journal of women's health realizó un estudio para evaluar el dolor perinatal posterior a un aborto espontáneo y consideran que este tipo de pérdida es equiparable a la producida por la muerte de cualquier otro miembro familiar y los tiempos de duelo se comportan de igual manera, exhortan en este estudio a que las pacientes que presentaron un aborto espontáneo deben recibir ayuda para superar su experiencia. (9)

Con estos antecedentes hemos considerado pertinente llevar a cabo un estudio cualitativo que nos permita en alguna manera comprender acertadamente las situaciones vivenciales de las mujeres rurales de Pedro Vicente Maldonado que han experimentado una pérdida gestacional temprana (menos de 20 semanas de gestación), puesto que el

manejo en el Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado no contempla un acápite sobre la salud mental de estas mujeres y probablemente esto no sea necesario si consideramos que en las áreas rurales la procreación lleva implícita una asociación con mano de obra, pero es una inferencia que no podemos verificar sin un estudio previo que nos permita conocer esta afirmación.

I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La gestación es un acto natural, desde el momento del conocimiento de su existencia se toma al embrión como parte de la familia, los padres y específicamente la madre lo considera una persona individual y un nuevo hijo creando lazos afectivos muy fuertes, es así que como cita von Raffler-Engel “un aborto” (o una pérdida gestacional temprana)... “no es un trozo de carne sin vida, sino un rudimentario ser que ha perdido la vida”. Por tanto, aunque para las leyes, la religión y la sociedad entera es simplemente un “no nacido”, para la familia una pérdida gestacional es la muerte de un ser querido.

La dificultad básica, es que las estadísticas proporcionan datos numéricos de las mujeres que han sufrido una pérdida gestacional temprana no provocada, pero no reflejan los conflictos psicológicos, familiares y sociales que viven muchas de ellas, quedando como un problema oculto en donde los profesionales de la salud no pueden intervenir.

Existen varios datos internacionales en donde se evidencian grados de ansiedad, depresión y problemática familiar, sin embargo en nuestro país no se los conoce de manera adecuada y mucho menos en zonas rurales, por lo que al no tener un panorama claro el personal de salud solo realiza un manejo biológico sin dar importancia al acompañamiento psicológico y familiar, es por ello que se destaca la importancia de conocer la situación alrededor de un hecho que muchas mujeres lo han vivido, pero que nadie sabe realmente como se lo confronta.

En suma, ¿es la pérdida gestacional temprana no provocada la causa de repercusiones y crisis de diversa índole relacionadas con la elaboración del duelo, en mujeres que han sido atendidas en el hospital Pedro Vicente Maldonado en los últimos dos años?

I.3 OBJETIVOS

I.3.1 Objetivo general

- Distinguir las repercusiones sociales, personales y familiares que las pacientes dan a su experiencia de pérdida gestacional temprana no provocada, entre las mujeres que fueron atendidas en el Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado desde Febrero del 2012 hasta Febrero del 2014.

I.3.2 Objetivos específicos

- Descubrir las principales modificaciones de relaciones entre las mujeres que han sufrido una pérdida gestacional temprana no provocada con sus principales entes familiares y grupos de apoyo.
- Compilar las principales emociones ante una pérdida gestacional temprana no provocada en mujeres atendidas en el Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado.
- Investigar las causas probables a las cuales las mujeres atribuyen la pérdida gestacional temprana no provocada.
- Deducir si las redes familiares, creencias religiosas o la interrelación con el médico son variables de apoyo importantes en mujeres que han sufrido una pérdida gestacional temprana no provocada.
- Dilucidar el significado de maternidad en las mujeres que han sufrido pérdidas gestacionales tempranas no provocadas atendidas en el Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado.
- Tipificar los atenuantes y agravantes de la elaboración del duelo que mencionan las mujeres que han presentado una pérdida gestacional temprana no provocada.

- Contribuir con datos adecuados para la realización a futuro de un protocolo de manejo integral adecuado para las pacientes que han sufrido una pérdida gestacional temprana no provocada, que pueda aplicarse en el Hospital Pedro Vicente Maldonado.

I.4 JUSTIFICACIÓN

Si bien es cierto el embarazo es un proceso que en la mayoría de veces conlleva emociones positivas (entre ellas las propias de feminidad y masculinidad asignadas socialmente como parte de la prolongación de la existencia), no se puede negar que acarrea cierto porcentaje de estrés, siendo este dependiente de varios factores los cuales determinan la intensidad de emociones negativas, por lo tanto la gestación es considerada una crisis normativa propia de una familia.

Ahora bien, una pérdida gestacional temprana que no haya sido provocada, produce la ruptura temprana en la relación que se iniciaba con el “hijo”, por lo que se desencadenan sentimientos de pérdida y reacciones de duelo, constituyéndose así en una crisis no normativa que afecta considerablemente el bienestar de la pareja y la familia en ese instante y en muchas ocasiones persistente en el tiempo incluso cuando la mujer mantiene otro compromiso, el recuerdo del “no nacido” marca un antes y un después en la vida de la madre

Sin embargo llaman la atención algunos supuestos que mencionan que en comunidades rurales, la conceptualización de maternidad tiene un trasfondo de productividad, lo que ocasiona que la elaboración del duelo sea realizada en menos cantidad de tiempo y sobre todo con menor grado de crisis y problemática global.

Por lo tanto la interrupción de la gestación de manera temprana tiene varias implicaciones que no se advierten con claridad, pero que las mujeres las experimentan con cierta frecuencia, sin conocerse a ciencia cierta si por tratarse de una comunidad rural las reacciones de duelo y las crisis subsecuentes son diferentes, es por ello que se desea realizar el presente estudio en las pacientes que han sido atendidas en el Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado.

I.5 HIPÓTESIS

Posterior a una pérdida gestacional temprana, las mujeres atendidas en el hospital docente “Pedro Vicente Maldonado” presentan crisis personal que no interfiere con sus relaciones interpersonales ni actividades, ya que desde el punto de vista socio-antropológico, en estas colectividades la maternidad es vista como un ente de producción, dando como resultado que la pérdida de un hijo se suprima con los subsecuentes embarazos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

II.1 MATERNIDAD

II.1.1 Ser madre a través de la historia.

La maternidad es un complejo constructo y una creencia que se modifica con el paso del tiempo, en respuesta a las necesidades sociales de la época, que adquiere mayor relevancia y que transforma a las familias, ha sido y sigue siendo una descripción que autoidentifica y autoevalúa a la mujer, aunque no tenga hijos, porque el mismo se ha convertido en un hito del desarrollo femenino.

Según Nancy Scheper-Hughes (1997), “el amor materno no es un amor natural; representa más bien una matriz de imágenes, significados, prácticas y sentimientos que siempre son social y culturalmente producidos”. (32)

Según Eisler (1996), en la antigua Grecia, el rol paterno en la procreación era desconocido y la madre era la encargada de prolongar la vida y nutrir el germen de vida, la palabra maternidad en esta época no existe, pero su función está presente, estas características, lo que convertía a la población en un ente social, posteriormente, se transforma en un modelo patriarcal, donde se pierde la equidad y la mujer pasa a un rol dependiente y sumiso, en este punto de la historia el germen es dado por el hombre y la

mujer cumple una actuación secundaria y pasa a ser solamente una sirvienta (Beauvoir, 1970).

La teología también ha tenido su importancia en el concepto de maternidad, inicia mostrando a Eva, susceptible de tentación y culpable de la desventura de Adán, creando una idea de mujeres débiles y caprichosas, posteriormente son símbolo del mal causantes de las disputas. Eva no es una idea originaria de Dios, nace de la necesidad del hombre y este quiere sentirse realizado a través de ella de tal forma que la mujer carga con su propio destino y el de él. Luego y a través de la historia nos presenta a María la madre sacrificada al pie de la cruz, pura, fiel y casta, cuya misión es revalorizar a las mujeres.

Duby y Perrot analizan la madre de la edad media y concluyen que la mujer es la encargada de engendrar, parir y amamantar a los hijos, será la facultada para brindarles un amor infinito, que no se nombra por es algo evidente, subyugada al esposo y destinada a recibir menos amor bajo el concepto de que siente más placer en amar que en ser amada, a entregarse por completo al esposo y a recibir de él, según su naturaleza inferior.

La madre de la era romántica revoluciona la percepción de lo materno, vista previamente como ente procreador y disciplinario, pero a partir del siglo XVII y XVIII la maternidad se cataloga como el objetivo central de la mujer y se considera al menor como un ente inocente y desprotegido por lo que los hábitos previos se modifican.

La revolución industrial hace que en este momento la mujer quede a la crianza de los niños y sea de proveedora de cuidados, aunque la clase obrera tiene a la familia como parte de los trabajadores.

Según Wang (2004), producto de las adaptaciones sociales de las familias burguesas y capitalistas, se establece una diferencia entre amor materno y el sentir maternal, el primero es un estado determinado por una estrategia reproductiva que promueve tener pocos hijos para poder invertir mucho en ellos, tanto material como emocionalmente, mientras que se considera el sentir maternal (propio de la clase obrera) como una conceptualización, en donde tener muchos hijos es símbolo de prestigio, poder y abundancia del grupo familiar, ya que a mayor reproducción mayor mano de obra que pueda mantener el núcleo familiar, estableciendo así una maternidad productiva y proveedora. (32)

La madre de la era moderna adquiere la maternidad como un reto y es ella la directamente importante de tal forma que el padre adquiere un puesto secundario, la maternidad va ligada a la responsabilidad y por tanto es tarea de quien mejor la cumple. Requiere dedicación total, conocimiento, recursos y esfuerzo, así como capacidad de amar y controlar sus propios impulsos y nace la teoría del apego de Paget. En esta etapa de la historia se fiscaliza la calidad del cuidado infantil, cuyo resultado será el poder de socializar y comunicarse en el estado adulto, se establecen criterios de buena y mala madre, a partir de los años treinta en Estados Unidos se centra el cuidado y crianza de

los niños en el amor materno como factor central de la crianza, las ideas permisivas del Dr. Spock tienen una gran influencia en esta nueva visión de la crianza. La maternidad ha ido evolucionando de manera progresiva con las generaciones, pues inicialmente Rousseau y Freud, sostenían el argumento de la “buena madre”, la “normal”, aquella persona que destaca por su abnegación y sacrificio, siendo capaz de adaptarse a las necesidades del hijo, mientras que las aberraciones se constituían en la “mala madre” aquella mujer incapaz de proporcionar el cuidado a sus hijos debido a sus ocupaciones sociales. (32)

Para Freud las diferencias anatómicas se constituyen en un destino para las mujeres, ya que también determina diferencias en el desarrollo psíquico dando pasividad a las mujeres y actividad a los hombres (32)

Posteriormente en los años 40`s, el movimiento femenino cobró auge, considerando a la maternidad como una función social y política, ya que las reglas sociales determinaban opresión disfrazada de abnegación, es así que se promulga el libre albedrío de decidir ser madres o no, sin privarlas de sus derechos civiles, sociales y políticos. (32)

Es en los años sesenta que aparecen los primeros métodos anticonceptivos y con ellos se pierde la naturalidad de la concepción. En este mismo año también, nace el movimiento feminista radical norteamericano, siendo su representante Kate Millet, quien cuestiona el mito freudiano de la femineidad determinado por el sacrificio, defendiendo

un nuevo lugar para las mujeres en la sociedad, para así destruir el modelo patriarcal.

(32)

El sociólogo Alain Ehrenberg, describe a la madre de la era postmoderna, quien deja de lado las creencias del siglo XX con sus permisos y prohibiciones y entonces nace la era de las posibilidades, se disminuye el número de hijos y se incrementan las oportunidades de trabajo. La crianza de los hijos deja de ser únicamente responsabilidad de la madre y el padre adopta un rol también, de tal forma que en ciertos países como en el nuestro, al nacimiento de un hijo se extiende licencia de paternidad, entonces la crianza de los hijos no solamente queda en un plano femenino sino que rebaza este límite y la sociedad entera es la encargada de su educación.

En conclusión el concepto de maternidad ha evolucionado a través de la historia, lo que confirma que es únicamente un constructo producto de los oscuros rincones del cerebro humano y su afirmación o negación no es más que el paso del tiempo y debe definitivamente acoplarse al medio en el cual se desenvuelve. Por lo tanto el concepto de maternidad es parte de la cultura en constante evolución.

II.1.2 La ruralidad y el rol de la mujer

En Ecuador las comunidades rurales, no están determinadas por el número de habitantes, sino más bien por la división territorial, entendiéndose como ruralidad a las

cabeceras parroquiales, otros centros poblados, las periferias de los núcleos urbanos y la población dispersa, contemplando además el tamaño demográfico de las parroquias que van desde menos de 2500 habitantes y entre 2500 y 5000 (47)

Según el último censo la población total de Pedro Vicente Maldonado es de 12.924, con una cantidad de hombres de 6.735 y mujeres de 6.189 (23), del total de pobladores 7.102 personas reside en las áreas rurales las cuales poseen un crecimiento anual de 1,48% (23). Según su ocupación hay un 33,8% de trabajadores no calificados, el 28% de agricultores, y un 17,3% de obreros de construcción, el número de hombres ocupados es 4,5 veces mayor a las mujeres (Mun. PVM, 2009, p.11).

El problema básico de las mujeres en las comunidades rurales, especialmente indígenas, tiene una causa en común, la desigualdad de género, lo que determina el escaso acceso a los bienes y servicios, además de la poca toma de decisiones que poseen haciendo que se afecte de manera proporcional su participación en las jornadas laborales, la propiedad de la tierra, la salud y educación, sin embargo sobre ellas recaen las obligaciones de administración de hijos y familia que hacen que esa sea su rol principal o para muchos considerado su destino, por lo tanto la maternidad tiene un significado muy importante, haciendo que mujer, matrimonio y maternidad sea una triada inseparable (Espinosa, 2004)(11).

La maternidad es una percepción, ya que está determinada por una heterogeneidad de reflexiones las cuales dependen de las generaciones, el lugar de origen y sobre todo de la socialización (32). Por ejemplo en un estudio realizado en Perú en las tribus nativas Awajun y Wampis, Medina (2009), llega a la conclusión que las concepciones y percepciones que giran en torno al embarazo, parto y puerperio, son patrones culturales establecidos en las comunidades y por lo tanto norman las conductas y comportamientos de las personas. (13)

La culturalidad actual da una dualidad a la conceptualización, ya que por un lado se percibe de manera tradicional, como un acto natural ligado de manera innata al ser mujer, mientras que por otro la modernidad auspicia el uso de anticoncepción, para regularla con la única meta de la realización personal y social (32).

II.1.3 Percepción de maternidad en el contexto marginal

Según Mancini (2014), la cultura de la maternidad recae sobre toda mujer sin importar la clase social, sin embargo toma diferentes formas dependiendo de los rasgos de culturalidad y el contexto (32).

Ser madre es inherente a ser mujer en las clases sociales bajas, según Climent y Arias (1996), la maternidad otorga la identidad al género femenino, a tal punto en el que el hijo se transforma en el destino y la complementariedad de vida, por lo que sin

importar la edad de inicio y el número de hijos, ser madre es un estado culturalmente aceptable, además de constituirse en un proyecto de vida. Esta premisa se ratifica con una encuesta realizada en 1994 en una zona conurbana de Argentina, a 250 adolescentes menores de 18 años, de las cuales el 41% considera que la mujer debe ocuparse de su casa, de ellas el 82% mantiene que la mujer debe ocuparse de sus hijos, marido y su casa ya que “siempre fue así”, describiendo al hijo como “un sentido de vivir”, “una compañía”, “algo de su propiedad”, “no estar sola”, “le voy a dar todo”, ser madre es el “sueño de toda mujer” (32).

Para Gonzáles Montes (1994), los hijos en estos estratos son un símbolo de identidad, con lo que se adquiere poder social, legitimidad, autoridad moral y gratificación emocional, las reivindica frente a la comunidad y les permite ejercer un control sobre los hijos, para Marcús (2003) este rol es una forma de recompensa que las mujeres no encuentran en otros ámbitos de sus vidas, este acápite está fundamentado en una encuesta realizada a 1485 adolescentes argentinas de bajos recursos, de las cuales el 35% de las mujeres que no usaban anticoncepción era debido a que buscaban el embarazo.(32)

En cambio para Pantelides, Geldstein, Infesta Domínguez (1995), la maternidad es una manera de recompensa, en donde se recibe por parte del hijo el amor y comprensión que no pudieron tener de niñas. (32)

Para los sociólogos, este ámbito y definiciones culturales determinan la subordinación de las mujeres, perpetuando el concepto tradicional dado por Rousseau (1762), quien expresa que “la mujer debe limitarse al gobierno doméstico, no mezclarse con los asuntos de fuera, mantenerse dentro de la casa” (32). Por lo tanto la maternidad es cuestión de roles, los cuales están determinados y construidos de manera socio cultural, otorgando poder y jerarquía al género masculino (Rostagnol 1991, Piscitelli 1995) (32). A la misma conclusión llega Baeza (2009) quien realiza una investigación en los pueblos rurales indígenas de Colta en donde se evidencia el interés de ciertos poderes en mantener a las mujeres subrogadas en la organización social. (36)

Sin embargo en los niveles medios y altos, cuanto más actividad, educación y juventud tengan, menos importancia dan a la maternidad como meta dentro de la feminidad, por lo tanto el estudio de Marcús (2006) concluye con un acápite dicho por Condorcet “el genio femenino no se limita a la maternidad, sino que la mujer puede acceder a todas las posiciones, porque sólo la injusticia, y no la naturaleza, les impide el conocimiento y el poder” (32)

En conclusión, la ideación de la maternidad en el nivel socio económico bajo está determinada por una dinámica de procesos culturales, que culminan en un sentimiento de legitimidad como mujer en su medio cultural, haciendo que el perfil de madre y esposa sea ratificado con la maternidad (32).

II.2 PÉRDIDA GESTACIONAL TEMPRANA

II.2.1 Aborto

Según la OMS se reconoce como aborto a “la interrupción provocada o natural de la gestación cuando el feto tiene menos de 20 semanas o pesa menos de 500 gramos”. Se considera que el aborto espontáneo es sin lugar a dudas la dificultad más frecuente en el embarazo temprano, esta complicación disminuye con el aumento de la edad gestacional. De todos los embarazos reconocidos hasta las 20 semanas, aproximadamente del 8 a 20% terminarán en aborto espontáneo; de estos el 80% acontecen en las 12 primeras semanas de gestación. El porcentaje de abortos no reconocidos o subclínicos es aún mayor, se producen en el 13 al 26% de todos los embarazos.

En el Ecuador de todos los embarazos, nacen tan solo el 30%, del 70% restante el 30% son abortos preclínicos, el otro 30% se producen por alteraciones en la implantación y el mínimo 10% son abortos clínicos (6). En cuanto al tiempo de pérdida, el 80% se presentan durante las primeras 12 semanas, el 20% remanente se da hasta las 20 semanas, el 20.1% de todas las mujeres presentan un aborto recurrente. (6)

Dentro de las causas, entre el 30 y 50% de abortos espontáneos son anormales tanto genética como citológicamente, estableciéndose que hasta las 11 semanas cariotipos

alterados se evidencian en el 50%, mientras que entre las semanas 16 y 20 se presenta en el 30%. (6)

En la mujer de la población normal que no haya abortado el riesgo de pérdida es entre el 11 y 15%, mientras que se incrementa a 16% con un aborto, 25% con dos, 45% con tres y 54% con cuatro. (6)

Los factores de riesgo asociados con aborto conocidos hasta el momento son la edad materna avanzada, la cual es el factor de riesgo involuntario más importante, el aborto espontáneo previo en calidad de predictor de los resultados de embarazos posteriores y el tabaquismo materno que se asocia con mayor riesgo de pérdida, el mecanismo responsable de este último es desconocido, se cree que el hábito tabáquico paternal también puede aumentar el riesgo de aborto. Otros factores de riesgo tales como alcohol, drogas, cafeína, o sustancias medicinales y falta de vitaminas, han sido ampliamente estudiados pero sus resultados son contradictorios.

La causa generalmente son anomalías cromosómicas en el embrión o la exposición a teratógenos. Con frecuencia es difícil determinar la causa de un aborto espontáneo en un caso individual. En una tercera parte de los casos ocurre a las 8 semanas de gestación o antes y no es posible evidenciar un saco gestacional o este está vacío, los dos tercios restantes, en los que se identifica un embrión, aproximadamente la mitad son anormales.

Las anomalías cromosómicas representan aproximadamente el 50% de todos los abortos involuntarios, la mayoría de ellos son por aneuploidías; anomalías estructurales y mosaicismo son responsables de una proporción pequeña. La infección materna aguda con cualquiera de una gran variedad de organismos puede dar lugar a aborto debido a la infección del feto o de la placenta, las endocrinopatías maternas también pueden poner en peligro el medio ambiente uterino imposibilitando la fecundidad.

Estudios cualitativos realizados en México, la comunidad representada en las parteras rurales evidencia un importante rechazo al aborto, considerándolo como un fracaso de la reproducción y por ende en la función de la mujer culpabilizándola del hecho (7).

II.2.2 Embarazo molar

El embarazo molar es uno de varios trastornos relacionados de la fertilización, comprende la mola hidatidiforme completa y parcial, dependiendo de la presencia o no de tejido fetal, siendo esta última considerada como completa.

El tratamiento inicial de la sospecha de mola es la evacuación intrauterina por succión (preferido) y/o curetaje y la evacuación depende de los resultados anatomo-

patológicos que definen el diagnóstico y que ayudan a aliviar los síntomas y sobre todo a prevenir las complicaciones.

Las pacientes con paridad satisfecha pueden optar por la histerectomía, lo cual elimina el riesgo local aunque el peligro de metástasis persiste. La mayor complicación del procedimiento es la hemorragia, aunque por lo general el sangrado abundante es casi siempre autolimitado y la transfusión rara vez es apropiada. Complicaciones graves a tener en cuenta son la tormenta tiroidea así como la dificultad respiratoria por embolización de tejido trofoblástico a pulmón.

Se recomienda posterior a un embarazo molar un período de seguimiento, el cual aún no se ha sido determinado con exactitud, aunque algunos autores recomiendan pruebas semanales de BHCG y terminar el seguimiento con tres valores normales consecutivos de la misma. Otro tópico que ha generado controversia es el uso de quimioterapia profiláctica al momento de la evacuación. El uso de quimioterapia debe considerarse en embarazadas con alto riesgo que se presentan con marcada elevación de sub beta HCG y tamaño uterino anormal.

II.2.3 Embarazo ectópico

Se considera embarazo ectópico a aquella fecundación que se produce fuera de la cavidad uterina, puede representar una causa de abdomen agudo sobre todo cuando se ha

accidentado, de lo que se deduce que su tratamiento es netamente quirúrgico una vez hecho el diagnóstico.

Por su incidencia se lo ha clasificado como tubárico (98.3%) y extratubárico (1.7%), del primero, el ampular es el mayormente reconocido y frecuente. Sus causas son secundarias a todos los procesos que dificulten la progresión del óvulo fecundado hacia la cavidad uterina y dentro de estas se entran la enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía o endometriosis tubárica, anomalías congénitas o alteraciones del peristaltismo.

II.3 CRISIS FAMILIARES

II.3.1 Conceptos básicos

La palabra crisis se define como una “situación grave y difícil que pone en peligro la continuidad o el desarrollo de un proceso” (49), etimológicamente significa “momento decisivo”.

Por lo tanto una crisis familiar es una situación de la vida en cualquier etapa de desarrollo del ciclo, que afecta de manera directa la dinámica familiar, obligando a los participantes de este núcleo a adaptarse mediante decisiones y cambios individuales o grupales, para enfrentar un nuevo contexto (2) (16).

Es así que se presentan etapas de transformación en donde no se conoce de manera clara las funciones de los integrantes, pues es en esta etapa en donde hay modificaciones o apareamiento de nuevos roles, acarreado de desestabilidad y fluctuación en el proceso de evolución (16).

La adaptabilidad social está determinada por tres factores importantes que son (2):

- La modalidad de la crisis y el nivel de problemática que provoca tanto en el individuo como en todo el núcleo.
- Las fortalezas adquiridas previamente por el grupo familiar, dependiente de varios tipos de potencialidades adquiridas.
- Las diversas redes de apoyo con las que cuentan.

II.3.2 Tipos de crisis

Según Erikson, las crisis familiares se pueden dividir según la previsión de las mismas en (16):

1. Crisis Normativas.- Son hechos previsibles que acontecen en el proceso evolutivo normal de una familia, es decir aquellos acontecimientos que “se veían venir”, como por ejemplo el matrimonio, embarazo esperado, ingreso de uno de los hijos a una institución educativa, etc.
2. Crisis No Normativas.- son acontecimientos inesperados que no siguen el proceso normal del ciclo familiar, sino más bien se presentan como un

“accidente” en la vida cotidiana, como por ejemplo el divorcio, aborto no provocado, pérdida de un año escolar, etc.

Además de estos tipos, Shires establece una subdivisión de las mismas dependiendo del grado de inclusión del hecho, es por ello que tenemos (2):

1. Crisis de Adición.- son aquellas en donde se suma un integrante o un hecho en el grupo familiar habitual, como por ejemplo nacimiento de un hijo planificado como parte de una crisis normativa y la convivencia inesperada con un amigo de la familia lo cual se constituye una crisis no normativa.
2. Crisis de Pérdida.- se producen cuando hay una disminución en los integrantes, bienes materiales o inmateriales de una familia, por ejemplo muerte previsible de un integrante anciano (crisis normativa), muerte accidental de un hijo (crisis no normativa)
3. Crisis con cambio de status.- son los hechos determinados por modificaciones en el estilo de vida predominantemente relacionado con el nivel socio económico, por ejemplo jubilación (crisis normativa), despido intempestivo (crisis no normativa).

En el caso de este estudio, la pérdida gestacional no provocada se considera una crisis no normativa de pérdida, por lo tanto el médico familiar debe estar preparado para poder brindar atención adecuada en cuanto a conductas de resolución de duelos o intervenciones para mejorar las relaciones familiares, además de la capacidad de

proporcionar herramientas para la superación de la problemática, constituyéndose también en una de las redes de apoyo del núcleo familiar.

II.3.3 Recursos para la resolución de las crisis

Las sociedades y específicamente el núcleo familiar deben desarrollar varios recursos, los cuales son necesarios para la adecuada resolución de la crisis, entre los que destacan (2):

- **Cohesión:** constituye la expresión del apoyo y confianza total entre los miembros del grupo, lo cual es imprescindible para la toma de decisiones conjunta.
- **Flexibilidad:** es la capacidad de maleabilidad ante nuevas funciones y roles por parte de los interventores del núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** es un recurso determinado por la flexibilidad, pues se trata de la facultad que posee el grupo en conjunto para hacer frente a las diversas situaciones que modifican el estilo de vida y el posterior acoplamiento a la sociedad.
- **Permeabilidad:** es la capacidad de la interrelación de la familia con otros subsistemas.
- **Apoyo social:** se trata de un recurso que puede ser tanto intra como extrafamiliar.

II.4 MUERTE

“La muerte es algo que no debemos temer porque, mientras somos, la muerte no es y cuando la muerte es, nosotros no somos”. Antonio Machado.

La palabra muerte, deriva del latín “mors” que significa cesación o término de la vida, lo cual es tomado de manera literal para la definición establecida por la real academia de la lengua española.

II.4.1 Muerte desde el punto de vista biólogo (Una mirada histórica)

En las primeras descripciones, dadas en el siglo V a.C. por Hipócrates, los signos de que un individuo estaba muerto se basaban en la rigidez, enfriamiento y putrefacción, estas características se mantuvieron durante toda la época medieval, ya que debido a la Inquisición prohibía los estudios de los cadáveres, por lo tanto no se podía buscar causas ni características de la muerte (42)

Posteriormente, en el siglo XVII, tras las investigaciones realizadas por Harvey sobre la circulación sanguínea, se determina que el término de la vida está dado por el cese de los latidos del corazón y la desaparición del pulso, es allí que se establece al corazón como el órgano básico para el funcionamiento del cuerpo y por lo tanto el criterio de la muerte biológica era el paro cardiorrespiratorio (42)

Llama la atención, los eventos relacionados en el siglo XVII, XVIII y XIX en los cuales tras las grandes epidemias, los médicos en pro de la salud se veían obligados a realizar enterramientos masivos con la finalidad de controlar las enfermedades, derivando en un miedo colectivo en ser enterrado vivo y la necesidad de poseer criterios para determinar la muerte biológica, por lo que los galenos de aquella época cuestionaban la validez del paro cardiorrespiratorio como signo de muerte, es allí en donde llegan supuestos como el realizado por Winslow (1947) quien mencionó que “la putrefacción es la única prueba segura de la muerte”, a partir de todos los argumentos se decide en algunos países esperar un lapso de 24 horas en cámaras mortuorias antes de enterrar al difundo, acto con el cual se inician los primeros velatorios. (42)

A finales del siglo XVII, Bichat, elabora una diferente definición de muerte y menciona que se trata de “La detención funcional del sistema nervioso, de la circulación, de la respiración y de la temperatura corporal”. En el siglo XIX Laennec inventa el estetoscopio y se lo introduce en la práctica diaria para evaluar funciones cardiacas y respiratorias y se introduce nuevamente el argumento de “Cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias”. (42)

La definición actual médica, se establece a finales del siglo XX, tras el surgimiento de la terapia intensiva, pues con tecnologías y fármacos se podían suplir las necesidades cardiacas y respiratorias, sin embargo estos pacientes podían mantener una inactividad cerebral, por lo tanto surge una nueva conceptualización, la muerte encefálica propuesta

por el Informe del Comité Ad Hoc de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, el cual se basa en los siguientes criterios: ausencia de respuesta y recepción (el paciente muestra nula respuesta a estímulos externos y no responde a estímulos dolorosos), ausencia de movimientos respiratorios (incluyendo ausencia de respiración espontánea con apnea mayor de tres minutos), ausencia de reflejos, electroencefalograma plano, pupilas fijas y dilatadas, falta de movimiento ocular aun con golpe o giro o introducción de agua helada en el oído, ausencia de reflejos osteotendinosos. (42)

II.4.2 Modelo religioso de la muerte

Tras la muerte biológica se han postulado diferentes conceptos filosóficos que evolucionaron hasta tener hipótesis tan complejas y diversas, que van desde la astronomía y el cosmos hasta la teoría de la inmortalidad, estos conceptos dan lugar a grandes paradigmas que dependen de las diferentes comunidades sociales y religiosas.

Para las culturas egipcias, el deseo de inmortalidad de los faraones trascendió a todo el pueblo, por lo que la momificación y los embalsamientos eran la base de sus ritos funerarios para preservar la vida. (3)

Los budistas y los hindúes mencionan que la muerte no es un fin pues tiene una continuación es la reencarnación, para los budistas este proceso continuará hasta

completar el karma y posteriormente transformarse en divinidades, mientras que para los hindúes la reencarnación se dará de manera infinita.

Para los griegos, la muerte era el paso a una nueva vida acompañada de las divinidades que tenían formas humanas, en algunos casos si los dioses lo permitían podían retornar a la tierra y ser mensajeros divinos, tras la muerte de un individuo sus familiares tenían la creencia que su espíritu era llevado en una barca y debía pagar a Caronte para que abra su paso hacia el Olimpo. (14)

Para los islamitas, la muerte es solo un pago a la maldad de los hechos humanos, sin embargo aquellos que alcanzaron el favor Alá tenían la recompensa de una inmortalidad de virtud y gozo.

Las costumbres cristianas, también determinan varios rituales, todos con el único fin de alcanzar el Paraíso, en donde se encontrarán con su Creador y tendrán una eternidad de felicidad.

II.4.3 Modelo Socio-antropológico de la muerte

La muerte está desde el inicio del ser humano, sin embargo ha sido causa de evitación, no se nombra de manera clara y obviamente no es costumbre hablar de ello; la

causa básica es el temor al sufrimiento, pues la muerte constituye para la sociedad en una despedida, un alejamiento de todo y de todos. (14)

El temor al sufrimiento es, precisamente el motor que ha impulsado al ser humano a buscar una manera de supervivencia y trascendencia, dando como resultado la presencia del “alma”, por lo tanto se iniciaron conductas especiales dependiendo de los diferentes tipos de culturas para los rituales de sus muertos, que van desde la preservación del cuerpo con todos sus bienes hasta las incineraciones del mismo. (14)

Esta conducta social es interpretada por Freud como el punto intermedio en el cual la muerte es aceptada como un hecho físico, pero también negando la aplicabilidad sobre el propio ser, por lo que en las culturas primitivas los espíritus nacen de la confrontación con el difunto y el alma de la necesidad de la perdurabilidad de sus seres queridos dando así inmortalidad y legado cultural. (14)

Este tipo de conductas determina que los “vivos” sientan tan cerca a sus familiares perdidos que sentirán su presencia, hablarán con ellos y por ende visitarán su tumba para mantener el recuerdo permanentemente, incluso el hablar todas las virtudes en el velorio destacan la necesidad de su cercanía, sin embargo para algunos sociólogos también podría deberse a evitar molestar al difunto para no tener que de manera posterior sentir su espíritu amenazante (14). Según Torralba, la muerte desde el punto de vista sociológico es universal pero las maneras de vivirla son diferentes para cada cultura, por

lo tanto este hecho adquiere un carácter simbólico diferente, llegando a concretar hechos variables, sin que ninguno sea considerado totalmente adecuado. (14)

Por lo tanto los diversos tipos de ceremonias tienen varias finalidades, para Reverte Coma podrían ser: confirmar el reposo del alma, realizar actos para separación y agregación de los familiares, alistar y facilitar el camino hacia el más allá, evitar que el alma amenace a la familia (14).

II.5 EL DUELO

El duelo es concebido como “el proceso que tiene lugar tras una pérdida irreparable, siendo una reacción natural y necesaria de adaptabilidad”, etimológicamente proviene del latín “dolus” que significa dolor y, de “duellum” que significa hombre al que se le teme (en relación al combate por honor o desafío entre dos).

La primera concepción que aparece en relación a la descripción de duelo la da Freud (1917), quien lo cataloga como “un proceso dinámico complejo que involucra a la personalidad total del individuo y abarca, de un modo consciente o inconsciente, todas las funciones del yo, sus actitudes, defensas y, en particular, las relaciones con los demás” (14)

Posteriormente Carpenito (1987) lo define como “estado en el que un individuo o familia experimenta una pérdida real o percibida, o estado en el que un individuo o familia responden al convencimiento de una futura pérdida (duelo anticipado)”. (14)

II.5.1 Aspectos Socio – Psico - Antropológicos del duelo por muerte

La adaptación al entorno está determinada por varios componentes entre ellos están: la manera de elaboración del duelo, las transiciones psicosociales, las relaciones sociales y las dificultades en las mismas. Por lo tanto, las diferentes maneras de vivenciar el duelo van a depender de la cultura, circunstancias en donde se da la pérdida, la edad, situación vital, la pérdida anticipada o súbita (14)

Desde el punto de vista sociológico Buerges (1985) lo considera como, un proceso que se maneja mejor al ser compartido y asistido por los demás, por lo que cuando se trata de muerte se dan por parte de los congéneres diversos comportamientos y conductas en el luto, el entierro e incluso se llega a determinar el tiempo que debe durar todo el proceso, todo esto para ser culturalmente aceptado. (14)

Mientras que para el ámbito de la psicología es una conducta universal que afecta a un individuo de manera integral en los aspectos mental, psicológico, emotivo y determinara alteraciones sociales, físicas desembocando en la realización de ritos espirituales, los cuales los antropólogos los califican como temporales, según Van

Genep se encuentran 3 etapas en los rituales, los que son: de separación, la etapa marginal y la de integración o agregación, tras este proceso la persona que realiza el duelo adquiere un nuevo lugar, en algunas sociedades incluso se lo cataloga como un acto purificador. (14)

Según Tylor estos rituales tienen tres funciones importantes que son: establecimiento de valores y apoyo del grupo en el “disturbio psicológico”, reforzamiento de la unión del grupo, afirmación y comunicación al grupo del cambio. (14)

El duelo además es concebido como la posibilidad del ser humano de adaptarse a la pérdida y volver a una vida diferente, sin embargo existe la posibilidad de que se vuelva patológico y crónico al tener el proceso de una manera incompleta o mal elaborada, pudiendo incluso requerir de un tratamiento psicológico. (14)

II.5.2 El sufrimiento

Para Bueno (2006), el sentido de la vida está dado por los que nos rodean, es decir la vida no tiene sentido predeterminado, dándole un significado interpersonal a la muerte, el sufrimiento y el duelo. (1)

Por lo tanto el sufrimiento también tiene diferentes significados, la definición mayormente aceptada es, un sentimiento emocional y cognitivo negativo que se presenta tras algún hecho que amenaza la integridad, se acompaña de impotencia para la resolución y de agotamiento de recursos. (1)

Lain Entralgo en 1996 menciona que la experiencia psicológica de la enfermedad y la muerte se resume en 4 sentimientos: la aflicción, la amenaza biológica y biográfica, la soledad y la evasión de la vida cotidiana; por lo tanto cada uno de ellos trae consigo el sufrimiento (1). El sufrimiento se cataloga no solo como el dolor físico establecido dentro de la biología humana, sino también el dolor existencial y el dolor social, por lo tanto es un sentimiento determinado por varios aspectos, de allí que es catalogado como integral, en cuyo caso engloba pérdida de cualquier tipo. (1)

Sin embargo para algunos autores es considerado un agente curativo, ya que según Morse (2001) el sufrimiento es una liberación emocional tras diversos hechos, en donde al ser repetitivo ayuda a reordenar prioridades y a su vez permite el retorno a la esperanza, destacando además que aguantar diferentes problemáticas es una manera de supresión emocional hasta que la persona pueda hacerse cargo de la situación, por lo tanto es considerado como parte de la negación y por ende no cura, además según algunos psicólogos si algún individuo aguanta el dolor buscará otro medio de escape, de tal manera que podría iniciarse algún tipo de adicción. (1)

Llama la atención entonces que desde épocas históricas se han tenido dos actitudes frente al sufrimiento, inicialmente catalogadas como diferentes, sin embargo tras el apareamiento de las fases del duelo se consideran complementarias; la una es el rechazo tomada desde el punto de vista de los estoicos como indiferencia al dolor, Epicuro mencionó al respecto que "todas las acciones humanas tienen como fin evitar el sufrimiento"; la otra actitud es la aceptación, por lo que Nietzsche recalca que "no hay placer ni belleza sin sufrimiento". (1)

Por lo tanto desde el punto de vista médico, es importante establecer maneras de cómo enfrentar el sufrimiento y la pérdida para poder así superarlo y concluir el duelo de manera completa, la principal manera es la escucha activa, sin embargo aparte de ello, según Bayes (1998) se debe realizar en primera instancia una correcta identificación de las situaciones que se consideran una amenaza y priorizarlos, seguido de compensar, eliminar y atenuar los síntomas, tercero descubrir y potenciar los recursos con los que cuenta el individuo y finalmente el uso de técnicas para modificar características ansiosas o depresivas. (1)

II.5.3 Duelo en el sistema de salud

Desde el punto de sistemas de salud, todas las intervenciones alrededor del duelo tras una pérdida gestacional han sido excluidos de manera casi total, siendo dadas solamente bajo petición del paciente produciendo así muchas dudas al médico, pues no

está capacitado para poder realizar esta tarea por lo tanto se realizan referencias a otro tipo de profesionales, es así que culturalmente la intervenciones en cuanto a duelo se han delegado a otros círculos como por ejemplo el religioso y el social, en donde muchas veces se promueven varios tipos de información y sentimientos, muchos de ellos alejados de la verdad, los cuales empeoran la resolución. Por lo tanto es imprescindible que los profesionales de la salud, especialmente el médico familiar esté preparado para acompañar a las pacientes, identificar signos y síntomas propios del proceso y estar alertas al momento en el cual un duelo pueda tornarse patológico y que requiera apoyo por parte de otra especialidad (34)

En la práctica diaria, mucho de los pacientes presentan expresiones directas de un sentimiento de pérdida o a su vez sintomatología clínica derivada de somatización, sin olvidar que la desatención de las derivaciones patológicas puede desencadenar drogadicción, abuso de sustancias y alcohol, violencia, aislamiento social, incremento de mortalidad y suicidio, en Chile se destaca que el 16% de de los individuos que han sufrido la pérdida de un ser querido, presentan dentro del primer año cuadros depresivos, por lo tanto es determinante los conocimientos adecuados para el diagnóstico y tratamiento (34)

II.5.4 Etapas del duelo

Por lo antes mencionado, se iniciará entendiendo las fases de duelo, de los cuales existen muchos conceptos, sin embargo son mundialmente conocidas las etapas presentadas por Elisabeth Kubler-Roos en 1969, las cuales las engloban en 5 fases (18):

1. Negación: dado por cuestionamientos alrededor de la pérdida que no permiten entender la situación.
2. Ira (enfado o indiferencia): es aquí en donde se buscan culpables a personas o situaciones determinadas por la pérdida, priman sentimientos de euforia en el momento en el que el individuo toma conciencia de modificaciones de rutinas de vida.
3. Negociación: aquí la persona intentará realizar acuerdos, tanto consigo mismo como con el resto de la sociedad, para poder buscar subterfugios aunque en el fondo reconoce la imposibilidad de solución del problema.
4. Dolor: la situación cobra más peso en la vida de la persona, por lo que al ver que no hay posibilidad de solución, presenta sentimientos de tristeza, es aquí en donde médicamente se pueden presentar episodios de depresión que lleguen a mortalidad.

5. Aceptación: El individuo entiende de manera total que la situación no puede remediarse, por lo que entra en diversos procesos psicológicos, antropológico-culturales y sociales para adaptarse a la nueva situación y limitar de manera progresiva sentimientos de culpa y tristeza.

Para otros autores como Linderman y Schulz, el duelo es un proceso muy poco limitado por lo que proponen 3 fases demarcadas, las cuales son:

1. Inmediata (De evitación, impacto o shock): es una reacción por lo demás normal, al ser ésta un mecanismo de defensa en donde, el individuo se permite reorganizar procesos mentales de manera progresiva para asimilar la nueva situación, dentro de este paso puede darse un estado de incredulidad o shock emocional, además de la bien conocida negación, antropológica y socialmente se dan los actos de funeral y ceremonia de entierro, los cuales como se mencionó anteriormente son la evidencia social del nuevo estatus, llama la atención la necesidad de ver el cuerpo sin vida dado en muchas sociedades, este acto no es más que la evidencia física de que la muerte es irreversible. (18)
Psicopatológicamente el sentimiento principal de esta etapa es la ansiedad, produciendo una limitación en el estado de la conciencia. (34)
2. Fase Intermedia, Aguda (de repliegue, depresivo-anheló): Es aquí en donde se presentan los sentimientos de rabia, angustia, temor, culpa, dolor extremo, aislamiento social, anhedonia, detención de actividades cotidianas, pérdida de

peso, alteraciones en el sueño, ideación de muerte, etc, todo ello se presenta por la ruptura definitiva de vínculos psicológicos con la persona que desapareció, esta etapa disminuye progresivamente, se considera que la mayoría lo hace en 6 meses, sin querer decir con esto que la superación de este tiempo sea considerado patológico, llama la atención que estos mismos sentimientos pueden tener cabida en los aniversarios, nuevos duelos o hechos similares, ya que se trata de remembranzas “en conjunto”, sin que ello tampoco pueda tomarse en cuenta como una desviación anormal.

Desde el punto de vista psicopatológico es destacable la presencia de cuadros depresivos y abuso de fármacos.

3. Tardía (De resolución, recuperación o reorganización): Es el proceso final, continúa el carácter progresivo de regresión a las actividades cotidianas del individuo, con menor desestabilización emocional, es aquí en donde los sentimientos en lugar de ser angustiosos se tornan positivos con remembranza de amor y cariño hacia el individuo perdido. Esta fase generalmente dura un año pudiéndose extender hasta el segundo año, desde el punto de vista antropológico-social la fase de resolución se concreta y finaliza con la ceremonia del primer año de la pérdida.

Pese a que no existe un tiempo limitado para considerar anormal a un duelo, llama la atención que las personas que no lo resuelven dentro de los 2 primeros años aunado a limitaciones importantes en su vida cotidiana y profundidad de sentimientos, tienden a desarrollar patologías psicológicas o psiquiátricas, lo que implica el desarrollo de un duelo patológico. (18)

II.5.5 Elaboración del duelo

La elaboración del duelo es un proceso individual en donde se da el verdadero proceso de transición desde la pérdida hasta la superación del hecho y los consiguientes cambios para la adaptación en las diversas esferas humanas, la mayor parte de investigaciones mencionan que no es un proceso muy bien establecido en fases como lo describió Kubler-Ross , sino más bien un confluente de sentimientos y pasos que pueden progresar, remitir y saltarse unos de otros dependiendo de diversas situaciones, generalmente se considera una duración menor a 3 meses que podría extenderse hasta los 2 primeros años dependiendo de diversas circunstancias que harán de la pérdida un sentimiento más profundo. (18)

Esta elaboración depende de muchos aspectos que además de médicos son socio-culturales, dentro de los principales determinantes en el caso de muerte se pueden señalar (18):

- Parentesco

- Relación afectiva
- Tipo y duración de la muerte
- Visualización del ser querido en el momento del fenecimiento
- Género de la persona que vive el duelo (Usualmente el género masculino tiende a tener duelos con menor elaboración)
- Redes sociales de apoyo
- Ideación espiritual de la muerte
- Experiencias previas del duelo
- Situación económica
- Grado de educación y cultura
- Estados psiquiátricos previos, etc

Debido a lo enunciado anteriormente, la elaboración es un proceso dinámico, por lo tanto no se puede encasillar como normal o una derivación patológica pues dependerá de muchos factores en el tiempo y en un contexto definido de manera individual.

Por lo que para considerar finalizado el proceso de elaboración se requiere completar los siguientes requisitos: conocimiento y aceptación de la pérdida, establecer vínculos emocionales para experimentar la realidad de la misma, tener sentimientos y emociones propias que conlleva el contexto, adaptarse al nuevo estatus. (18)

II.5.6 Variaciones en el duelo

Debido a la dificultad de establecer de manera cronológica y clínica una patología en la elaboración del duelo, Horowitz y cols. (1997) propusieron algunas características como criterios de alarma para presuponer complicaciones en el proceso (34):

- Alteraciones en el sueño
- Anhedonia
- Desadaptación social
- Sentimientos profundos de vacío y/o soledad
- Deseo intenso de que el individuo perdido se encuentre presente con permanencia excesiva en lugares y junto a personas a quienes los relaciona para mantener vivo el recuerdo
- Episodios de emociones intensas relacionadas con la pérdida
- Recuerdos persistentes en relación con el hecho

Como anteriormente se dio una definición de duelo, es un proceso normal de adaptación y no se considera bajo ninguna circunstancia una patología, sin embargo si la elaboración no es realizada de la manera adecuada puede desencadenar algunos tipos de duelos, muchos autores tanto de orden médico, psicológico como antropológico y social no han podido determinar con exactitud estas derivaciones, no obstante de los más importantes están (18):

- **Duelo complicado:** El cuadro clínico y psicológico se mantienen en el tiempo y con un alto grado de intensidad, lo cual médicamente es considerado un factor de riesgo. Al tratarse de un hecho dinámico, pueden aparecer diferentes grados adaptativos dependiendo del tiempo, el ciclo vital y el contexto, por lo que determinar con precisión una complicación es una tarea de suma dificultad para el personal de salud (34).
- **Duelo patológico:** Se trata de un duelo con elaboración complicada, el cual ya no es tan solo un factor de riesgo sino que ya produce afectación en las actividades de la vida cotidiana y las características psicológicas del individuo.

Cuadro 1. Subclasificación de Duelo complicado – patológico según Bourgeois.	
Ausente o retardado	Ansiedad y negación intensas, con esperanza irreal de retorno, produciendo conductas y percepciones inadecuadas. Detención en primera fase de elaboración.
Inhibido o Anestesia emocional	No hay manifestación de pérdida, el componente emocional se bloquea.
Prolongado o crónico	Persistencia de síntomas depresivos mayores a 1 año. Detención en la segunda fase de elaboración.
No resuelto	Con características parecidas al crónico, con ideas de fijación en torno al individuo perdido y en sus circunstancias, disminución parcial de los síntomas depresivos pero no realiza sus actividades diarias. Detención entre la segunda y tercera fase de elaboración.
Intensificado	Reacciones emocionales profundas y mantenidas en el tiempo.
Enmascarado	Está representado con sintomatología somática, sin llegar a demostrar el componente emocional o ser casi imperceptible.
Aniversarios patológicos	Posterior al aniversario del primer año, las emociones no deben intervenir de manera importante, caso contrario

entramos en una derivación anormal.

El Trastorno por duelo prolongado, se diagnostica utilizando los criterios establecidos por el DSM-VI que son (41):

1. Criterio A. Presentar a diario, al menos uno de los siguientes síntomas:
 - Pensamientos intrusivos (que entran en la mente sin control) acerca del fallecido.
 - Punzadas de dolor incontrolable por la separación.
 - Añoranza (recordar la ausencia con una enorme y profunda tristeza) intensa del fallecido.

2. Criterio B. Presentar a diario, al menos cinco de los nueve síntomas siguientes:
 - Confusión acerca de cuál es el papel de uno en la vida o sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
 - Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida.
 - Intento de evitar todo lo que recuerde que su ser querido ha muerto.
 - Sensación de incapacidad de confiar en los demás desde el fallecimiento.
 - Amargura o enfado en relación con el fallecimiento.
 - Sentirse mal por seguir adelante con su vida (p. ej. hacer nuevas amistades o interesarse por cosas nuevas).
 - Sentirse frío e insensible (emocionalmente plano) desde el fallecimiento.

- Sentir que la vida es frustrante, que sin el fallecido está vacía y que no tiene sentido.
 - Sentirse como «atontado», aturrido o conmocionado.
3. Criterio C. La duración de estos síntomas es al menos de seis meses.
4. Criterio D. Estos síntomas causan un malestar clínicamente significativo o un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas (p. ej. responsabilidades domésticas) de la persona en duelo.
- **Duelo psiquiátrico:** Aquí aparecen trastornos psiquiátricos con cumplimiento de criterios establecidos, Hanus menciona que existen personalidades quienes son más susceptibles de desarrollar estas patologías la principal es la personalidad narcisista, véase Cuadro 2 para patologías que se encuentran dentro de este gran grupo.

Cuadro 2. Personalidades que son susceptibles de desarrollar duelos patológicos de tipo psiquiátrico.	
Histérico	Identificación con el individuo perdido, presentando un mismo cuadro clínico en el caso de pérdidas por algún tipo de enfermedad.
Obsesivo	Predominancia de la culpabilidad que pueden desencadenar con episodios depresivos graves.
Melancólico	Determinada por una autoestima baja que produce cuadros de depresión mayor con ideación suicida.
Maniaco (Manía del	Caracterizado por hiperactividad emocional y agitación

duelo)	psicomotriz que de manera posterior promueve depresión.
Delirante	Representado con alucinaciones visuales y auditivas de la pérdida con ideas delirantes.

- Además la APA (Asociación Americana de Psiquiatría), determina que si las alteraciones depresivas se mantienen de manera intensa por más de dos meses a partir de la pérdida, se debe sospechar de un trastorno depresivo mayor (34).

Cuadro 3. Diferencias Entre Duelo y Depresión.	
DUELO	DEPRESIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación normal con el difunto, poca ambivalencia • Ideación suicida rara • Autoculpabilidad en relación a cómo trató al difunto, sin sentirse una mala persona • Síntomas disminuyen con el tiempo, autolimitados • Evoca empatía y simpatía • Responde a refuerzo positivo y contacto social • Síntomas de duelo no responden a fármacos antidepresivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobreidentificación con el difunto, ambivalencia aumentada • Ideación suicida frecuente • Autoculpabilidad global, la persona se siente mala • Síntomas no disminuyen y pueden empeorar • Evoca fastidio o irritabilidad • No responde. Aislamiento • Síntomas depresivos responden a fármacos antidepresivos

Tomado de: SEPÚLVEDA, R., DOLLENZ, E., “*Duelo normal y patológico, consideraciones para el trabajo en atención primaria de salud*”, Cuadernos de psiquiatría comunitaria y salud mental para la atención primaria de salud, Uuniversidad de Santiago de Chile, 2003, pág. 13.

II.6 DUELO PERINATAL

Para la OMS el período perinatal se extiende desde las 22 semanas de gestación hasta una semana de vida independiente, sin embargo en la práctica e investigación

clínica se ha considerado ampliar este periodo, para Kowalski, el proceso perinatal se prolonga desde concepción hasta el final del primer año de vida, incluyendo en este periodo al embarazo ectópico, al aborto espontáneo o inducido, a la reducción selectiva, a la muerte de un gemelo en gestación, al feto muerto intraútero o intraparto, a la muerte del prematuro, a la del neonato, y también a los bebés nacidos con anomalías congénitas o y los hijos cedidos en adopción, por lo tanto el concepto rebasaría el encuadre dado por la OMS.

En el caso del presente trabajo se usa el término de pérdida gestacional temprana, considerando biológicamente como la suspensión del embarazo durante las 20 primeras semanas (aborto espontáneo o inducido, embarazo ectópico, embarazo anembrionado, embarazo molar), las cuales son morbilidades bien conocidas desde el punto de vista biológico, sin embargo presenta constituyentes psicológicos y sociales que potencialmente pueden desencadenar una seria problemática para la salud en general, tanto de la mujer que sufrió la pérdida como de su familia, pudiendo además afectar en estratos sociales y en la productividad económica, por lo tanto es destacable el conocimiento de estas otras dos esferas con el fin de evitar complicaciones posteriores (15).

El tiempo posterior a la producción de un aborto, es una fase muy poco conocida, sin embargo se presupone que está muy influenciada por una serie de factores de toda índole, por lo tanto, la pérdida desencadena el duelo como un punto álgico, resultando

así en el difícil manejo para el personal de salud; debido al poco conocimiento del duelo posterior, el cual en las diferentes literaturas se globaliza como duelo perinatal.

II.6.1 Componentes Bio – Psico - Sociales del duelo perinatal

Componente Biológico

En toda pérdida gestacional existe un proceso biológico determinado por un procedimiento, pudiendo ser un pseudo trabajo de parto, un legrado o una cirugía, en los cuales la hemorragia y el dolor son los componentes principales, por lo tanto ello desencadena compromiso físico y emocional para la madre, es así que estos dos componentes se combinan exacerbando las emociones y las sensaciones de la madre, para Mulens Ramos (2009) “en la valoración del dolor es necesario tener en cuenta la subjetividad del mismo como expresión unidimensional que difiere de acuerdo al umbral de resistencia de cada persona”

Es así que estas pérdidas se transforman desde todo los aspectos en eventos sumamente dolorosos para la mujer, según Ewton “la muerte perinatal de su hijo puede crear una respuesta más severa e intensa que cuando ocurre la muerte de un familiar adulto” (30), para Swanson, Conor y Jolley (2007) “es un evento devastador pues la madre debe parir un hijo no desarrollado desde lo biológico y muerto desde los simbólico” para Mariutti, Almeida y Panobianco (2007) “es un hecho extremadamente

doloroso tanto física como afectivamente” (15), además Clark (2006) menciona que “es la única situación en la que una mujer experimenta literalmente la muerte de otro dentro de ella misma, desencadenando sentimientos de culpa y depresión”

La sintomatología física típica posterior a un aborto, según los estudios de Giles (1970) son insomnio, cefalea, anorexia, malestar gastrointestinal y vértigo (31)

Componente antropológico

De igual manera para Clark, desde el punto de vista antropológico refirió que “ante la muerte de un feto las acciones sociales, como el funeral y las tradiciones asociadas, están ausentes en la mayoría de las familias en las que se experimenta, exacerbando aún más la capacidad para afrontar este hecho” (17), la mayoría de religiones considera el producto como un *no nacido*, haciendo que las ceremonias no se realicen por ejemplo el catolicismo en donde se permite el entierro solo a partir de la semana 24, para el budismo y el islamismo se consideran algunos actos si sobrepasan las 20 semanas, para el judaísmo los actos espirituales se permiten incluso si el niño vivió 30 días (45), estos preceptos dan a los padres y en especial a la madre un sentimiento de vacío debido a la sensación ambivalente de relación afectiva al considerarlo un hijo contrarrestado con la percepción social de no existencia.

Componente Psicológico

La procreación de un hijo, es un hecho por demás representativo en la vida de la familia, desencadenando sentimientos de felicidad, ilusión, esperanza de un futuro prometedor, por lo tanto psicológicamente no hay cabida para emociones negativas desencadenadas por la muerte (30).

Para la mujer, según la teoría del psicoanálisis el falo representa el poder y la autoridad, por lo que el género femenino concibe en la reproducción la manera de llenar ese “agujero de la castración”, es por ello que Oviedo Soto (2009) menciona que “(...) la gestación llena las ambiciones narcisistas más relevantes (...) 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”. (15)

Para Swanson, Connor y Jolley (2007), posterior a la pérdida se presentan sentimientos de culpabilidad, incertidumbre y miedo a un nuevo embarazo debido a la presunción de no poder llevarlo a término, se destacan además sensaciones de vacío con el subsecuente requerimiento de ser apoyada y escuchada tanto por su familia como por el personal médico, de la misma manera una imperiosa exigencia de la determinación de causas, en este aspecto White y Bouvier (2005) mencionan “La paciente, y su pareja pueden sentirse culpables pensando erróneamente que de alguna manera ellos provocaron la pérdida” (15).

Herz (1984) agregó “la mujer se siente traicionada por su propio cuerpo, experimenta la rabia de tener que sustituir un acto que debería haber sido alegre por otro traumático (funeral), o la envidia hacia las personas que han culminado el embarazo con éxito, presenta sentimientos de vulnerabilidad y pérdida de control, tiene la sensación de haber decepcionado a su pareja y está expuesta a la posibilidad de tener múltiples reacciones de aniversario (fecha prevista de parto, fecha de la pérdida, fecha de noticia del embarazo)” (45)

En cuando a una relación afectiva, Díaz (2008) refiere “era supuesto que no existía relación emocional con el feto antes de que la madre pudiera sentir los movimientos fetales”, por lo tanto durante mucho tiempo negaba la importancia de sus sentimientos posterior a la pérdida, ahora se destaca que la relación emocional inicia desde el conocimiento del embarazo y que posterior a la ruptura abrupta de la relación provoca intenso sufrimiento y tristeza que podría tornarse patológica hasta en un 33%. (15), todo esto debido al incremento de la tecnología que incluso permite ver el producto considerado como hijo desde sus etapas iniciales promoviendo el apego de los padres, además algunos autores mencionan que no es la objetividad del embarazo, sino el espacio creado en el mundo afectivo lo que desemboca en la identificación de hijo y de persona, Von Raffler-Engel menciona “un aborto espontáneo o provocado no es un trozo de carne sin vida, sino un rudimentario ser humano que ha perdido la vida” (45)

Además para muchos autores la relación real facilita la elaboración del duelo en la madre, es por ello que Laverde (Colombia, 1998) afirma “la formación de un vínculo entre la madre y un “hijo real” es beneficiosa para el duelo” (44).

Componente Social

En este aspecto, las redes sociales pueden aumentar o disminuir el riesgo de desviaciones patológicas ya que constituyen las soluciones que proporciona el ambiente a la persona afectada, por ello Díaz (2008) afirma “el sistema social es entendido como poseedor de elementos estresantes y/o amortiguadores del estrés”, constituyéndose así como parte de la recuperación psicológica y física. (15).

De esta manera los diversos aspectos (físico, psicológico y social), se unen en un solo acontecimiento el cual se produce en un corto lapso de tiempo, produciendo dolor y sufrimiento emocional no solo en las mujeres que se ven directamente afectadas, sino también en toda la familia para producir cambios sociales importantes.

II.6.2 Interrelación de los componentes

Es decir, se trata de una interrelación en donde lo biológico “pérdida gestacional”, determina alteraciones psicológicas e incluso psiquiátricas traducidas en sentimientos y emociones negativas, las cuales desencadenan modificaciones en las redes de apoyo

social, las cuales dependiendo de si son atenuantes o agravantes afectarán nuevamente la salud biológica de la mujer resultando además en la integración o aislamiento social y familiar (15).

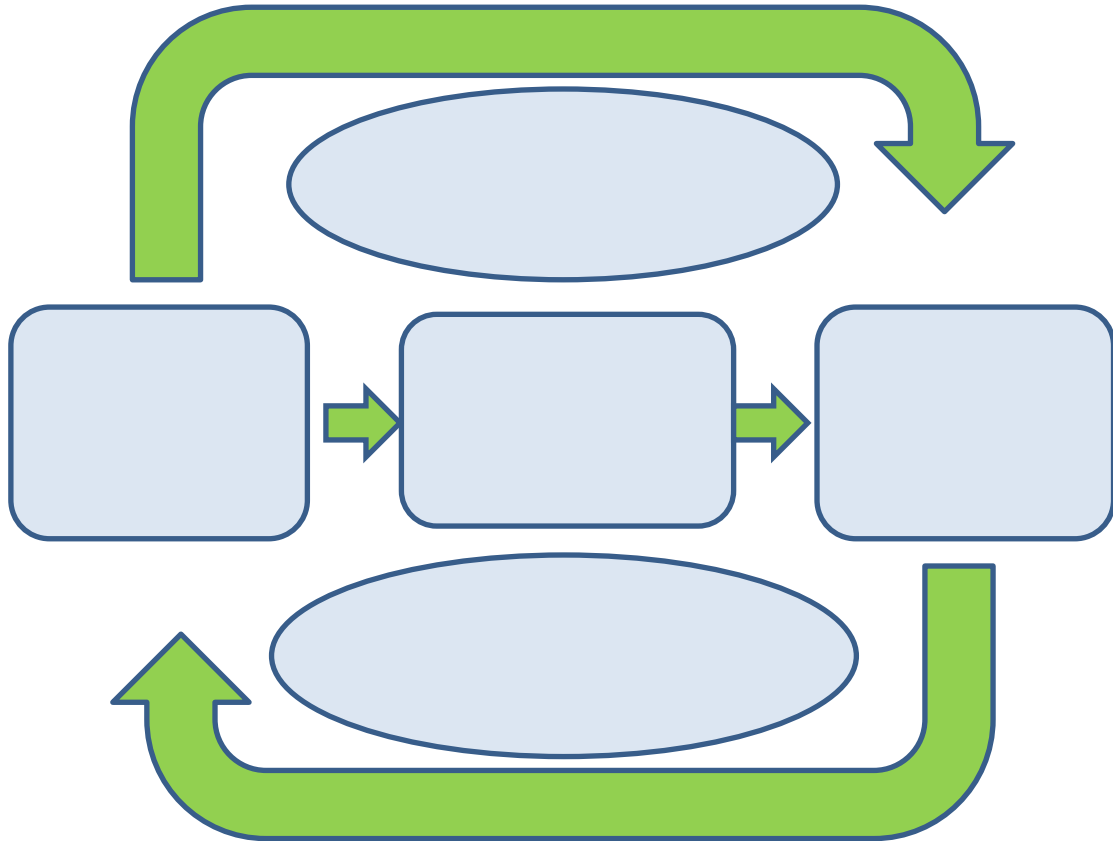


Figura 1. Interrelación de los componentes bio – psico – social del duelo perinatal

II.6.3 Los otros afectados

Si bien es cierto la madre ha sido, es y será la persona más afectada por la pérdida según lo establece la sociedad, llama la atención que existen más personas generalmente

dentro de la familia que se ven aquejadas, sin embargo han permanecido ocultas pues no se han realizado muchos estudios sobre sus percepciones.

El padre establece vínculos diferentes que la madre, ya que culturalmente se le han asignado diferentes roles, por lo tanto perciben en la pérdida la incertidumbre de las causas y sobre todo de las formas en las cuales poder ayudar a su pareja, además de la posibilidad de un nuevo embarazo, es importante también el hecho de que él, es la persona que asume la responsabilidad de informar lo acontecido. La tristeza que desarrolla está determinada tanto por el hecho de su propio duelo como por la pérdida como por el estado de ánimo de la pareja, haciendo que presente la necesidad de reprimir sus sentimientos evitando confrontaciones y aferrándose hacia otro tipo de actividades, algunos autores mencionan que los hombres presentan la necesidad de acercarse a su pareja con propuestas de relaciones sexuales que muchas veces son malinterpretadas traduciéndose en conflictos de pareja (45).

En cuanto a los hermanos, algunos autores los mencionan como los “dolientes olvidados”, las relaciones obedecen a factores biológicos (edad, sexo, estado de salud) y psicosociales, se puede presentar sentimientos de tristeza, culpabilidad y ansiedad debido a su encuentro con la conceptualización de muerte, la cual en muchas ocasiones no entienden, a esto se suma la evitación de comunicación con los padres y el aislamiento de expresar sus sentimientos en rituales de despedida (45).

Los abuelos realizan un doble duelo pues se enfrentan a sentimientos de pérdida del nieto y a la vez de hijo, ya que el futuro bebé se traduce en la extensión de la familia y en contadas ocasiones pueden producirse emociones de remembranza propios (45).

II.6.4 Actitud del Personal de Salud

Según el estudio de Pastor, Romero et col (2011) “se pone de manifiesto que la falta de conocimientos y de recursos para enfrentar la pérdida perinatal hace que se adopten actitudes poco adecuadas en estas situaciones, generando una sensación de ansiedad, impotencia y frustración que compromete la competencia profesional” (22)

Por lo tanto, es de suma importancia para el médico de familia el reconocimiento de los aspectos psicológicos desencadenados por la pérdida gestacional, especialmente en el caso de aborto, la AFP (American Family Physician) menciona que debe realizarse una pronta intervención previniendo a la paciente y su pareja de los sentimientos negativos que presentarán conforme transcurra el tiempo, además de brindar un adecuado apoyo y ánimo, es trascendental abordar y liberar los sentimientos de culpa, desmintiendo algunos paradigmas erróneos en relación a los motivos de la pérdida, es por ello que las explicaciones acerca de las causas deben ser lo más claros posibles con lenguaje verbal y no verbal simple para el correcto entendimiento. Hay que promover también las actitudes adecuadas por parte de familiares y amigos, pues en muchas ocasiones se minimiza o se esconde el hecho, lo que promueve un aún mayor

sentimiento de aislamiento en la pareja directamente afectada. Además de facilitar una conexión con grupos de apoyo y terapeutas familiares.

En algunas literaturas se hacen evidentes los beneficios tanto en la mujer como en la pareja, la realización de seguimiento médico a través del proceso del duelo, estudios demuestran la insatisfacción por la atención médica que reciben durante las primeras 12 semanas después de la pérdida, por lo que el ALSO (Soporte Vital Avanzado en Obstetricia) establece los términos a tratar en estos pacientes (27):

- Reconocer y tratar de disipar la culpabilidad
- Reconocer y legitimar el dolor
- Evaluar el nivel de dolor y ajustar la consejería
- La manera de comunicación a familiares y amigos en relación a la pérdida
- Incluir a la pareja de la paciente en la atención psicológica
- Brindar consuelo, empatía y apoyo continuo
- Tranquilizar sobre el futuro
- Prevenir sobre el “fenómeno de aniversario”

II.6.5 Medida Objetiva del Duelo

Debido al realce de este proceso y la subjetividad del mismo, se han intentado predecir aquellos casos en los cuales podría darse una desviación de la elaboración normal de duelo por lo que se han aplicado diversas escalas, entre las cuales la más

empleada con validez clínica y recomendada por la American Psychological Association, es la PGS (Perinatal Grief Scale) realizada por Potvin, Lasker y Toedter en 1989, consta de 33 premisas con 5 variedades de respuesta distribuidas en subescalas: duelo activo (duelo normal), dificultad para enfrentar la pérdida (estado de salud mental) y desesperanza (perdurabilidad en el tiempo), la suma nos dará un puntaje entre 33 y 165 puntos, tomando un corte de 90 para determinar patología psiquiátrica. Esta escala ha sido modificada y validada en México en donde se han dado resultados favorables para aplicabilidad en el seguimiento a las pacientes (17).

II.7 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL SITIO DEL ESTUDIO

II.7.1 Pedro Vicente Maldonado

El dominio territorial corresponde a 656.50 kilómetros cuadrados de superficie, tiene como cabecera cantonal la ciudad de Pedro Vicente Maldonado, limita al norte con la provincia de Imbabura, al Sur con la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, al Este con San Miguel de Los Bancos y Santo Domingo de los Tsáchilas y al Oeste con el cantón Puerto Quito.

Presenta un clima cálido húmedo, con un promedio de 16°C y relativas variaciones en los meses de febrero, marzo, abril y mayo registrando promedios mayores a los 25°C, que coinciden con la época invernal.

II.7.2 Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado

Considerado como un hospital de segundo nivel, sus instalaciones funcionan para el público general desde diciembre de 2000, cuenta actualmente con 18 camas para la asistencia en hospitalización, es una entidad financieramente autosostenible, gracias a las relaciones existentes con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y los municipios del sector. Tiene además un programa de postgrado para la formación médica en convenio con la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO (MATERIALES Y MÉTODOS)

III.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Para el presente proyecto de investigación se lleva a cabo un estudio cualitativo de tipo fenomenológico con diseño etnográfico.

III.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo del presente estudio es derivado de la matriz electrónica de historias clínicas SOPHI, del Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado, que cumplían con los criterios de inclusión.

III.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión:

- Mujeres rurales mayores de 18 años, que hayan presentado una pérdida gestacional temprana espontánea, en los últimos dos años.
- Atendidas en el hospital docente “Pedro Vicente Maldonado”

Exclusión:

- Mujeres menores de 18 años
- Pérdida gestacional mayor a 2 años
- Mujeres con trastornos psicológicos o psiquiátricos previos conocidos
- Pérdida gestacional inducida

III.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORIAS	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
Dinamismo social	Son las relaciones sociales interpersonales de la paciente con la familia y su entorno, así como con el sistema de salud.	MODIFICACIÓN DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES	Mejora	Si	Entrevista a paciente y Familiograma
			Empeora	Si	
			Inmutable	Si	
				No	
		REDES DE APOYO	Presentes	Si	Entrevista a paciente y Familiograma y ecomapa
			Ausentes	Si	
Perspectiva del evento	Condiciones que circunscriben al evento y al sujeto de estudio y que intervienen en	EMOCIONES	Describe (antes, durante y después)	Si	Entrevista a la paciente
		CAUSAS DE PÉRDIDA	Presume	Si	

	su apreciación y su reflexión.	GESTACIONAL TEMPRANA		No		
			Desconoce	Si		
			No			
		RESOLUCIÓN DEL EVENTO	Concluye	Si		Entrevista a la paciente
				No		
Persiste	Si	Entrevista a la paciente				
	No					
Constructo social	Creencias sobre un tema específico que tiene concepto y reglas establecidas sin estar definidas en una enciclopedia, si no que corresponden al nivel cultural de la sociedad que la conceptualiza.	MATERNIDAD	Precisa	Si	Entrevista a la paciente	
				No		

III.5 FORMA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Al colocar los diagnósticos aborto espontáneo, aborto en curso, aborto retenido, embarazo ectópico y embarazo molar, la base de datos (SOPHI) del Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado seleccionó 53 mujeres dentro de todas las atenciones desde febrero de 2012 hasta febrero de 2014; del grupo separado, 42 pacientes contaban con datos adecuados para su ubicación, tras la búsqueda vía telefónica se logró la

comunicación con 18 mujeres, 13 fueron entrevistadas, 4 mujeres negaron su participación y en 1 de ellas a pesar de tres intentos de encuentro, no se concretó la cita.

Para el primer encuentro con las señoras, se realizó una llamada telefónica y se especificó según preferencia de la paciente para su mayor comodidad, el lugar y la hora de reunión; una vez establecido el contacto directo, se procedió a obtener el consentimiento informado, además de la asignación de un número dependiente del orden de la entrevista efectuada, luego de ello se realizó el diálogo en el sitio elegido por la informante.

La entrevista tuvo carácter de semiestructurada, realizada de manera interactiva, manejándose en lo posible preguntas de evocación de hechos pasados, de reacciones afectivas, de causa – efecto, de información complementaria, condicionales e indagaciones; el tiempo empleado, varió de acuerdo a la amplitud de la historia de cada participante y la necesidad de acrecentar la misma por parte de las investigadoras, una vez finalizada la entrevista, se definió fecha y hora de una nueva sesión para la realización del familiograma, ecomapa y APGAR familiar respectivos.

De los casos seleccionados se recogió la información pertinente: religión, edad y estado civil al momento del aborto, detalle de gestas, procedimiento médico durante el aborto (farmacológico y/o quirúrgico), tiempo de hospitalización.

III.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Para la recolección de los datos se utilizó un anecdotario que registre fases emocionales y lenguaje no verbal durante la entrevista, de cada una de las participantes.

Se realizó además, una grabación de audio previo consentimiento y posteriormente fue transcrita en Word en su totalidad, sin omisión de ningún fragmento de la misma, para su ulterior análisis que permita comprender la experiencia vivida y describirla.

Los familiogramas se recolectaron verbalmente de cada participante y fueron realizados en el programa Geno-Pro, el ecomapa se efectuó con las herramientas de Word, al igual que el APGAR familiar.

III.7 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

Una vez que las entrevistas fueron transcritas se procedió al análisis de los mensajes del discurso de la siguiente manera:

1. Análisis de contenido
 - a. Idea núcleo: considerada como la idea repetitiva en el diálogo , los sintagmas, además de lo dicho y lo no dicho.
 - b. Modo de prédica: pudiendo ser acción o estado dependiente del relato en primera o tercera persona respectivamente.
 - c. Grado de referencialidad: correspondiente a alta, baja o discordante.

2. Análisis ideológico partiendo de la uniacentualidad significativa (palabra repetitiva y hecho subsecuente)

Estos dos análisis se llevaron a cabo en todas las informantes y en cada una de las categorías estudiadas, posteriormente se realizó una síntesis de todas las pacientes para finalmente realizar un análisis cualitativo global en los casos que sea posible pues existen limitaciones dependientes de cada contexto; cabe destacar que la distribución se realizó de acuerdo a los tiempos del duelo determinados es diversas literaturas en donde se subdividen en menos de 6 meses, entre 6 meses y un año y entre 1 año y dos años, motivo por el cual los resultados no se presentan en el número de orden asignado a las pacientes entrevistadas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

IV.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

IV.1.1 Demografía

El estudio se hizo en 13 pacientes del sexo femenino, que fueron atendidas en el Hospital Docente “Pedro Vicente Maldonado”, hasta dos años posteriores a una pérdida gestacional temprana que incluye: 10 abortos, 2 embarazos molares y 1 embarazo ectópico. Las características principales de cada una, se describen en el cuadro 4.

Cuadro 4. Principales características de las pacientes objeto de estudio.	
1	UNIÓN LIBRE (NUEVA PAREJA) TRABAJA: ATENCION AL CLIENTE EN UN HOTEL GESTAS: G1 MUJER 10 AÑOS DE UN COMPROMISO ANTERIOR (PCI), G2 ABORTO, G3 MUJER 8 MESES ABORTO HACE 1 AÑO 9 MESES LEGRADO: NO RESOLUCIÓN: 1 MES (HIJA)
2	UNIÓN LIBRE TRABAJA EMPLEADA DOMESTICA Y VIAJA EN MOTO HASTA EL TRABAJO GESTAS: G1 HOMBRE 26 AÑOS (1), G2 MUJER 24 AÑOS (2), G3 HOMBRE 22 AÑOS (3), G4 HOMBRE 17 AÑOS (3), G5 MUJER 14 AÑOS (4), G6 GEMELAR HOMBRES OBITOS HACE 10 AÑOS (4), G7 ABORTO HACE 4 AÑOS (5), G8 ABORTO HACE 2 AÑOS (5) GUARDA GEMELOS ABORTO HACE 2 AÑOS LEGRADO: NO NO RESOLUCIÓN
3	UNIÓN LIBRE AMA DE CASA

	<p>GESTAS: G1 MUJER 21 AÑOS (1), G2 HOMBRE 10 AÑOS (2), G3 EMBARAZO ECTÓPICO (2) EMBARAZO ECTOPICO HACE 1 AÑO 6 MESES CIRUGÍA NO RESOLUCIÓN</p>
4	<p>UNIÓN LIBRE PROFESORA GESTAS: G1 HOMBRE 19 AÑOS, G2 MUJER 15 AÑOS, G3 ABORTO HACE, G4 EMBARAZO MOLAR (NO DESEADO) EMBARAZO MOLAR HACE 10 MESES LEGRADO: SI NO HUBO DUELO</p>
5	<p>CASADA ATENCIÓN AL CLIENTE EN FARMACIA GESTAS G1: ABORTO, G2 MUJER 11 AÑOS, G3 MUJER HACE 5 AÑOS, G4 ABORTO ABORTO HACE 2 AÑOS LEGRADO: SI RESOLUCIÓN: <1 MES</p>
6	<p>UNIÓN LIBRE MODISTA / SASTRE GESTAS G1: ABORTO, G2 ABORTO, G3 ABORTO, G4 EMBARAZO ACTUAL ABORTO HACE 1 AÑO 6 MESES LEGRADO: NO RESOLUCIÓN: 1 AÑO (EMBARAZO)</p>
7	<p>CASADA EXPENDEDORA DE PRODUCTOS AVON GESTAS G1: ABORTO, G2 VARÓN 5 MESES ABORTO HACE 1 AÑO 6 MESES LEGRADO: NO RESOLUCIÓN: 1 MES</p>
8	<p>CASADA AMA DE CASA GESTAS G1: MUJER 13 AÑOS, G2 ABORTO 3 AÑOS, G3 EMBARAZO MOLAR, G4 EMBARAZO ACTUAL. EMBARAZO MOLAR HACE 2 AÑOS LEGRADO: SI RESOLUCIÓN: 2 MESES ABORTO, 6 MESES RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍA</p>
9	<p>CASADA DOCENTE GESTAS G1: MASCULINO 10 AÑOS, G2 MASCULINO 8 AÑOS, G3 ABORTO ABORTO HACE 1 AÑO 3 MESES LEGRADO: NO RESOLUCIÓN: 1 AÑO</p>
10	<p>CASADA</p>

	AMA DE CASA GESTAS G1: MUJER 9 AÑOS, G2 HOMBRE 7 AÑOS, G3 HOMBRE 5 AÑOS, G4 ABORTO ABORTO HACE 1 AÑO LEGRADO: NO RESOLUCIÓN: 6 MESES
11	UNIÓN LIBRE AMA DE CASA GESTAS G1: MUJER 4 AÑOS, G2 ABORTO ABORTO HACE 2 AÑOS LEGRADO:NO RESOLUCIÓN: 1 MES
12	SOLTERA CONTADORA EN UN HOSPITAL GESTAS G1: ABORTO ABORTO HACE 1 MES LEGRADO: SI RESOLUCIÓN: 1 SEMANA
13	SOLTERA AUXILIAR DE ENFERMERÍA GESTAS G1: ABORTO ABORTO HACE 5 MESES LEGRADO: SI RESOLUCIÓN: 4 – 5 MESES

En el cuadro 5, se muestra la distribución de las pacientes del estudio por edad. En el cuadro 6 y 7 se indican el tiempo de transcurrido el evento de la pérdida gestacional temprana al momento del estudio, dividida en tres categorías: menos de 6 meses, menos de 1 año y menos de 2 años, el estado civil al momento de la pérdida, creencia religiosa, número de gestas, necesidad de legrado, manejo clínico del aborto (uso de fármacos) y tiempo de hospitalización, así como la ocupación de las pacientes en el cuadro 8.

Cuadro 5. Distribución por edad al momento del aborto de las pacientes incluidas en el estudio.

Edad	Número de pacientes
17	1
20	1
21	1
24	2
26	1
29	1
30	1
32	1
33	1
37	1
39	1
45	1
Total	13

Cuadro 6. Características de las pacientes objeto de estudio.

TOTAL

Estado civil	Soltera	Casada	Unión libre		
	2	5	6		13
Religión	Católica	Evangélica	Adventista	Agnóstica	
	8	3	1	1	13
Tiempo	Menos de 6 meses	Menos de 1 año	Menos de 2 años		
	2	2	9		13

Cuadro 7. Características gineco-obstétricas de las pacientes objeto de estudio.							TOTAL
Número de gestas	Una	Dos	Tres	Cuatro	Ocho		
	2	2	3	5	1		13
Legrado	Si	No	Otro				
	5	7	1				13
Fármacos	Si	No					
	2	11					13
Tiempo de hospitalización	No	Menos de 1 día	1 día	2 días	3 días	4 días	
	3	2	5	1	1	1	13

Cuadro 8. Ocupación de las pacientes objeto de estudio.

Quehacer doméstico	4
Atención al cliente	2
Empleada doméstica	1
Docente	2

Modista	1
Expendedora	1
Contadora	1
Auxiliar de enfermería	1
TOTAL	13

IV.1.2 Exposición y análisis de datos básicos

Trece mujeres intervinieron en este estudio, quienes fueron agrupadas dependiendo del tiempo de ocurrida la pérdida gestacional

Pacientes con pérdida gestacional temprana menor de 6 meses:

- Informante 12: sufre aborto espontaneo, según referencia verbal la elaboración del duelo culmina en una semana, tomando en cuenta que su pareja es su principal apoyo y atenuante de resolución.
- Informante 13: sufre aborto espontaneo, según referencia verbal la elaboración del duelo culmina entre cuatro a cinco meses, en este caso la familia desconoce de la gesta y por ende de la pérdida.

Pacientes con pérdida gestacional temprana entre seis meses y un año:

- Informante 4: se realiza legrado por embarazo molar, según referencia verbal no presenta duelo de la pérdida debido a que se trata de un embarazo no deseado, prima en ella el rol de mujer profesional.
- Informante 10: sufre aborto espontáneo, según referencia verbal la elaboración del duelo culmina en seis meses pues inicialmente es un embarazo no deseado por lo que siente que lo provocó.

Pacientes con pérdida gestacional temprana entre uno y dos años:

- Informante 1: sufre aborto espontáneo, según referencia verbal la elaboración del duelo culmina en un mes, menciona que su embarazo fue parte de la consolidación de la relación con una nueva pareja.
- Informante 2: sufre aborto espontáneo, según referencia verbal aún no resuelve su duelo, llama la atención que conserva en un frasco dos gemelos de una gesta perdida hace 10 años.
- Informante 3: es sometida a cirugía debido a embarazo ectópico, según referencia verbal aún no resuelve su duelo pues persiste el desconocimiento de las causas, consecuencias y peligrosidad de su patología.

- Informante 5: sufre aborto espontaneo, según referencia verbal la elaboración del duelo culmina en menos de un mes, destaca en su narración el reposo absoluto realizado para evitar la pérdida.
- Informante 6: sufre aborto espontaneo por tercera vez consecutiva (no posee hijos), según referencia verbal la elaboración del duelo culmina en un año tras ser diagnosticada de Lupus y embarazarse nuevamente.
- Informante 7: sufre aborto espontaneo, según referencia verbal la elaboración del duelo culmina en un mes, siendo un atenuante el duelo compartido con su esposo, quien además relata algunas de sus vivencias.
- Informante 8: es sometida a legrado debido a embarazo molar, según referencia verbal la elaboración del duelo culmina en dos meses, sin embargo menciona como agravantes los juicios de valor de otras personas y la condición médica posterior.
- Informante 9: sufre aborto espontaneo, según referencia verbal la elaboración del duelo culmina en un año, menciona que el proceso fue tan difícil que requirió ayuda psicológica.
- Informante 11: sufre aborto espontaneo, según referencia verbal la elaboración del duelo culmina en un mes, menciona que su embarazo fue parte de la consolidación de la relación con una nueva pareja.

IV.2 RESULTADOS CUALITATIVOS

IV.2.1 Interpretación

El presente estudio sigue un modelo interpretativo psico-socio-antropológico, basado en las crisis de toda índole desencadenadas tras una pérdida gestacional temprana no provocada, tomando en cuenta diversas conceptualizaciones y supuestos que determinen una significancia particular a la pérdida, con los correspondientes estados emocionales y la posterior elaboración del duelo.

IV.2.2 Análisis global por grupos definidos

IV.2.2.1 Pacientes con pérdida gestacional temprana menor de 6 meses

A este grupo pertenecen dos pacientes primigestas, solteras, sin embargo la una mantiene redes de apoyo importantes, mientras que en la otra al no poseer una red de apoyo familiar, se invierten roles a su círculo de amigos cercanos, por lo tanto en algunos tópicos se asignan conceptualizaciones distintas.

Llama la atención que en la paciente en quien aparentemente el duelo duró menos que en el resto de informantes, es precisamente la que menos tiempo tiene de haber sufrido la pérdida, por lo que podría tratarse de una fase de negación, sin embargo no tenemos más datos que nos confirmen el supuesto.

Es importante destacar que las cuatro mujeres que no participaron en el estudio, mencionando textualmente que “no desean o no pueden hablar del tema”, corresponden a aquellas pacientes que presentaron su pérdida en este grupo.

RELACIONES	NUCLEO	NOVIO	La relación con la pareja en algunas ocasiones mejora expresando mayor unión, mientras que en otras la relación termina por completo.
		DIOS	La relación con Dios puede permanecer de la misma manera o producirse un acercamiento de manera profunda
		FAMILIA	Relación con la familia no se modifica ya que generalmente se desconoce el embarazo e incluso el aborto.
		ACTIVIDAD	En las actividades se modifican: pérdida de concentración, disminuye la producción laboral, disminuyen las salidas sociales.
		MEDICO	La calidad de atención de salud está determinada por una buena revisión clínica y se considera mala si los procedimientos se realizan de manera rápida sin brindar la información adecuada.
		AMIGOS	Con los amigos tiene mayor apoyo y la amistad crece
	PREDICA	Acción	
	REFERENCIA	Alta	
	IDEOLOGICO	Cambio: Se dieron modificaciones en su rutina diaria y en todos los aspectos	
EMOCIONES	NUCLEO	ANTES	Es bonito, se siente alegría
		DURANTE	Se siente: tristeza, dolor, rencor con los posibles causantes incluso ira con ella misma y culpa, se encuentran en negación
		DESPUES	Se siente culpabilidad con necesidad de redención, resentimiento, pérdida de peso, hiporexia, alteración en el sueño y miedo a un nuevo embarazo debido a la posibilidad de atravesar por un nuevo aborto.
	PREDICA	Acción	
	REFERENCIA	Alta	
	IDEOLOGICO	Incertidumbre: Es una situación muy difícil, se busca	

		respuestas de acciones y de vida (religiosas, médicas, psicológicas, causas posibles del aborto) en especial en las noches.	
RED DE APOYO	NUCLEO	Es importante el apoyo de alguien (pareja, amigas)	
	PREDICA	Acción	
	REFERENCIA	Alta	
	IDEOLOGICO	Apoyo: Tener a alguien a quien comentarle la situación y lo que piensa es una ventaja (pareja o persona externa)	
MATERNIDAD	NUCLEO	Algunas mujeres no conocen el significado de maternidad hasta tener un hijo vivo, sin embargo otras mencionan un sentido de pertenencia desde que se conoce del embarazo.	
	PREDICA	La persona que desconoce el significado de maternidad lo describe con prédica de acción, mientras que la que da una conceptualización habla en tercera persona, es decir habla desde el punto de vista de otras personas.	
	REFERENCIA	Alta	
	IDEOLOGICO	Desconoce: las mujeres que no tienen hijos no conocen el significado de maternidad, sin embargo si asumen en algún momento el rol de cuidar niños lo deducen como un sentimiento y responsabilidad	
CAUSAS	NUCLEO	Agentes como: radiación, medicación antiparasitaria los esfuerzos físicos pueden producir el aborto	
	PREDICA	Acción	
	REFERENCIA	Alta	
	IDEOLOGICO	Lo que hace: acciones que hace (tomar antiparasitarios, someterse a radiación) e ideas que son reafirmadas por personas externas (médico)	
RESOLUCION	NUCLEO	ATENUANTE	Sentirse animada y acompañada (enamorado, amigos, Dios)
		AGRAVANTE	Desconocimiento familiar del embarazo, ruptura de la relación con la pareja, ser parte del personal de salud y asistir a parto de amiga con embarazo contemporáneo
		TIEMPO	Las mujeres mencionan sentimientos negativos profundos los primeros 4 meses, sin embargo el tiempo se acorta de manera importante si cuentan con el apoyo de la pareja.
	PREDICA	Acción	
	REFERENCIA	Alta	
	IDEOLÓGICO	El desparasitante: Médico le dice que la causa del aborto es el desparasitante Reflexión: El aborto hizo que madure y cambie su estilo de vida	

IV.2.2.2 Pacientes con pérdida gestacional temprana entre seis meses y un año

A este grupo pertenecen dos pacientes envueltas en circunstancias totalmente distintas, por lo que nos limitamos a efectuar la unión de sus vivencias, sin realizar un análisis cualitativo global.

Las dos pacientes no deseaban el embarazo; la primera debido a que primaba su rol profesional, por lo que atravesó un duelo previo por la pérdida en ese aspecto, es por ello que al conocer sobre el embarazo molar no presenta duelo por la pérdida gestacional. La segunda paciente no deseaba el embarazo debido a condiciones socio-económicas, sin embargo lo va aceptando de manera progresiva hasta que se produce la pérdida y prima una sensación intensa de culpabilidad debido a ingesta de antiparasitario.

RELACIONES	NUCLEO	ESPOSO	<ul style="list-style-type: none"> • Con el esposo ha presentado discusiones pues la culpa de no desear el embarazo • Con el esposo las relaciones se vuelven conflictivas caracterizadas por peleas
		HIJOS	<ul style="list-style-type: none"> • A pesar del deseo de sus hijos por un nuevo hermano, las relaciones con ellos no se han modificado • Se aparta y brinda menos atención a sus otros hijos
		DIOS	<ul style="list-style-type: none"> • La relación con Dios no se ha modificado • La relación con Dios no era importante antes del aborto, sin embargo ahora es primordial
		FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> • Las relaciones con la hermana son malas tanto en el embarazo y el aborto
		ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • En el trabajo, la relación con sus

			<p>estudiantes se modifica pues ahora muestran mayor preocupación por ella</p> <ul style="list-style-type: none"> Sus actividades se modifican pues desea permanecer sola y encerrada
		MEDICO	<ul style="list-style-type: none"> La calidad de atención médica se manifiesta por alcanzar un buen control analgésico La atención médica es adecuada y se traduce en buena información
	PREDICA	Acción Acción	
	REFERENCIA	Alta Alta	
	IDEOLOGICO	<ul style="list-style-type: none"> Eso no era embarazo: Justificación ante un embarazo no deseado Nadie me entiende: En el embarazo ni aborto no siente compresión de su situación 	
EMOCIONES	NUCLEO	ANTES	<ul style="list-style-type: none"> Preocupación por modificaciones en su vida tras un embarazo no deseado No desea el embarazo por dificultades en la situación socioeconómica y después se resigna
		DURANTE	<ul style="list-style-type: none"> Se siente un vacío y preocupación Se sintió culpable y arrepentida
		DESPUES	<ul style="list-style-type: none"> Se siente preocupada por las consecuencias médicas y miedo a un nuevo embarazo Siente culpabilidad, aislamiento, hiporexia, intento autolítico y arrepentimiento hasta después de acercamiento con Dios en donde se siente perdonada
	PREDICA	Acción Acción	
	REFERENCIA	Alta Alta	
	IDEOLOGICO	<ul style="list-style-type: none"> Vacío total: Pérdida del embarazo y No había feto: Justificación ante un embarazo no deseado Llorar: Remembranzas constantes del episodio y sus posibles causas y Culpable: Tomar antiparasitarios para perder el embarazo 	
REDES DE	NUCLEO	<ul style="list-style-type: none"> El trabajo (los estudiantes) fue su apoyo 	

APOYO		<ul style="list-style-type: none"> La iglesia es su principal red de apoyo 	
	PREDICA	Estado Acción	
	REFERENCIA	Alta Alta	
	IDEOLOGICO	<ul style="list-style-type: none"> Ayuda: El trabajo ayudó a superar sus problemas después del EM Me ayudaron: Adventistas le presentan a un Dios de amor y perdón 	
MATERNIDAD	NUCLEO	<ul style="list-style-type: none"> Es mucha responsabilidad para cubrir las necesidades de los hijos Los hijos unen a la familia y pareja 	
	PREDICA	Acción Acción	
	REFERENCIA	Alta Alta	
	IDEOLOGICO	<ul style="list-style-type: none"> Un hijo necesita: Deja los estudios por criar a sus hijos mayores Bonito: Tener experiencia previa (tiene 3 hijos) 	
CAUSAS	NUCLEO	<ul style="list-style-type: none"> El Embarazo Molar es canceroso El aborto es causado por una decisión que puede ser de Dios o de la mujer 	
	PREDICA	Estado Acción	
	REFERENCIA	Baja Alta	
	IDEOLOGICO	<ul style="list-style-type: none"> Puedo tener problemas: Algunas personas le mencionan sobre las consecuencias de un EM Yo fui: Ella toma la decisión de tomar antiparasitarios 	
RESOLUCION	NUCLEO	ATENUANTE	<ul style="list-style-type: none"> Aliviada porque no era embarazo, “eso” podía seguir creciendo y traer consecuencias Acercamiento a Dios para perdón
		AGRAVANTE	<ul style="list-style-type: none"> NO HAY Sensación de haber matado a su hijo, sueños que aumentan la culpa, lugar tangible donde lo entierra
		TIEMPO	<ul style="list-style-type: none"> No (EM) 6 meses
	PREDICA	Acción Acción	
	REFERENCIA	Alta Alta	
	IDEOLOGICO	<ul style="list-style-type: none"> No era feto: Justificación ante embarazo no deseado 	

		• Matar: Haber tomado el antiparasitario
--	--	---

IV.2.2.3 Pacientes con pérdida gestacional temprana entre uno y dos años

Este es el grupo con la mayor parte de informantes, en quienes a pesar de las diferencias vivenciales se pudo realizar un análisis cualitativo global, el mismo que se describe.

Llama la atención historias de abortos a repetición, agravantes importantes para la resolución, embarazo como parte de la consolidación con la nueva pareja, además de la percepción de la pérdida para un hombre y una historia de duelo no resuelto por una pérdida gestacional desde hace 10 años.

RELACIONES	NUCLEO	ESPOSO	La relación generalmente es positiva pues en el caso de ser buena se mantiene con el mismo cuidado y apoyo, en otras ocasiones mejora incrementándose los gestos de cariño para animar a la paciente a superar el proceso Sin embargo en mínimos casos se torna conflictiva prevaleciendo peleas e ingesta de alcohol por parte de la pareja.
		HIJOS	En cuanto a los hijos generalmente la relación se mantiene de la misma forma En contadas ocasiones la madre tiende a cuidar y prestar mayor atención a su hijo menor o a un familiar menor de edad como compensación del hijo perdido. Casi nunca la relación es conflictiva, pero en el caso de darse se debe a irritabilidad de la madre durante el proceso.
		DIOS	Las mujeres que han sufrido pérdidas gestacionales tempranas usualmente se

			acercan más a Dios y las diversas religiones profesantes, en otras ocasiones mencionan que no se modifican.
		FAMILIA	La relación con la familia propia o de la pareja se modifica de manera positiva pues la apoya de varias maneras.
		ACTIVIDADES	Posterior a un aborto, las mujeres mencionan el retorno de manera pronta a las actividades laborales sin ninguna modificación pudiendo ser por decisión propia o por influencia de terceros, pocas mencionan la limitación de actividades pudiendo deberse a estados de aislamiento o para evitar complicaciones médicas posteriores al procedimiento.
		MEDICO	En cuanto a los servicios de salud y el médico que las atiende refieren decepción en la relación interpersonal pues existe mala comunicación, falta de acompañamiento y no se realizan estudios para determinar las causas. Sin embargo refieren satisfacción en cuanto a atención biológica con eficiencia y rapidez por lo que son merecedores de confianza.
		DEPORTE	Deja sus actividades deportivas hasta recuperarse después de la pérdida gestacional
		AMIGOS	Recibe mejor trato y apoyo
	PREDICA	Acción	
	REFERENCIA	Alta	
	IDEOLOGICO	<p>Cambio: Las relaciones con todo su entorno se modifican, con Dios existe mayor fe y agradecimiento por considerar la pérdida como una enseñanza, la relación con los hijos puede tornarse conflictiva debido a irritabilidad de la paciente o se puede exacerbar la tristeza materna por acciones reiterativas de los hijos (mirar ecos y tocar abdomen), existe mayor apoyo familiar, y puede darse una ruptura de relación con el médico por falta de apoyo emocional</p> <p>Igual: A pesar del aborto actual sus relaciones no se modifican</p>	
EMOCIONES	NUCLEO	ANTES	Deseo del embarazo, se lo espera con ilusión, felicidad, alegría, emoción especialmente si se espera algún género determinado.
		DURANTE	Las mujeres refieren sentimientos generalmente de tristeza, vacío y dolor, en pocas ocasiones decepción, duda, aislamiento, envidia de otras embarazadas, y

			preocupación por la condición médica
		DESPUES	Posterior a la pérdida prima la culpabilidad, duda por las causas desencadenantes, miedo a un nuevo embarazo, tristeza y remembranza, pocas veces existen sentimientos de vacío e ira por incapacidad de mantener el embarazo o por los posteriores procedimientos médicos a los que se ve sometida.
	PREDICA	Acción	
	REFERENCIA	Alta	
	IDEOLOGICO	Sentimientos negativos (tristeza, culpabilidad, duda, dolor, sensación de incapacidad): Debido a la pérdida de algo deseado causado por algún esfuerzo físico o incapacidad propia de la mujer e incluso al desconocer la causa de la pérdida.	
REDES DE APOYO	NUCLEO	En orden de importancia el esposo, la familia, Dios, y los hijos fueron las principales redes de apoyo después del aborto. Es mínima la referencia que un psicólogo sea un apoyo importante.	
	PREDICA	Acción	
	REFERENCIA	Alta	
	IDEOLOGICO	Apoyo: la pareja y especialmente la familia hacen diferentes actividades para animarla, acompañarla, descargar culpas y ayudarla a superar la pérdida gestacional.	
MATERNIDAD	NUCLEO	La maternidad usualmente es descrita como una oportunidad de dar y recibir amor en su máxima expresión, además de la ser la realización y complementariedad de una mujer. Se destaca además la responsabilidad y la felicidad que conlleva tal rol, considerándose a los hijos como propiedad y posibilidad de decisión.	
	PREDICA	Acción	
	REFERENCIA	Alta	
	IDEOLOGICO	Reafirmación social (madre-esposa-mujer): describiéndolo con características como hermoso, apoyo, sensación de propiedad, responsabilidad, cariño y dependencia del hijo hacia ella.	
CAUSAS	NUCLEO	La mayoría considera como causa de la pérdida gestacional el esfuerzo físico o problemas médicos en la gesta previa, otras mencionan desconocer totalmente la causa, son mínimas las mujeres que consideran causas a emociones, selección natural o atención médica tardía.	
	PREDICA	Estado: La mayor parte de mujeres al hablar de las causas tienen un leguaje en tercera persona	

	REFERENCIA	La mayor parte de mujeres tienen un alto grado de referencialidad	
	IDEOLOGICO	Condiciones físicas (gradas, moto, caminatas), emocionales, médicas, o desconocimiento de causas: en el caso de tener una presunta causa lo atribuyen a realización de actividades laborales, atención médica inadecuada en gestas previas o complicaciones de las mismas, problemas familiares.	
RESOLUCION	NUCLEO	ATENUANTE	Durante el proceso de resolución, las mujeres mencionan que fueron una ayuda: apego a niños pequeños (pudiendo ser producto de un nuevo embarazo, hijos menores previos o familiares menores de edad), conocer la causa y recibir el tratamiento adecuado, hablar de sus sentimientos con la familia, apego religioso, desprenderse de las cosas compradas para el hijo deseado, no ver el producto de la pérdida, la observación de que no fue un feto formado (en caso de mola), abortos previos con condiciones psicológicas más difíciles, el conocimiento de que no es el único caso, buena relación médico paciente.
		AGRAVANTE	Las circunstancias que hacen más difícil la superación de la pérdida, según las mujeres son principalmente ser un hijo deseado, le siguen: la objetividad de embarazo (tener cosas compradas, ecos), embarazo de una persona cercana, desconocer causa, presunción de que el producto era de un género determinado, abortos a repetición, tener secreción láctea, hospitalización junto a mujeres con recién nacidos, embarazo imprevisto, no vivir con los otros hijos, personas con influencia (sacerdote) que indican culpabilidad de muerte y pecado, mala relación con el médico (información inadecuada, trato impersonal, no realización de estudios para determinar causas)
		TIEMPO	La mayoría de mujeres mencionan que el tiempo más difícil en su proceso de aborto duró menos de un año, siendo generalmente durante el primer mes. Llama la atención que algunas mujeres aún refieren sentimientos negativos intensos hasta el momento de la entrevista (pasado el año y medio del hecho)

	PREDICA	Acción
	REFERENCIA	Alta
	IDEOLOGICO	<p>Superación: Apego a otros niños pudiendo ser los últimos hijos, familiares menores de edad, nacimiento de nuevo hijo o nuevo embarazo.</p> <p>Desconoce: Desconocer causa y no saber cómo manejar la situación médica</p> <p>Sentirse mal: necesidad de un nuevo hijo para reafirmación de pareja o sensación de incapacidad por no tener un hijo varón.</p>

IV.2.3 Hablando de la pérdida

Para la realización del análisis se extraen las generalidades y se condensan para formar una mayoría, sin embargo las vivencias personales dan un re enmarque importante a este estudio, por lo que a continuación se extraen las premisas más llamativas en cada una de las categorías, además de un acápite sobre las historias de la pérdida gestacional. Es importante destacar que cada afirmación está determinada por un momento preciso en un contexto diferente, por lo que no se pueden tomar como afirmaciones verdaderas de manera general.

Hablando de la modificación de las relaciones

Algunas mujeres mejoraron su relación con Dios: "... en el transcurso del tiempo, mi relación con Dios, cambio para bien, porque mi vida cambio rotundamente", en otras mujeres fue de reencuentro: "...decidí cambiarme y decidí bautizarme, me cambie de

religión,..... porque fue la única persona que estuvo ahí (pastor) y me apoyaron (congregación)...”.

Con las parejas, hubieron de igual manera distintas y variadas reacciones y de alguna manera, ellos también sufrieron la pérdida por ejemplo: ”yo pienso que él (esposo), tomaba por el dolor, porque no había nacido, pero él nunca me dijo nada”. E incluso se citó: “... yo creo que más nos unimos (novio y ella), porque todos los días y a cada ratito me llamaba”.

El vínculo con los hijos, se modificó en relación a la intensidad del sentimiento posterior a la pérdida, “... me alteré, pasaba todo el tiempo enojada, me desquitaba con ellas (hijas), más bien de mimarlas...”, en contraposición con “les cuidaba más que antes, le presto más atención a sus cositas, a sus travesuras que hace por ahí”, en otros casos fueron ellos los que también padecieron la pérdida “... estaban bien felices, pensaban que iban a tener a su hermanito, ya habían escrito en Facebook, ya habían puesto nombre...”.

Algunas pacientes encontraron el mayor apoyo en sus amigos y refieren: “... para mí, los mejores psicólogos que yo tuve, fueron mis amigos”.

Las actividades de cada una pudieron verse afectadas o no, "... pues sinceramente se alteró el 100%...", ó "... trabajar, si he estado haciendo las cosas normalmente, porque me daba tranquilidad...".

Las reacciones frente al médico fueron diversas y se presentan en disímiles modos, "... me dio mucha confianza, yo creo que si estuve en buenas manos... ella me hizo escoger... me dio las indicaciones... me explicó que me iba a doler... y en realidad si fue así..., entonces si me atendió bien, estaba preparada para lo que me esperaba...", también encontramos un "... no me gustó, me sentí maltratada psicológicamente, entonces yo tenía pánico...", hubieron pacientes que sintieron un trato muy impersonal del médico que las atendió y esto fue lo que expresaron: "... por ejemplo como se refieren a LA PACIENTE DEL ABORTO..." y "...si me hubiera gustado que por lo menos antes de entrar al quirófano, hubiera conocido mi nombre."

Hablando de las emociones

Dentro de las emociones la palabra más ampliamente citada es tristeza, seguida de vacío, pero cada paciente a su manera la relató en las siguientes frases:

"... por qué no me ayuda? (Dios), o sea, a que por lo menos continúe, a que salga algo vivo de ahí."

“... era como si el mundo se nos viniera encima”.

“Yo me eché la culpa a mí, porque yo trabajé...”.

“... he querido tener otro hijo, pero me da miedo, creo que tengo que irme donde un psicólogo”.

“... en mi cuerpo sentí un vacío pues total...”.

“... no sé por qué a mí me pasan esas cosas del aborto?... he pensado incluso en hacerme ligar porque no quiero volver a pasar por eso”.

“Una sí se siente triste, por lo que perdió, pero ya no se puede hacer nada”.

“Digo, por qué otras mujeres pueden?, o sea, tienen unos embarazos bonitos, no riesgosos, y yo sí”.

“... porque si me vuelvo a embarazar, va a ser el mismo problema, voy a volver a lo mismo, el mismo dolor para mí y para mi familia también, porque todos estábamos ilusionados”.

“... me puse mal, no me acuerdo de muchas cosas, yo dejar de llorar no podía”.

“... yo me sentía culpable, yo me sentía como que le maté...”.

“... como que se me estremecía el alma,... no sé cómo expresarlo pero era como que se arrancaba un pedazo...”.

“... una vez intenté atentar contra mi vida...”.

“... quería estar sola, encerrada... yo cerraba la puerta para que piensen que no estoy...”

“... yo cocinaba, pero no quería, no tenía ni hambre...”.

“... yo sentía como en el pecho, o sea algo que me faltaba...”.

“Yo sentía duda, porque no sabía que había pasado en verdad con el aborto, porque no tengo una explicación clara...”.

“... hasta el peso bajé, también bajé de peso, de todo, apetito no, ganas, nada”.

“...tú dices no, tal vez este señor se equivocó, o tal vez, tal vez, puede haber alguna posibilidad de que viva y que sí pueda vivir...”.

“... ya perdí la esperanza de que, de que pueda haber alguna posibilidad de que viva, de que viva mi bebé”.

“... a pesar de tantas cosas que me han pasado y todo, para mí eso fue lo peor que pudo haberme pasado,... para mí fue la muerte de algo muy apreciado, muy querido”.

“... ya no podía dormir, o pasaba en la cama de un lado para el otro,... los sueños eran, yo veía llorar un bebé... el bebé lloraba y lloraba”.

En una entrevista, donde el esposo estuvo presente, a petición verbal de la paciente y aunque ellos no fueron objeto de este estudio, quiso compartírnos sus sentimientos en el momento de la pérdida y esto fue lo que nos expresó: “Tristeza, solamente tristeza, no sentía ni odio ni rencor ni nada de eso, solamente tristeza, ni culpa tampoco, solo tristeza”.

Hablando de las redes de apoyo

Las redes de apoyo, casi no se modificaron en las pacientes del estudio y la presencia de la familia, pareja y amigos estuvo presente en sus locuciones, “mis papás y mi esposo, creo que sola hubiese sido peor, me acompañaron y me sentí un poco protegida”. Y una de ellas que sintió más apoyo de la iglesia y que se resume en la

siguiente expresión: "... cuando necesitaba de mi familia más, tenía más el apoyo de ellos (feligreses), de la iglesia".

Hablando de la maternidad

Al interrogar sobre maternidad varias de ellas nos han contado la descripción de esa función en base a experiencias previas, por ejemplo se alude, que la misma, es un regalo que tiene un fin específico, "... Dios me ha dado para poder dar, un amor y cariño verdadero, dar y recibir", es propiedad, "... dar a uno, que es sangre de uno mismo, darle cariño", "... que salga del vientre de uno, es como hermoso...", es una necesidad y un deseo, "... queríamos tener un hijo de los dos y por eso era un hijo que deseábamos mucho", te transforma y te hace virtuosa, "... ser orgullosa de tener un hijo y que me digan mamá...", "Le hace sentir a una, como que realizada mujer...", es responsabilidad, "... yo con mis otros dos hijos dejé mis estudios, dejé todo por criarlos", "... soy más mujercita con ellas, como que una se hace más responsable...", los descendientes son un vínculo, "Los hijos unen a la pareja, a la familia...", son una capacidad que puede perderse, "... como mujer y como madre que se siente frustrada que no puede dar una vida...".

Hablando de las causas de pérdida gestacional

La noción de causa es generalmente asociada con el esfuerzo físico, de gran multiplicidad en su expresión pero entorno a dicha principio, “Lo mío fue un pretexto, de un subir y bajar gradas, desde el tercer piso dos veces seguidas...”, “... yo no he podido conservar los bebés que aborté, porque me traslado en una moto... la moto, seguramente eso me provocó el aborto”, “... si es que no hubiese ido alzando ese cilindro de gas, no hubiese pasado eso...”, “... el primer aborto, yo sí lo provoqué, o sea, por subir a velocidad unas gradas... por eso no comprendo (el actual), porque tuve un reposo súper bueno”, “Como yo no sabía que estaba embarazada, yo seguía con la actividad física normal”.

En otros casos se encontró una justificación médica a los abortos, “... todo está bien, lo único que está mal es el anticoagulante (anticoagulante lúpico), es el problema de los abortos...”, “... si quedaba embarazada, tenía que hacer un tratamiento o sino, lo podía perder y yo no cogí el tratamiento...”, “... por falta de atención médica a veces pasa esto de los abortos... me dijeron que porque no había ido enseguida...”. Para otras mujeres no era momento de tener un hijo aún: “... mi mamá también es evangélica, decía que, tal vez no haya sido la voluntad de Dios”, “... todavía no estaba preparada para encargar”.

Algunas de ellas nos explicaron que el médico les informo ciertas causas, “... dicen que todo es por preocupación... entonces el médico dijo que también eso proviene de

esas cosas porque el cuello del útero es muy débil...”, “... el médico me dijo, una posibilidad es que sea genético, otra posibilidad es que sea por causa de irradiación”. Y causales variados pueden ser: “... no estaba en la casita que tenía que estar”, “... yo creo que tal vez fue que me quedó algún resto del aborto anterior”, “... yo más bien pienso que es selección natural” y “No fue un aborto porque Dios lo quiso, fue porque yo lo decidí así”.

Hablando de la resolución

Varios fueron los motivos que llevaron a agravar o atenuar el proceso de duelo en las pacientes, dentro de los agravantes se encuentran pensamientos como “... me dolió mucho,... porque ya estaban grandes,... los otros bebitos (abortos previo y actual), nunca los vi que eran, porque no se vio que eran, entonces los niños que ya iban para 6 meses yo sí los ví”, “Mi hija estuvo embarazada casi ese tiempo, cuando veía la barriguita, yo decía algún día estaré yo así o ya no podré, porque en ese tiempo ya perdí el bebé...”, “Claro que me quedaba embarazada, pero no servía de nada porque enseguida abortaba...”, “... me sentía mal porque las señoras de a lado decían, ella que perdió el niño tiene leche”, “... él (sacerdote), me dijo no hija, así haya sido un embarazo molar y te lo hayan sacado, eso era una persona, entonces vos cometiste un pecado...”.

Los atenuantes del evento se narraron así, “Ya cuando nos enterábamos que estábamos embarazados (nuevo embarazo), ya creo que dejamos aparte eso”, “... en ese tiempo, yo me refugié en los hijos de mi hermana, mis sobrinos, les tuve bastante afecto...”, “... le tomo como que tengo un ángel y eso me ayuda bastante...”, “... hablaba con Dios no, y eso en parte me tranquilizaba...”, “... porque uno que está en el trabajo, no sé, como que se distrae...”, “al final aliviada, saber que, o sea, no hubo un feto y que más bien era un coágulo negro de sangre, que eso me iba a seguir creciendo”, o aquel en que finalmente se recuperará lo perdido, “... quizás, algún día, dice (el pastor) que Dios nos devolverá al bebé”, buscan refugio y consuelo, “... vi a mi hijo (otro hijo), le cogía y le abrazaba, eso fue todo lo que pude hacer”.

Algunas mujeres creen que se pudo haber algo que quedo pendiente, “... yo si hubiese querido, no sé, cuando uno está en ese proceso de aborto, se pueden hacer más estudios de por qué?”, “... yo pienso que después del aborto, deberían no sé, darnos citas para volver, hablar con un psicólogo que nos ayude a entender las cosas que nos pasan...”. Se toman decisiones, con respecto a la planificación familiar, “... ya estamos más estables y ahora ya hemos tomado la decisión de tener otro niño”, “... creo que no puedo tener bebés, ya he abortado dos, ya para que más...”.

Hablando de las historias de vida

“... bastante sangre, me dolía mucho las caderas, fui al baño a lo que me senté no podía casi ni levantarme, me dolía bastante”

“Ese doctor no me ayudó, porque yo fui que ya botaba sangre y yo dije puede que sea un aborto... me dijo que era dengue... me inyectó ese rato y me mandó a la casa... a la una de la mañana regresamos por la emergencia... el doctor me hizo un tacto y me dijo que todo estaba bien... tenía frío y dolores... ese doctor me dijo venga mañana... entonces me fui y era mentira... ahí yo aborté, ahí me salieron los niños...”

“Todavía los conservo, en un frasco de alcohol a los dos los tengo... los hice echar agua, como quien dice con el cura en la misa... los voy a enterrar en el patio de mi casa, en un jardín, voy a hacer un jardín y voy a ponerlos ahí, porque de ahí nadie los va a sacar... siempre los miro, ellos están en un cuadro tapaditos que no se ven... pero si yo llegara a llevarlos a un cementerio a enterrarlos si me dolería, sería nuevamente como perderlos otra vez, porque ahí ya no voy a verlos más... yo sé que no es bien...”

“Me dijo que la trompa estaba afectada, ya tenía dos meses... pasaba días sangrando y sangrando...”

“El especialista me supo decir que era un embarazo molar, que era un coágulo de sangre... que no había feto, no había feto...”

“... pasé todo el tiempo sangrando, sangrando desde el primer día que me enteré que estaba embarazada... yo no me movía porque el doctor me decía que ni siquiera mueva las manos para ver qué sucede...”

“... pero en el carro yo ya vine sangrando más, porque vine puesto toalla, se manchó el carro también... la doctora que hacía los ecos me dijo vaya a orinar para hacerle el eco... ya cayó en el baño cuando terminé de orinar... cuando ya me hizo el eco me dijo usted ya no tiene nada...”

“Nosotros no sabíamos que estaba embarazada, no teníamos idea porque incluso estaba menstruando normalmente... nos dijeron que había abortado, que hubiésemos podido tener un hijo”

“... estaba tranquila y de pronto fue el sangrado... la doctora me dijo usted no tiene un feto tiene una mola... me hicieron el legrado... me tuvieron un año en tratamiento...”

“Hasta nombre tenía, con el padrecito le enterré y todo, yo le pregunté si le tenía que bautizar, y como me dijo que era un niño no nacido no hacía falta me dijo, entonces le enterré así nomás”.

“... íbamos a empezar acá recién, cuando me enteré que estaba embarazada y yo no quería... no quería tener, yo tomaba lo que me decían... tomé fue purgante, entonces ahí no me hizo nada... después me arrepentí... a los dos meses y medio empecé a sangrar... yo estaba asustada y dolía durísimo... sentía como que algo, que algo iba a nacer... entonces ahí yo sentí que algo salió...”

“... me dijo que lastimosamente no se encontraba el latido fetal del bebé... mi bebé no era compatible con la vida, así de seco me dijo todo...”

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La presente tesis investigó las repercusiones sociales, personales y familiares posteriores a pérdida gestacional temprana e intenta comprenderla y describirla, esta se llevó a cabo en 13 mujeres, con dicha experiencia y que fueron divididas en tres grupos significativos dependiente del tiempo transcurrido desde el evento hasta el momento de la entrevista. Con base en esto se plantearon los objetivos del estudio.

En términos generales queremos primero especificar que debido a que se trata de un estudio cualitativo, este, por sus características, no permite hacer generalizaciones e/o inferencias numéricas, ya que su intención no es la representatividad estadística.

Un hallazgo demarcado en este estudio es que la relación con sus hijos no se vio modificada en la mayoría de las pacientes, en contraste con el estudio de Hughes y Riches (2003) y Turton, Hughes y Evans (2002) quienes encontraron una disminución en la capacidad de reflexión emocional y limitación de la atención hacia sus otros hijos.

El estudio de Laverde (1998) sobre mortalidad perinatal y duelo materno, afirma que la presencia de hijos previos es un factor protector para evitar el duelo patológico, aunque nuestro estudio no busca esta relación, podemos mediante el mismo determinar que no hay una concordancia directamente asociada con la presencia de otros hijos y la alteración del proceso normal de duelo.

En aquellas mujeres que no cuentan con el apoyo de pareja o la relación se volvió conflictiva, la elaboración del duelo se prolonga en relación a las mujeres que si contaron con este soporte, por lo tanto se coincide con el estudio llevado a cabo por Woolley (1997) quienes consideran el sustento de la pareja como un factor positivo a la resolución.

Pastor realizó un estudio en el 2007, donde encontró que las mujeres con experiencia de aborto y óbito fetal, consideran que la atención médica en la parte clínica es adecuada, sin embargo presenta déficit en la atención emocional y habilidad de comunicación, nosotras en este estudio encontramos que la percepción de las pacientes con respecto a estos tópicos es semejante.

Las mujeres que tiene trabajo presentan un duelo más corto según Vance – Boyle, Najman y Thearle (2002), este hallazgo no fue similar en el presente trabajo, pero consideramos que, eso podría estar en relación con la presencia de otros factores modificantes en las pacientes que presentaron una elaboración de duelo más prolongado.

Cordero, Palacios, Mena y Medina (2004) encontraron que la muerte en etapa gestacional es considerado un evento traumático, en este estudio de igual forma se encuentra que en la mayoría de las pacientes se presentó una crisis personal y familiar de pérdida con el consecuente duelo, que puede convertirse en patológico, llegando a depresión o estrés postraumático, cumpliendo criterios del DSM – IV modificado, pero

que no pueden ser concluyentes en este estudio, puesto que no fue ese el objetivo del mismo.

En un estudio realizado por Clark (2006) se determina que las mujeres que experimentan la muerte dentro de ellas mismas, consecuencia de un aborto, tienen episodios de culpa y depresión, Mota (2010) encontró dolor tras la pérdida, así mismo Kennell y colaboradores (1970) describieron emociones tales como tristeza, apetito escaso, dificultad para dormir, irritabilidad y preocupación, esta última en relación con el hijo perdido o por la incapacidad para retomar el trabajo, síntomas que fueron descritos por las pacientes en este presente estudio. Además Peppers y Knapp (1980) describen 9 elementos característicos de la pérdida gestacional que son: dificultad para la concentración, rabia, culpa, negación, confusión temporal, agotamiento, falta de energía, depresión y sueños repetitivos, estos elementos también fueron descubiertos durante el estudio, si bien es cierto no todos los elementos en todas las pacientes, pero si, todos los elementos en la gran mayoría de ellas.

Las pacientes describieron su definición de maternidad en relación con sus propias creencias y vivencias, el hecho de sufrir un aborto, no disminuyó su capacidad para sentirse madres cuando han tenido hijos previos, pero dos de ellas que eran primigestas, en la primera no cabe este concepto puesto que si no nació su hijo, no puede ser madre y la segunda se sintió tal, mientras estuvo embarazada y al producirse el aborto su derecho de madre permanece por el cuidado que infiere a sus sobrinos, independientemente de

esto, parece ser que la maternidad en relación con el aborto, no se modifica en las pacientes del presente estudio, probablemente debido a que todas son un nivel cultural equiparable, puesto que Marcus (2006) describió que el duelo se ve afectado por variables culturales a la maternidad. Sin embargo de igual manera que Mota (2010) describe a la maternidad como la realización personal y social, consideramos que de igual manera en este estudio las pacientes pueden sentirse identificadas con ese concepto.

De igual manera que en nuestro estudio, Athey (2000) encuentra que son agravantes en la resolución del duelo la falta de los hijos, la pareja, la familia y el apoyo social, la escasa información recibida y no conocer la causa que provoca la pérdida. Solo en una de nuestras pacientes encontramos sentimientos de culpa al no poder tener un hijo varón, pero independientemente del deseo de su familia política, puesto que Hsu, Tseng y Kuo (2002), encontraron este mismo sentimiento en la mujer que no puede dar hijo varón a su familia política.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

IV.1 CONCLUSIONES

Tras la finalización de este estudio se ha confirmado que las mujeres que han sido atendidas en el Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado presentan reacciones propias de la elaboración del duelo, sin grandes diferencias a las revisadas en otros estudios, sin embargo cabe destacar que cada una de ellas tiene una vivencia propia en un determinado contexto. Por lo tanto la hipótesis que nos planteamos inicialmente no es valedera, confirmándose la hipótesis nula.

Para las mujeres que sufrieron una pérdida gestacional temprana las relaciones generalmente no se modifican de manera importante.

En relación a la pareja cambia de manera positiva siendo además una red de apoyo importante y un atenuante para la resolución del duelo.

Las relaciones con los hijos no se modifican de manera importante, sin embargo su cercanía psicológica y física ayuda para la correcta elaboración del duelo.

La relación con Dios es una de las más fuertes para estas mujeres, pues existe la tendencia de apego, tanto de manera subjetiva como el acercamiento tangible a actos religiosos, además esta relación ayuda para un adecuado desenlace del proceso.

Las relaciones con la familia se mantienen sin modificaciones importantes, sin embargo los reconocen como parte de una adecuada resolución del duelo.

Las actividades laborales, deportivas y sociales se limitan o se ven afectadas en el transcurso de los primeros días, sin embargo posteriormente se realizan de manera habitual sin modificaciones.

Las mujeres que por algún motivo no cuentan con el apoyo familiar durante este proceso, modifican de manera positiva la relación con su círculo de amigos más íntimos.

La relación con el personal de salud, específicamente con el médico, demuestran una ambivalencia pues si bien es cierto se destaca el profesionalismo en cuanto a atención rápida y de calidad, también se evidencia inconformidad en la comunicación de causas y consecuencias del proceso, además de una inadecuada relación interpersonal.

Las mujeres en el caso de desear el embarazo, expresan un sentimiento intenso de felicidad al momento de conocer la gestación, aquellas que no lo desean presentan

sentimientos de pérdida de algún tipo por lo que viven un duelo previo al hecho estudiado.

Durante y después del aborto las mujeres presentan sentimientos negativos caracterizados por tristeza, culpabilidad, vacío, aislamiento, miedo y preocupación ante un nuevo embarazo o ante complicaciones médicas posteriores, hiporexia, pérdida de peso, alteraciones en el sueño, sentimiento de incapacidad e irritabilidad, en este estudio solo una paciente presentó intento autolítico el cual se atribuye a un determinado contexto y redes de conflictivas.

Las redes de apoyo son altamente beneficiosas en la adecuada elaboración del duelo, la mayoría destaca la influencia positiva de la pareja o familia.

La maternidad para las multigestas es concebida como un rol social y de género que les proporciona sentimientos positivos y responsabilidades, para las primigestas representa un sentimiento desconocido o una figuración determinada por conceptos de sus redes o por roles que les tocó enfrentar, sin embargo es importante destacar que el concepto de maternidad está dado por entes culturales.

Entre los motivos de la pérdida gestacional que las mujeres nos comentan, es claro el desconocimiento, lo que desemboca en presupuestos que conllevan un gran

sentimiento de culpabilidad, ya que se responsabilizan por la realización de esfuerzos y actividades físicas o laborales durante la gesta, o a condicionamientos médicos previos.

En cuanto a la resolución, el tiempo más conflictivo es menor a un año, de este grupo en la mayor parte de participantes es menor de 1 mes, lo cual apoya el supuesto planteado que el duelo es menos duradero en el contexto rural, obviamente existen casos ocasionales en donde aún no se evidencia una adecuada resolución, todo ello determinado por variables de otra índole.

Los atenuantes para la elaboración del duelo son básicamente las redes de apoyo de cualquier índole, la información adecuada del hecho (causas, consecuencias) y una buena relación médico paciente. Por otra parte los agravantes son el deseo del embarazo, objetos o que identifiquen la gesta (cosas para el futuro hijo, ecos, secreción láctea, etc.), la ausencia de información sobre causas, el contacto con mujeres embarazadas u hospitalizaciones junto con recién nacidos.

Debido a ser un método cualitativo, la información recogida se encuentra sesgada por las circunstancias en las cuales se vio inmersa la pérdida en cada mujer, al ser entes dinámicos esta investigación se encuentra limitada de manera subjetiva, tanto en la paciente como en los investigadores quienes tan solo intentan reproducir de manera fidedigna cada una de las palabras de las participantes.

En cuanto a las limitaciones, pues al no contar con datos informativos y ubicaciones adecuadas se perdieron una cantidad importante de pacientes que arrojó la base de datos; de las personas en quienes se realizó la entrevista la inaccesibilidad al domicilio o al sitio de encuentro planteado fue un problema que incrementó recursos económicos y tiempo.

IV.2 RECOMENDACIONES

Una vez finalizado el presente trabajo de tesis, consideramos pertinente la realización de algunas recomendaciones que mejoren el trato y cuidado integral de las pacientes, considerando su estado emocional actual, así como nuevos ámbitos de estudio que sería pertinente y necesario.

1. Brindar soporte a las pacientes posteriores a un evento de pérdida gestacional temprana, el cual incluya salud emocional y apoyo social.
2. Trabajar sobre la culpa y liberar de la misma, tanto a la madre como al padre, durante el primer contacto de su estancia en la casa de salud.
3. Asignar una cita posterior, que dependiendo de la condición de la paciente y el manejo psico-social intrahospitalario puede darse dentro de 48 horas y hasta una semana posterior al evento.

4. Dar información completa y detallada sobre los acontecimientos y posibles causas para la pérdida gestacional (siempre que sea posible), así como responder de manera adecuada y solícita a las preguntas realizadas por la paciente.
5. Permitir que la madre participe activamente en el manejo del proceso de duelo (durante todas las consultas subsecuentes).
6. Integrar a la pareja de las mujeres con pérdida gestacional temprana a vivir su propio duelo y conjuntamente ser soporte de su compañera y viceversa (durante todas las consultas subsecuentes).
7. Invitar a la paciente al reinicio de la vida sexual y la consecución de un nuevo embarazo considerando sus propios deseos de concepción (durante la segunda o tercera visita).
8. Concretar una nueva visita a los 6 meses posteriores a la pérdida gestacional, para determinar factores de riesgo de un probable duelo patológico.
9. Buscar redes de apoyo que asistan a la pareja a comprender lo que están viviendo y ayuden a elaborar un proceso de duelo adecuado.

10. Efectuar un estudio investigativo que incluya las vivencias posteriores a pérdida gestacional temprana en los padres, como la población más particularmente desatendida en el ámbito médico.

11. Elaborar una disertación que incluya las emociones y vivencias de los hijos de madres que presentan episodio de pérdida gestacional temprana.

12. Ejecutar un estudio que determina la frecuencia y la epidemiología de trastornos como duelo patológico, estrés postraumático, depresión, estrés agudo, trastorno de ansiedad, etc, posterior a pérdida gestacional temprana.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. “*Duelo*”, Wikipedia. [http://es.wikipedia.org/wiki/Duelo_\(psicolog%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Duelo_(psicolog%C3%ADa))
2. Armas, N. & Díaz, L. “*Entre voces y silencios: las familias por dentro*”; Ediciones América, cap 7.
3. Astudillo, W. et.al. “*Alivio de las Situaciones Difíciles y del Sufrimiento en la Terminalidad*”, Edita Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, España. 2005.
4. Baeza, M. “*Maternidad Indígena En Colta. Un Espacio De Encuentros y Tensiones*”, marzo 2009.
5. Beute, M. et.al. “*Grief and Depression After Miscarriage: Their Separation, Antecedents, and Course*”, Psychosomatic Medicine, 1995.
6. Blanco, J. & Castañeda, X. “*Tolerancias y resistencias: el aborto desde la perspectiva de las parteras tradicionales de un área rural de México*”. Rev. Saúde Pública, 33 (4): 334-41, 1999.
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000400003
7. Bouquet de Durán R. “*Aborto Espontáneo*”. LIBERABIT. Revista de Psicología 2012; pág. 1853-1857. <http://www.redalyc.org/pdf/686/68623931007.pdf>
8. Bowles, S. “*Acute and Post-traumatic Stress Disorder After Spontaneous Abortion*”, American Family Physician, marzo 15, 2000.
<http://www.aafp.org/afp/2000/0315/p1689.html>
9. Brier, N. “*Grief Following Miscarriage: A Comprehensive Review of the Literature*”, Journal of Women’s Health, 2008.

10. Coleman, P. *“Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009”*, The British Journal of Psychiatry, 2011.
<http://bjp.rcpsych.org/content/199/3/180.full.pdf+html>

11. Comité del Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género. *“La Mujer Indígena En Zonas Rurales”*. México 2008.
archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/Inv_Finales_08/DP2/2_9.pdf

12. Declerque, J. *“AN OVERVIEW OF ADOLESCENT PREGNANCY IN RURAL AREAS”*, The Journal of Rural Health, 1998.
http://saludesa.org.ec/biblioteca/OBSTETRICIA/Una_vision_general_del_embarazo_en_adolescentes.pdf

13. Dibarbora E. *“Definición y criterios médicos de muerte. Una mirada bioética”*.
Portales médicos.com. 23/01/2008.
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/901/1/Definicion-y-criterios-medicos-de-muerte-Una-mirada-bioetica.html>

14. Dollenz, E. *“Duelo Normal y Patológico, Consideraciones Para El Trabajo En Atención Primaria de Salud”*, Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud, Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, Internado Optativo de Psiquiatría, Servicio de Salud Metropolitano Sur Complejo Asistencial Barros Luco, Servicio de Psiquiatría “Dr. Juan Marconi Tassara”, 2003.
<http://es.slideshare.net/MPIAFL/1-duelo-normalypatologicoenaps>

15. Gálvez, A. ***“Muerte alrededor del nacimiento. Creencias, sentimientos y vivencias. Perspectiva de los profesionales de los cuidados”***, Tesis Doctoral, Universidad de Alicante, 2006.
<file:///C:/Users/acer/Downloads/G%C3%A1lvez%20Toro,%20Alberto.pdf>
16. González, I. ***“Las Crisis Familiares”***, Revista Cubana de Medicina General Integral, 2000; 16(3) pág. 280-286.
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_3_00/mgi10300.pdf
17. Griebel, C. ***“Management of Spontaneous Abortion”***. American Family Physician, 2005 Oct 1;72(7) pág. 1243-1250.
<http://www.aafp.org/afp/2005/1001/p1243.html>
18. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. ***“Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos”***. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08, pág. 203 - 211. <http://www.cedepap.tv/GPC44.pdf>
19. Grupo de trabajo sobre atención a situaciones de duelo del II PISMA, ***“Guía para Profesionales de la Salud ante Situaciones de Duelo”***, Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. 2011.
http://testamentovital.wikispaces.com/file/view/Guia_duelo_final.pdf
20. Gurpegui, M. ***“Complicaciones psiquiátricas del aborto”***, Cuad. Bioét. XX, 2009/3^a. Granada – España. <http://www.aebioetica.org/rtf/06-BIOETICA-70.pdf>

21. Hamama, L. et.al. ***“Previous experience of spontaneous or elective abortion and risk for posttraumatic stress and depression during subsequent pregnancy”***, *Depress Anxiety*, Michigan, agosto 1, 2011.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939862/pdf/nihms213900.pdf>
22. Hsu Mt, Tseng Yf & Kuo Ll. ***“Transforming loss: Taiwanese women’s adaptation to stillbirth”***. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 40 pág. 387-395
23. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), ***“Fascículo Provincial Pichincha”***. 2010. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/pichincha.pdf>
24. Kendall, T. et.al. ***“To meta-analyse or not to meta-analyse: abortion, birth and mental health”***, *The British Journal of Psychiatry*, 2012.
<http://bjp.rcpsych.org/content/200/1/12.full.pdf+html>
25. Knoles, J. ***“The Emotional Effects of Induced Abortion”***, Planned parenthood, New York, 2007.
[http://www.plannedparenthood.org/files/8413/9611/5708/Abortion Emotional Effects.pdf](http://www.plannedparenthood.org/files/8413/9611/5708/Abortion_Emotiona_l_Effects.pdf)
26. Kong, G. et.al. ***“Clinical and psychological impact after surgical, medical or expectant management of first-trimester miscarriage – a randomised controlled trial”***, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2013; 53: 170–177.

27. Laverde, E. ***“Mortalidad perinatal y duelo materno”***. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Colombia 1998 - Vol. 46 N° 2 Pág. 75-81. <http://www.bdigital.unal.edu.co/29114/1/27107-95060-1-PB.pdf>
28. Lee, D. et.al. ***“Screening Psychiatric Morbidity After Miscarriage: Application of the 30-Item General Health Questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale”***, Psychosomatic Medicine 1997.
29. Llano, J. ***“La Muerte: Definición y Características”***. Monografías.com. <http://www.monografias.com/trabajos92/muerte-definicion-y-caracteristicas/muerte-definicion-y-caracteristicas.shtml#ixzz2zXZF92hw>
30. López, A. ***“Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio”***, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2011; 31 (109), pág. 53-70. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>
31. Mammen OK. ***“Women’s reactions to perinatal loss in India: an exploratory, descriptive study”***. Infant Men Health J 1995; 16 pág. 94-101
32. Marcús, J. ***“Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad”***, Revista Argentina de Sociología. Año 4 N° 7 — ISSN 1667-9261 (2006), pág. 99-118. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26940705>
33. Medina, A y Mayca J. ***“Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis”***, Revista cultural electrónica “construyendo nuestra interculturalidad” Año5. N°5. Noviembre

2009. Lima-Perú. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1726-46342006000100004&script=sci_arttext
34. Ministerio de Salud Pública. ***“Guía de Práctica Clínica (GPC): Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente”***. Dirección Nacional de Normatización, 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2013. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dn/archivos/GPC%20Aborto%20espont%C3%A1neo,%20incompleto,%20diferido%20y%20retenido.pdf>
35. Molina, M. ***“Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer”***, Psykhe, Pontificia Universidad Católica de Chile, noviembre, 2006. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000200009
36. Moreiras, A. ***“Tercer Espacio, Literatura y Duelo En América Latina”***. Escuela de Filosofía Universidad ARCIS. <http://www.philosophia.cl/biblioteca/Moreiras/Tercer%20espacio.pdf>
37. Mota, C. et.al. ***“Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional”***, Revista Latinoamericana de Psicología, 2011. Volumen 43 No 3 pp. 419-428 2011 ISSN 0120-0534. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v43n3/v43n3a03.pdf>

38. Murphy, F. et.al. ***“Follow-up for improving psychological well being for women after a miscarriage (Review)”*** The Cochrane Library. 2012, Issue 3.
<file:///C:/Users/acer/Downloads/CD008679.pdf>
39. Nikcevic, A. et.al. ***“Search For Meaning, Finding Meaning And Adjustment In Women Following Miscarriage: A Longitudinal Study”***, Psychology & Health, 2013.
40. Noone, J. et.al. ***“Preparing Daughters: The Context of Rurality on Mothers’ Role in Contraception”***, The Journal of Rural Health, 2009.
41. Oviedo, S. et.al. ***“Duelo materno por muerte perinatal”***. Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 76, Núm. 5. Septiembre-Octubre 2009. pág. 215-219.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf>
42. Pacheco, G. ***“Perspectiva Antropológica y Psicosocial de la Muerte y el Duelo”***, Revista Cultura de los cuidados, Enfermería y Humanidades, 2º Semestre 2003. Año VII – N° 14, pág. 28-44.
http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1040/1/culturacuidados_14_05.pdf
43. Palomar, C. ***“Maternidad: Historia y Cultura”***, La Ventana, 2005.
<http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/pperiod/laventan/Ventana22/35-69.pdf>
44. Pastor, S. ***“Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal”***, Revista Paraninfo digital, 2007: 1
45. Pastor, S. ***“La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud”***. Revista Latinoamericana Enfermagem 19(6),

Córdoba – España. 2011.

<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/4458/5917>

46. Pereira, R. *“Evolución Y Diagnóstico Del Duelo Normal Y Patológico”*,

Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar. Bilbao. Vizcaya. España. 2010.

http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Evaluaci%C3%B3n_y_Diagn%C3%B3stico.pdf

47. Piedra, C. *“Evolución Del Espacio Rural En El Ecuador”*. Monografías.com.

<http://www.monografias.com/trabajos91/evolucion-del-espacio-rural-ecuador/evolucion-del-espacio-rural-ecuador.shtml#ixzz2zRicaPvu>

48. Prine, L. *“Office Management of Early Pregnancy Loss”*, American Family

Physician, Julio, 1, 2011. <http://www.aafp.org/afp/2011/0701/p75.pdf>

49. The free dictionary. “Crisis”. Diccionario Manual de la Lengua Española Vox.

2007 Larousse Editorial, S.L. <http://es.thefreedictionary.com/crisis>

50. UNICEF. *“Maternidad Segura y Centrada en la Familia”*, Argentina, marzo

2011. http://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf

51. Villegas, L. *“Postpartum Depression Among Rural Women From Developed*

And Developing Countries: A Systematic Review”, The Journal Of Rural Health, 2011.

http://saludesa.org.ec/biblioteca/OBSTETRICIA/postparto_depresion_en_zonas_rurales.pdf

52. Wijesinghe, P. et.al. *“A qualitative study on patients’ perceptions of expectant*

management of first trimester incomplete miscarriage”, Ceylon Medical

Journal, SRI LANKA, 2012.

<http://www.sjoi.info/index.php/CMJ/article/viewFile/5078/4050>

ANEXOS

SIMBOLOGÍA



Hombre



Mujer



Sujeto índice



Obito fetal gemelar



Gemelos



Evento (aborto, embarazo molar, embarazo ectópico)



Embarazo



Matrimonio



Unión libre



Separación de unión libre



Compromiso roto



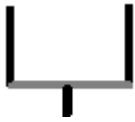
Compromiso



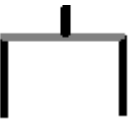
Viudez



Divorcio



Relación ascendente



Relación descendente



Adopción



Rompimiento



Amor



Buena relación



Amistad cercana



Fusión



Odio



Violencia



Distante hostil



Cercano hostil

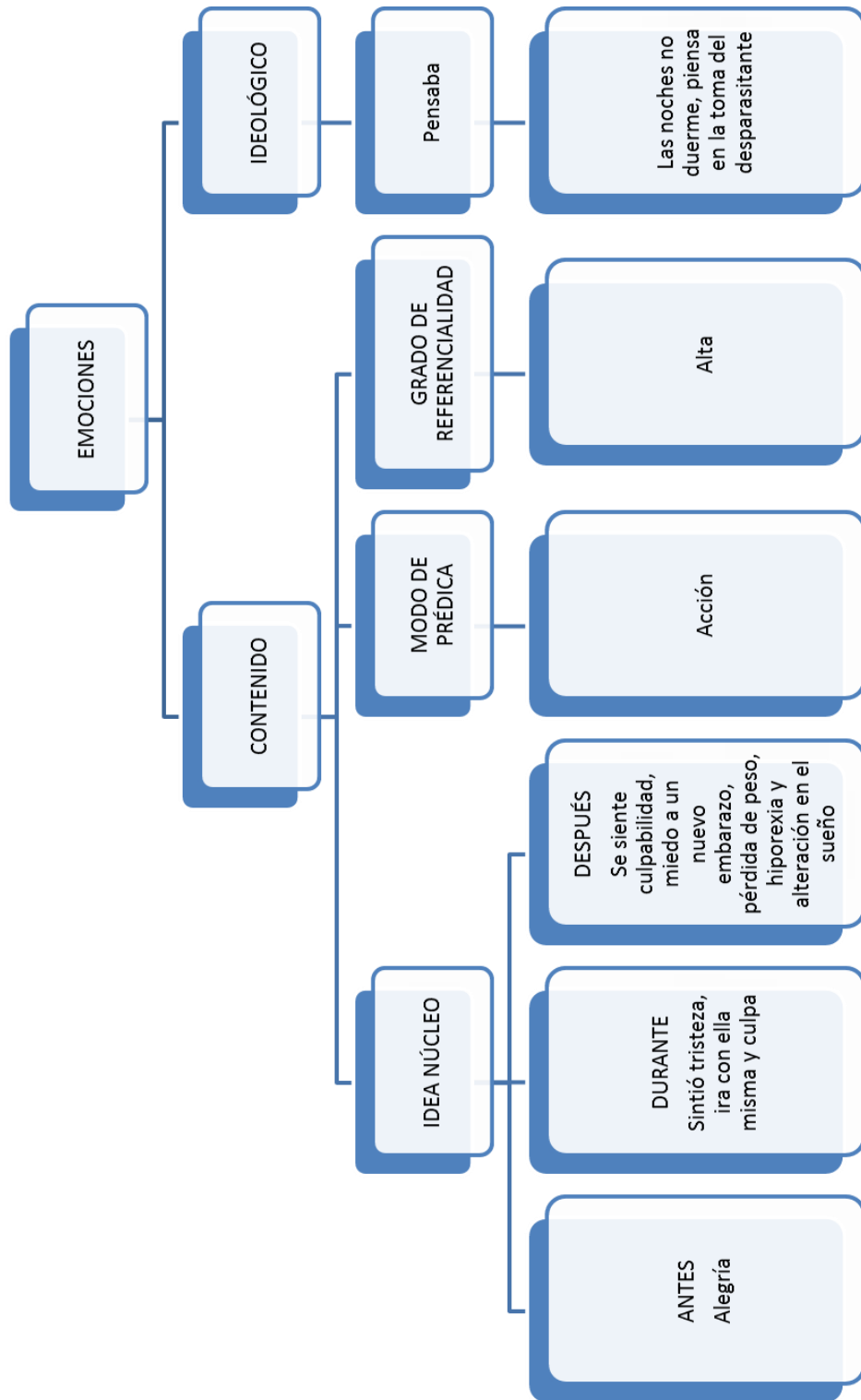


Desconfiado

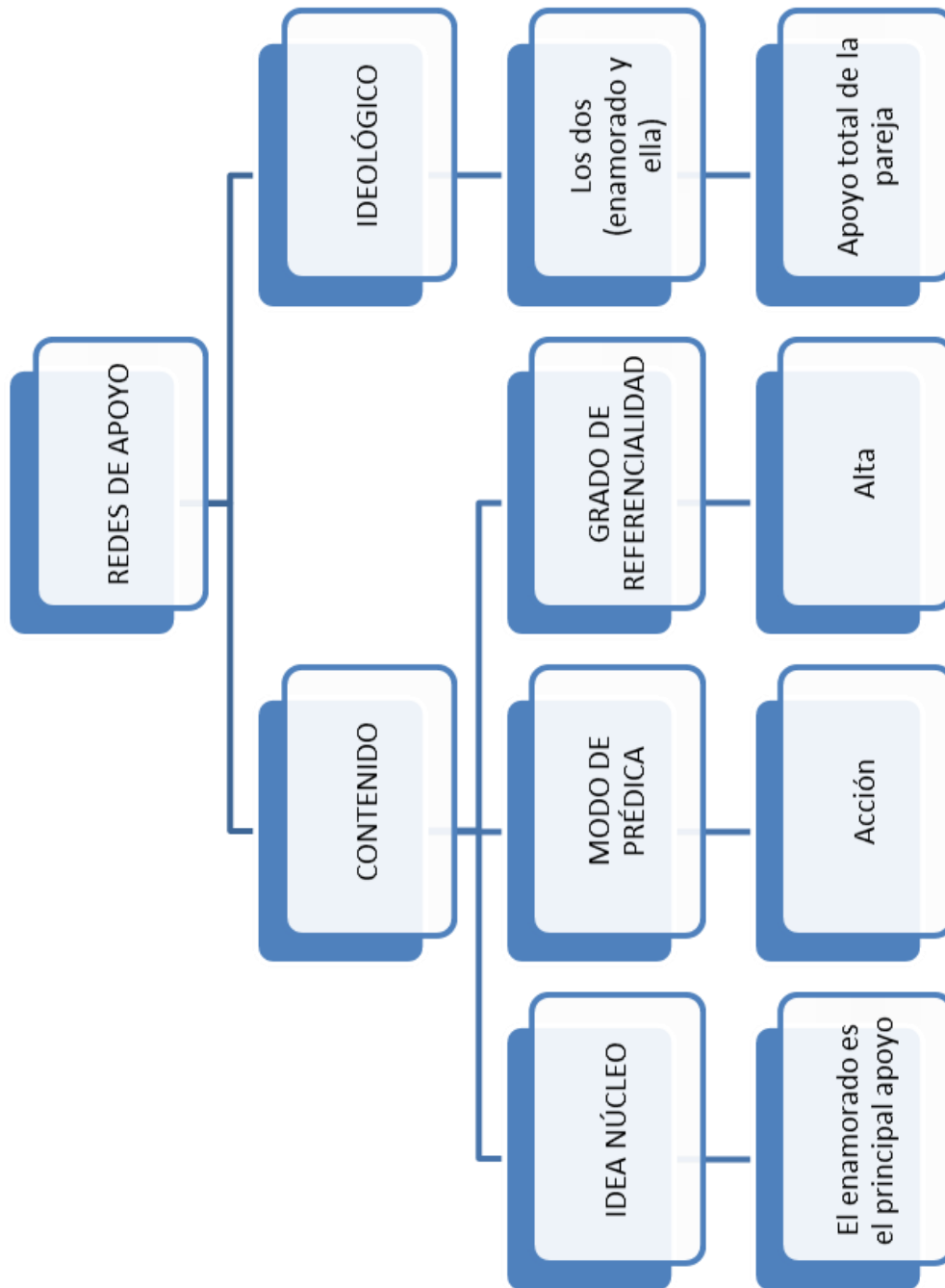


Abandono

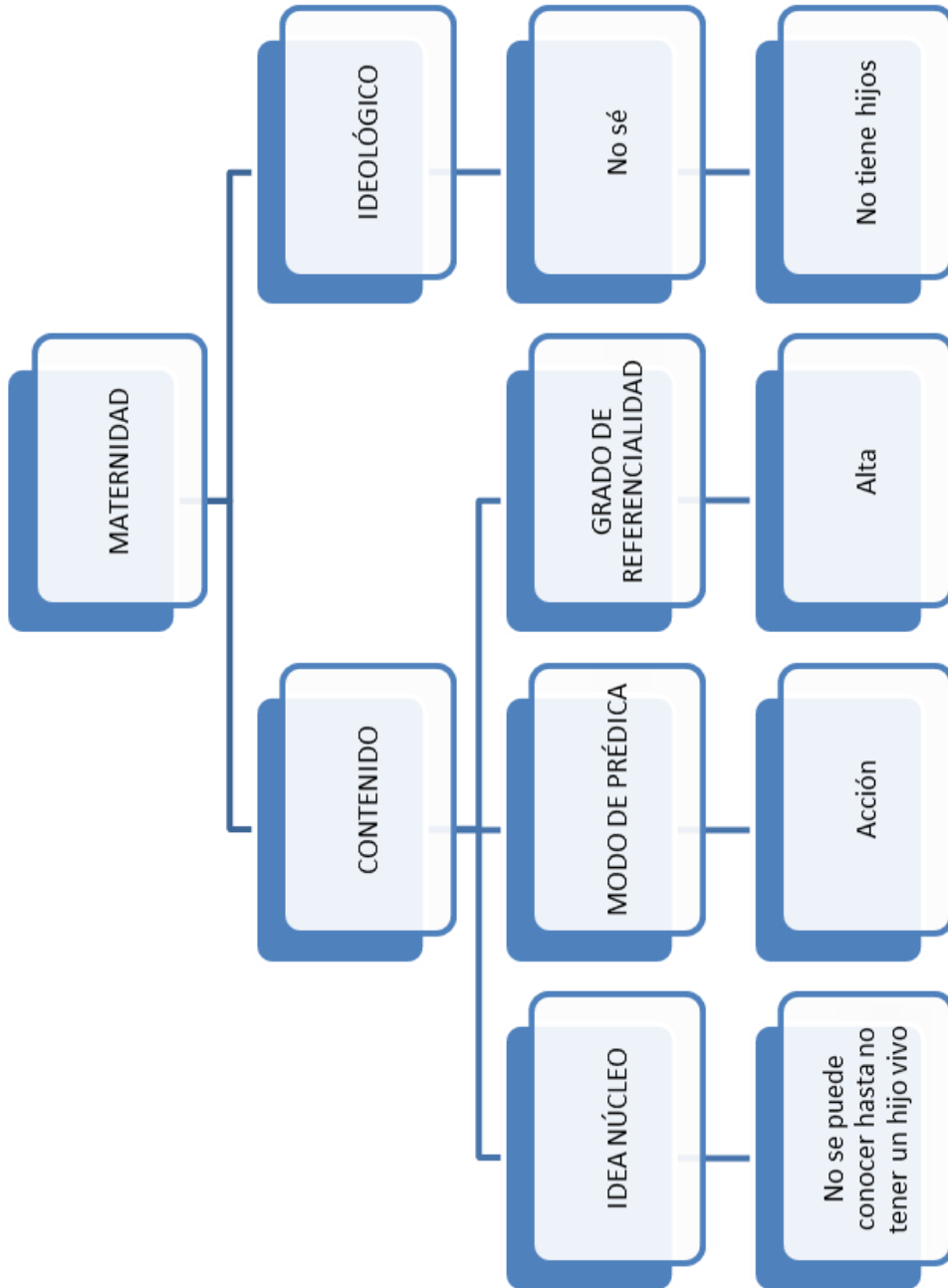
12.2 Emociones



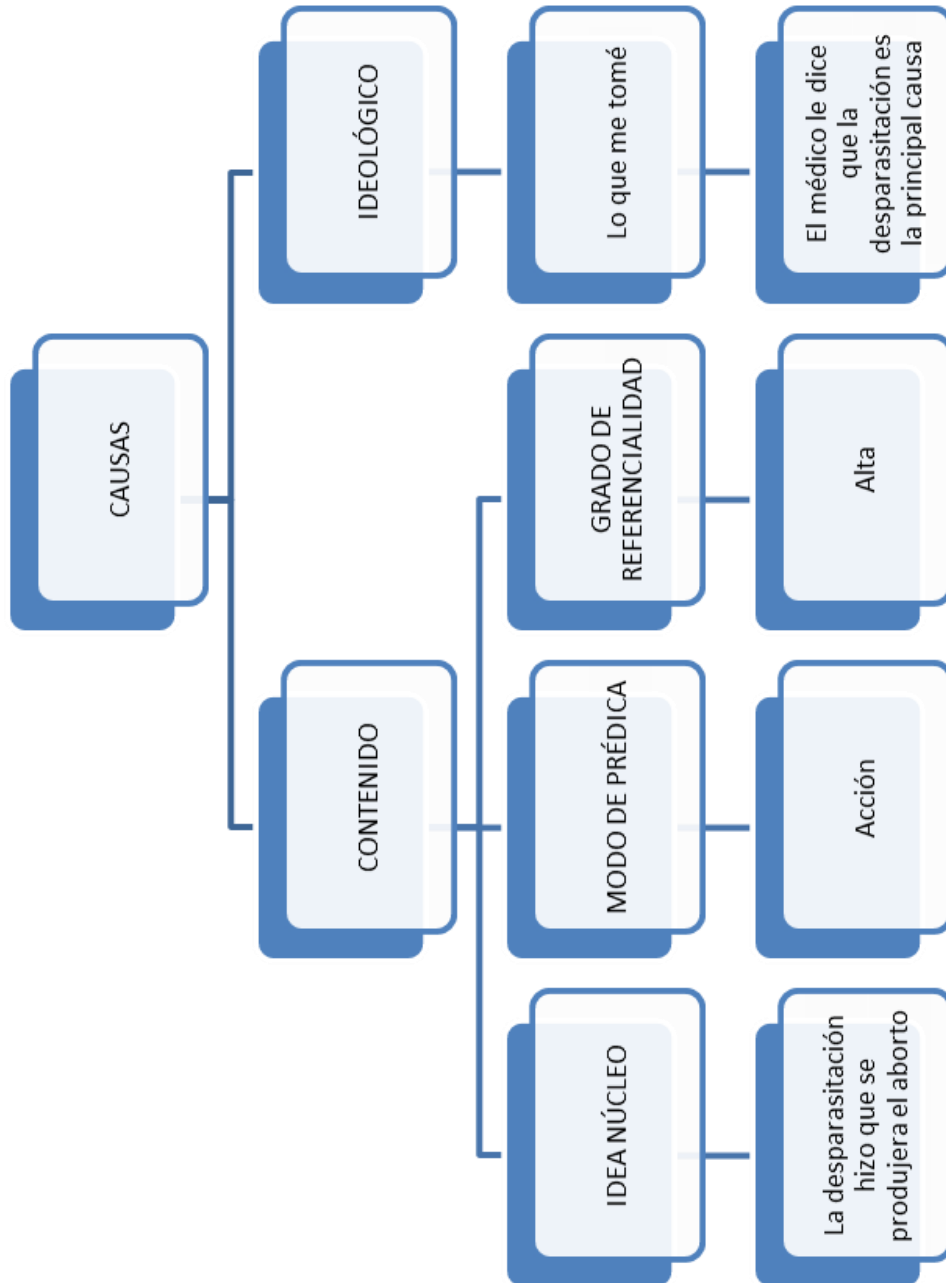
12.3 Redes de Apoyo



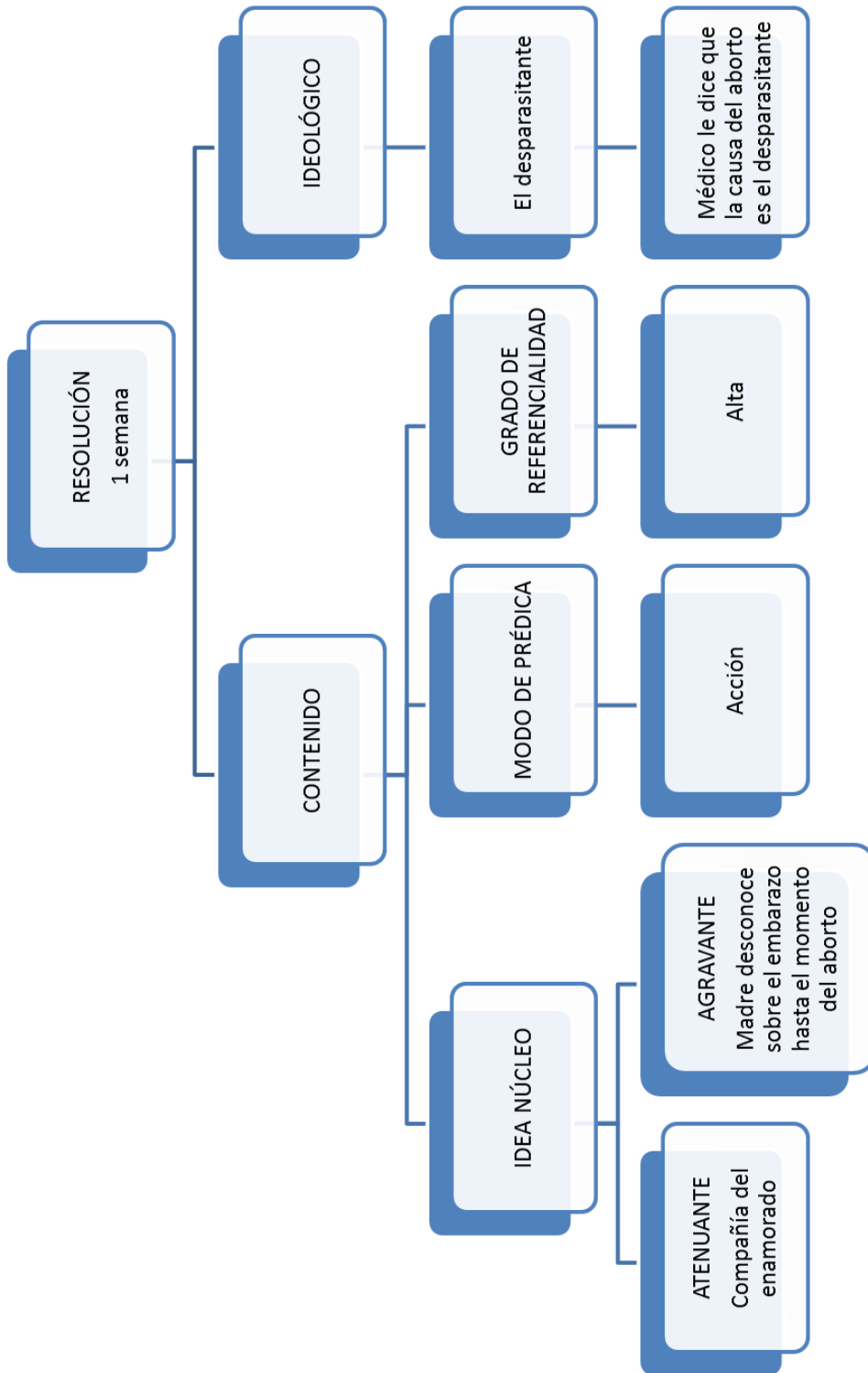
12.4 Maternidad



12.5 Causas

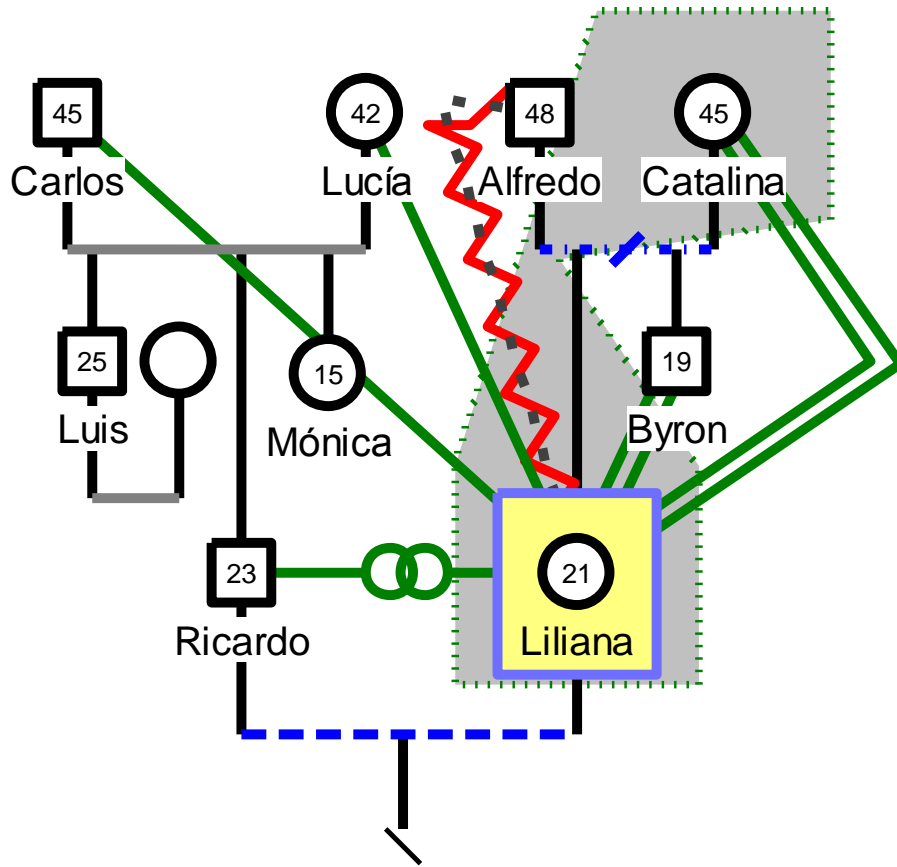


12.6 Resolución



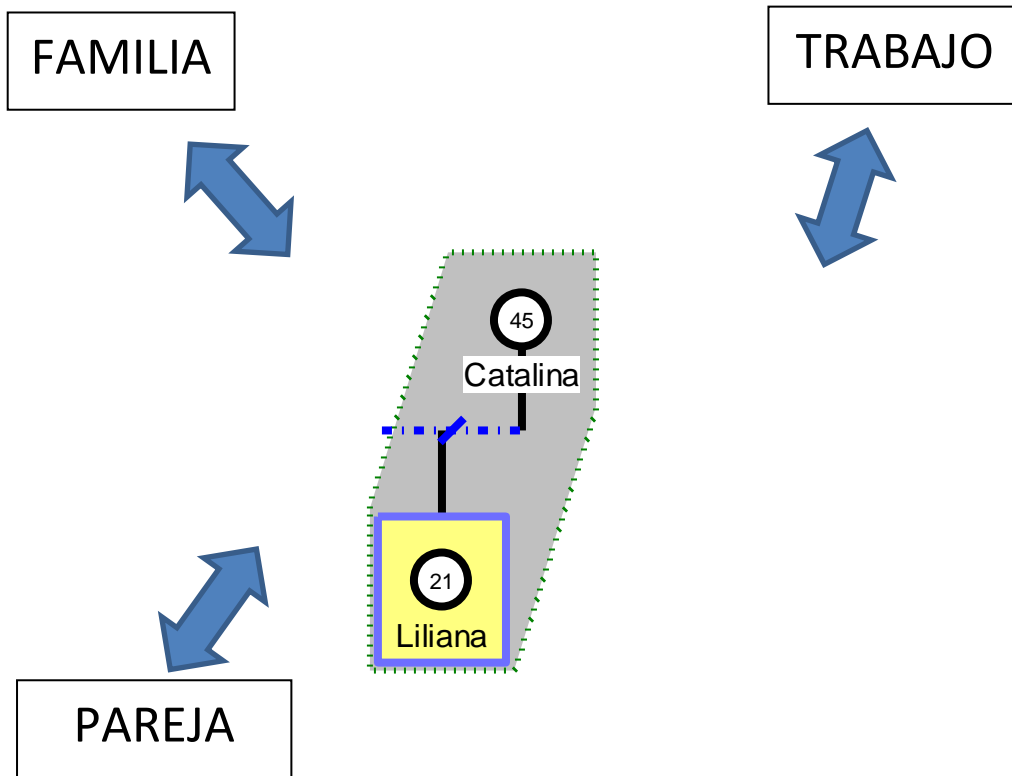
INFORMANTE 12

Familiograma



Realizado por: Karina Cando y Diana Cajamarca
Fecha de elaboración: 29/01/2014

Ecomapa familiar

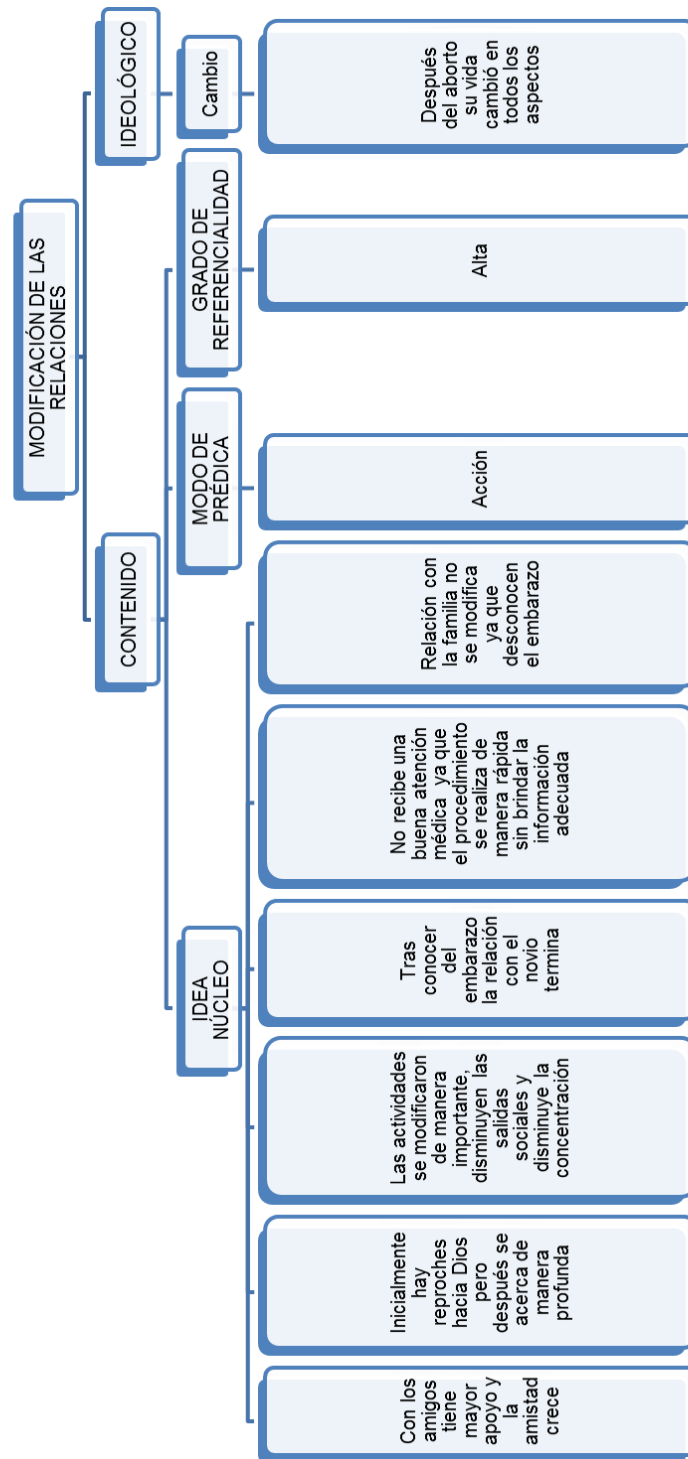


APGAR familiar

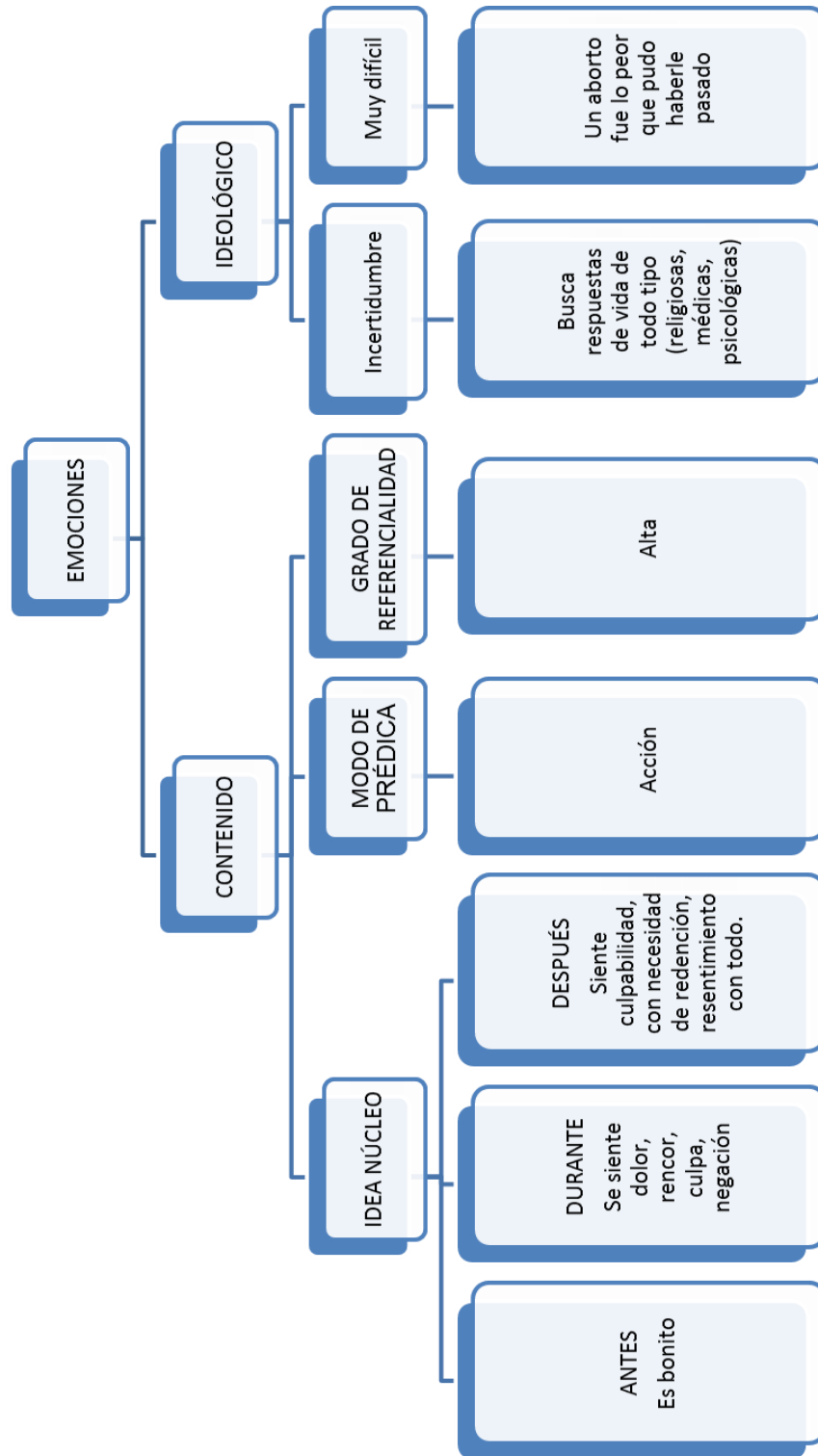
	SIEMPRE (4)	CASI SIEMPRE (3)	ALGUNAS VECES (2)	CASI NUNCA (1)	NUNCA (0)
APOYO			X		
PARTICIPACIÓN		X			
GROWTH / CRECIMIENTO		X			
AFECTO		X			
RECREACIÓN	X				
TOTAL					15
INTERPRETACIÓN: DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE					

Informante 13

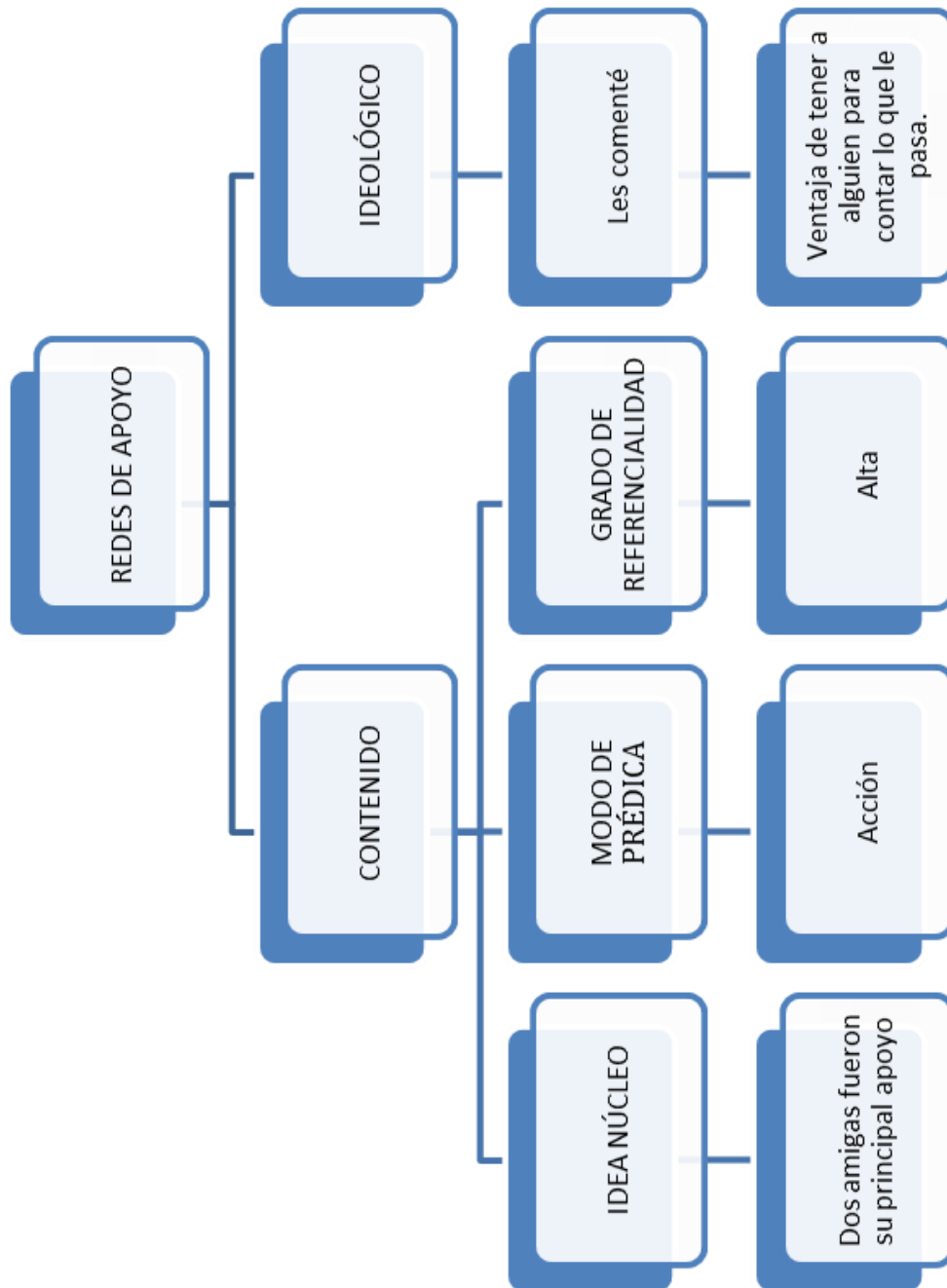
13.1 Modificación de Relaciones



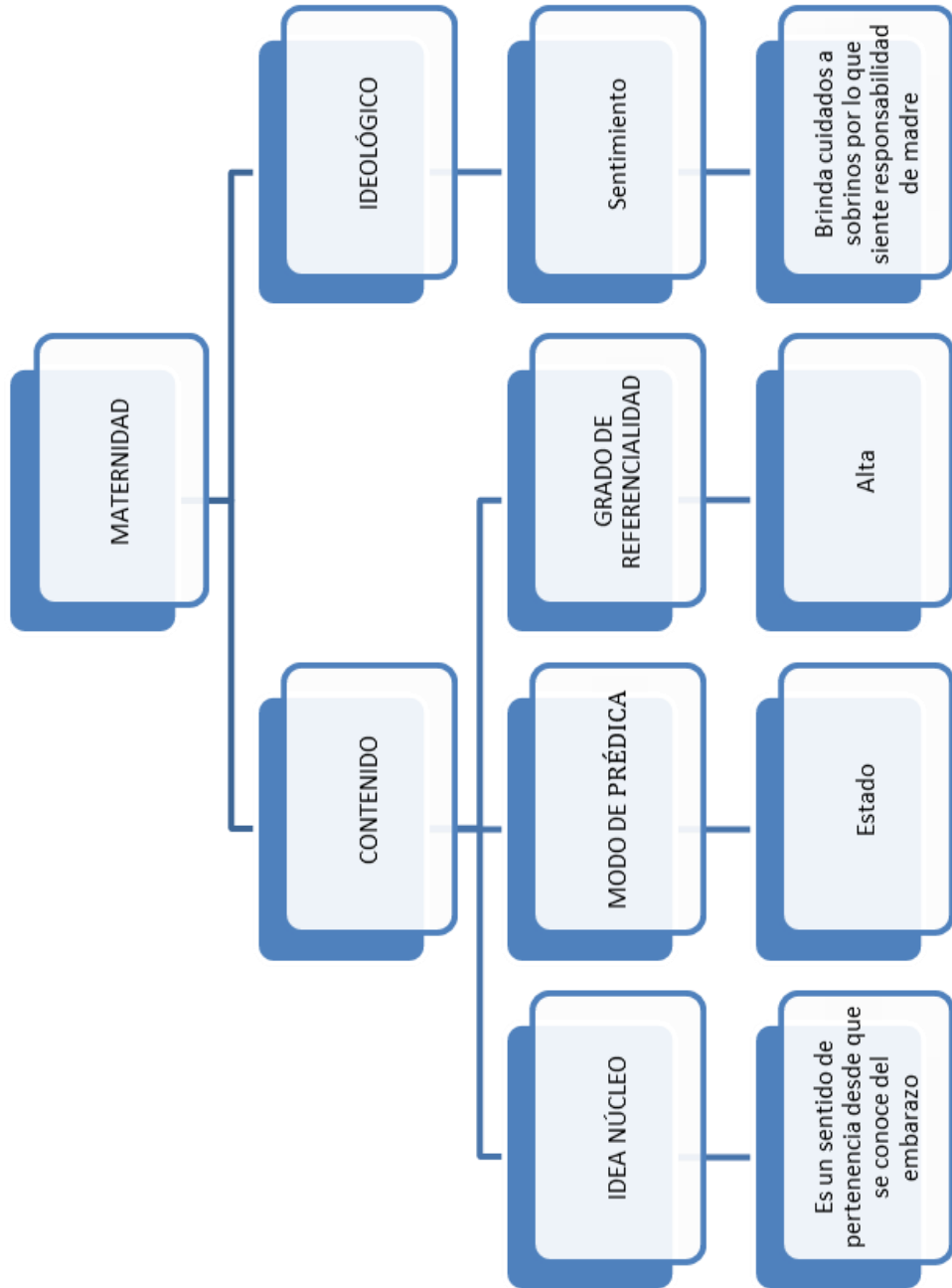
13.2 Emociones



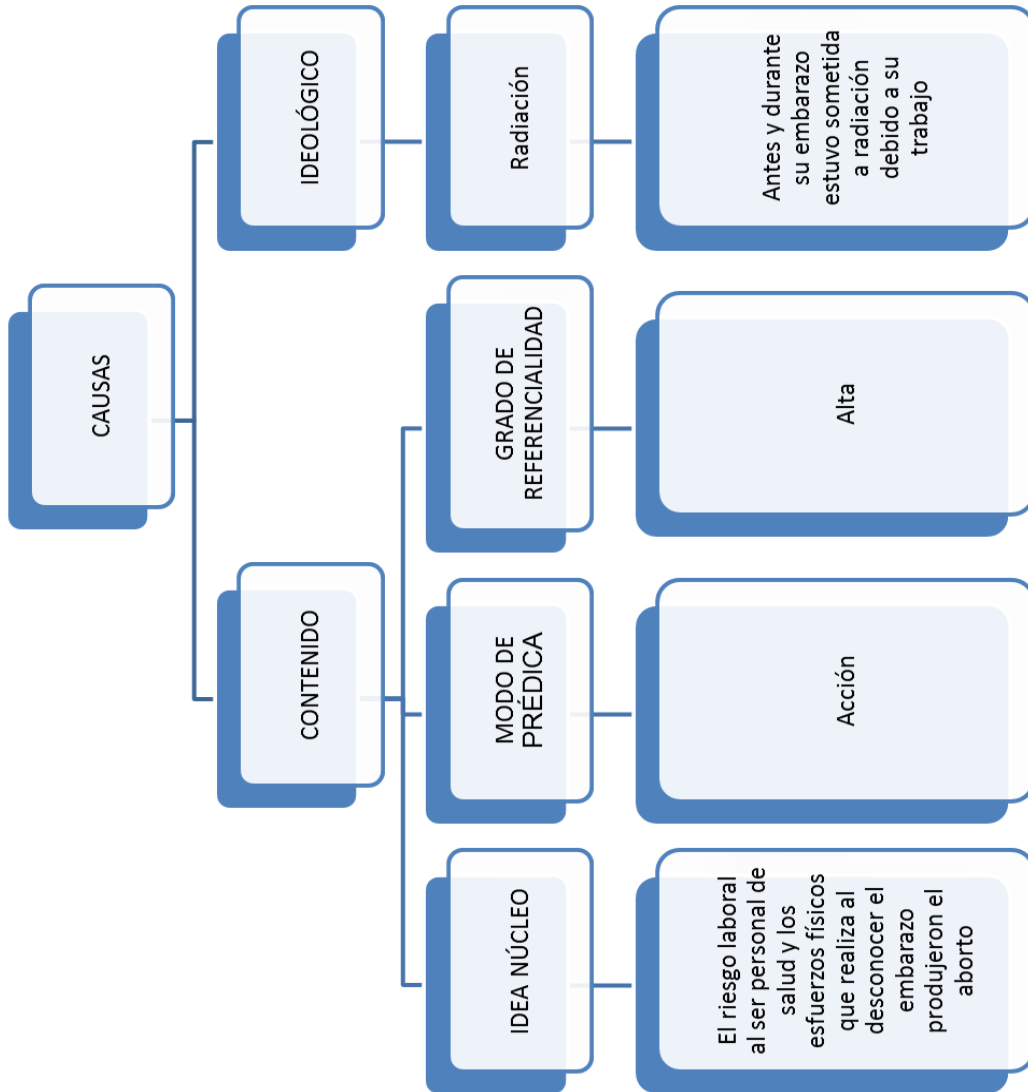
13.3 Redes de Apoyo



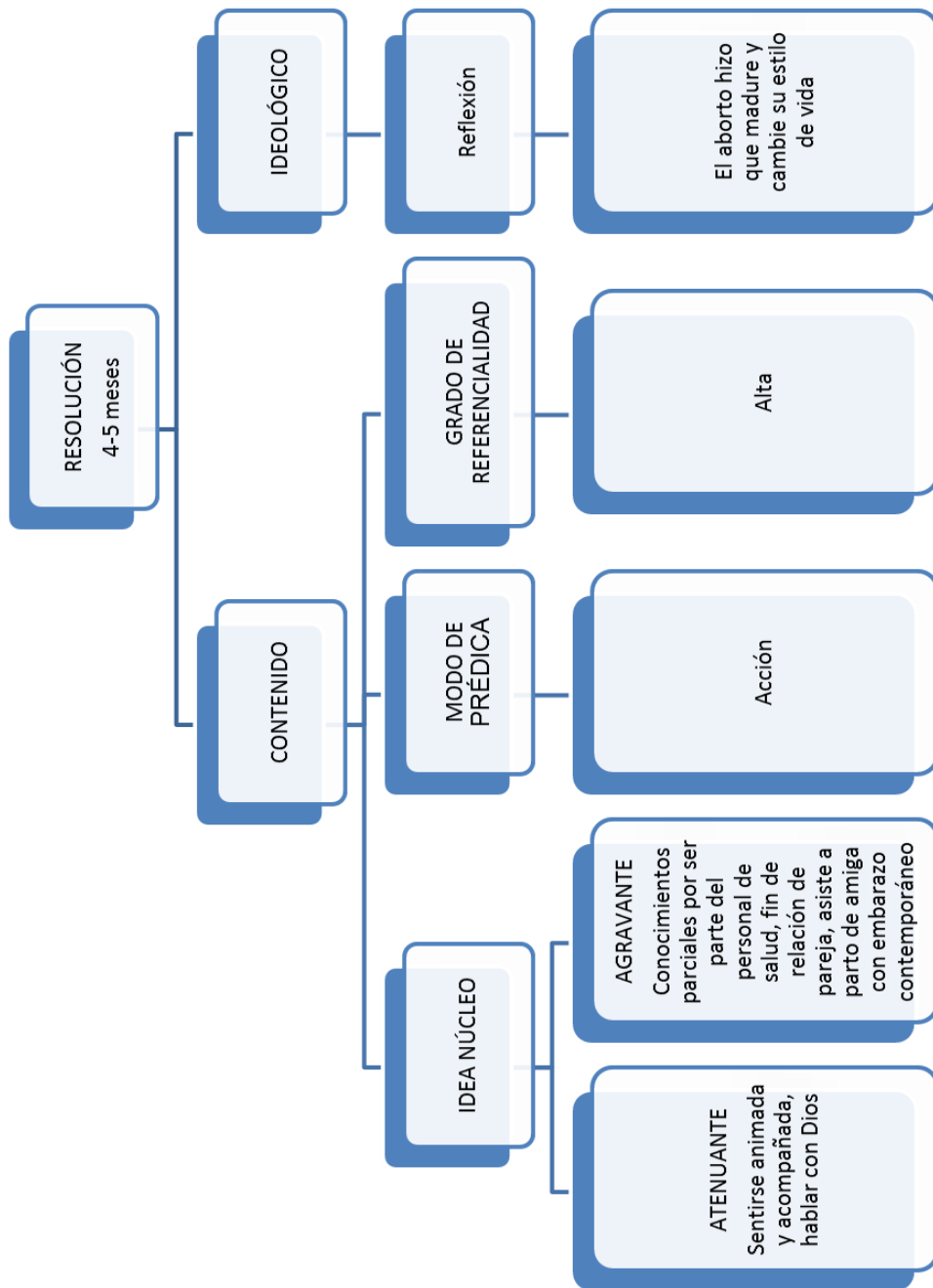
13.4 Maternidad



13.5 Causas

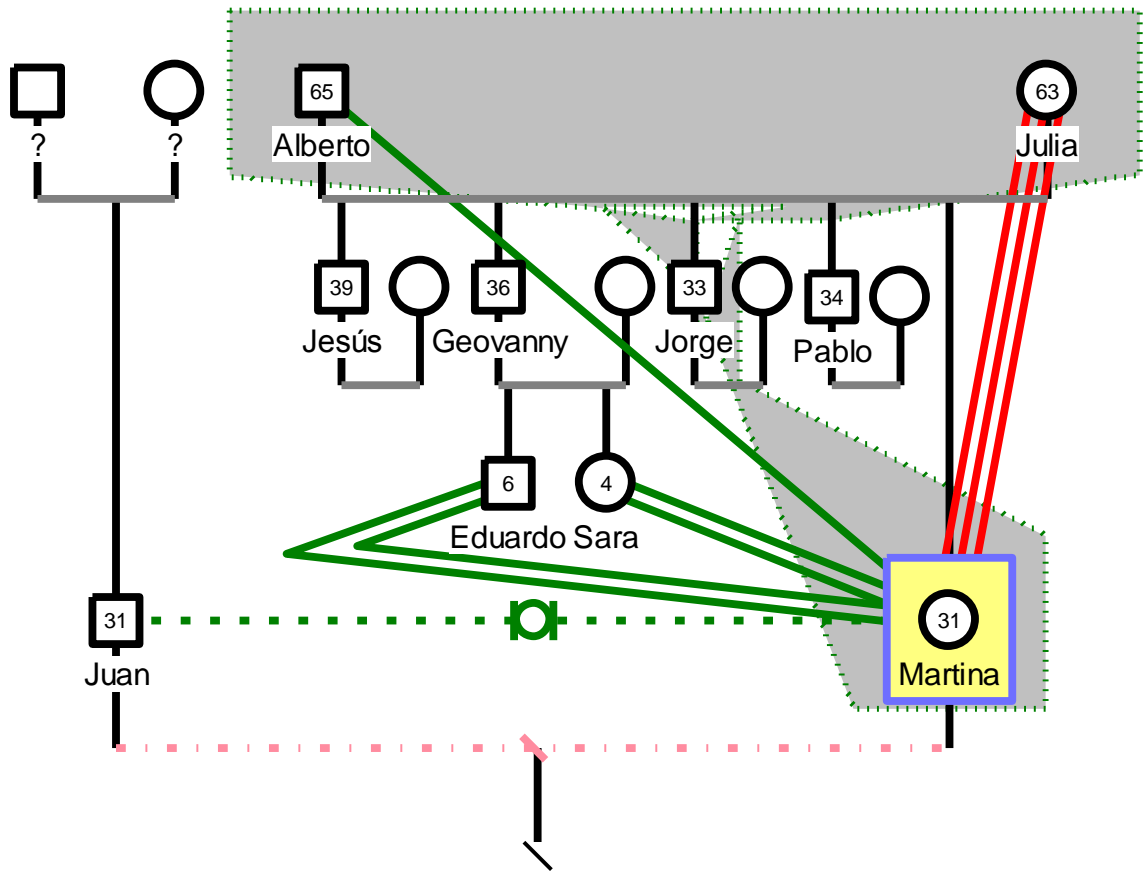


13.6 Resolución



INFORMANTE 13

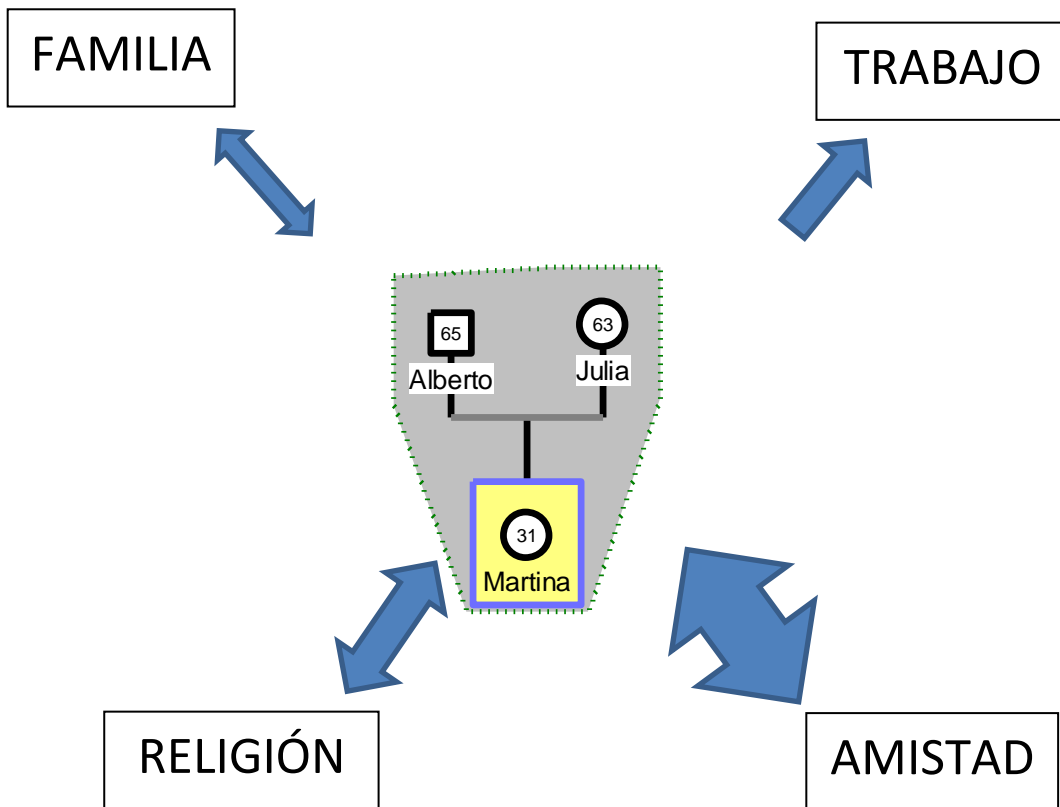
Familiograma



Realizado por: Karina Cando y Diana Cajamarca

Fecha de elaboración: 29/01/2014

Ecomapa familiar



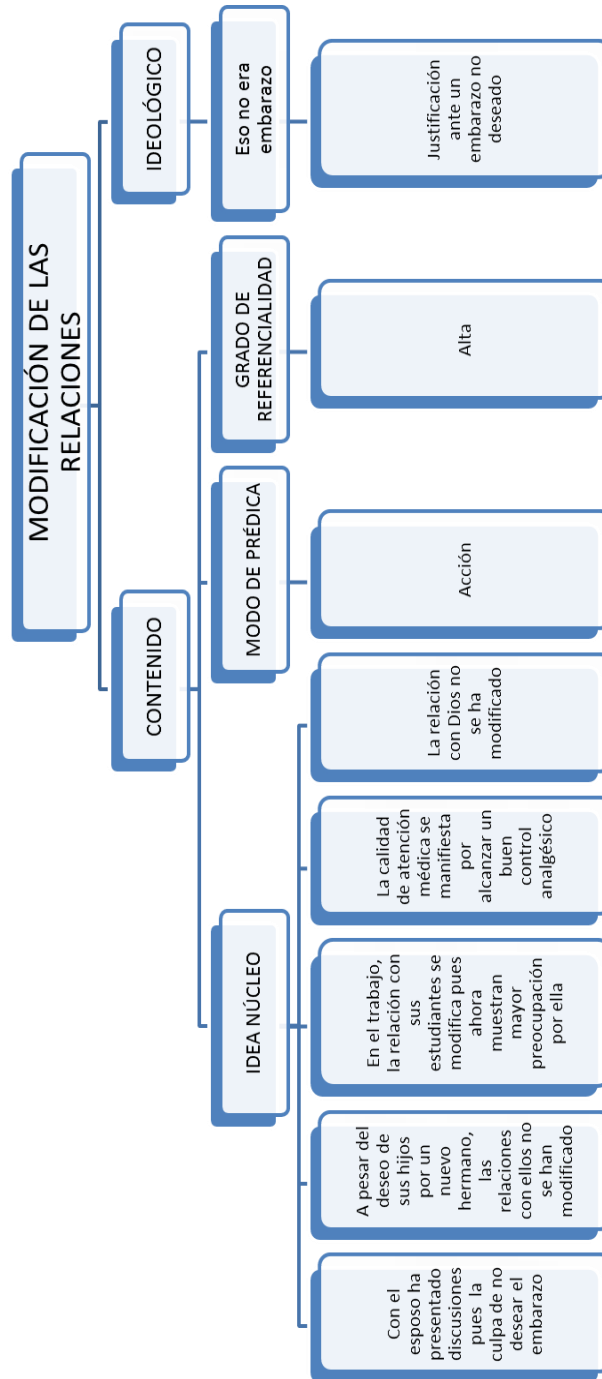
APGAR familiar

	SIEMPRE (4)	CASI SIEMPRE (3)	ALGUNAS VECES (2)	CASI NUNCA (1)	NUNCA (0)
APOYO		X			
PARTICIPACIÓN		X			
GROWTH / CRECIMIENTO			X		
AFECTO		X			
RECREACIÓN			x		
TOTAL					13
INTERPRETACIÓN: DISFUNCIÓN FAMILIAR MODERADA					

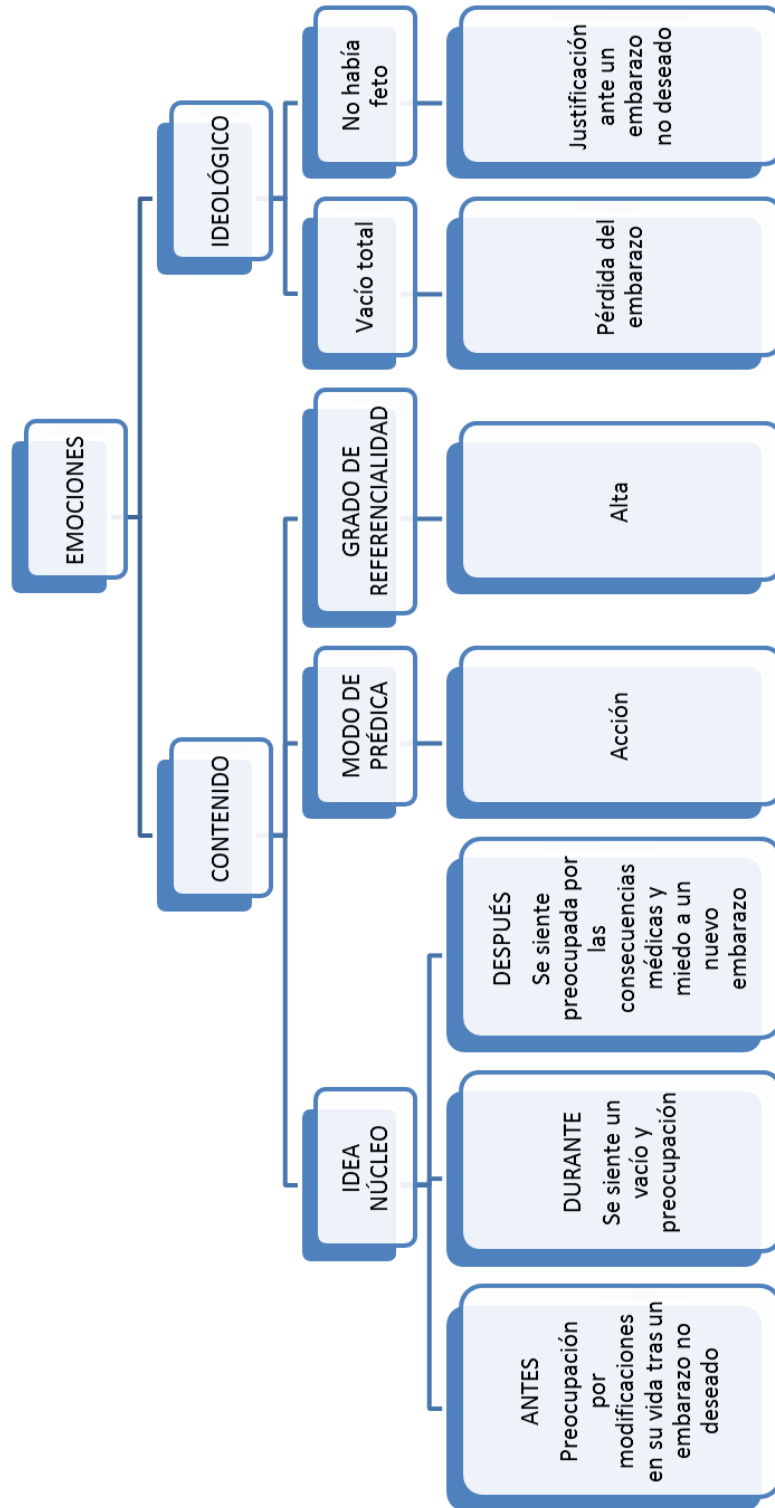
PACIENTES CON PÉRDIDA GESTACIONAL ENTRE 6 MESES Y 1 AÑO

Informante 4

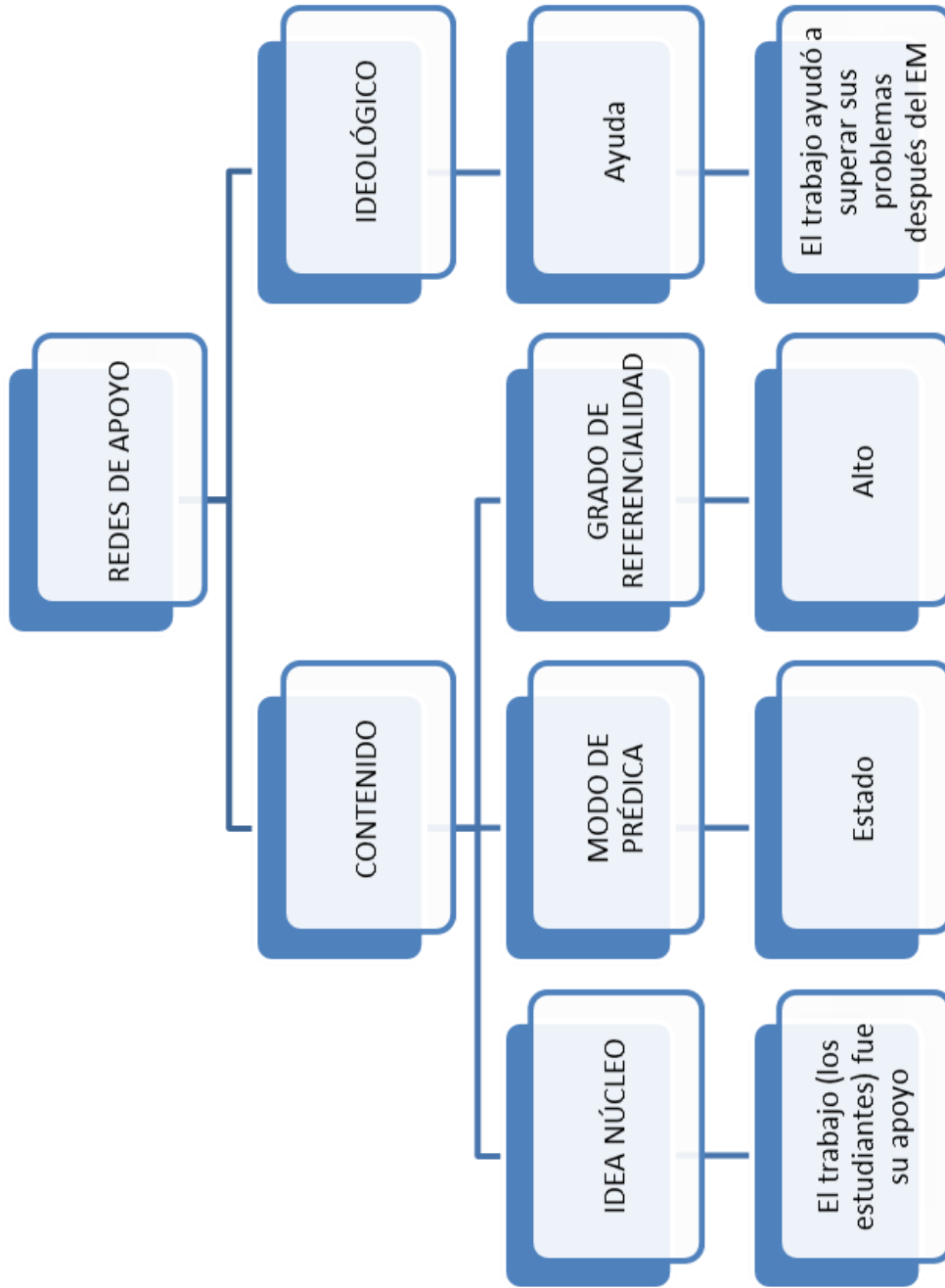
4.1 Modificación de relaciones



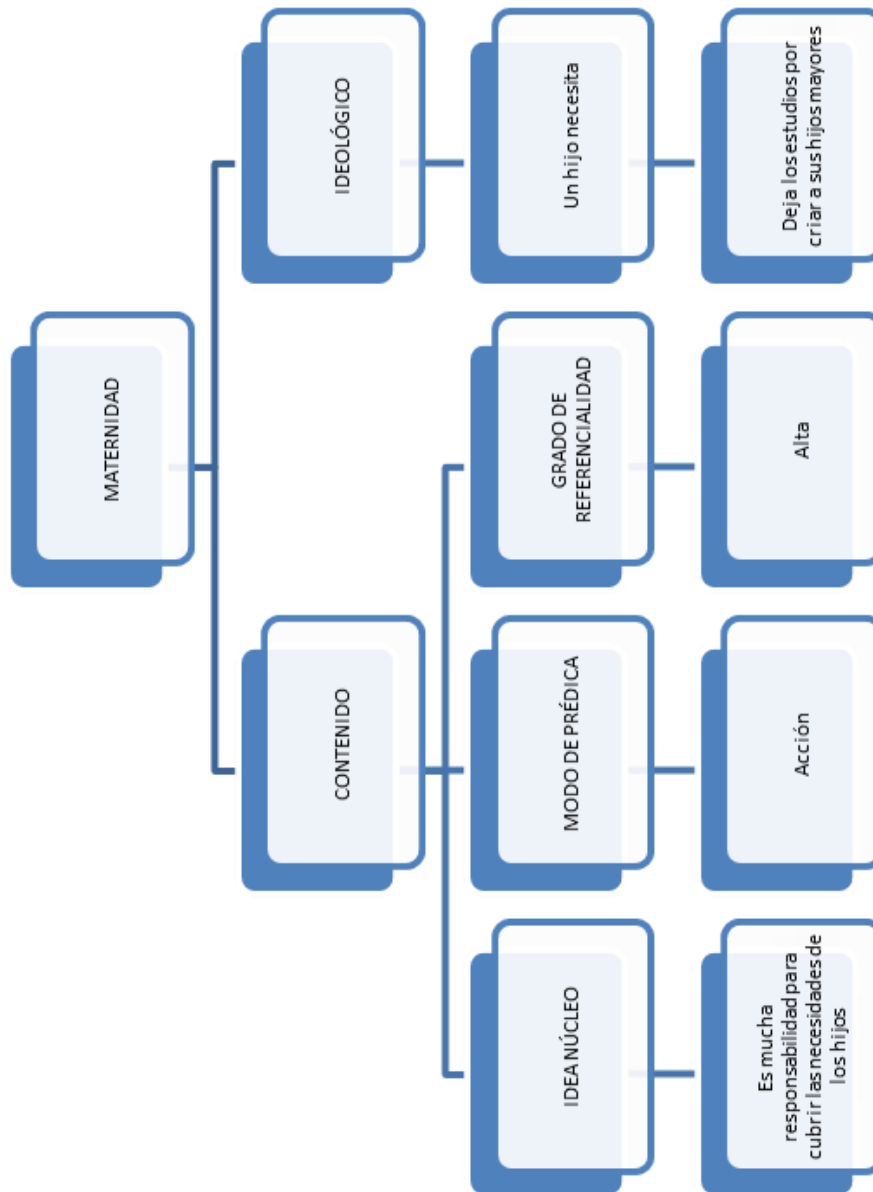
4.2 Emociones



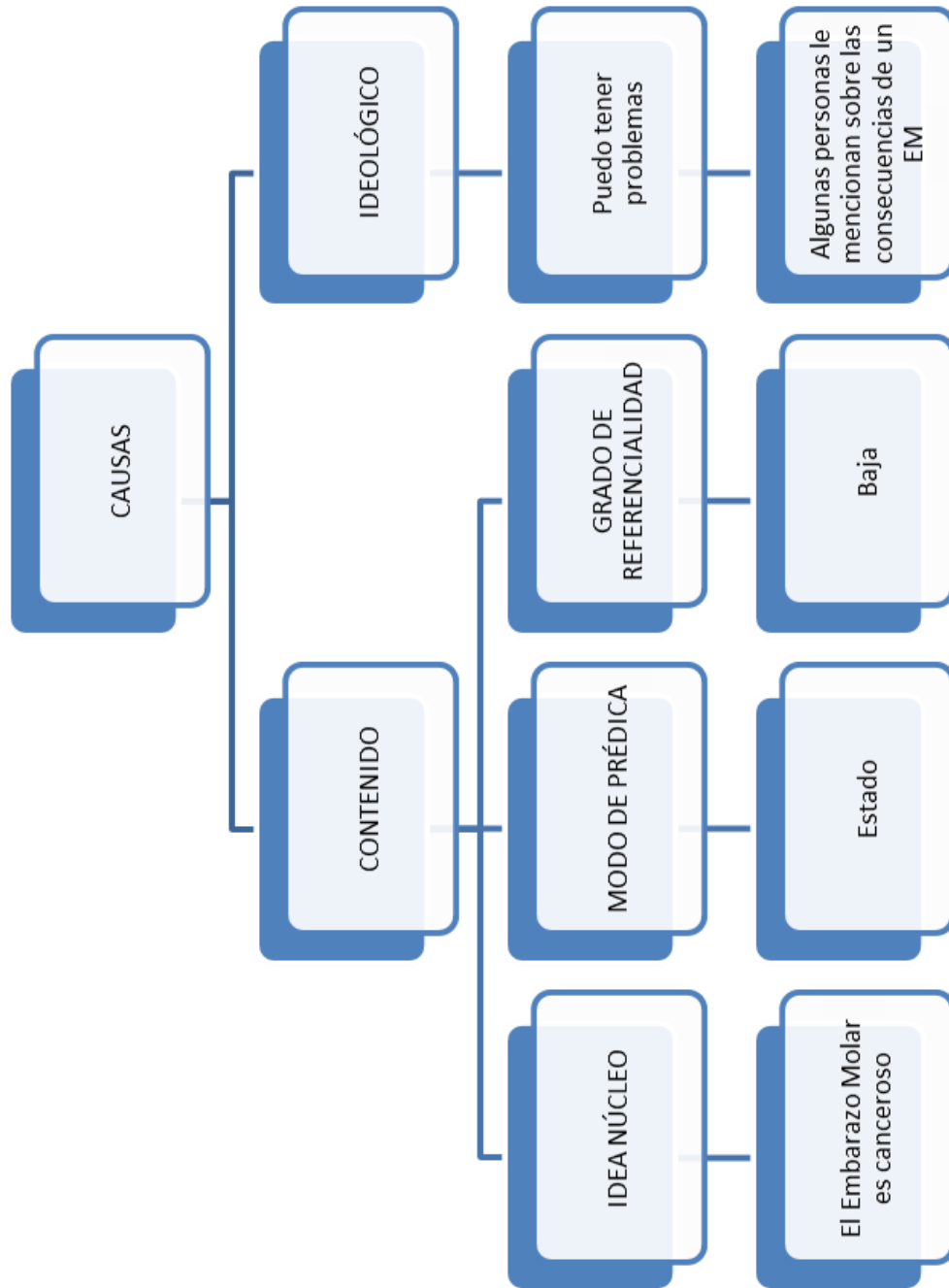
4.3 Redes de apoyo



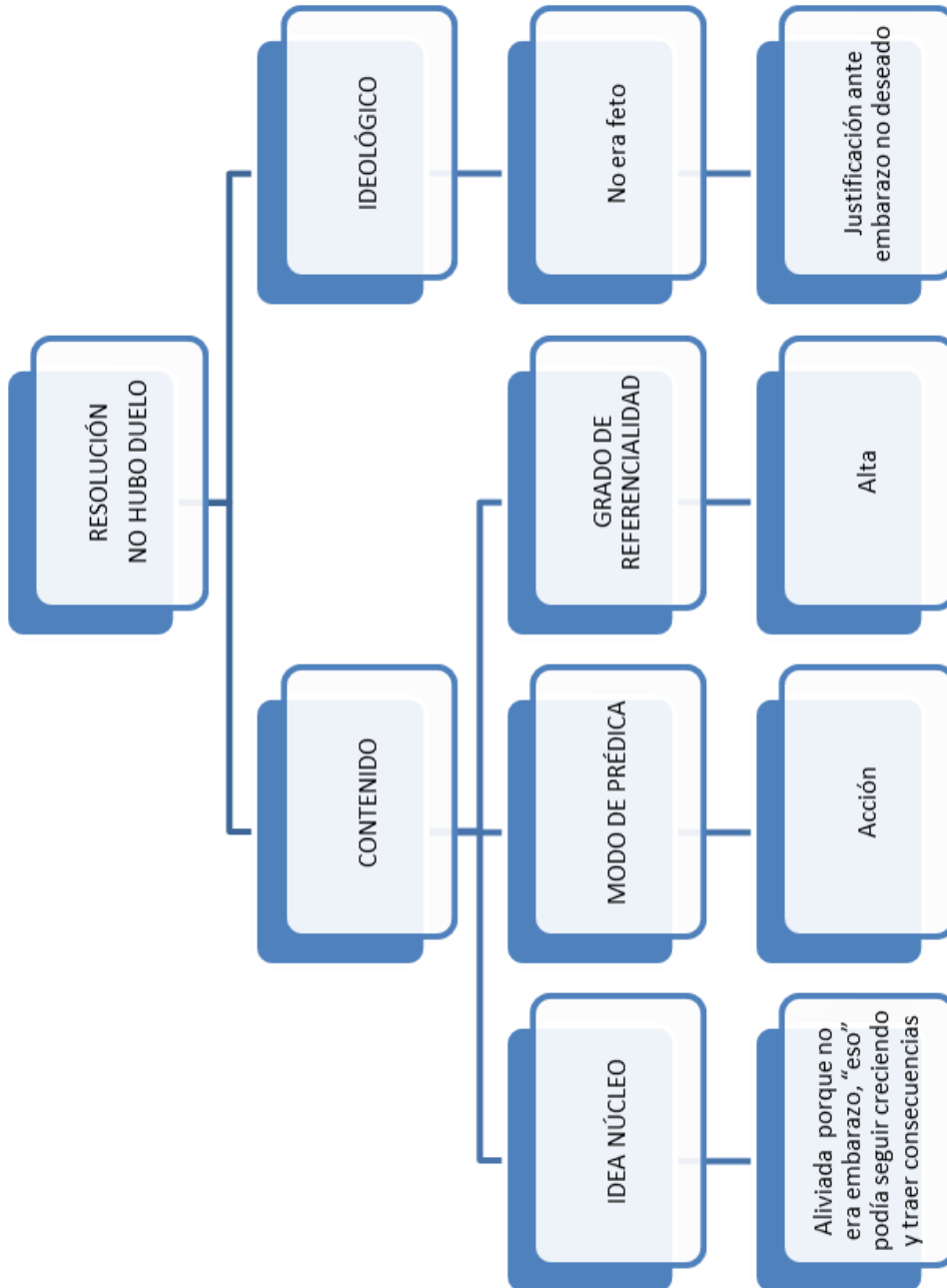
4.4 Maternidad



4.5 Causas

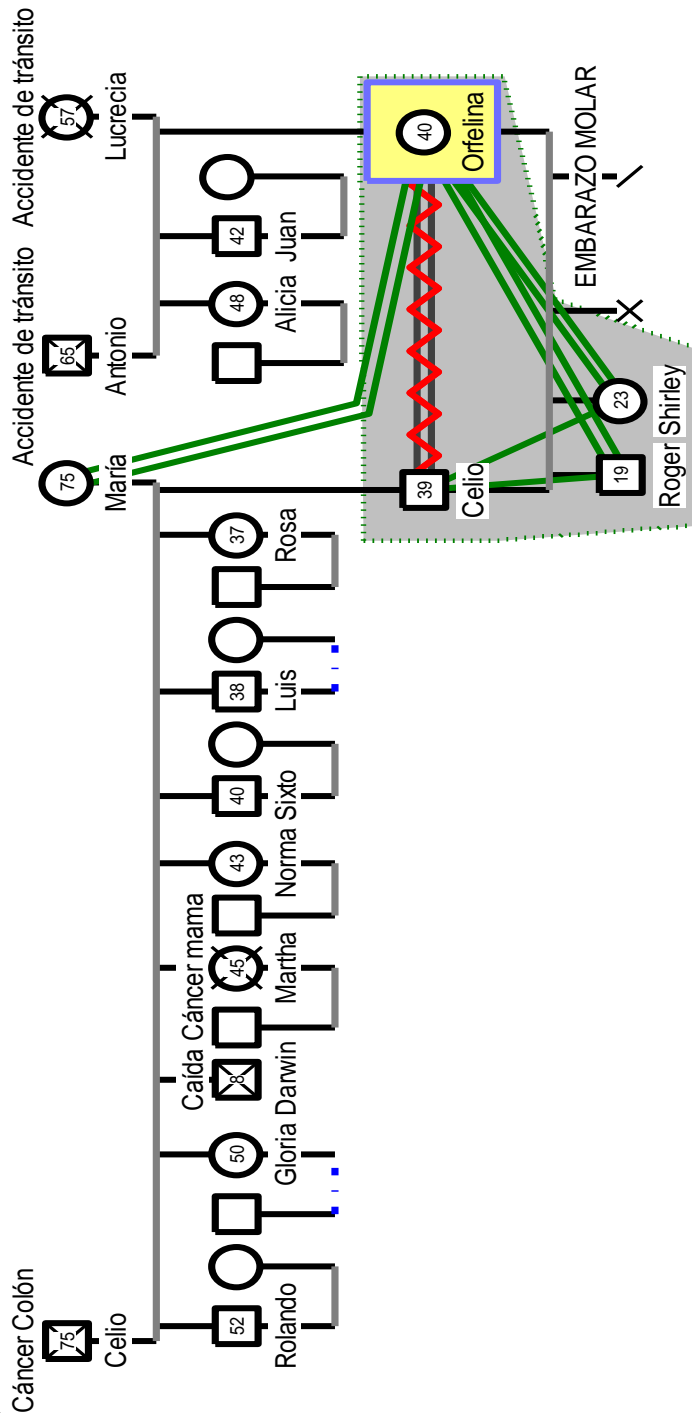


4.6 Resolución

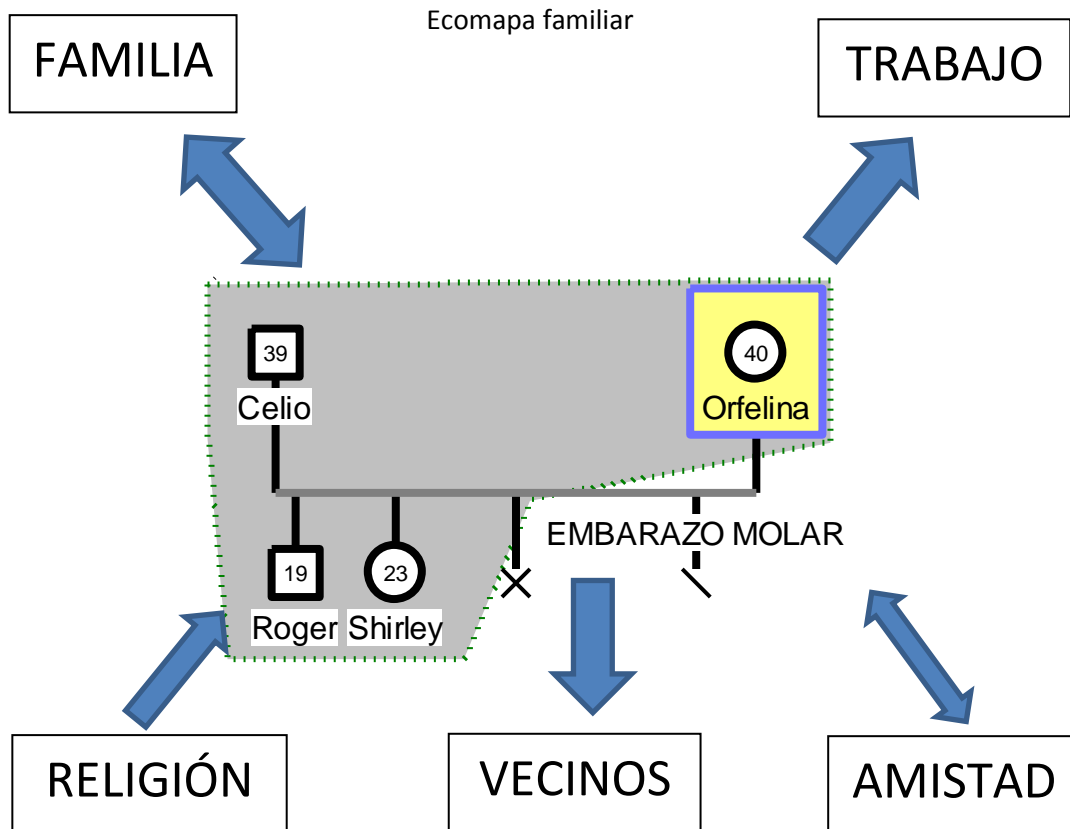


INFORMANTE 04

Familiograma



Realizado por: Karina Cando y Diana Cajamarca
Fecha de elaboración: 29/01/2014

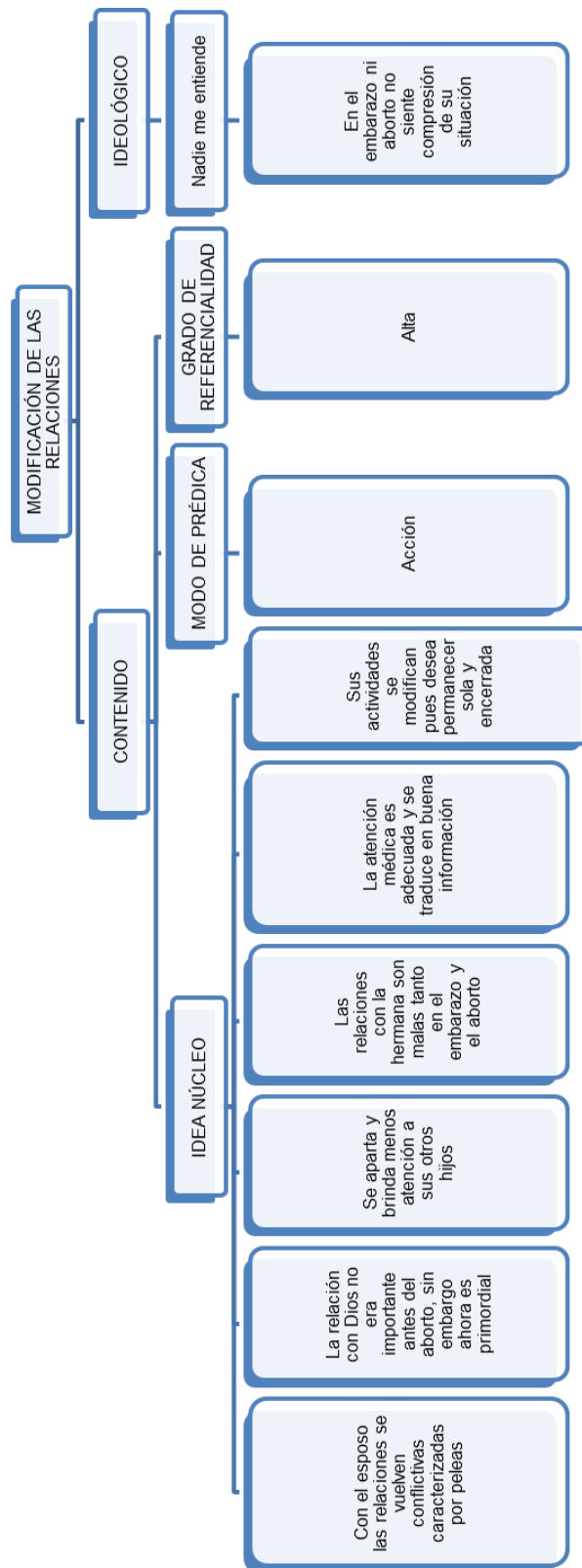


APGAR familiar

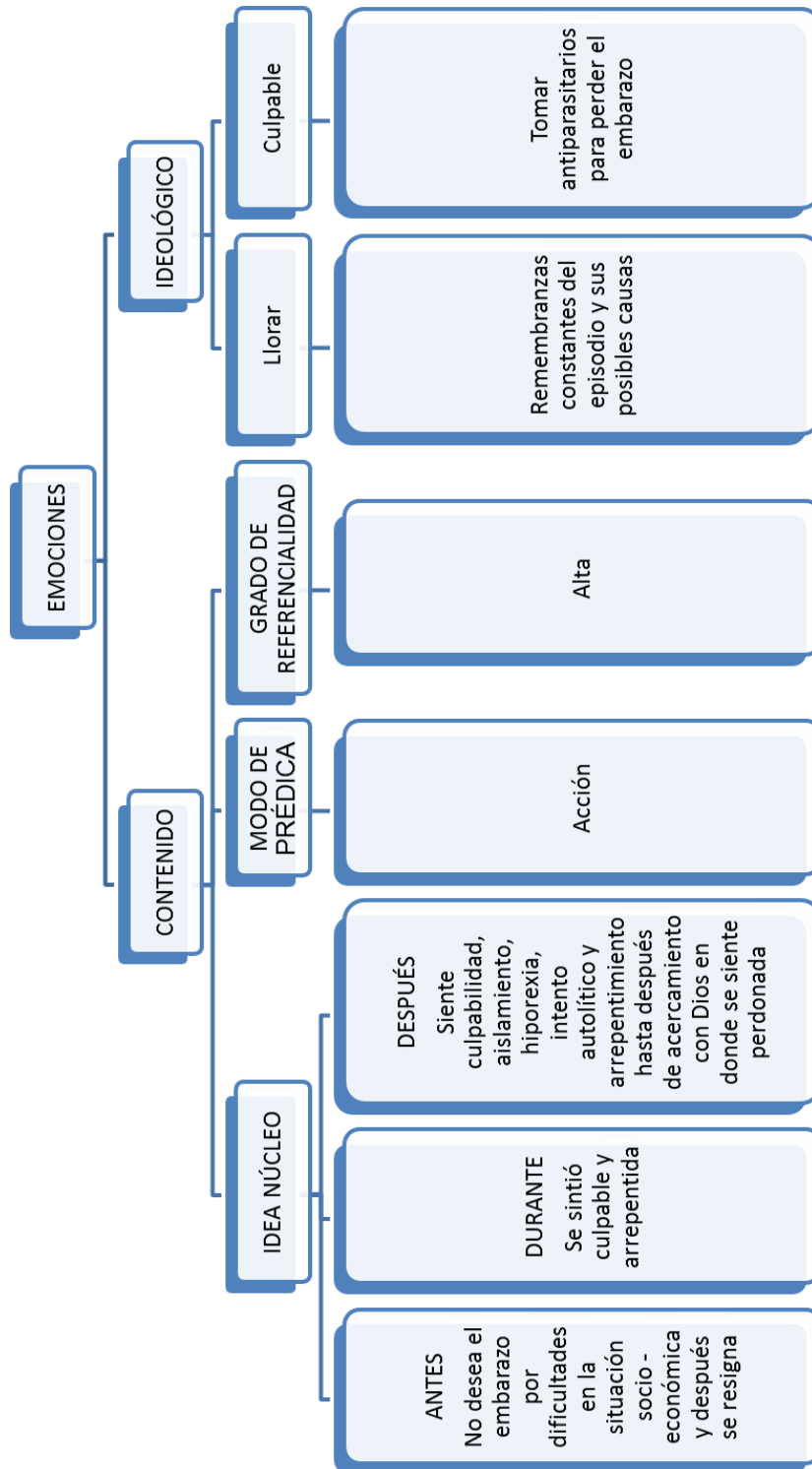
	SIEMPRE (4)	CASI SIEMPRE (3)	ALGUNAS VECES (2)	CASI NUNCA (1)	NUNCA (0)
APOYO	X				
PARTICIPACIÓN	X				
GROWTH / CRECIMIENTO	X				
AFECTO			X		
RECREACIÓN		X			
TOTAL					17
INTERPRETACIÓN: DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE					

Informante 10

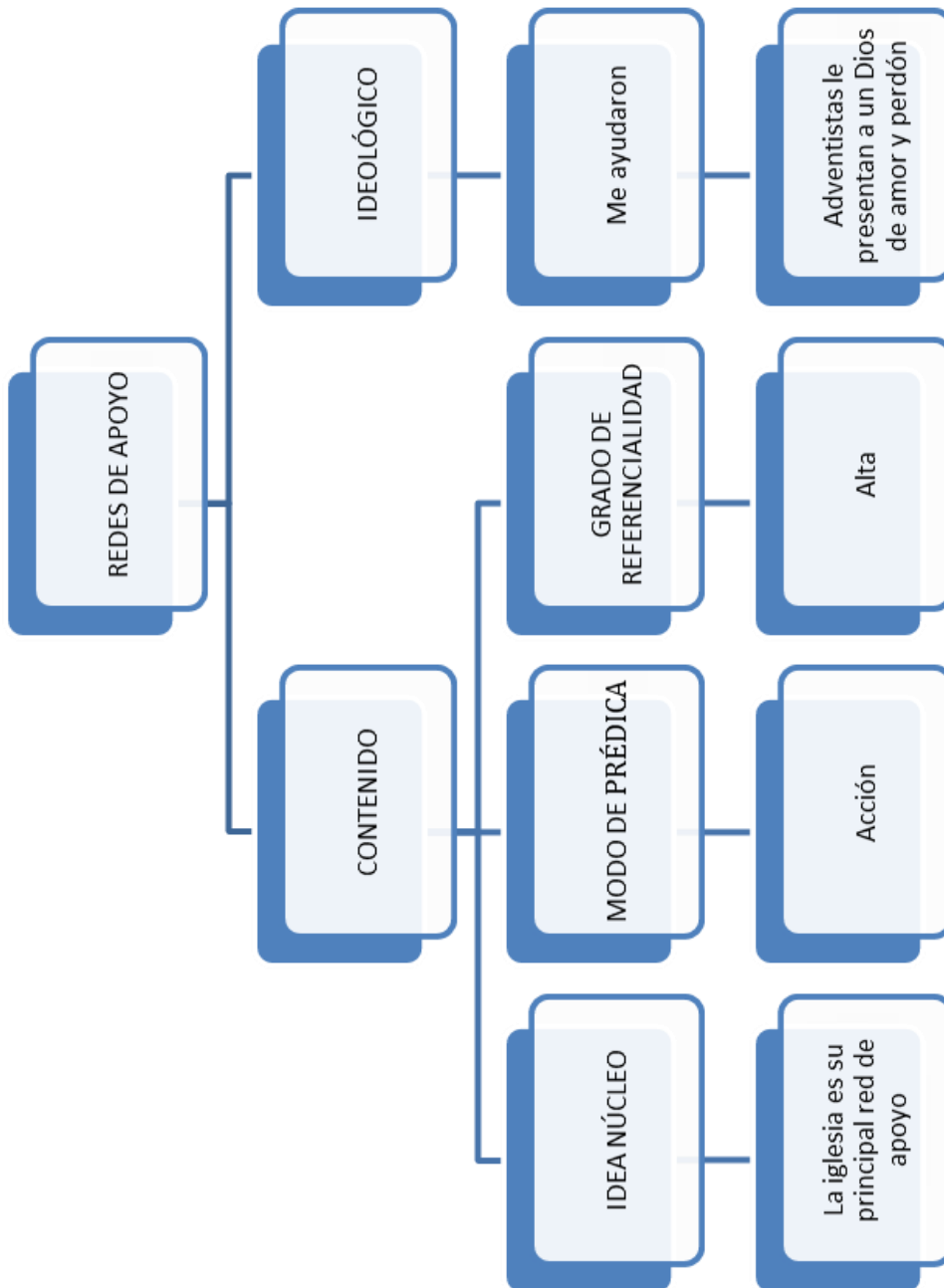
10.1 Modificación de relaciones



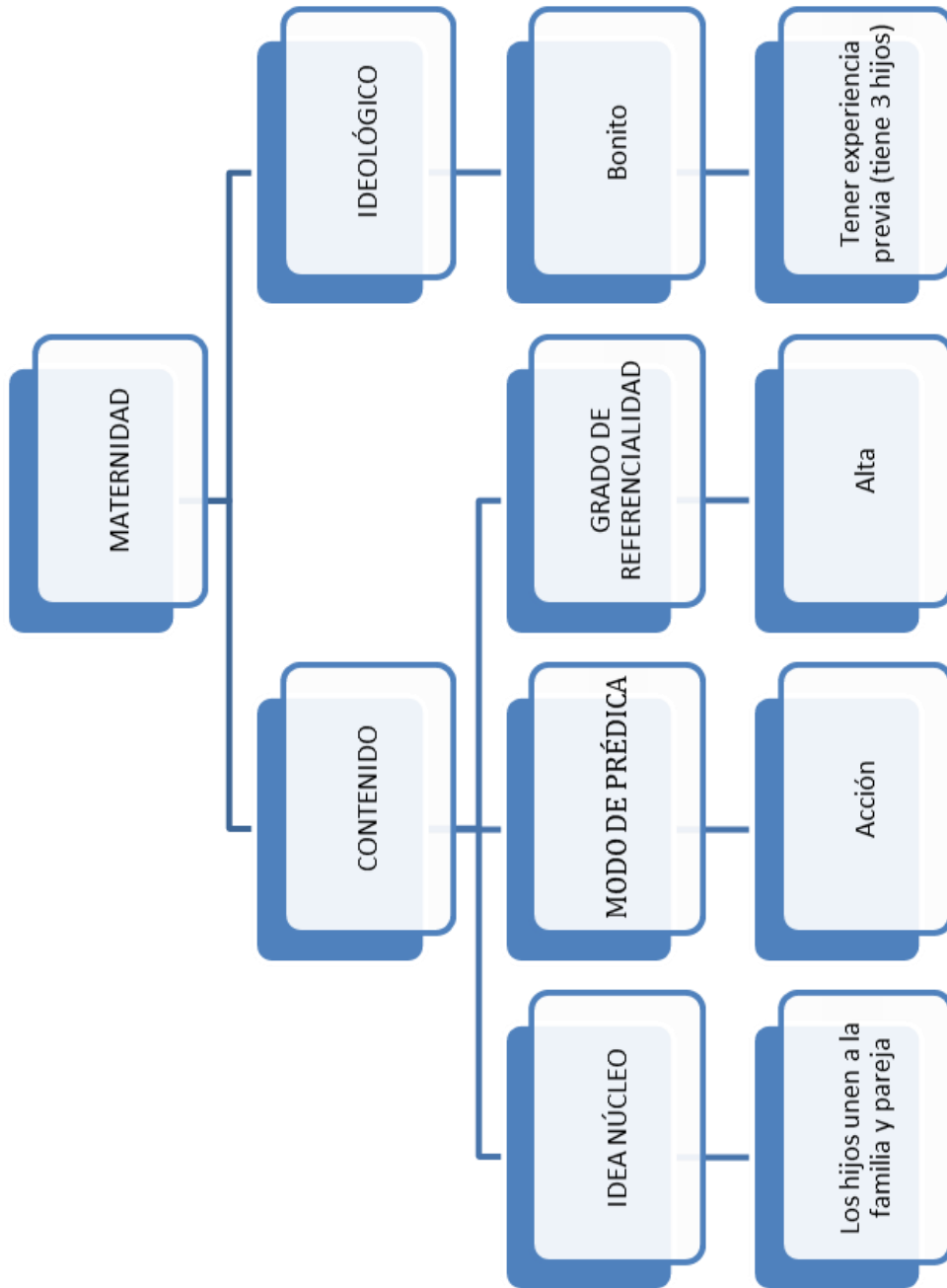
10.2 Emociones



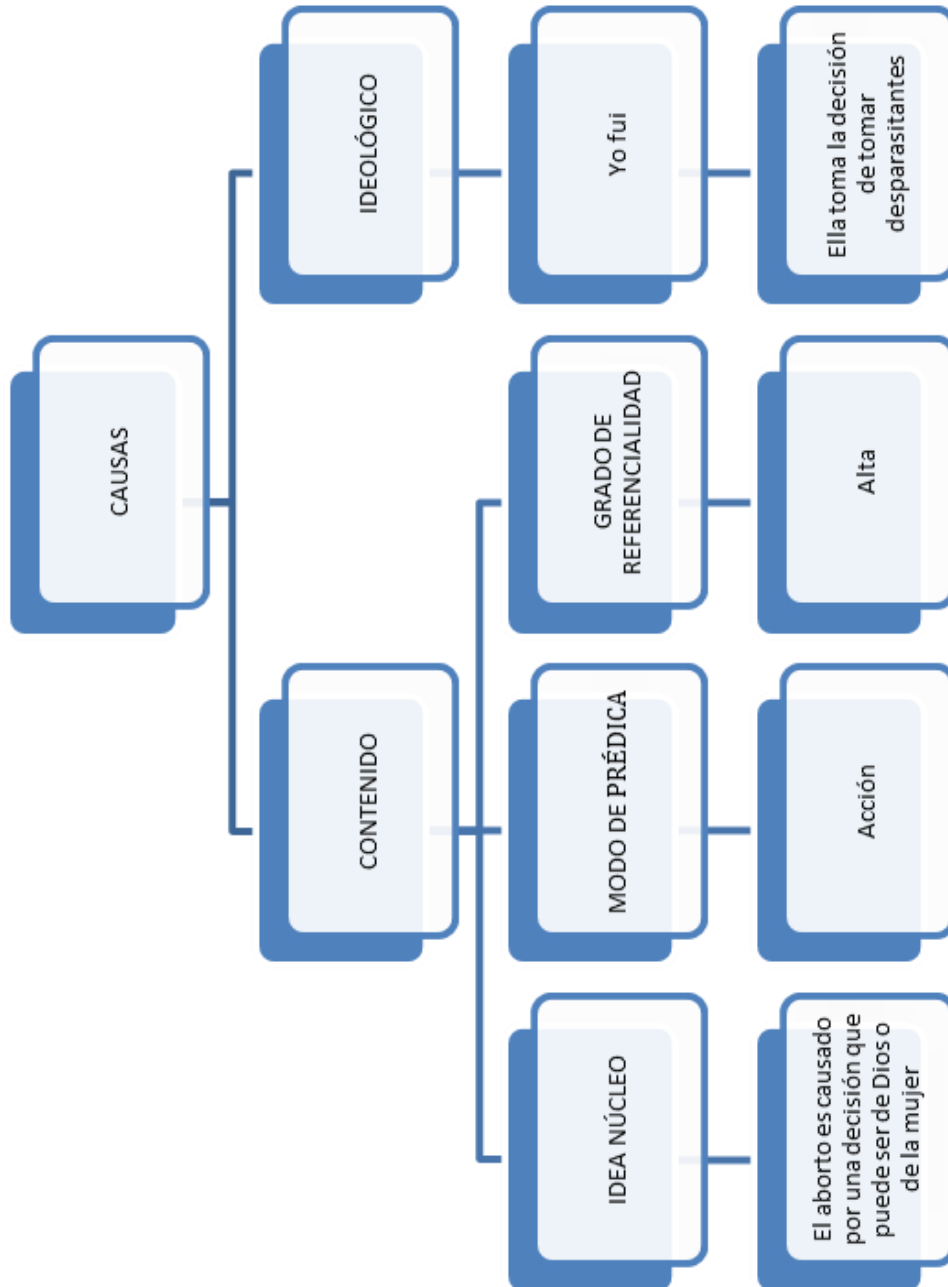
10.3 Redes de Apoyo



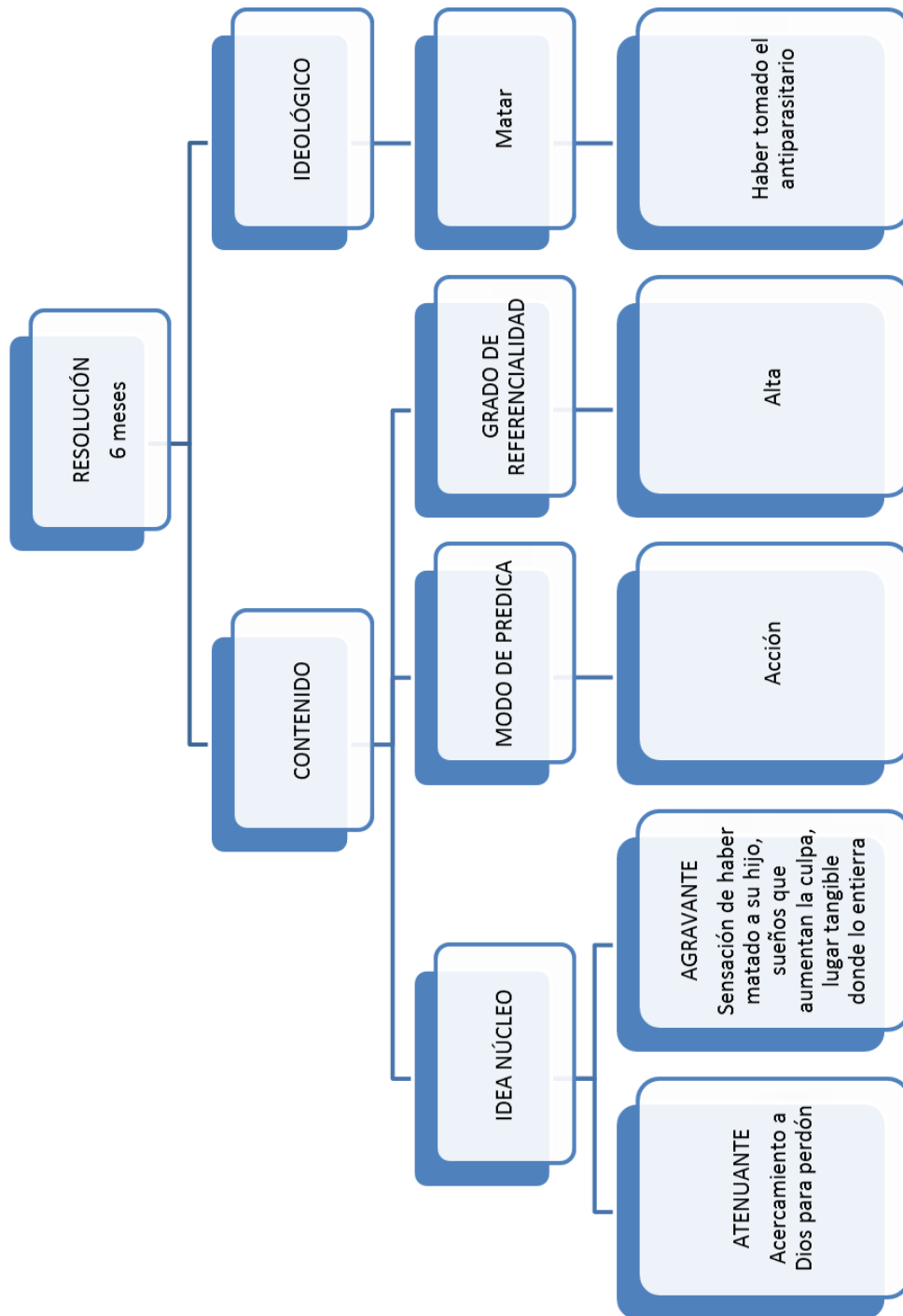
10.4 Maternidad



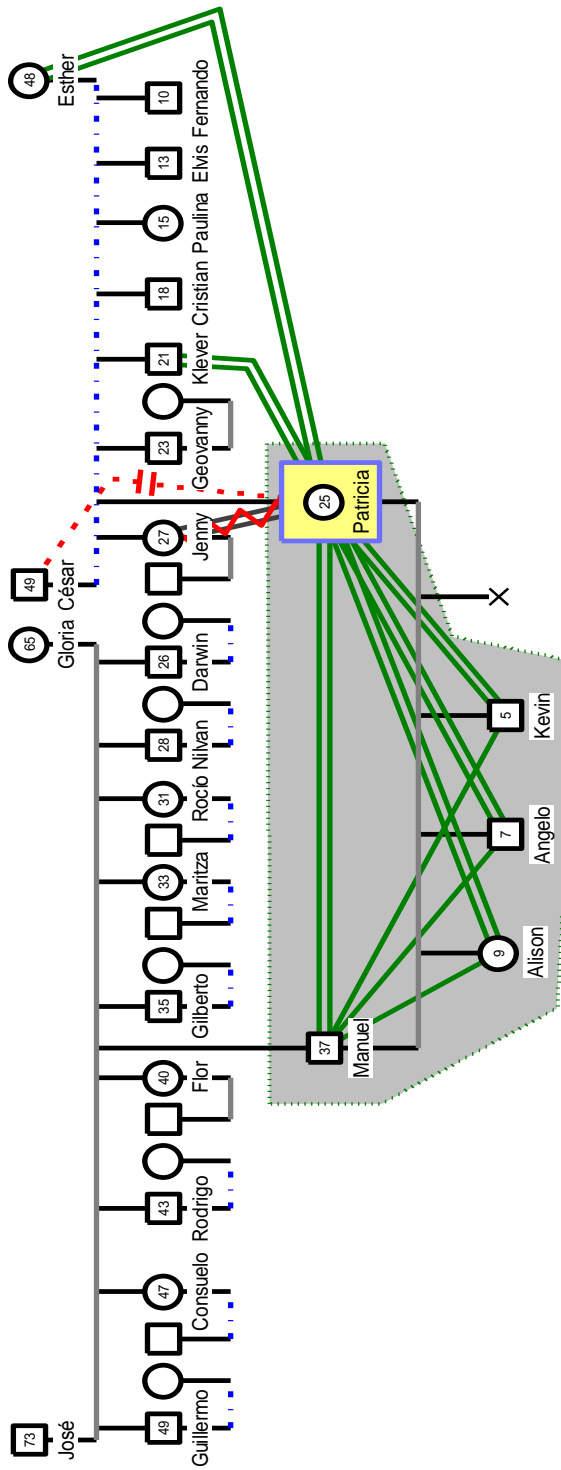
10.5 Causas



10.6 Resolución

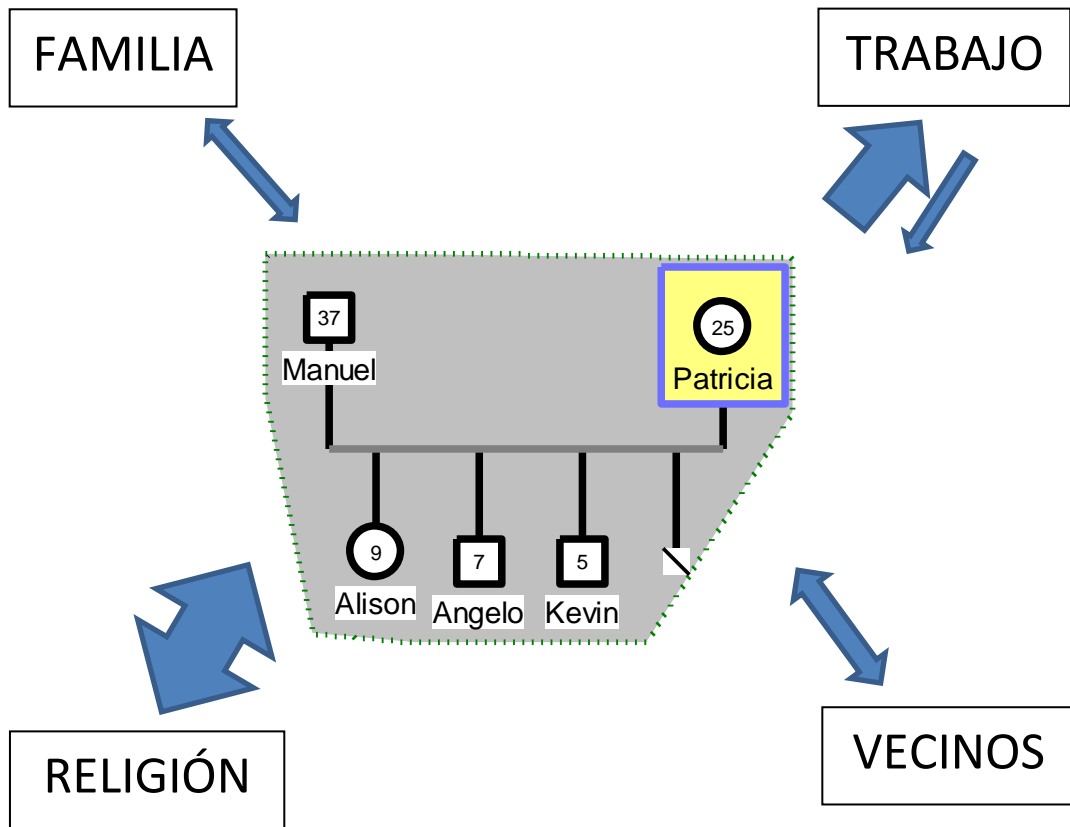


INFORMANTE 10



Realizado por: Karina Cando y Diana Cajamarca
Fecha de elaboración: 29/01/2014

Ecomapa familiar



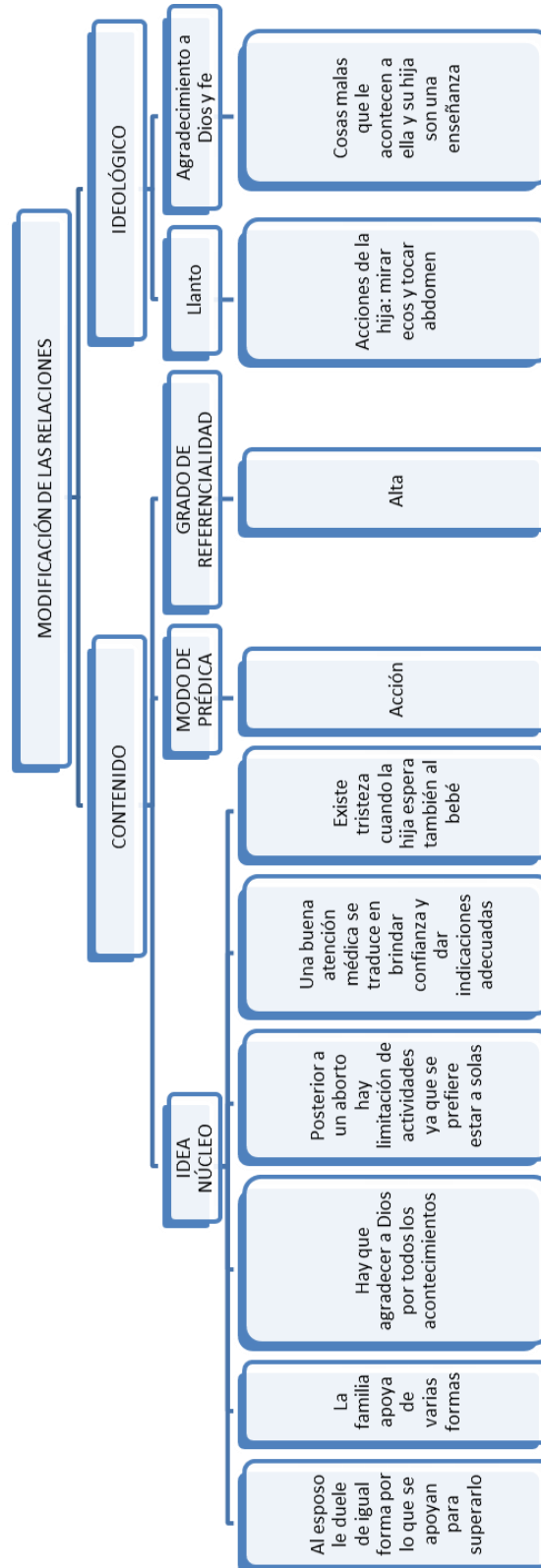
APGAR familiar

	SIEMPRE (4)	CASI SIEMPRE (3)	ALGUNAS VECES (2)	CASI NUNCA (1)	NUNCA (0)
APOYO	X				
PARTICIPACIÓN		X			
GROWTH / CRECIMIENTO		X			
AFECTO			X		
RECREACIÓN			X		
TOTAL					14
INTERPRETACIÓN: DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE					

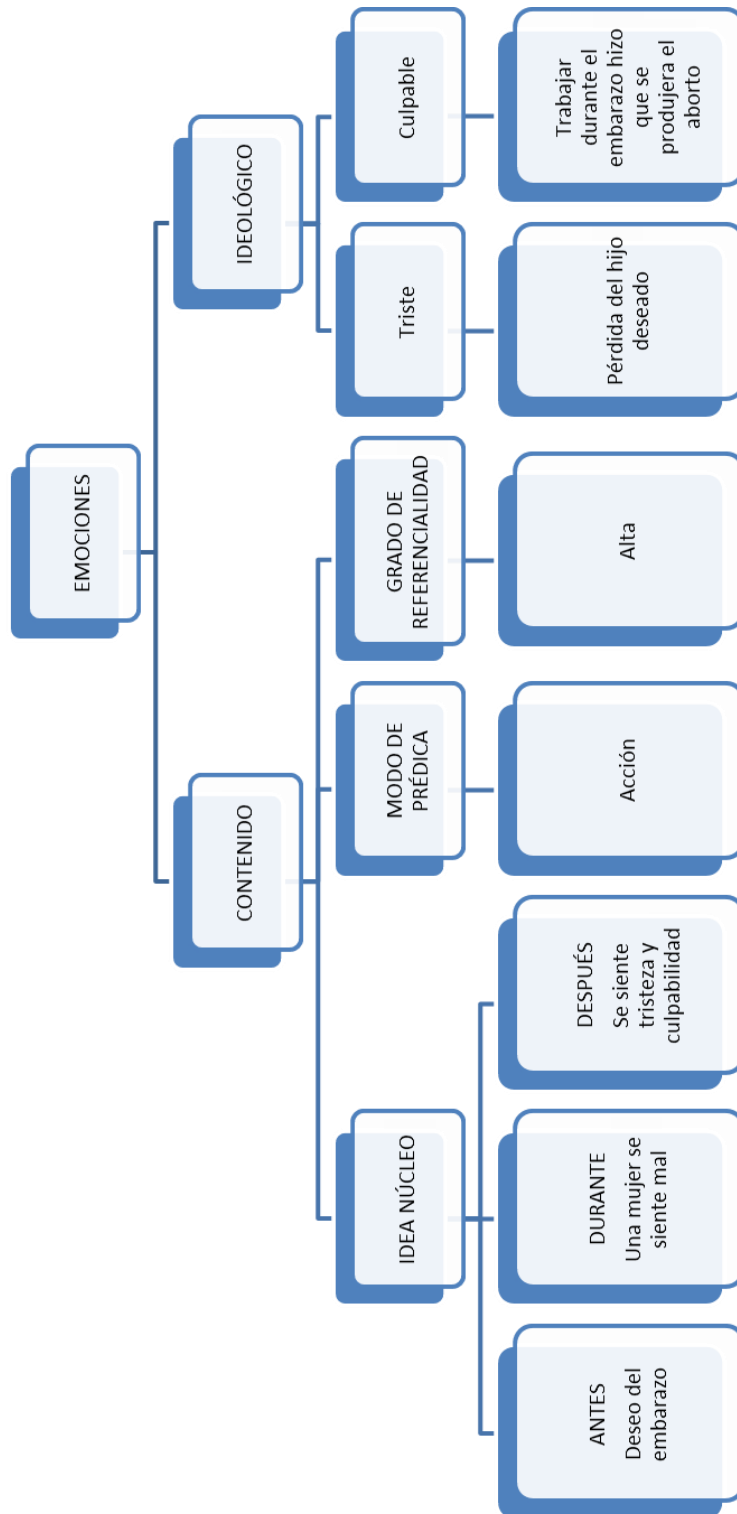
PACIENTES CON PÉRDIDA GESTACIONAL ENTRE 1 AÑO Y 2 AÑOS

Informante 1

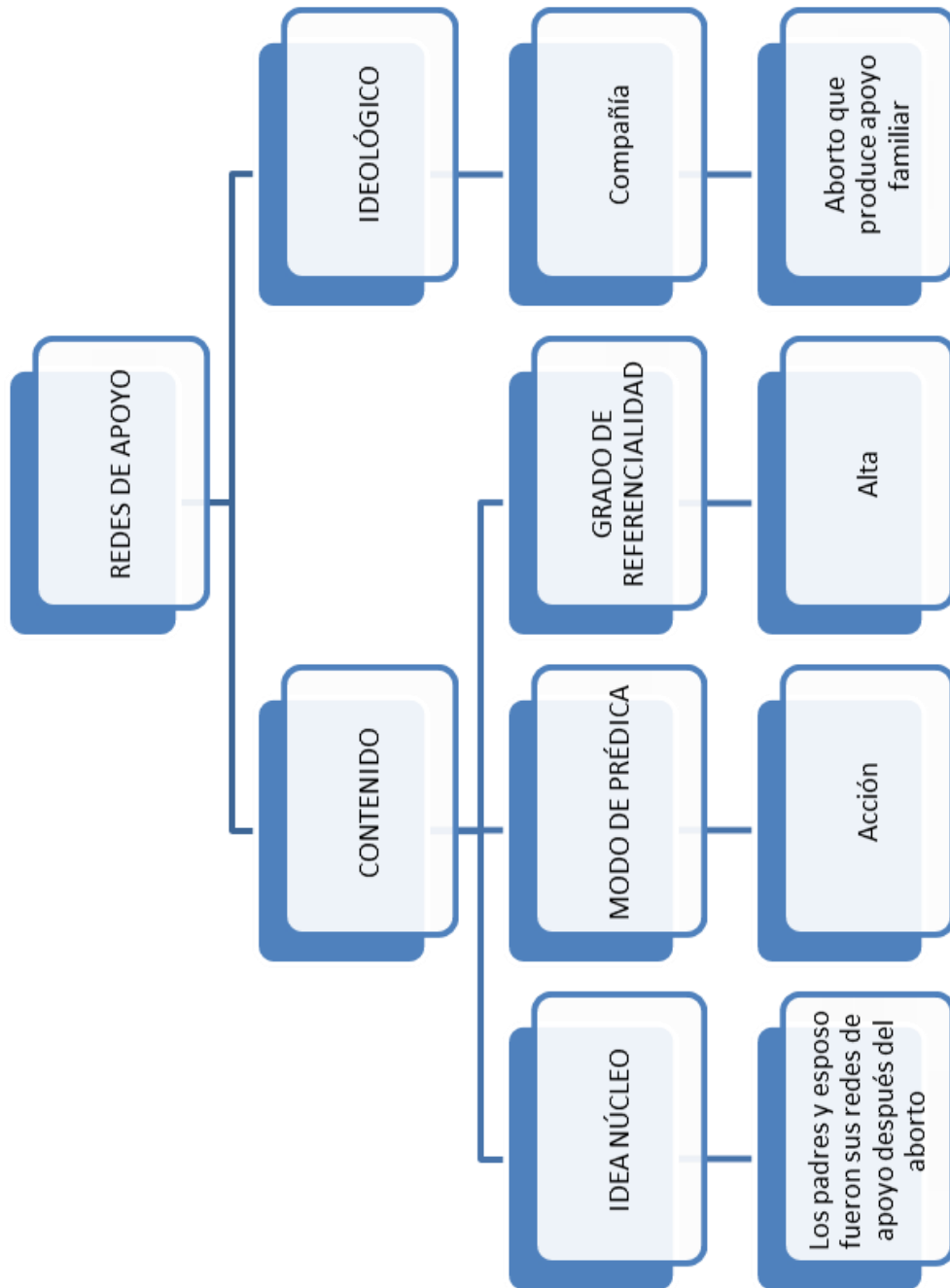
1.1 Modificación de las relaciones



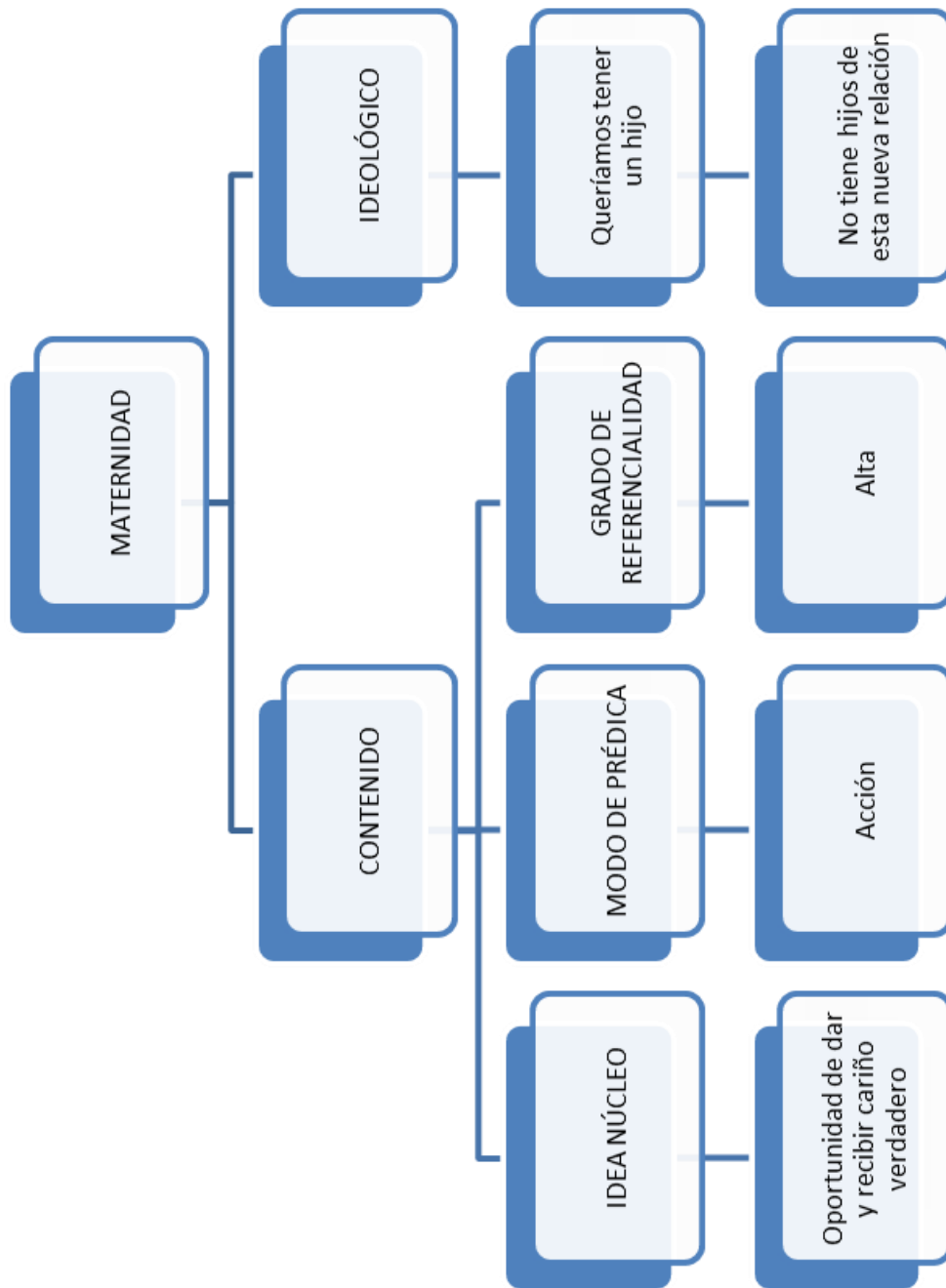
1.2 Emociones



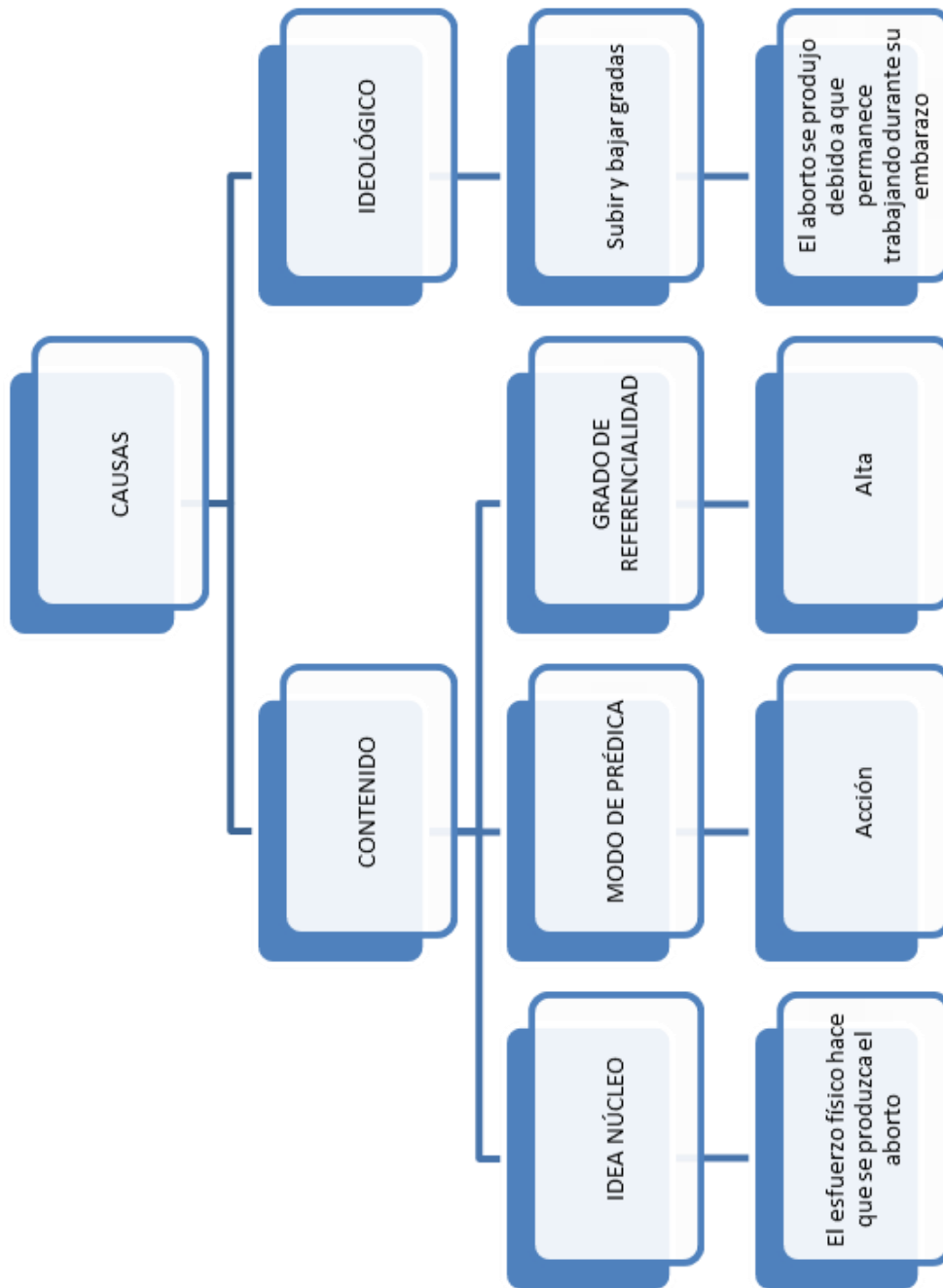
1.3 Redes de apoyo



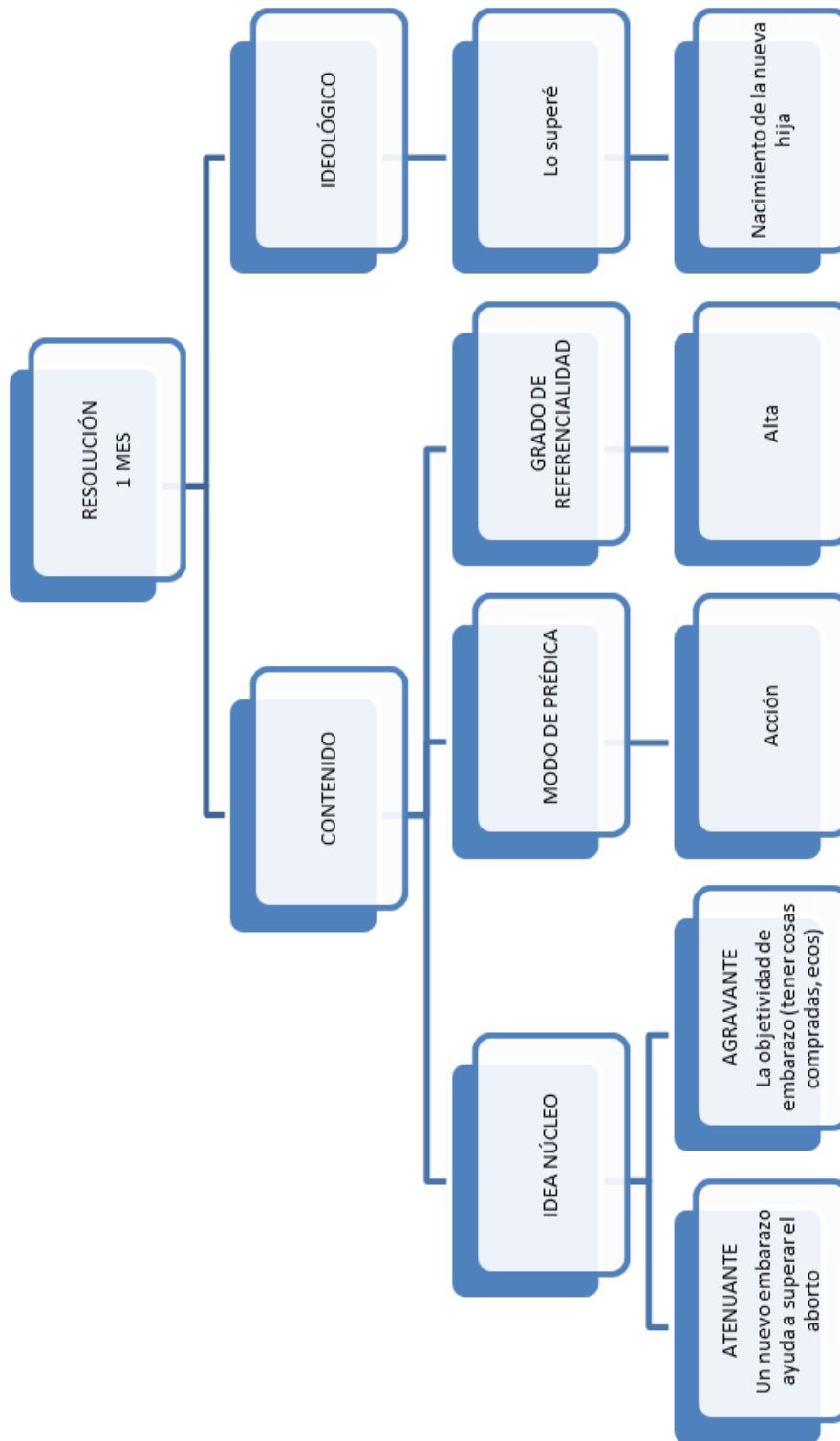
1.4 Maternidad



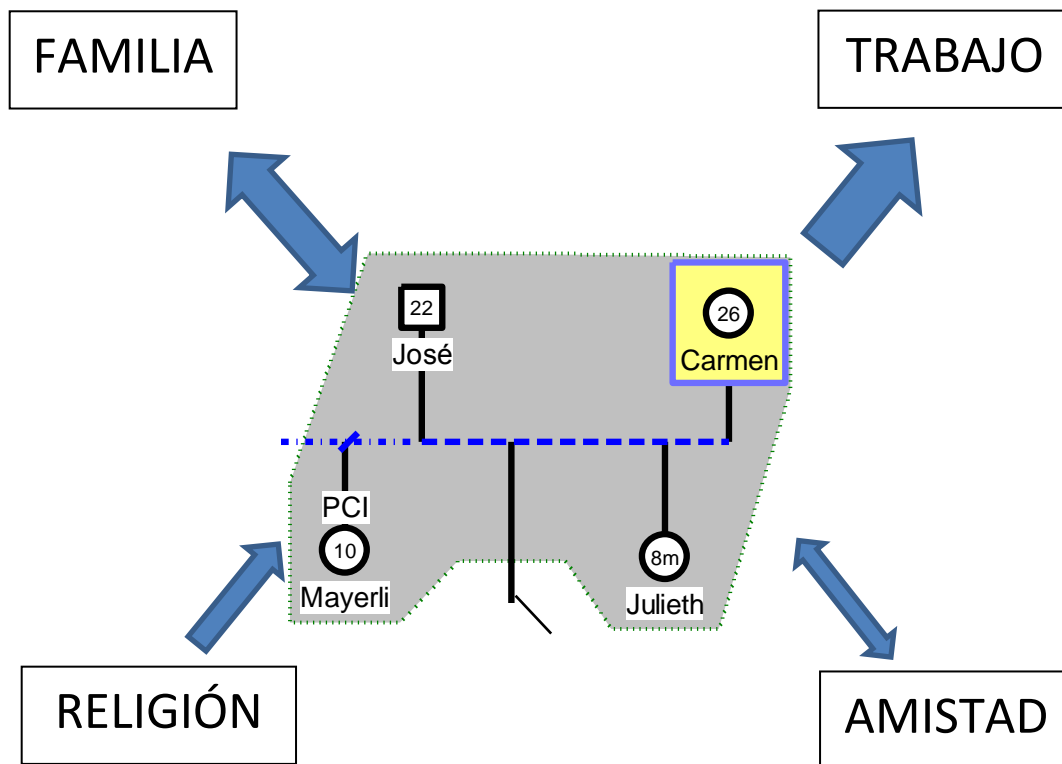
1.5 Causas



1.6 Resolución



Ecomapa familiar

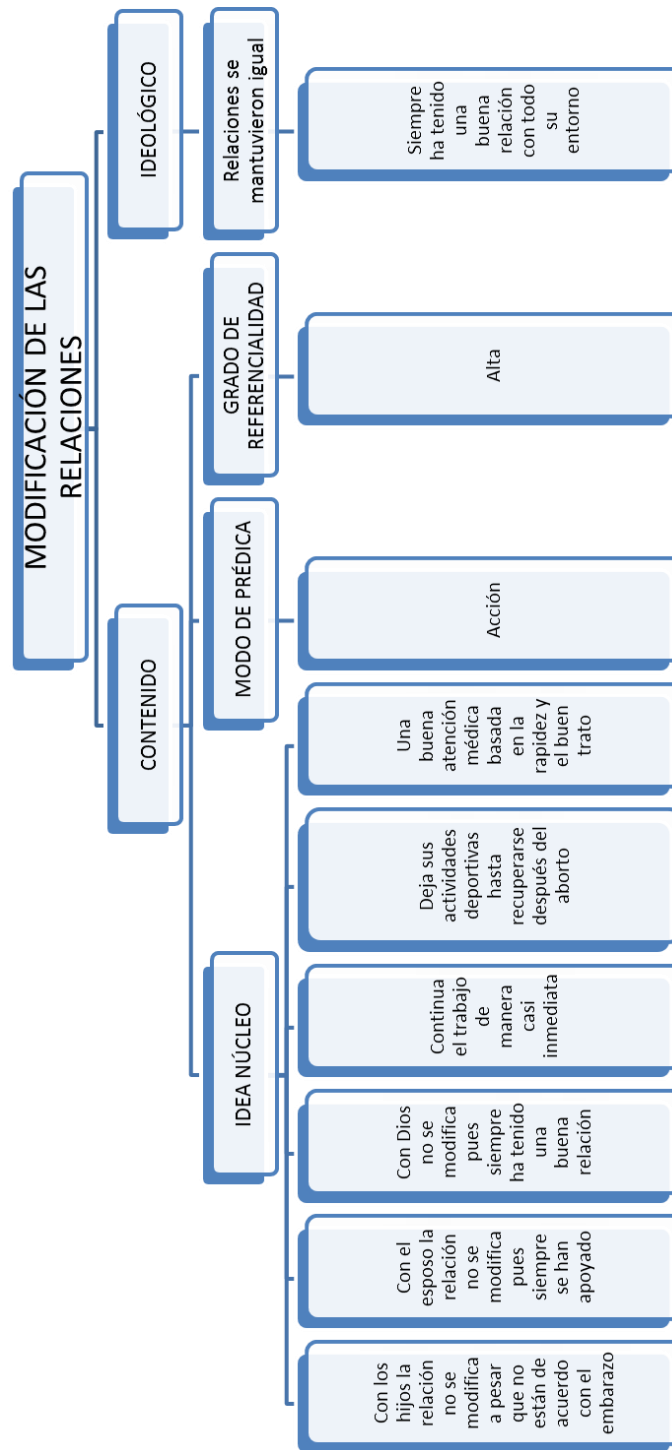


APGAR familiar

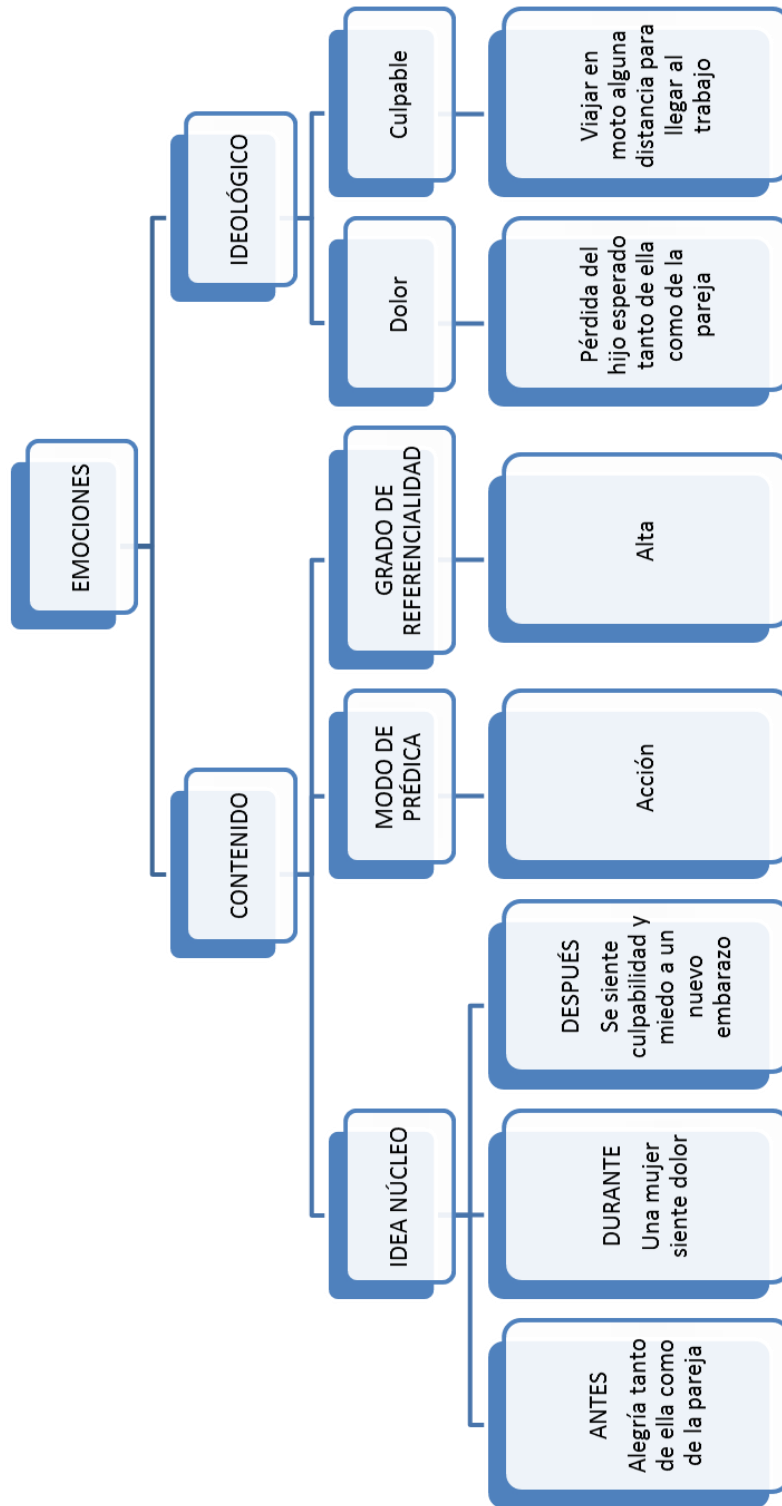
	SIEMPRE (4)	CASI SIEMPRE (3)	ALGUNAS VECES (2)	CASI NUNCA (1)	NUNCA (0)
APOYO		X			
PARTICIPACIÓN	X				
GROWTH / CRECIMIENTO		X			
APECTO		X			
RECREACIÓN		X			
TOTAL					16
INTERPRETACIÓN: DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE					

Informante 2

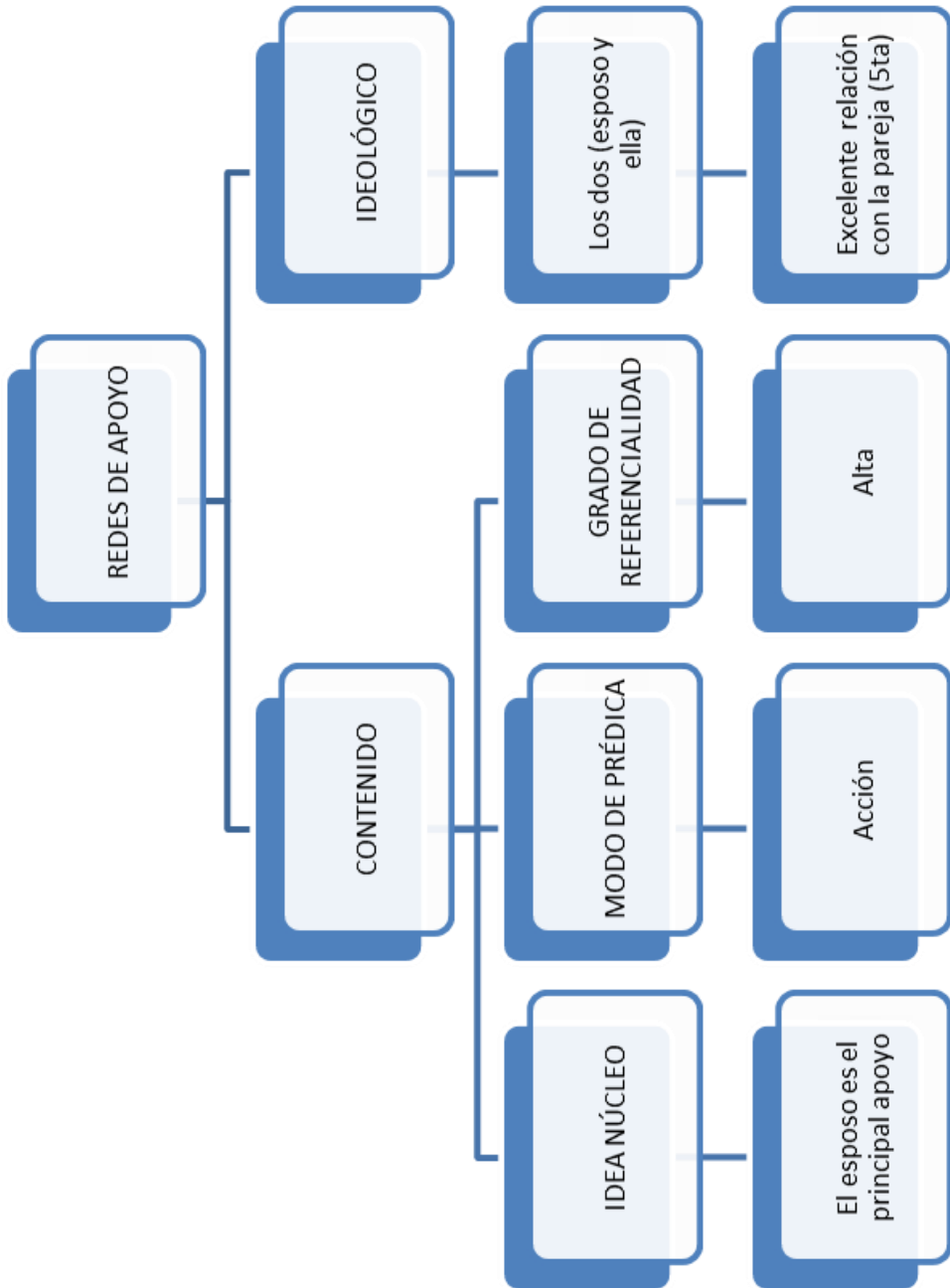
2.1 Modificación de las relaciones



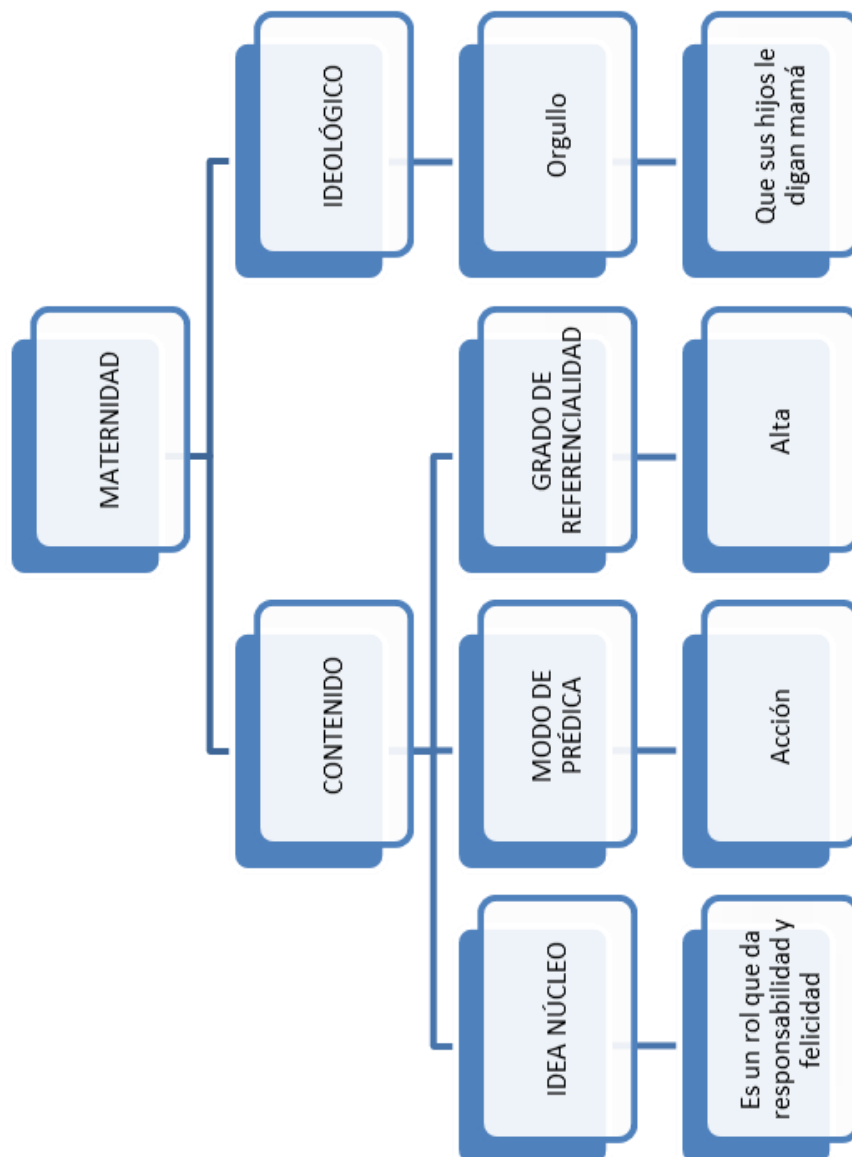
2.2 Emociones



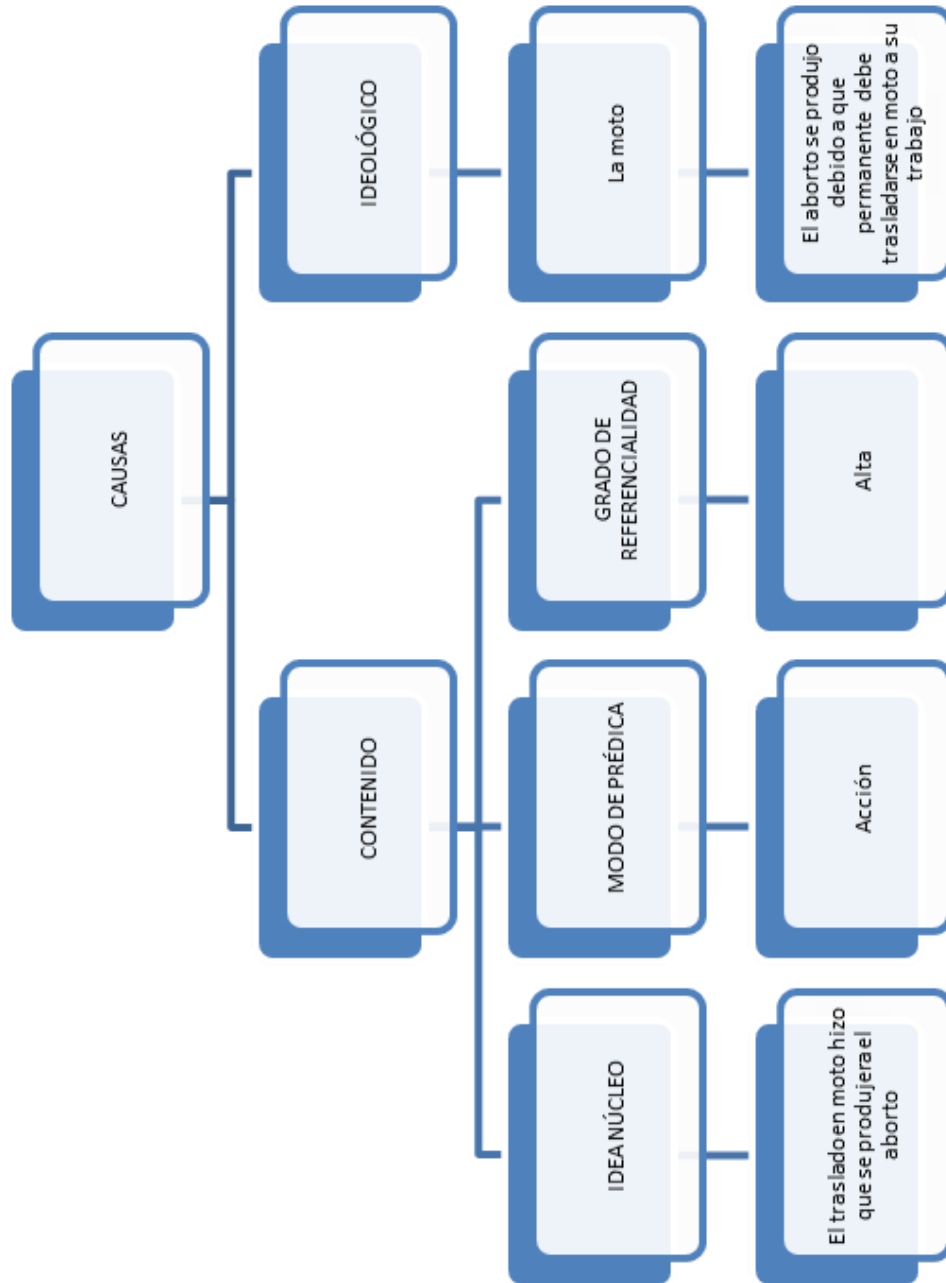
2.3 Redes de apoyo



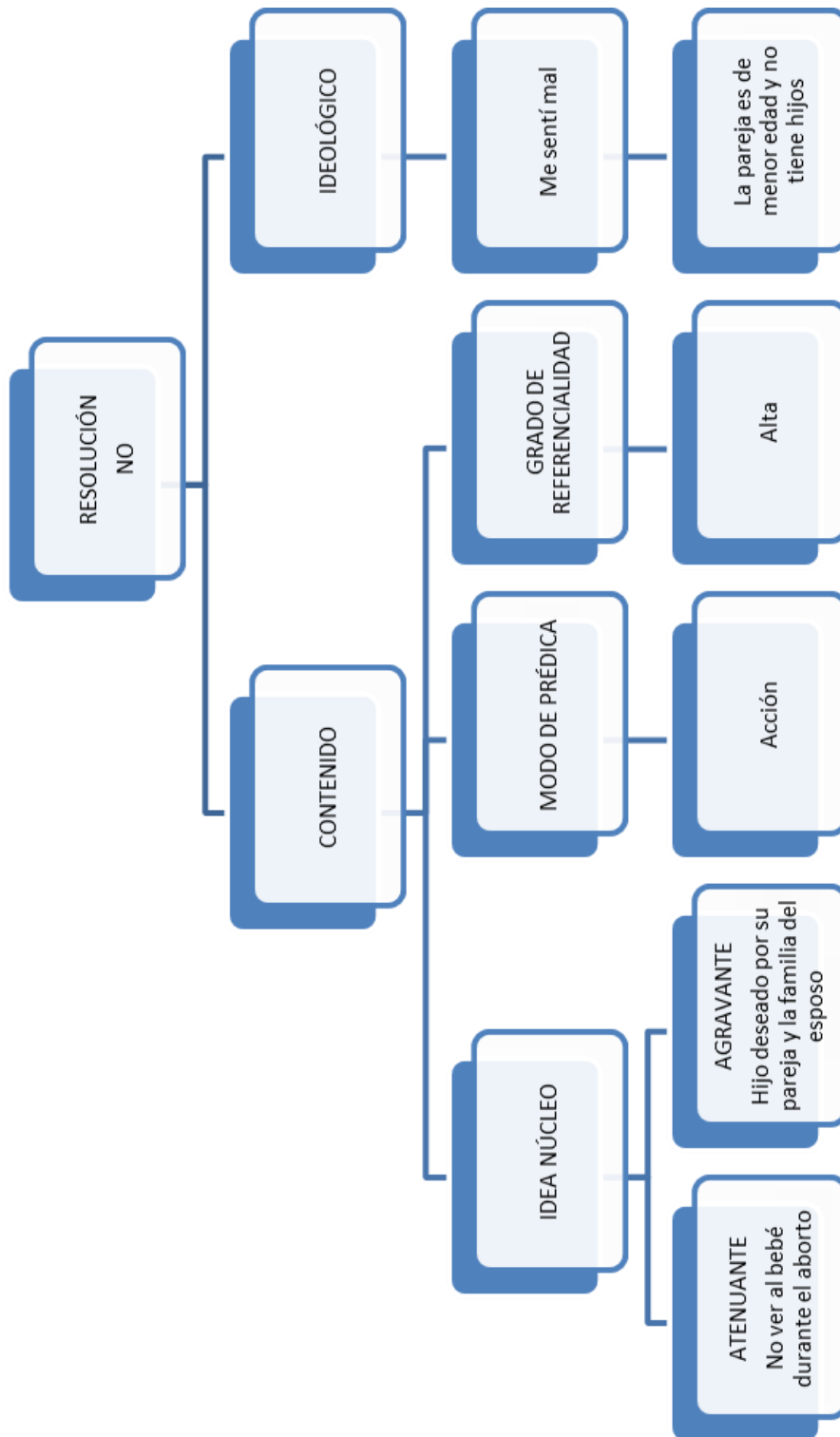
2.4 Maternidad



2.5 Causas

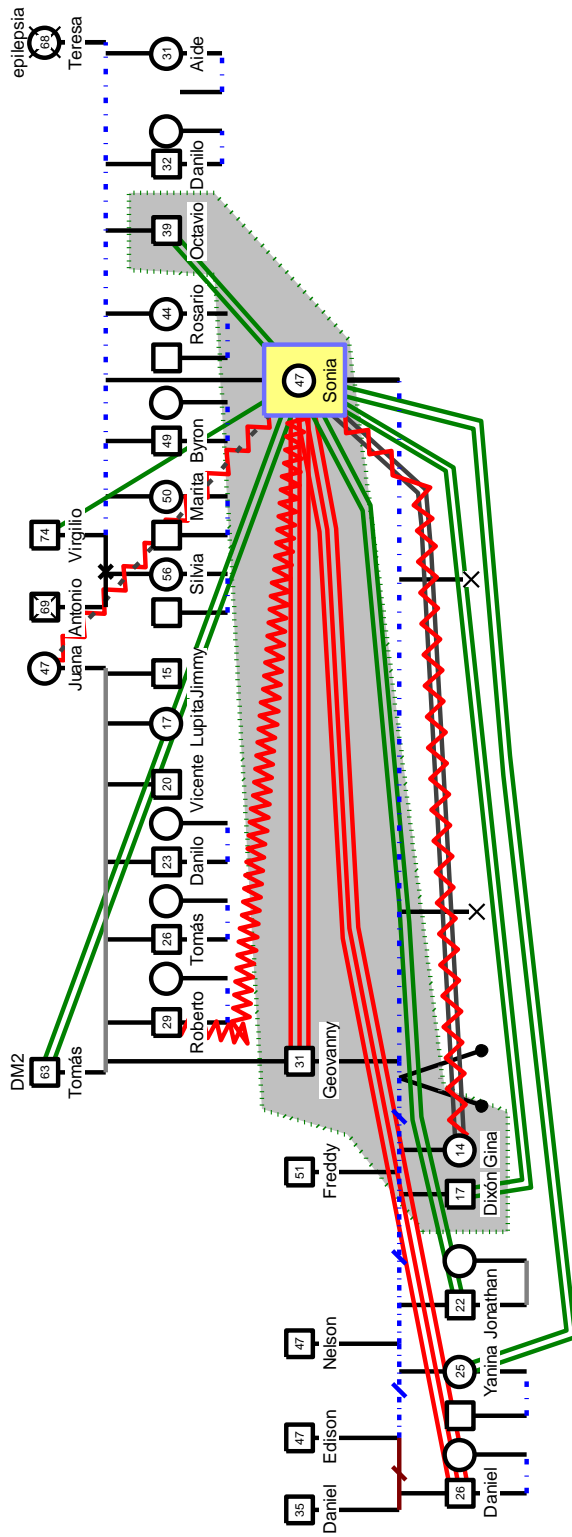


2.6 Resolución



INFORMANTE 02

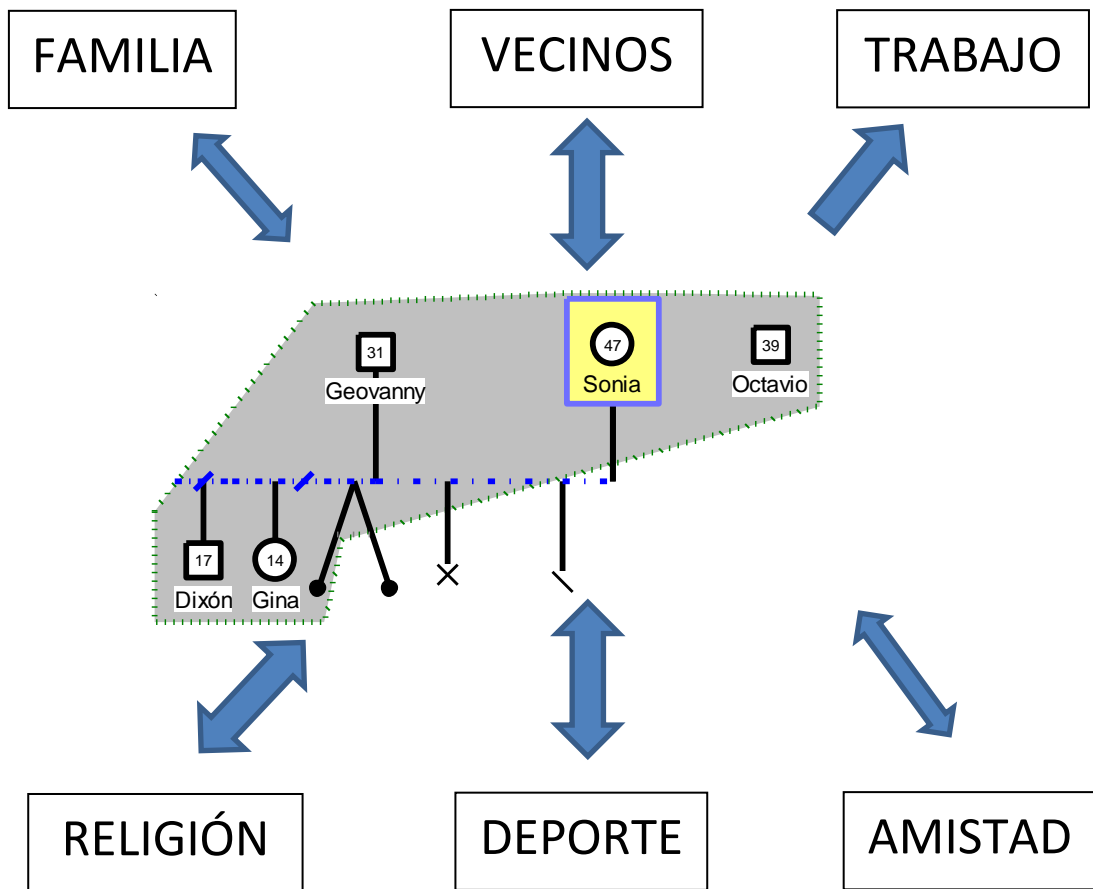
Familiograma



Realizado por: Karina Cando y Diana Cajamarca

Fecha de elaboración: 29/01/2014

Ecomapa familiar



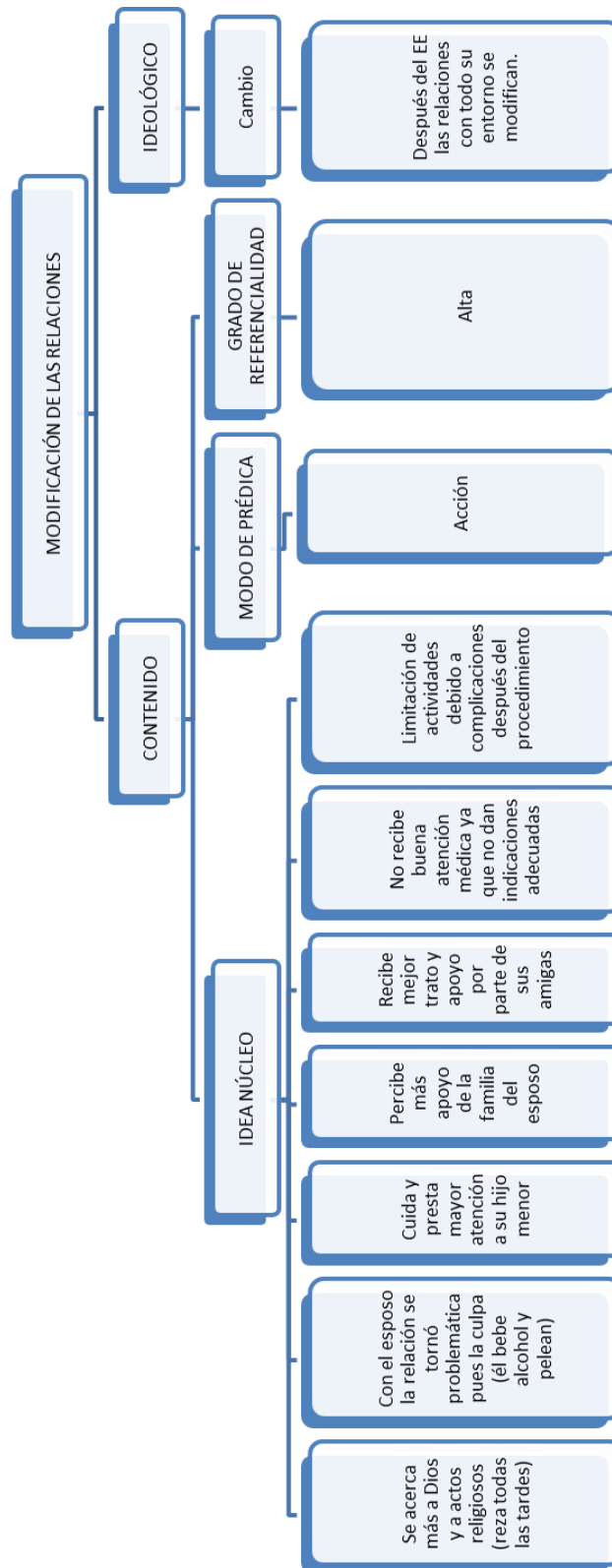
APGAR familiar

	SIEMPRE (4)	CASI SIEMPRE (3)	ALGUNAS VECES (2)	CASI NUNCA (1)	NUNCA (0)
APOYO		X			
PARTICIPACIÓN		X			
GROWTH / CRECIMIENTO			X		
APECTO	X				
RECREACIÓN		X			
TOTAL					15

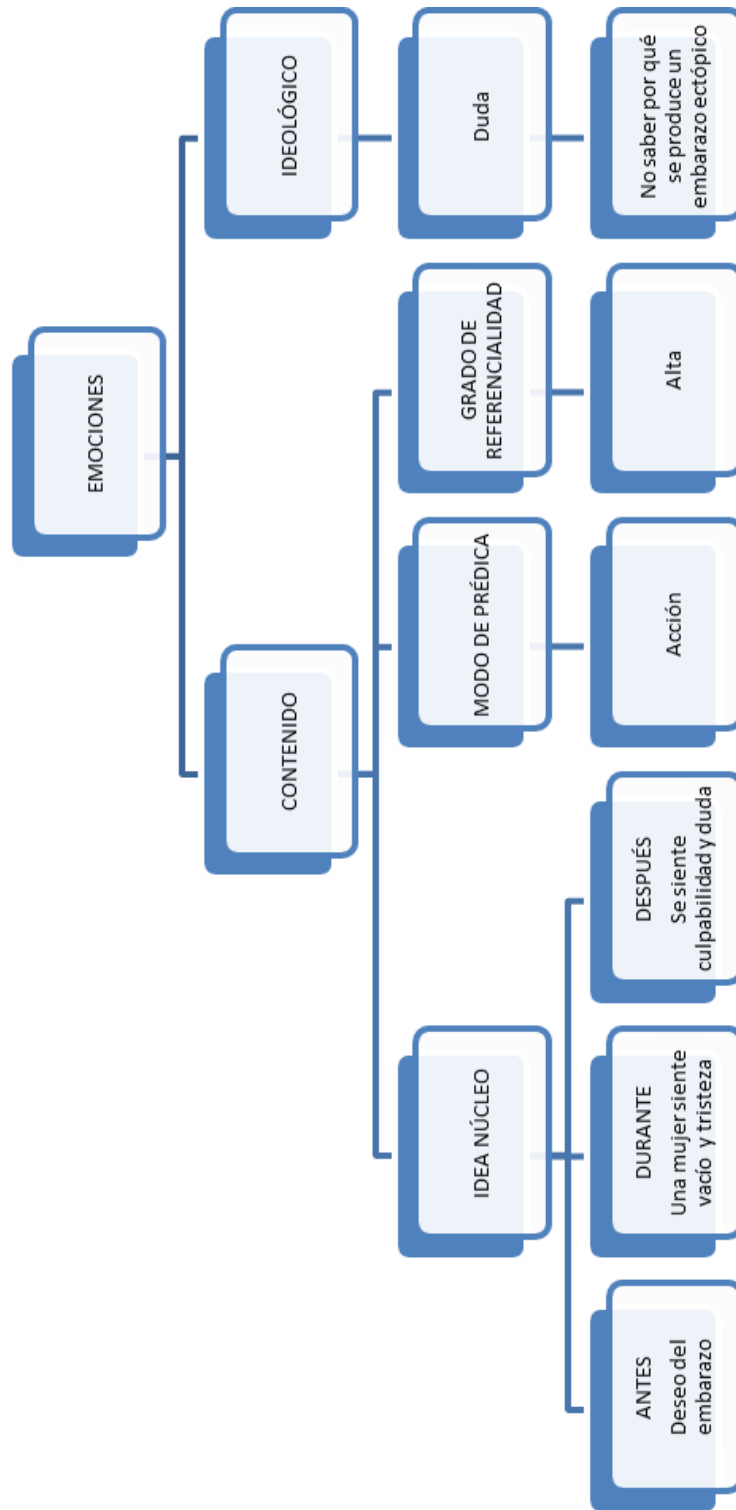
INTERPRETACIÓN: DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE

Informante 3

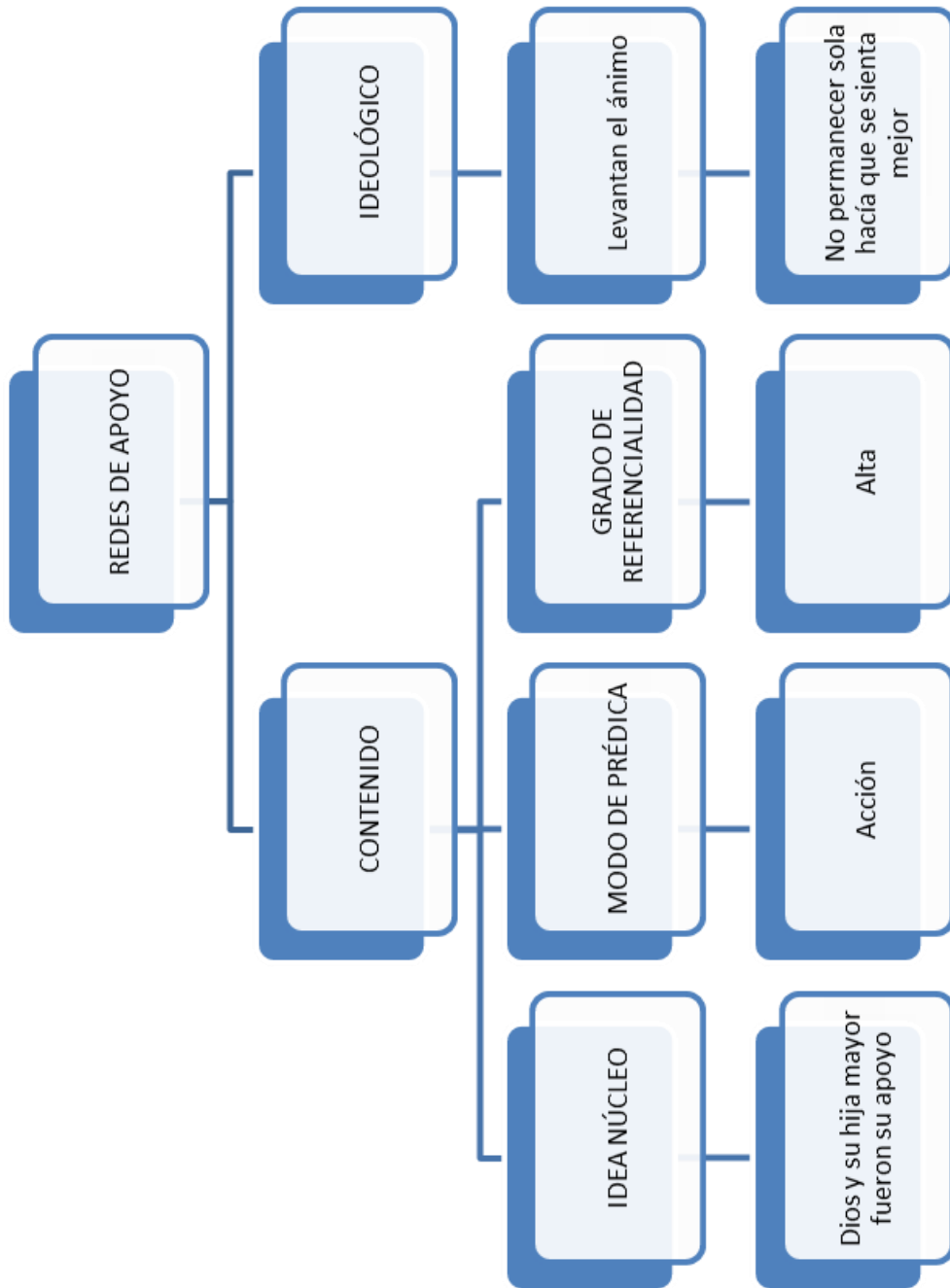
3.1 Modificación de las relaciones



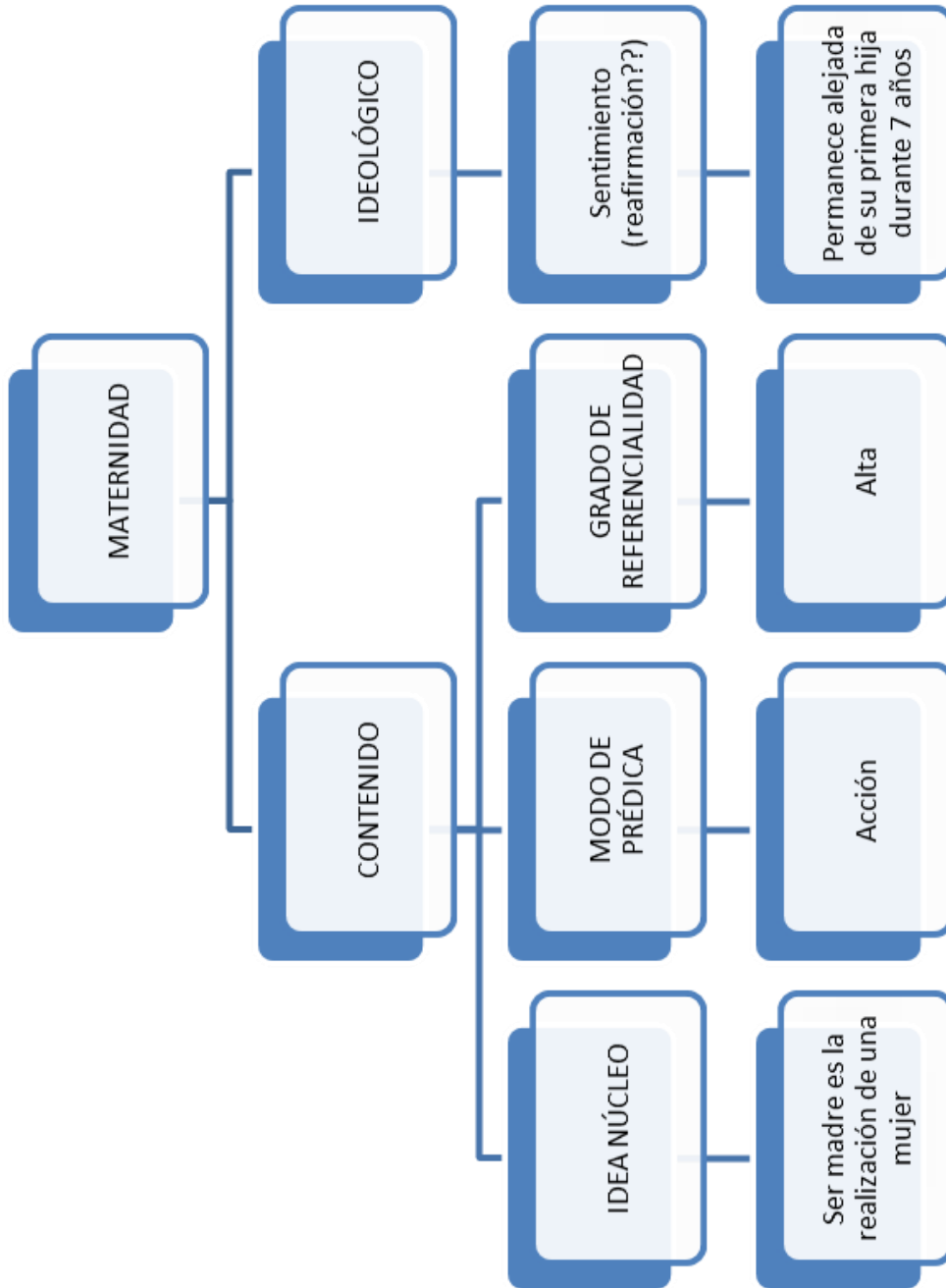
3.2 Emociones



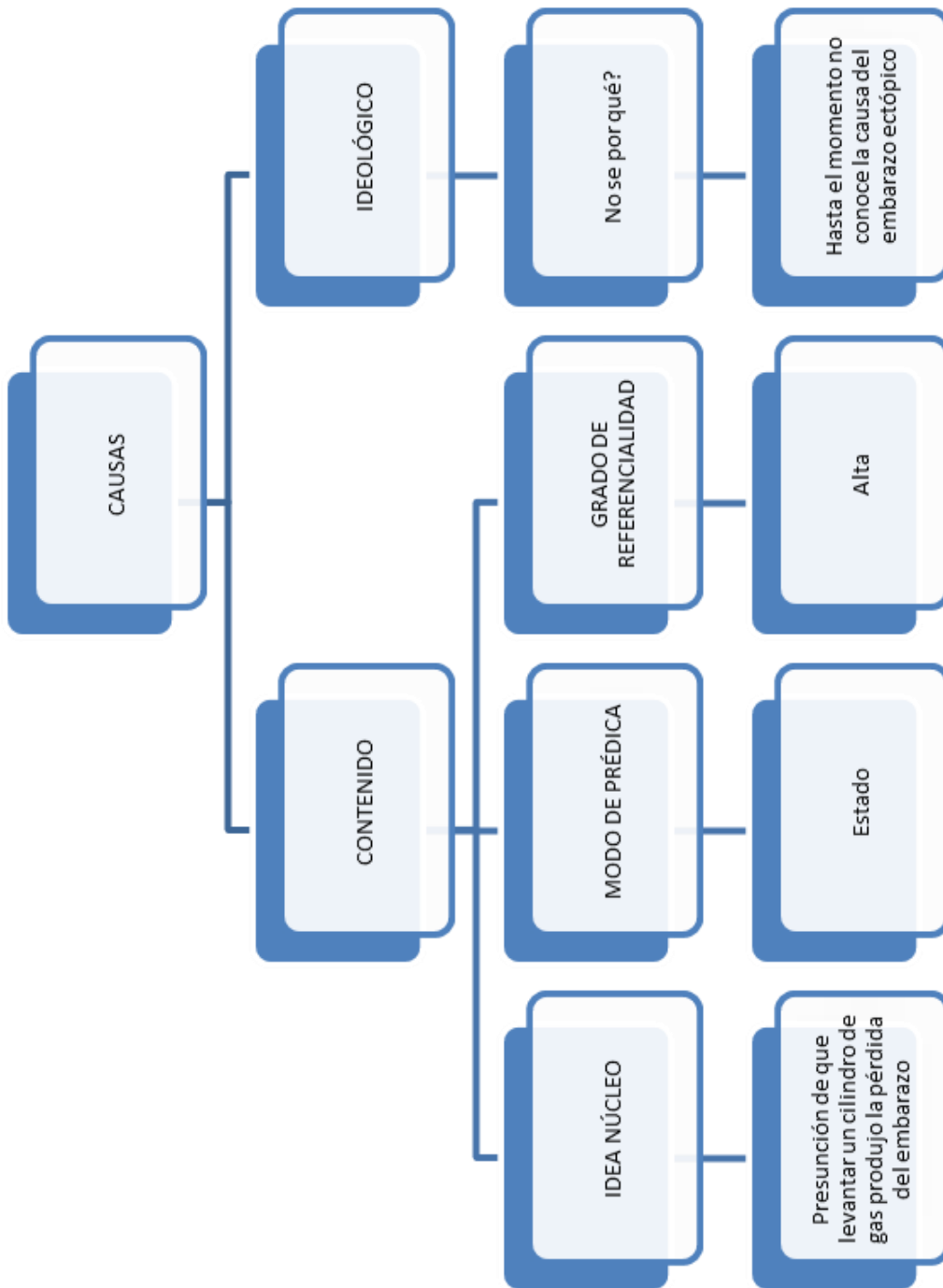
3.3 Redes de apoyo



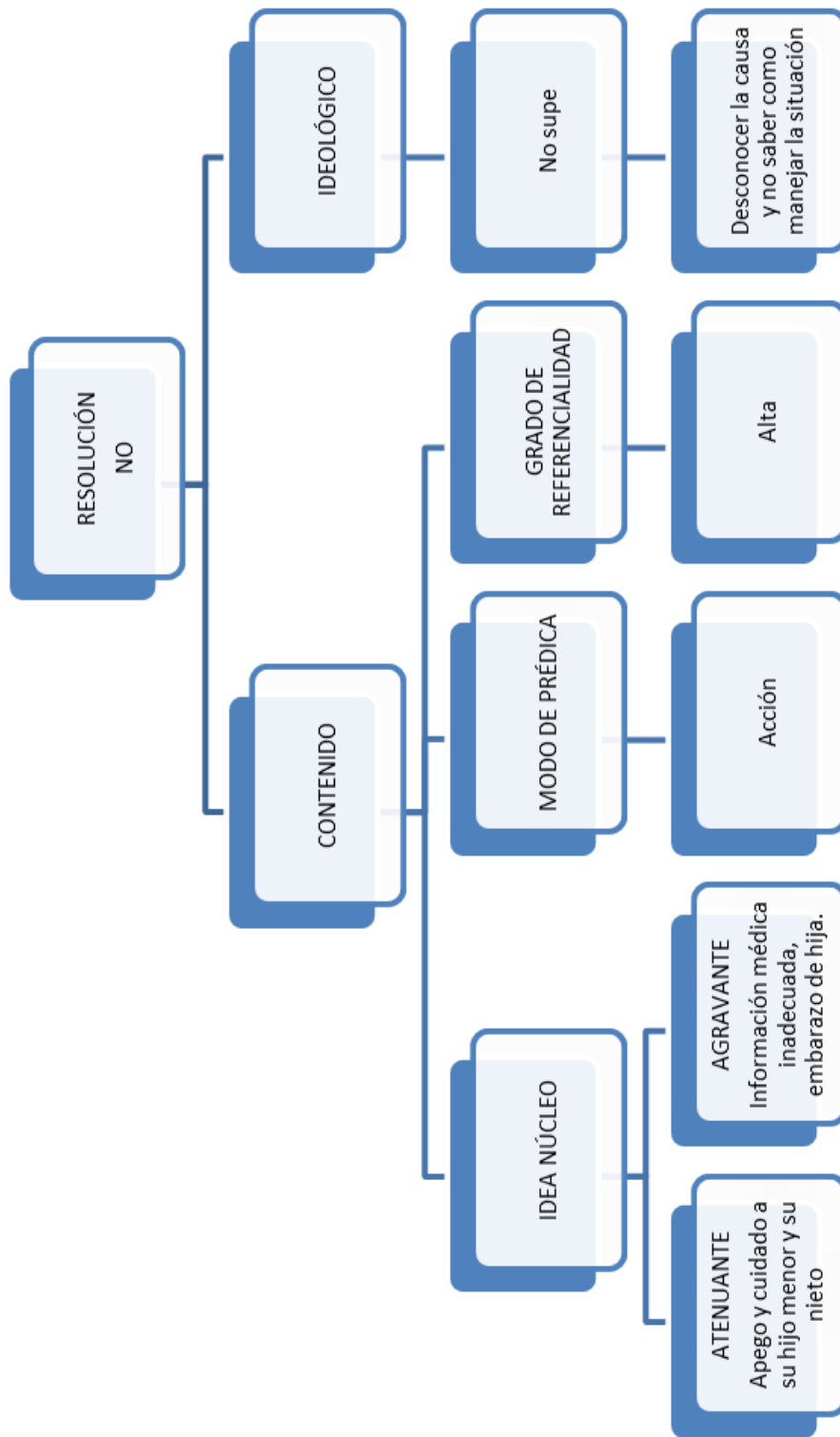
3.4 Maternidad



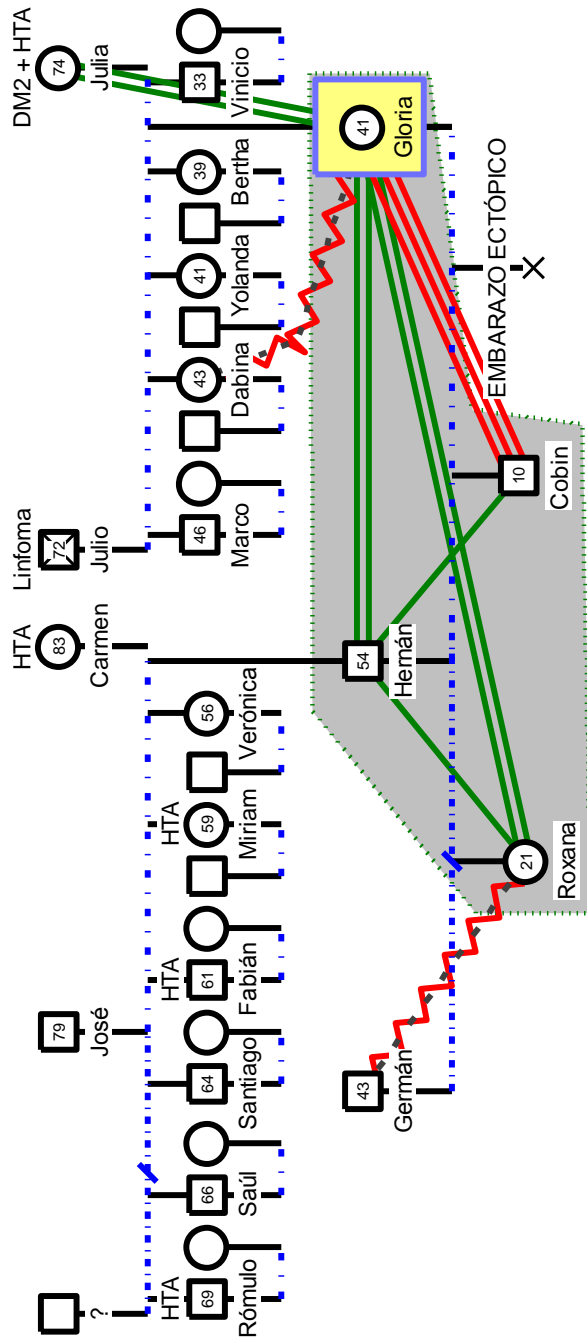
3.5 Causas



3.6 Resolución

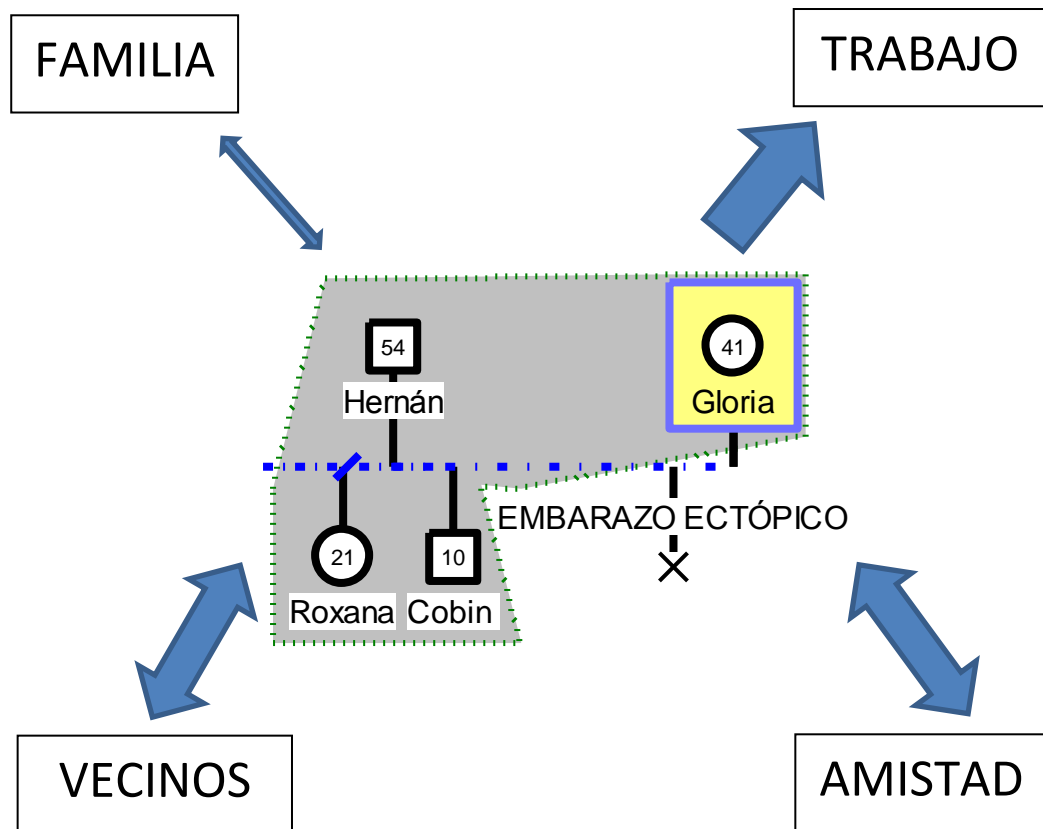


INFORMANTE 03



Realizado por: Karina Cando y Diana Cajamarca
Fecha de elaboración: 29/01/2014

Ecomapa familiar

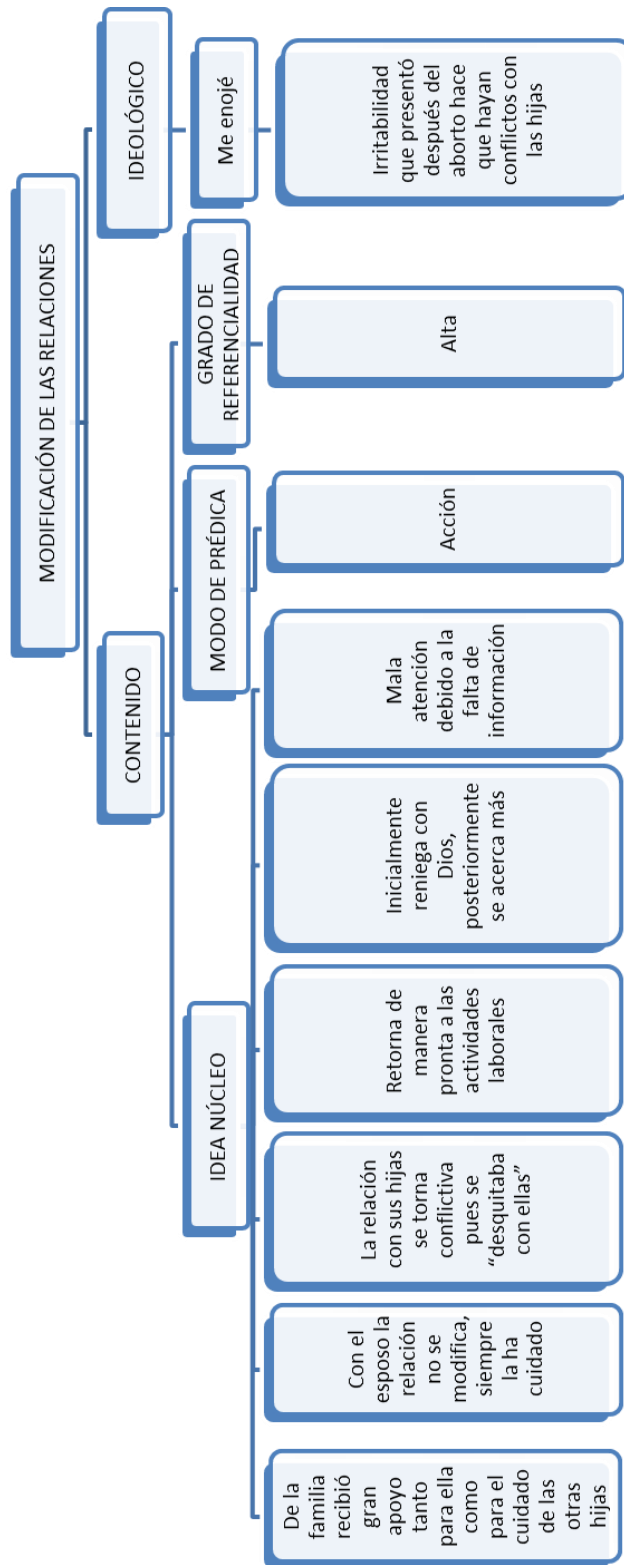


APGAR familiar

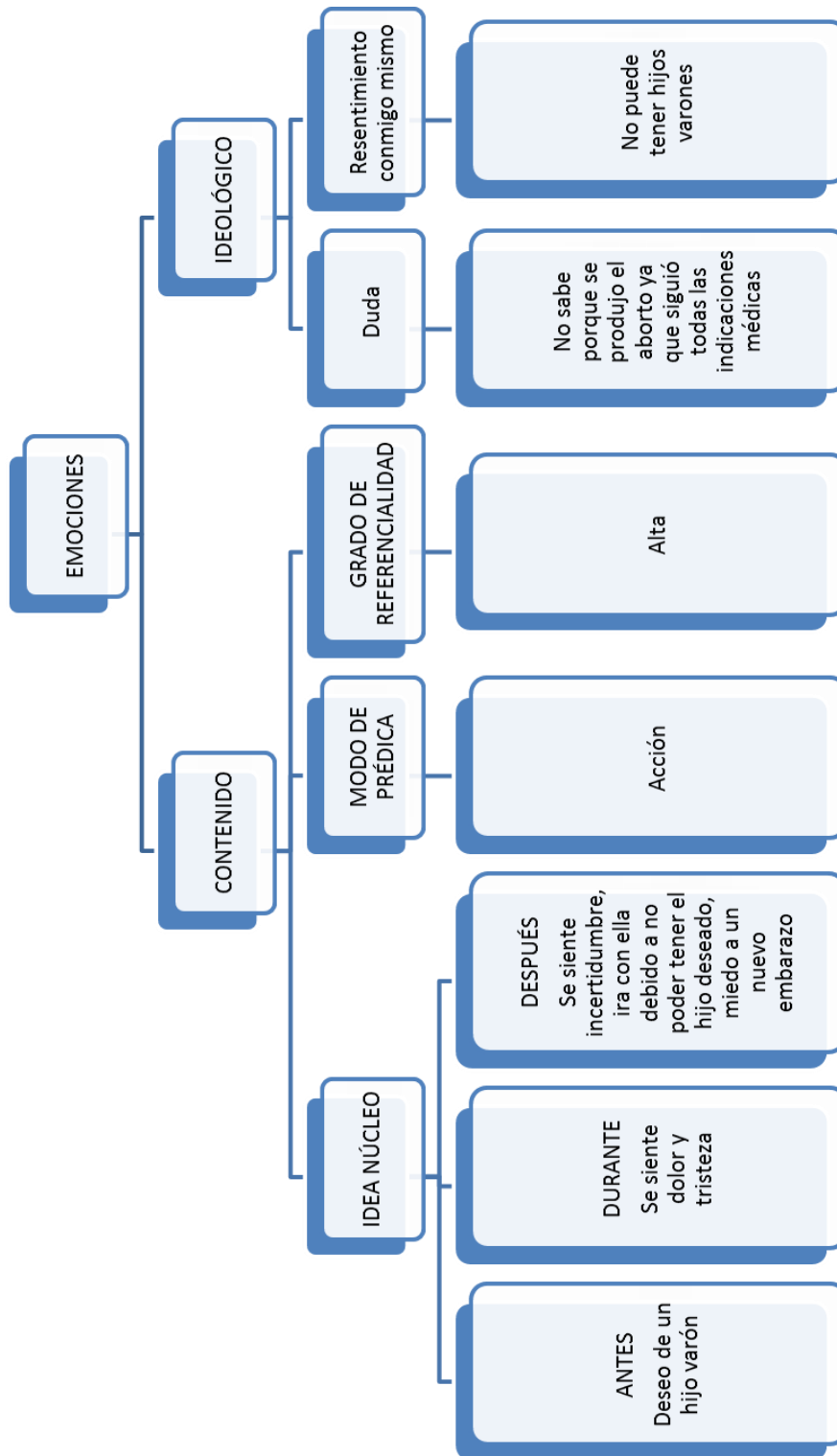
	SIEMPRE (4)	CASI SIEMPRE (3)	ALGUNAS VECES (2)	CASI NUNCA (1)	NUNCA (0)
APOYO			X		
PARTICIPACIÓN	X				
GROWTH / CRECIMIENTO			X		
AFECTO	X				
RECREACIÓN	X				
TOTAL					16
INTERPRETACIÓN: DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE					

Informante 5

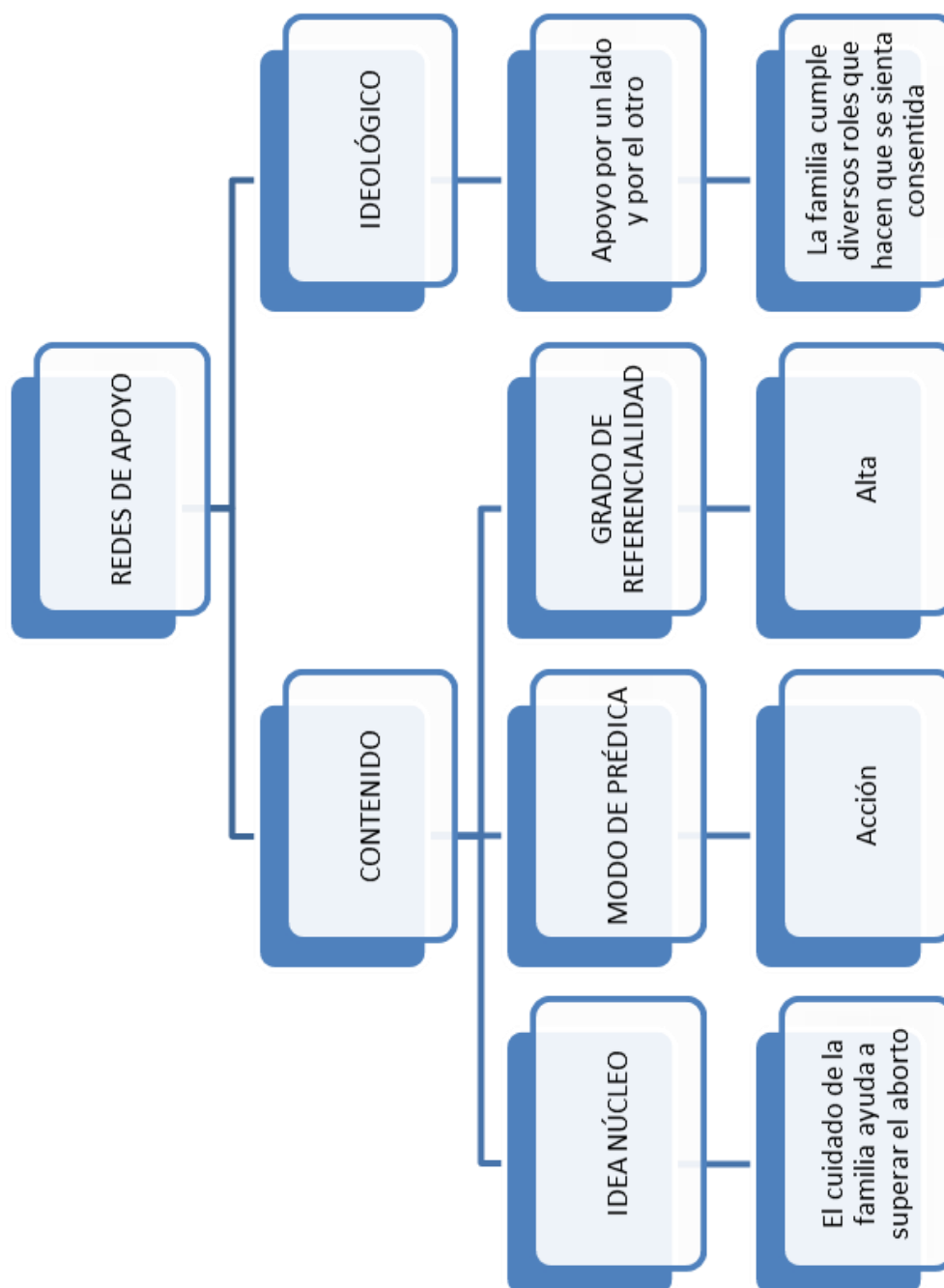
5.1 Modificación de las relaciones



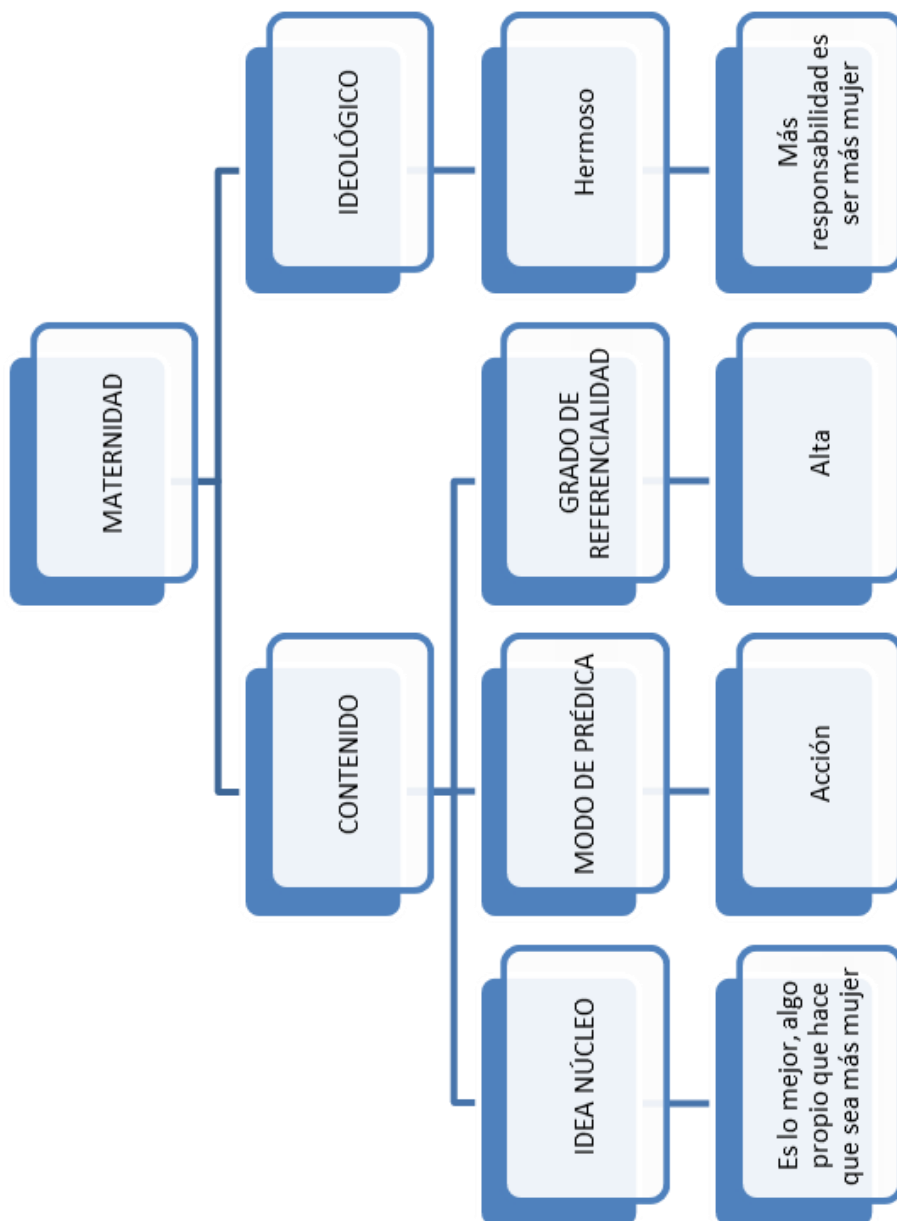
5.2 Emociones



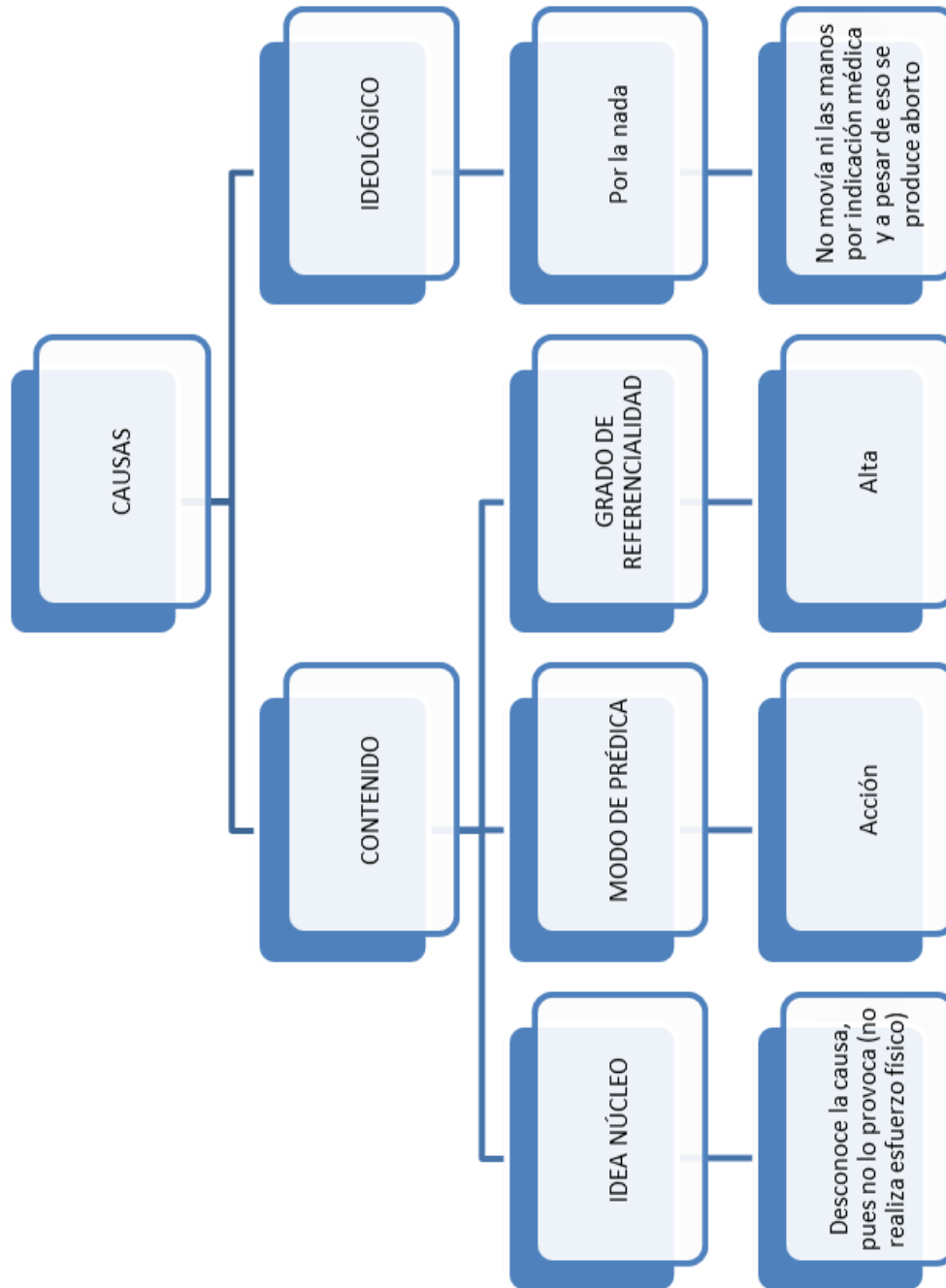
5.3 Redes de apoyo



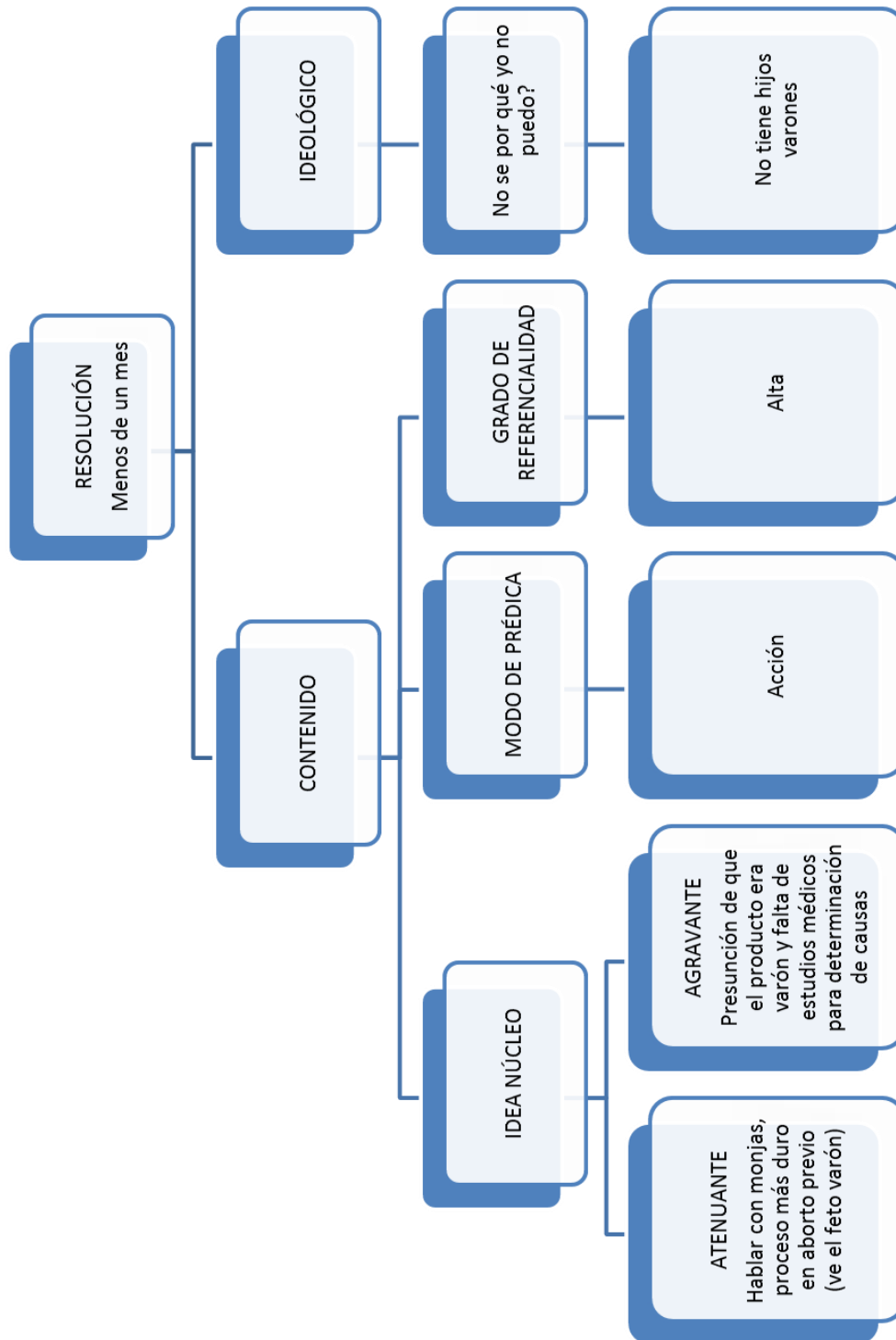
5.4 Maternidad



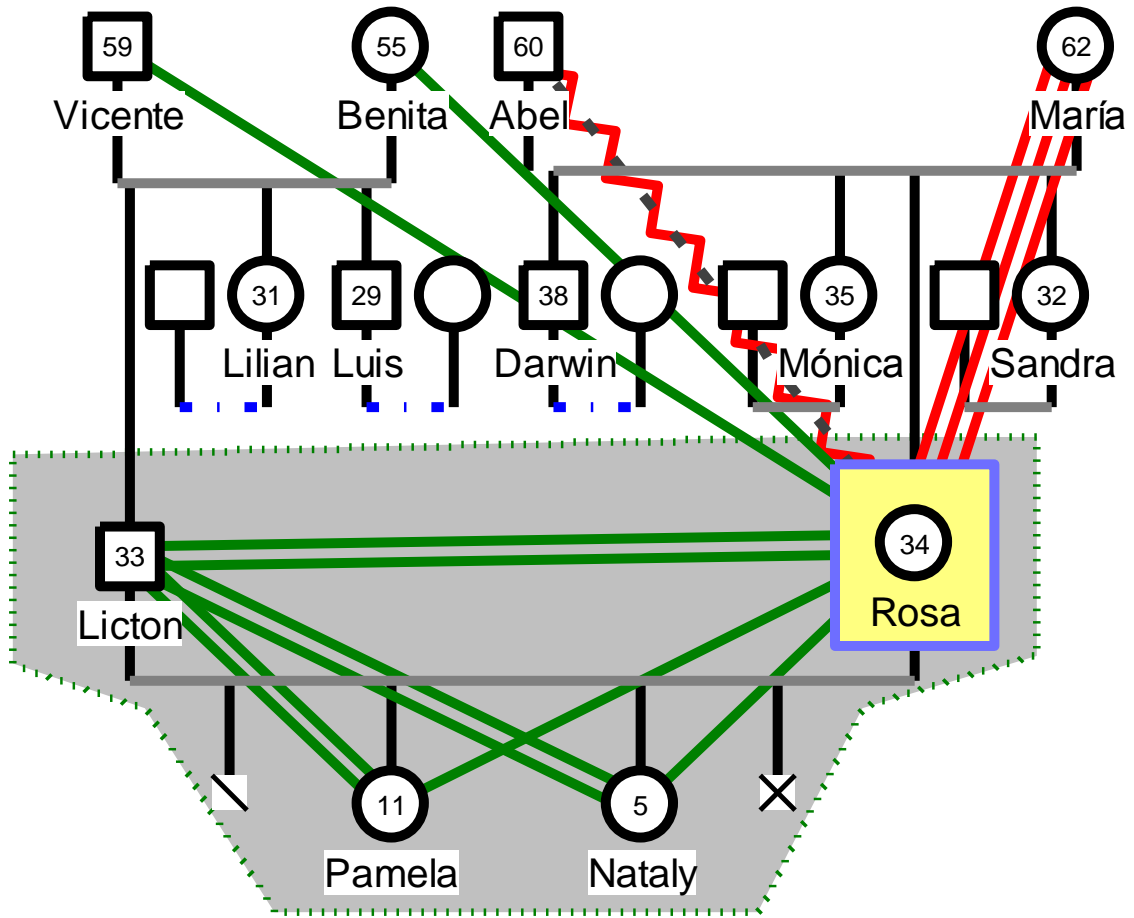
5.5 Causas



5.6 Resolución

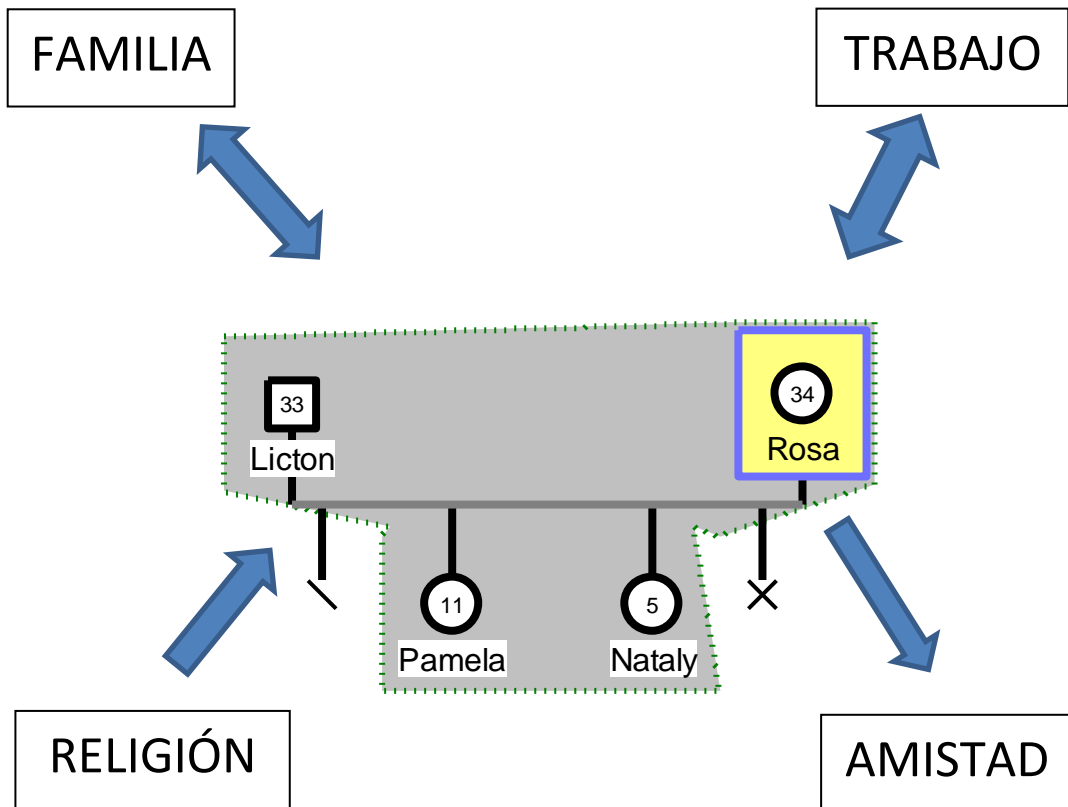


INFORMANTE 05



Realizado por: Karina Cando y Diana Cajamarca
Fecha de elaboración: 29/01/2014

Ecomapa familiar

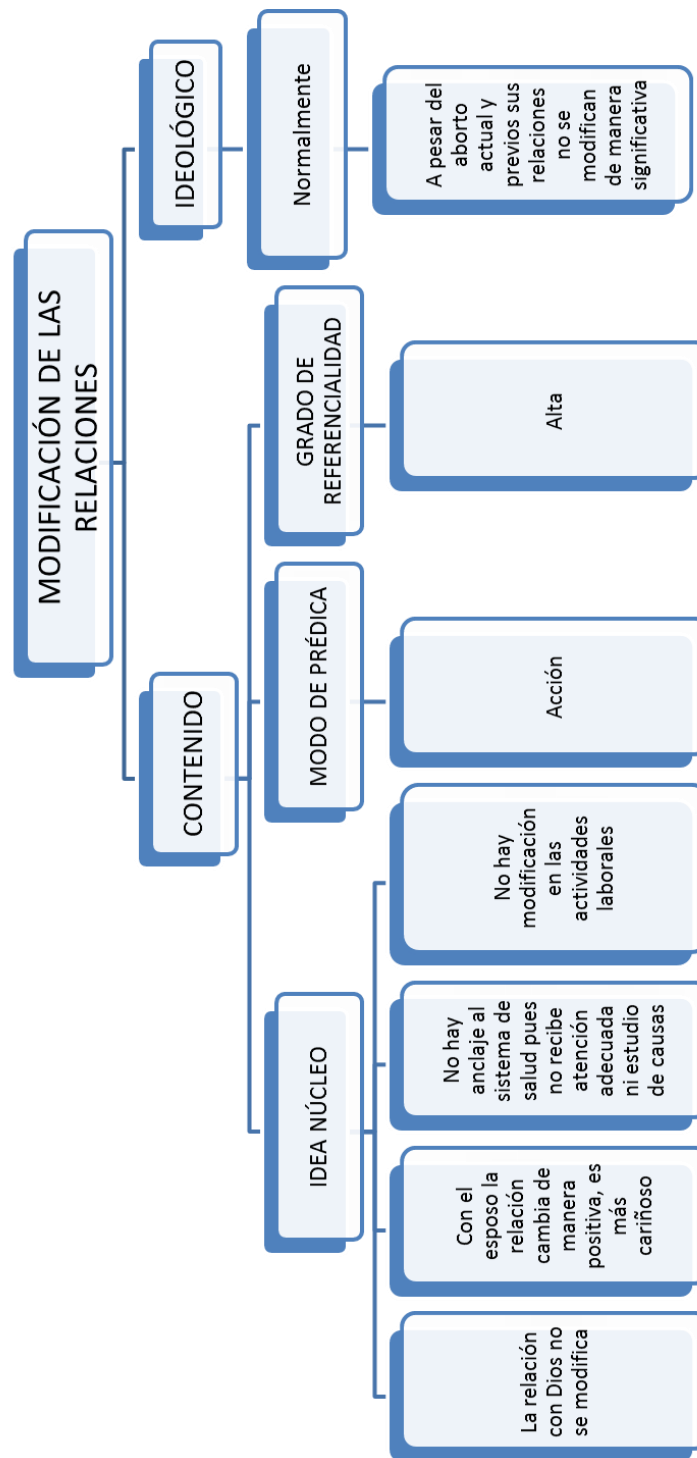


APGAR familiar

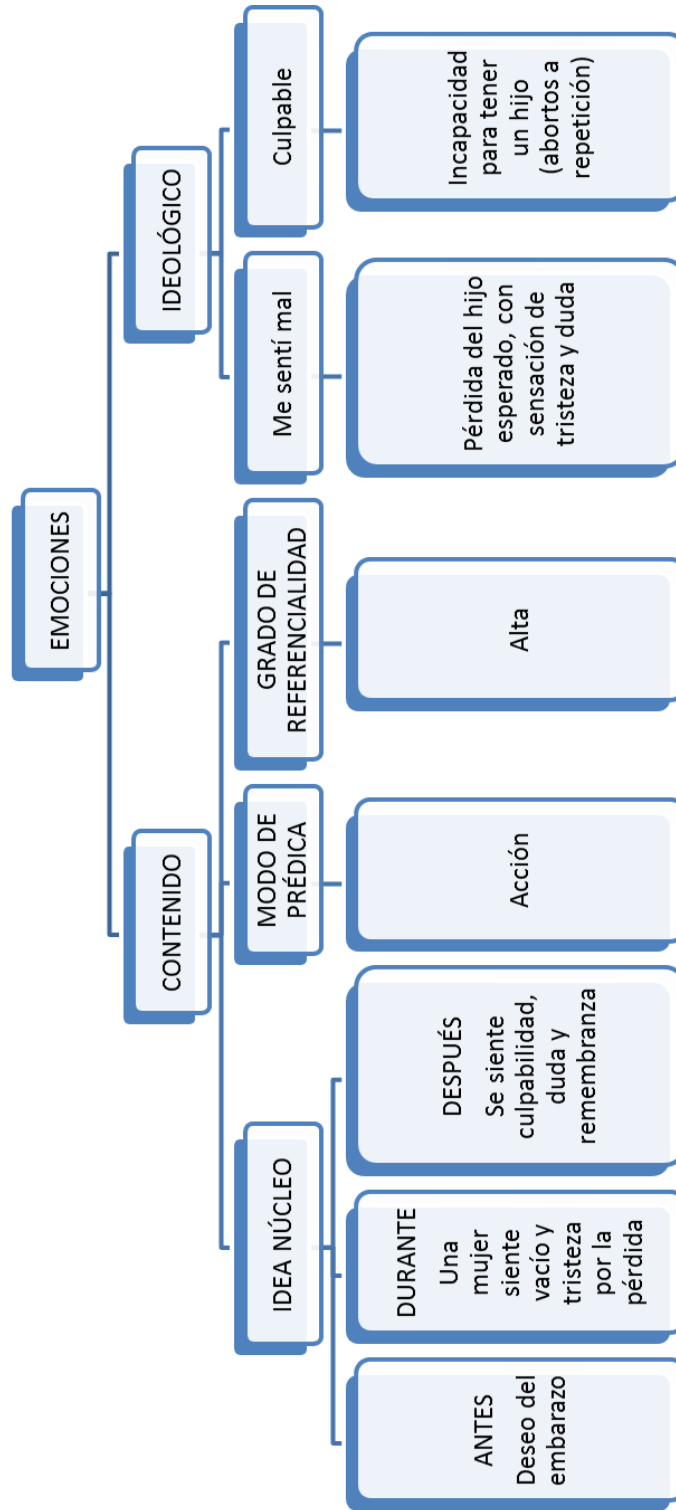
	SIEMPRE (4)	CASI SIEMPRE (3)	ALGUNAS VECES (2)	CASI NUNCA (1)	NUNCA (0)
APOYO	X				
PARTICIPACIÓN	X				
GROWTH / CRECIMIENTO	X				
AFECTO	X				
RECREACIÓN			X		
TOTAL					18
INTERPRETACIÓN: BUENA FUNCIÓN FAMILIAR					

Informante 6

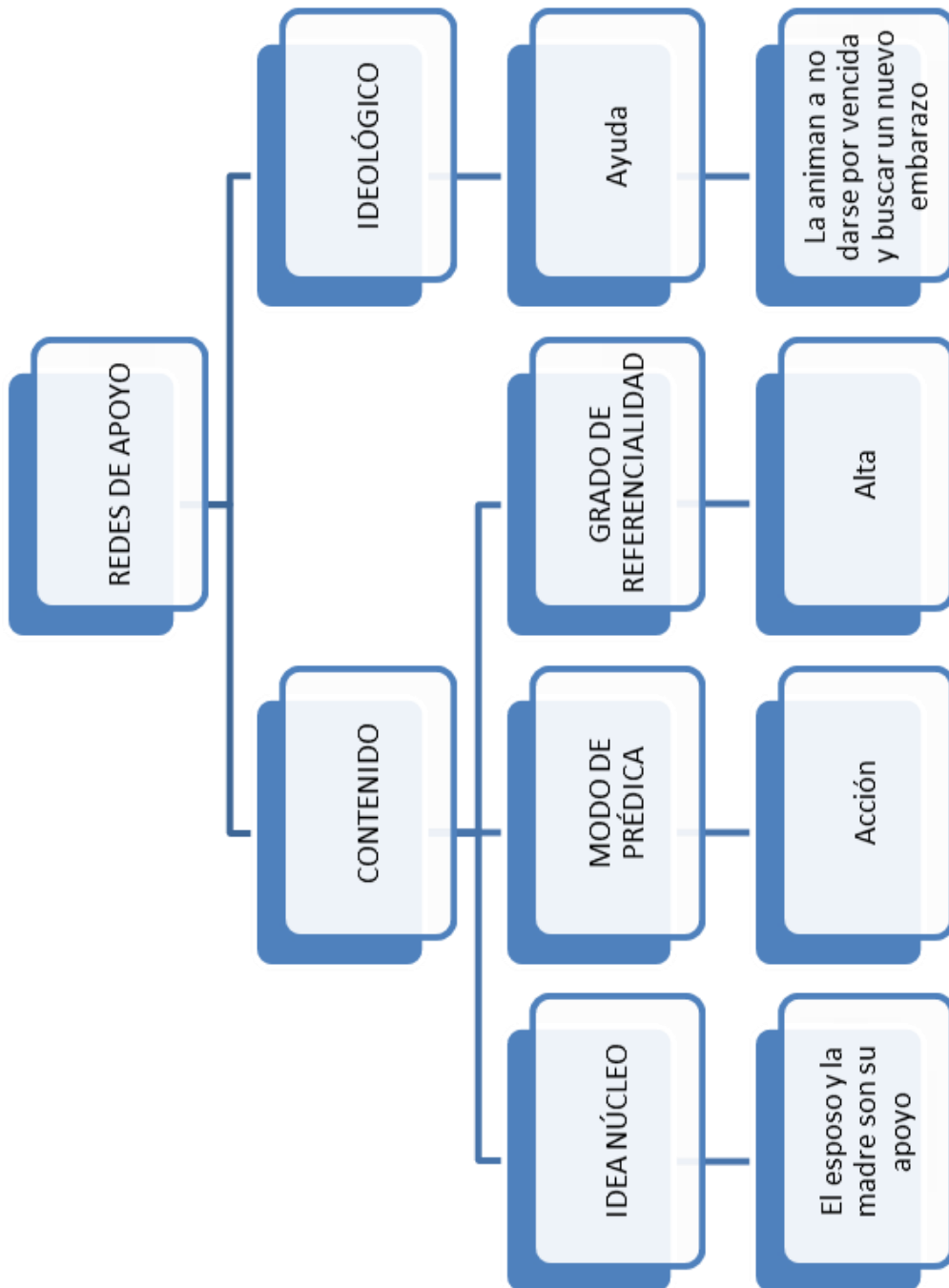
6.1 Modificación de relaciones



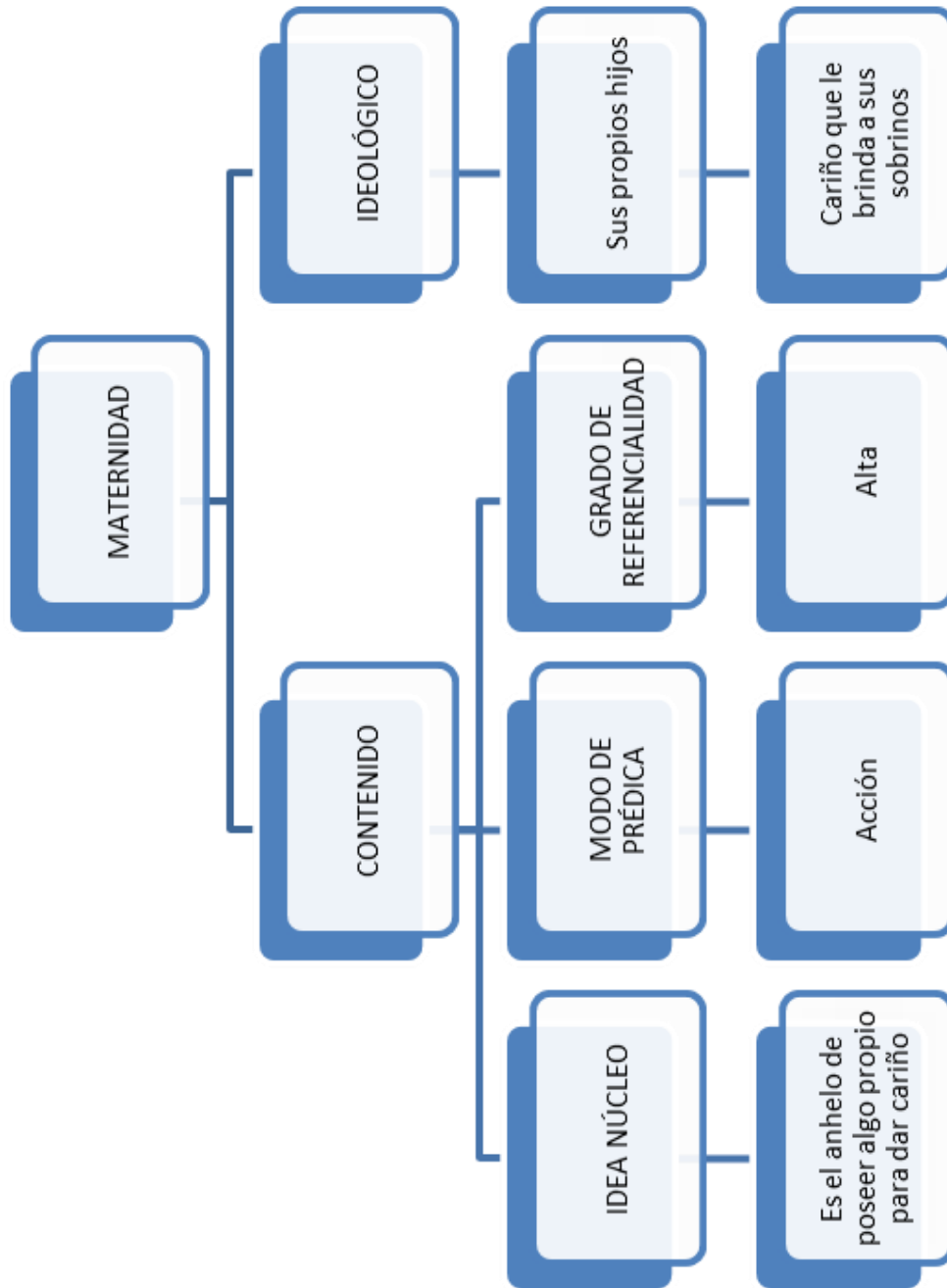
6.2 Emociones



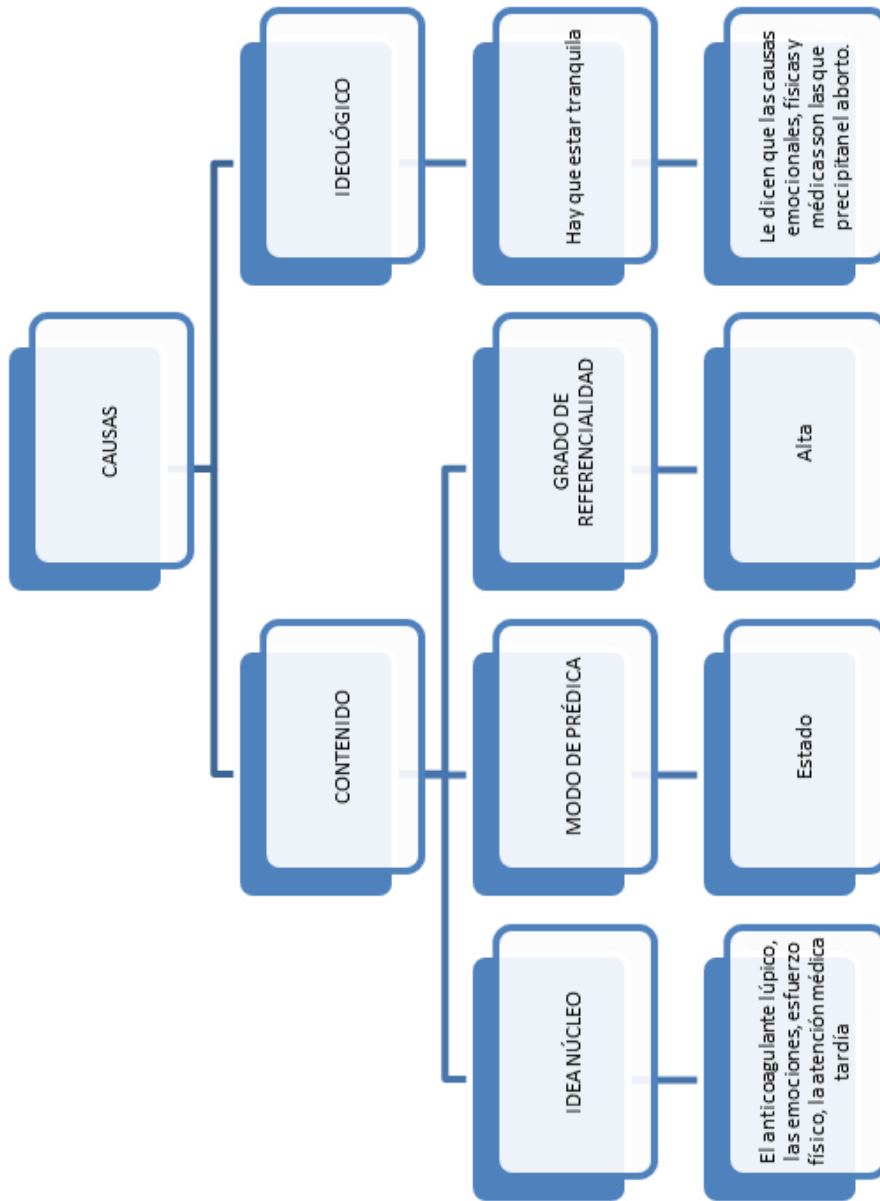
6.3 Redes de apoyo



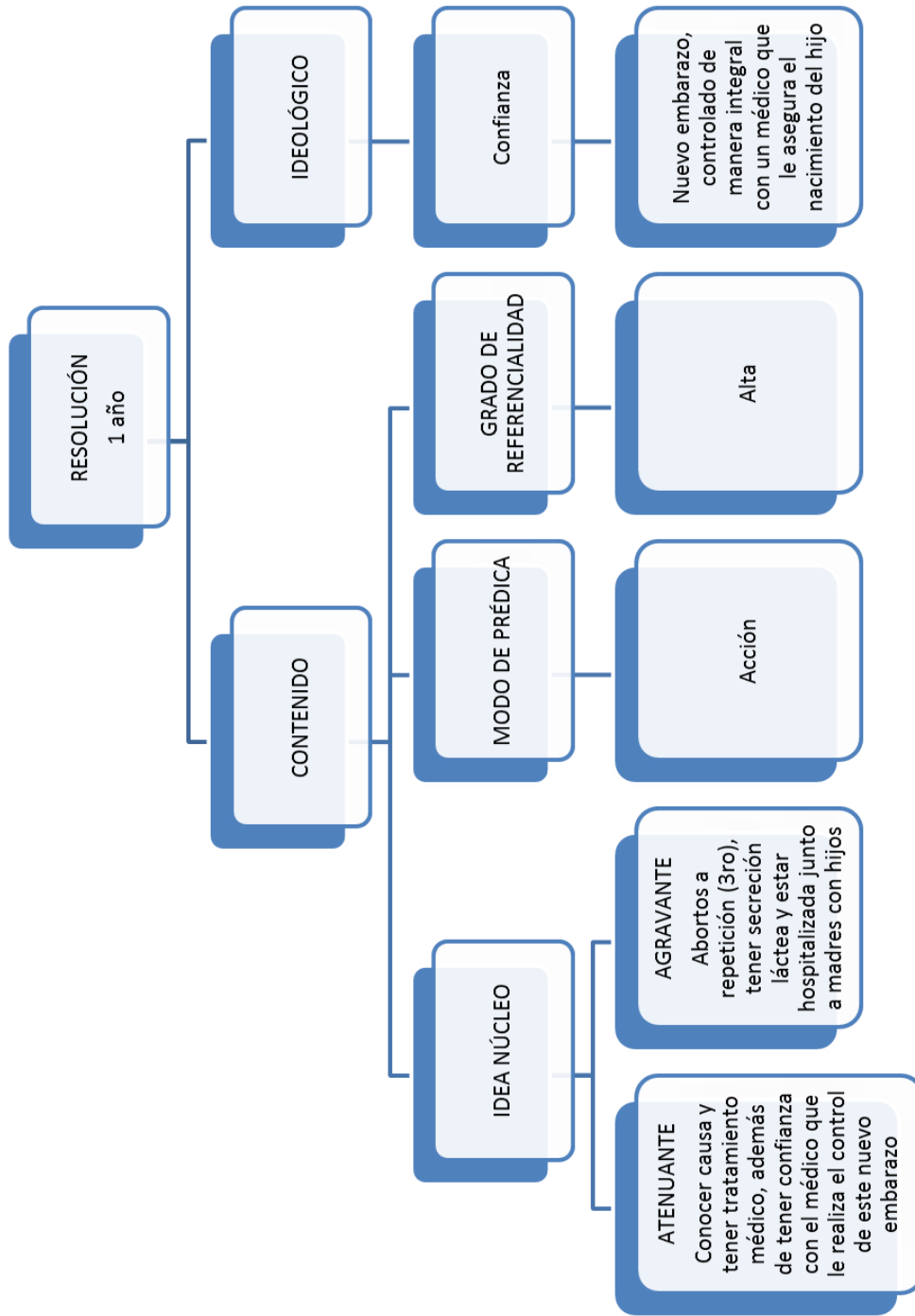
6.4 Maternidad



6.5 Causas

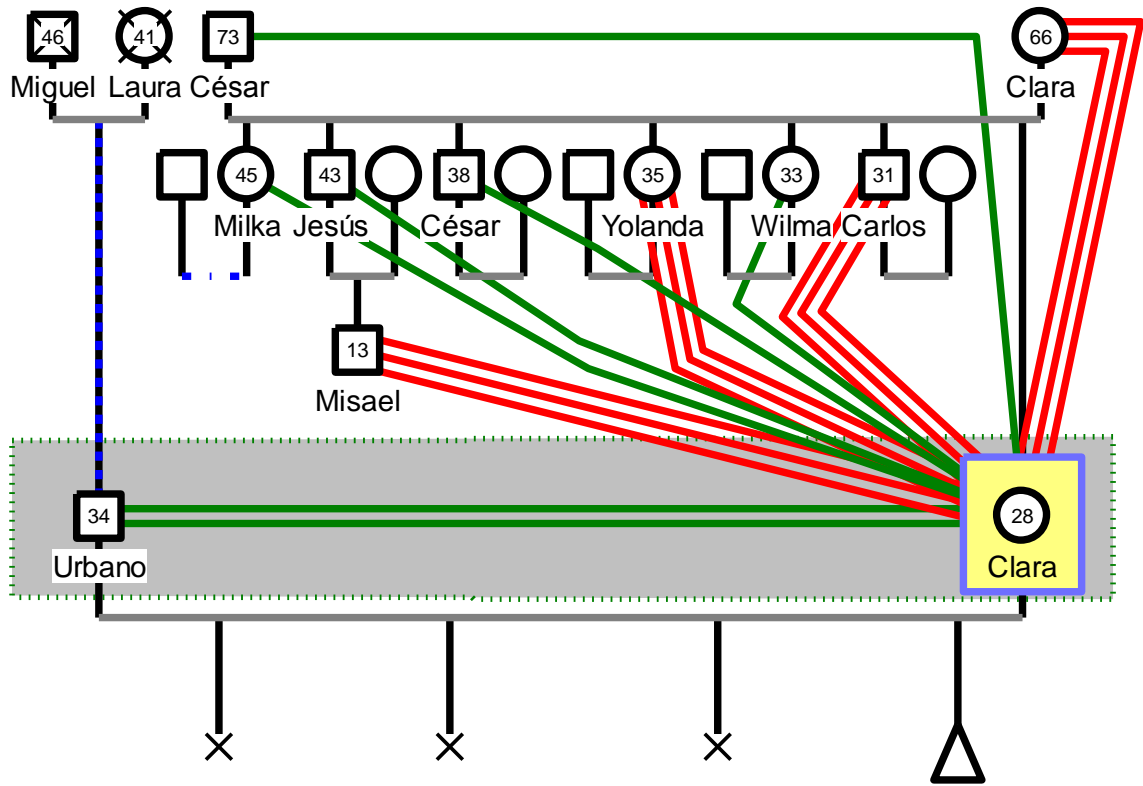


6.6 Resolución



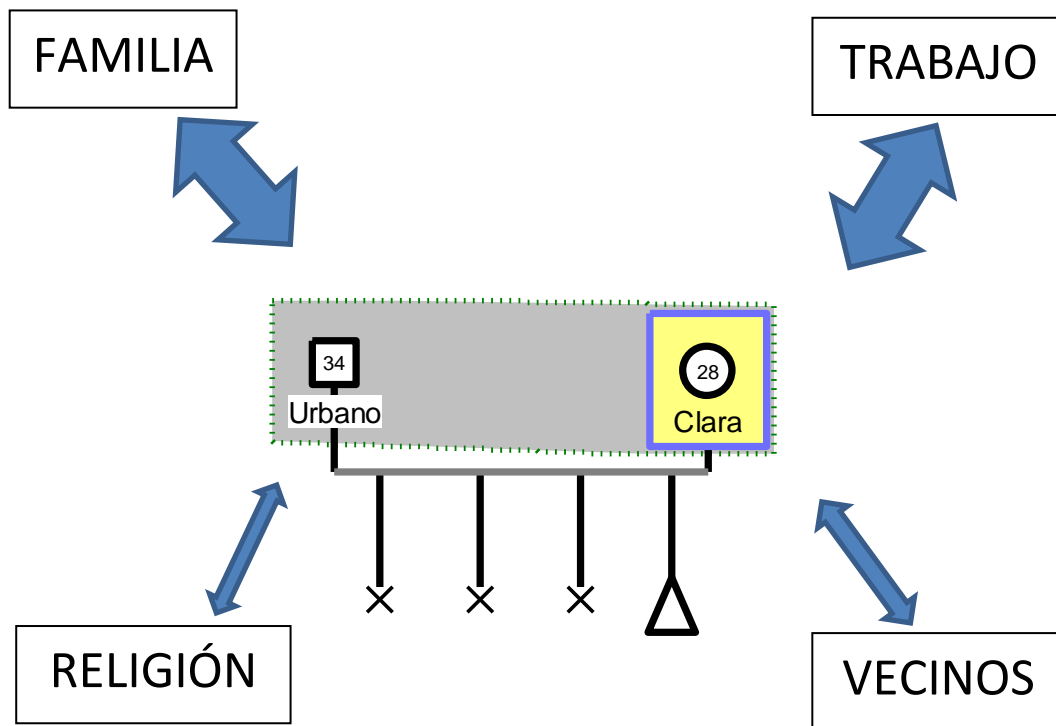
INFORMANTE 06

Familiograma



Realizado por: Karina Cando y Diana Cajamarca
Fecha de elaboración: 29/01/2014

Ecomapa familiar

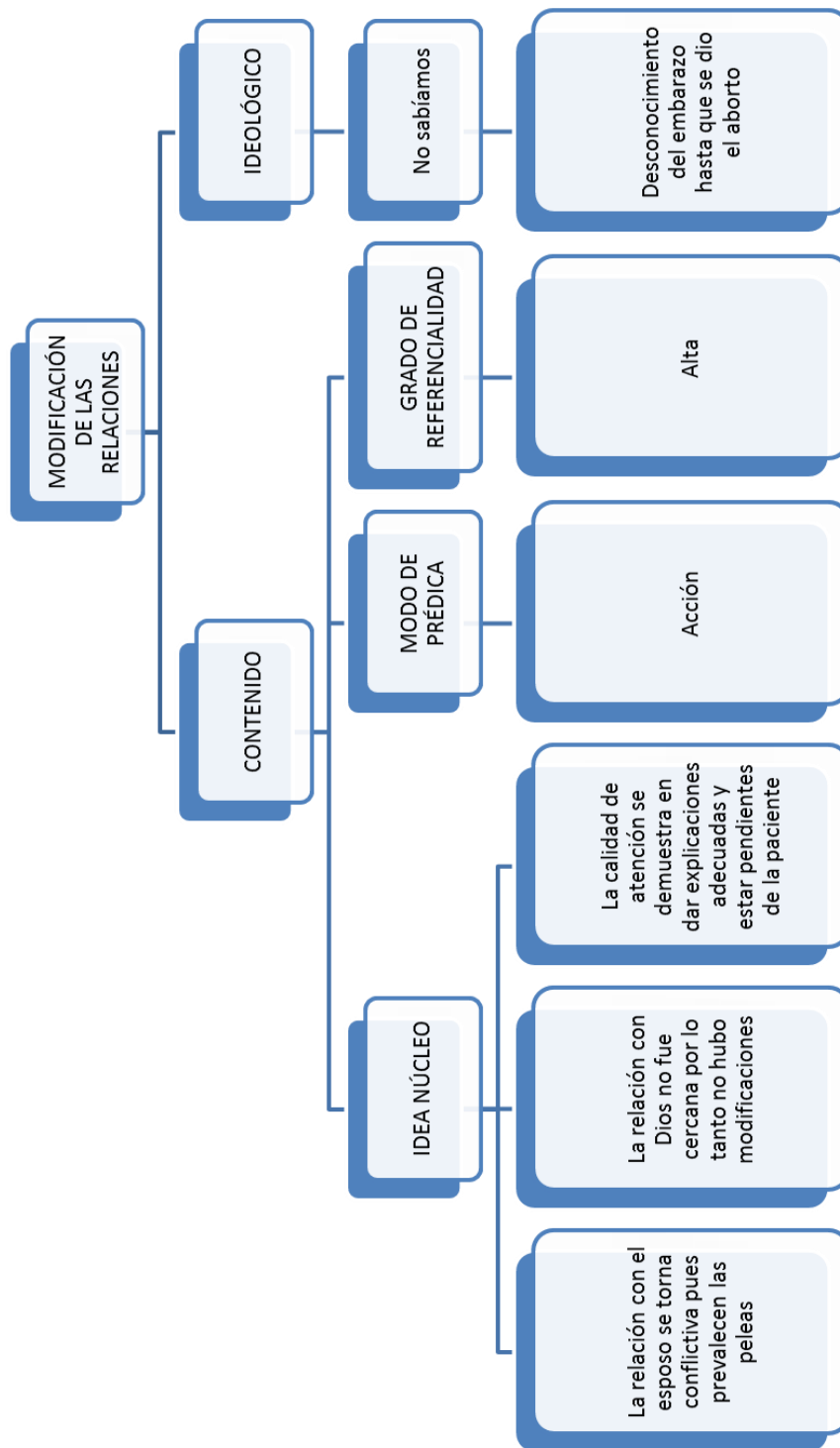


APGAR familiar

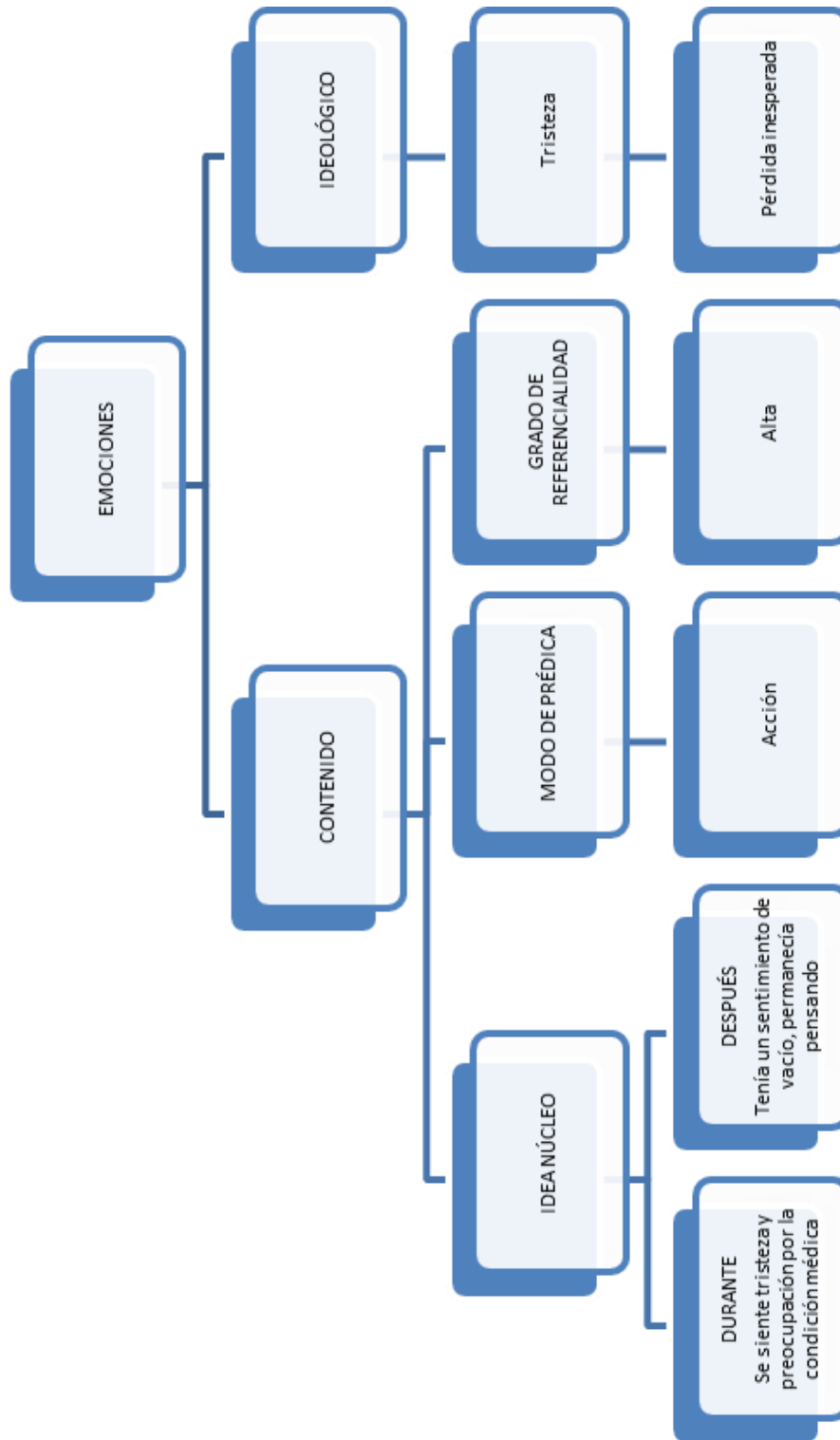
	SIEMPRE (4)	CASI SIEMPRE (3)	ALGUNAS VECES (2)	CASI NUNCA (1)	NUNCA (0)
APOYO			X		
PARTICIPACIÓN		X			
GROWTH / CRECIMIENTO	X				
AFECTO			X		
RECREACIÓN	X				
TOTAL					15
INTERPRETACIÓN: DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE					

Informante 7

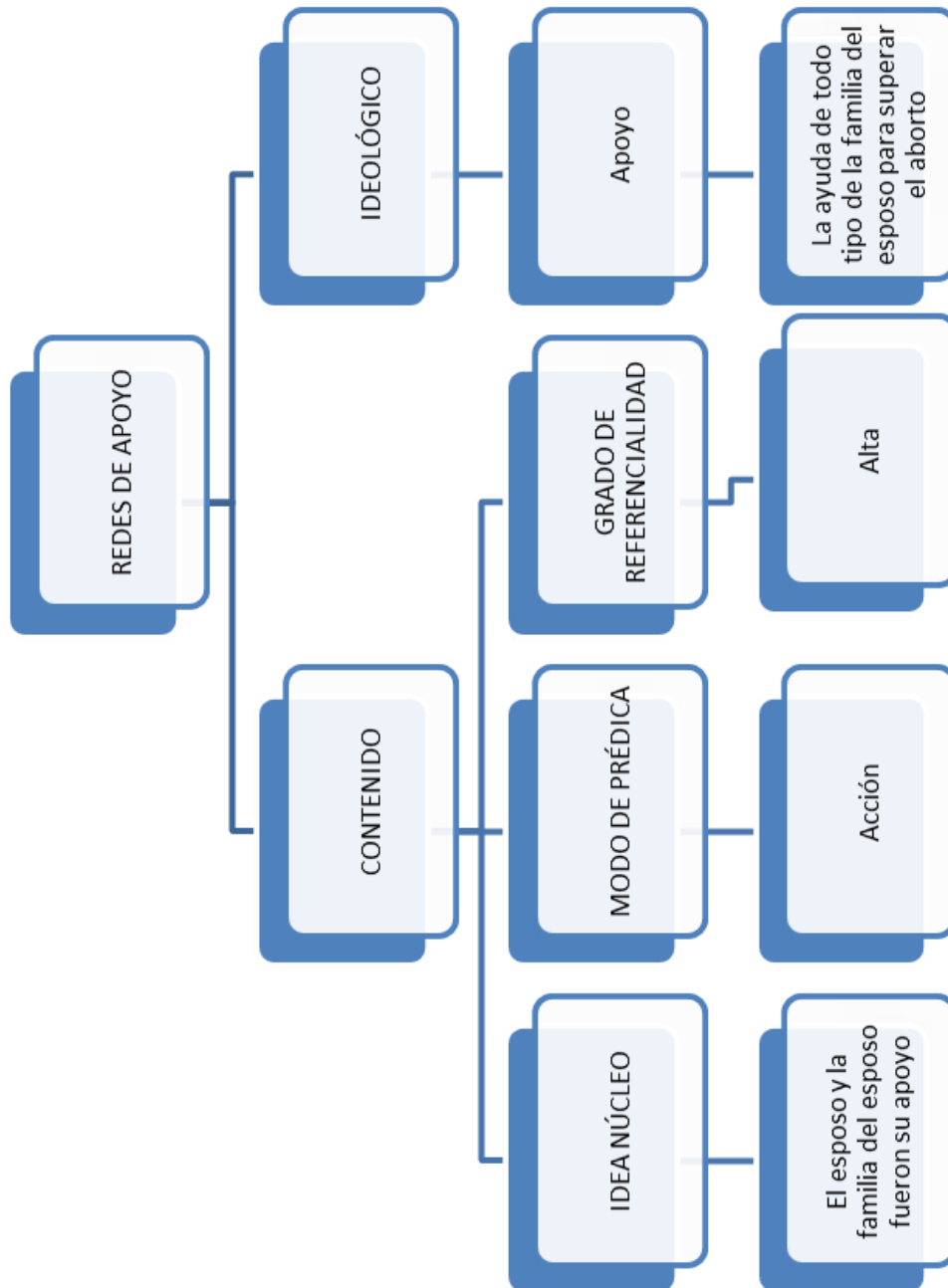
7.1 Modificación de relaciones



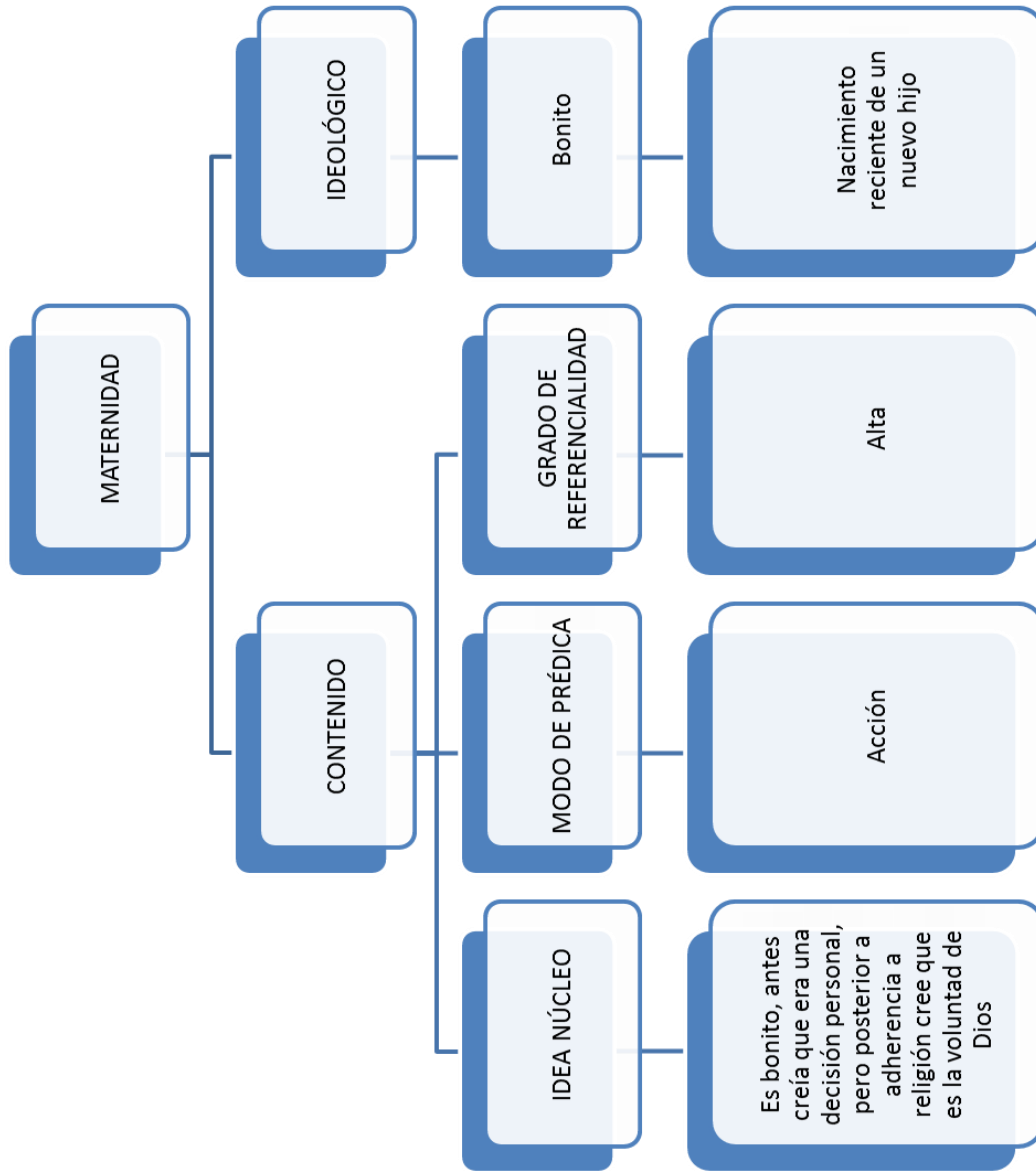
7.2 Emociones



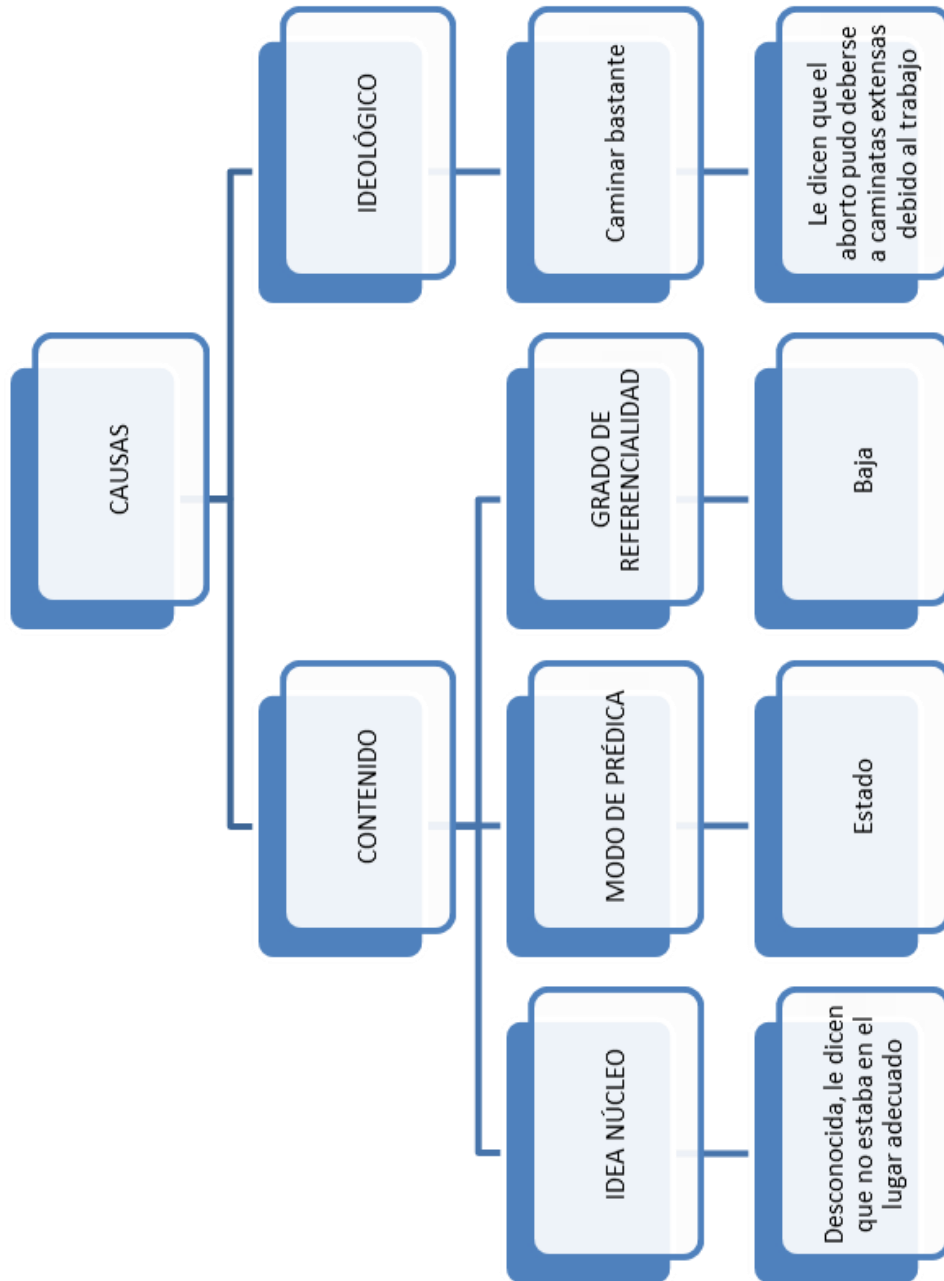
7.3 Redes de Apoyo



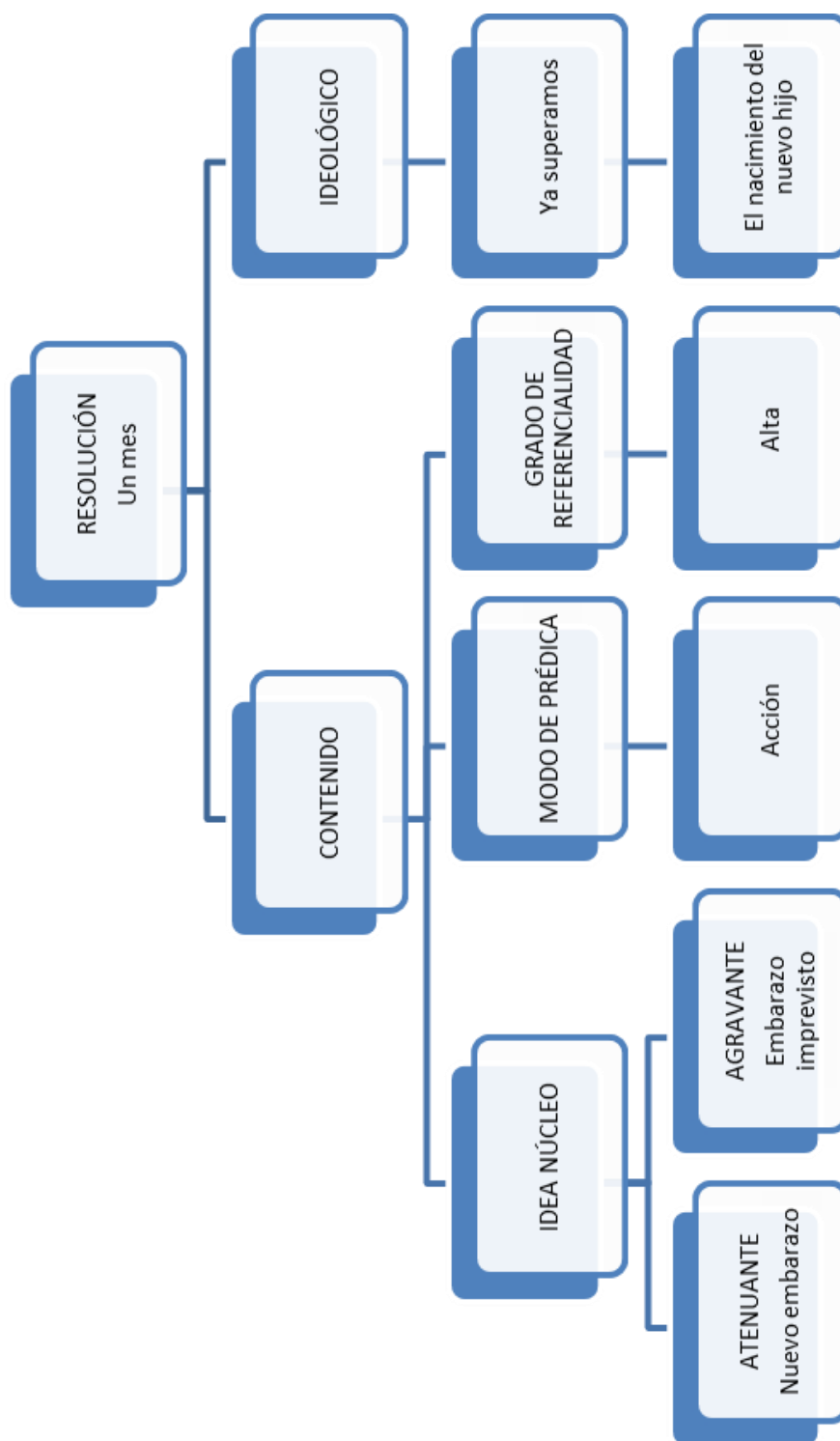
7.4 Maternidad



7.5 Causas

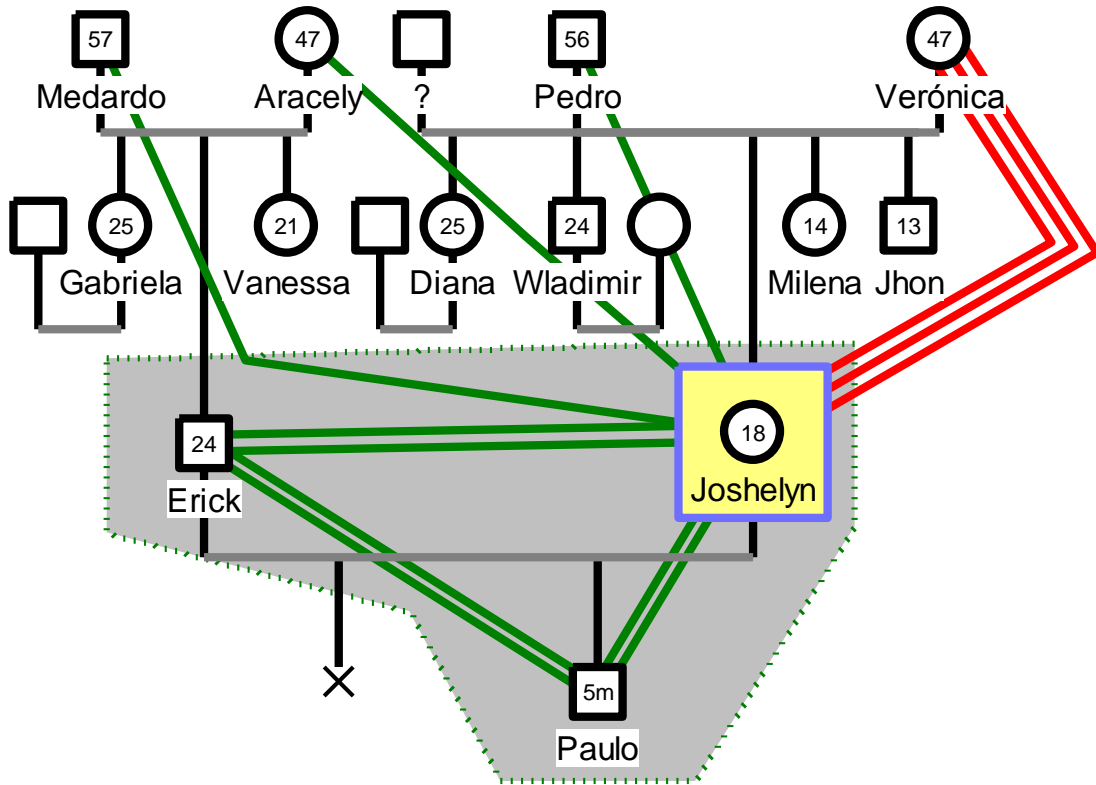


7.6 Resolución



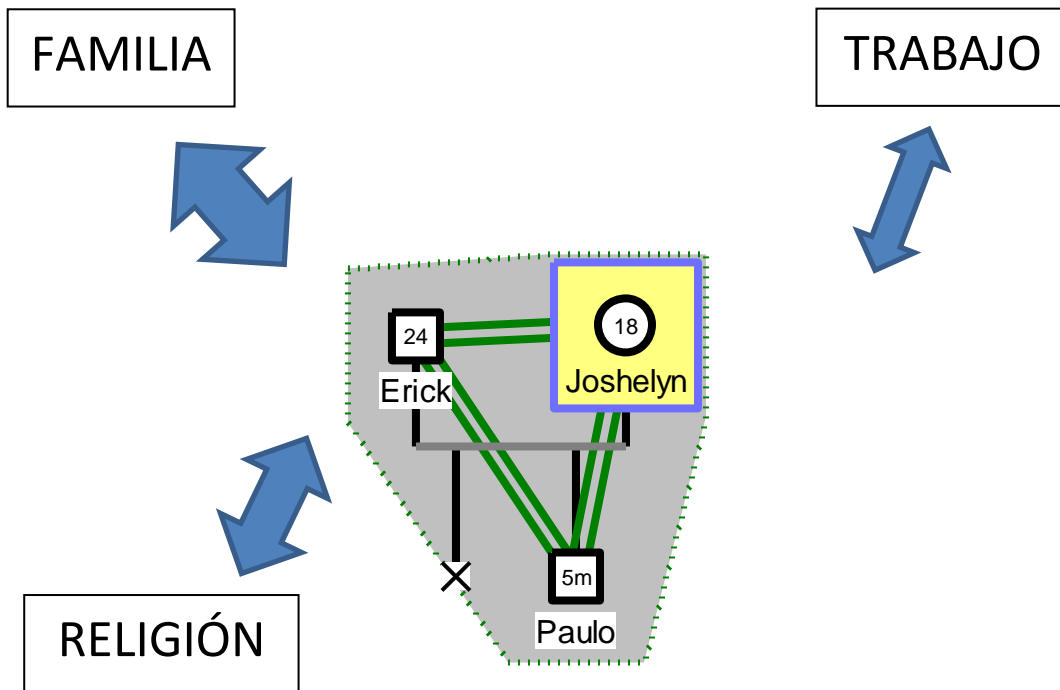
INFORMANTE 07

Familiograma



Realizado por: Karina Cando y Diana Cajamarca
Fecha de elaboración: 29/01/2014

Ecomapa familiar

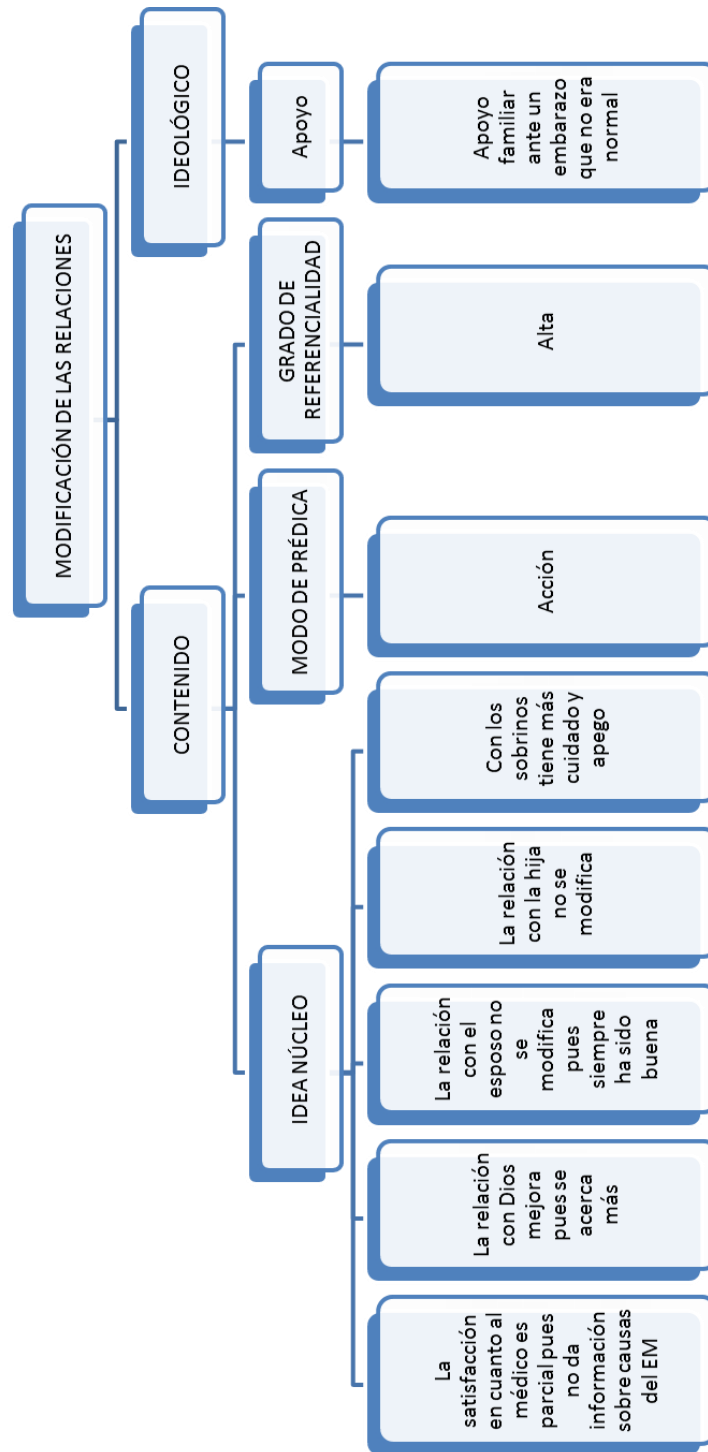


APGAR familiar

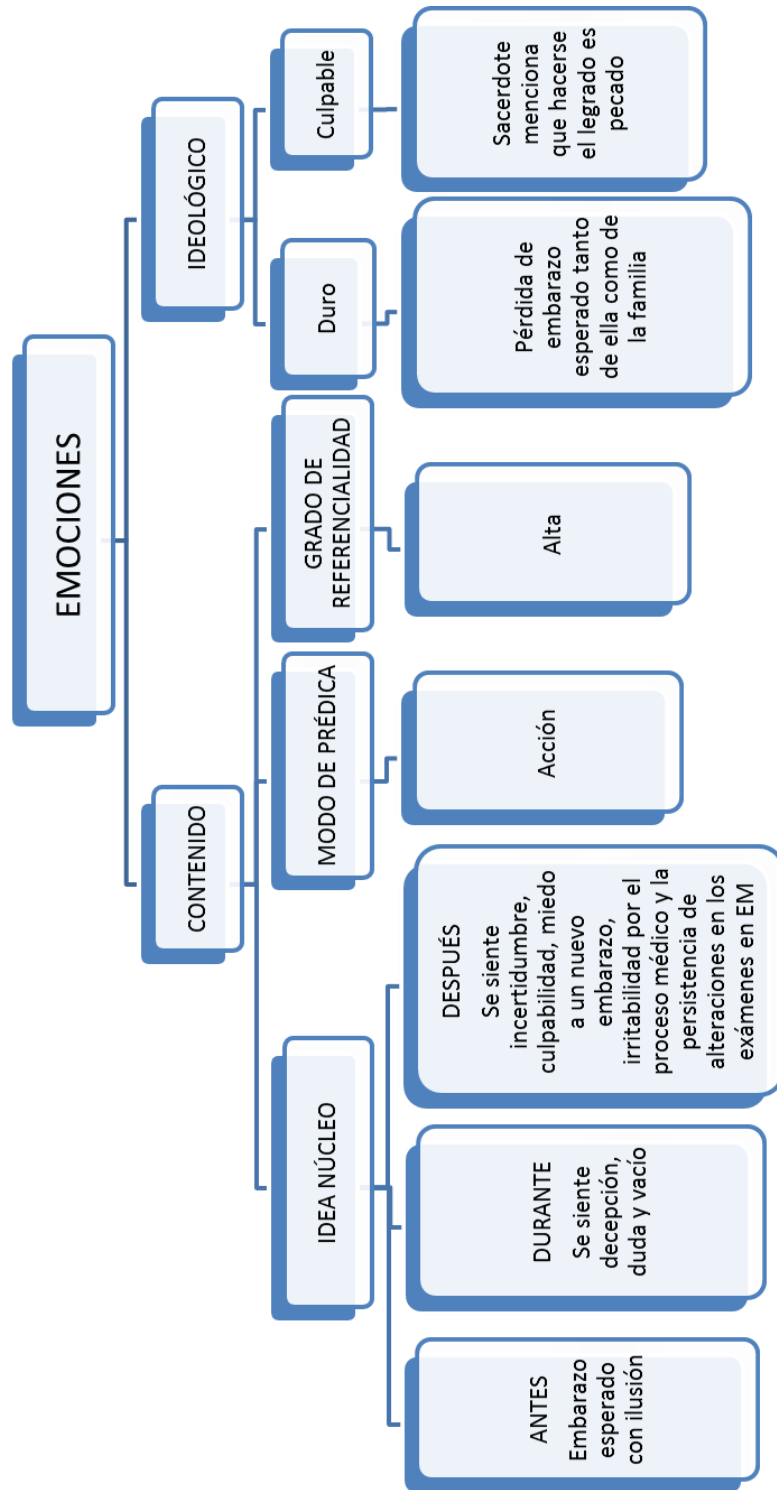
	SIEMPRE (4)	CASI SIEMPRE (3)	ALGUNAS VECES (2)	CASI NUNCA (1)	NUNCA (0)
APOYO	X				
PARTICIPACIÓN	X				
GROWTH / CRECIMIENTO	X				
AFECTO	X				
RECREACIÓN	X				
TOTAL					20
INTERPRETACIÓN: BUENA FUNCIÓN DAMILIAR					

Informante 8

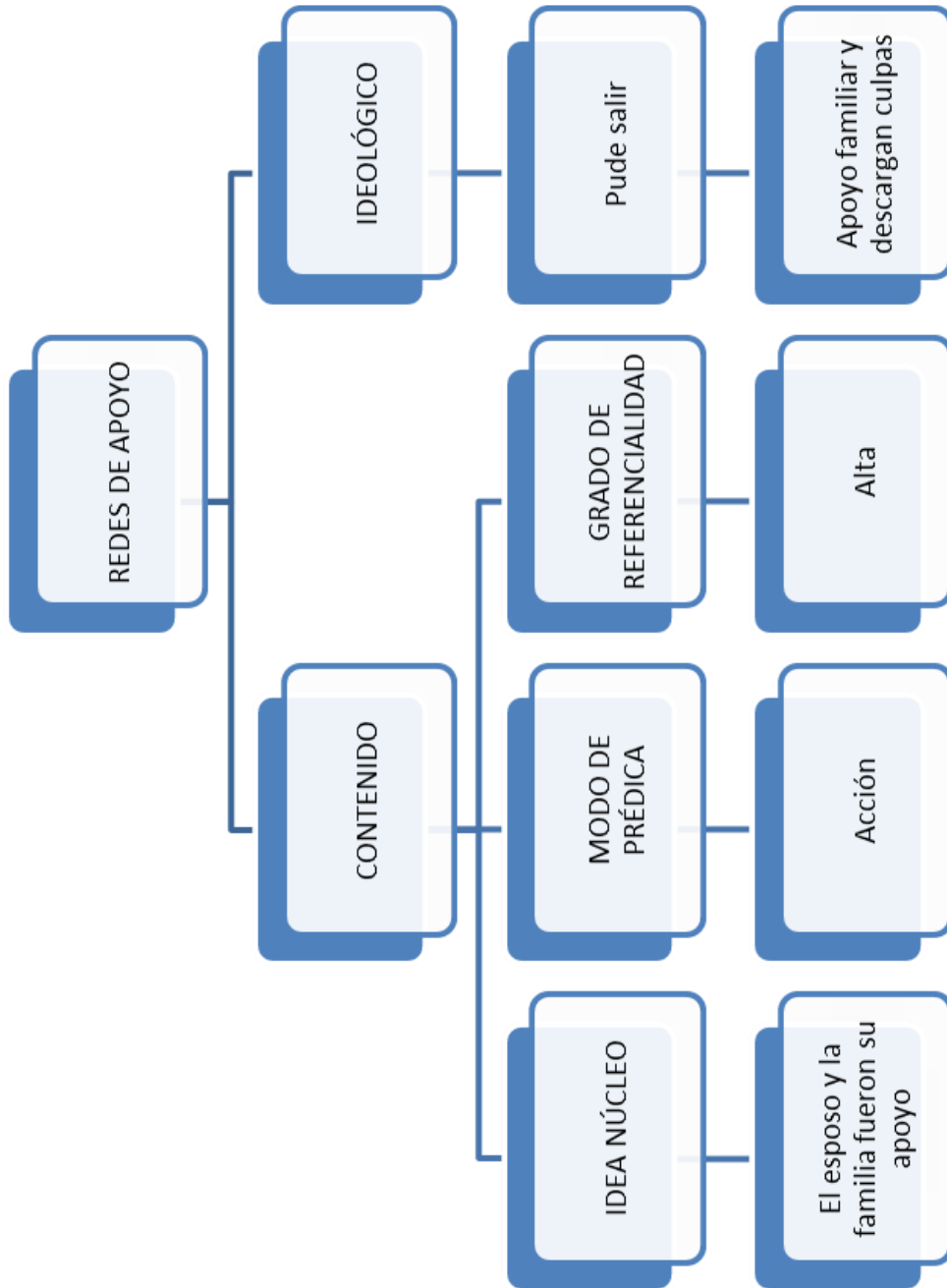
8.1 Modificación de relaciones



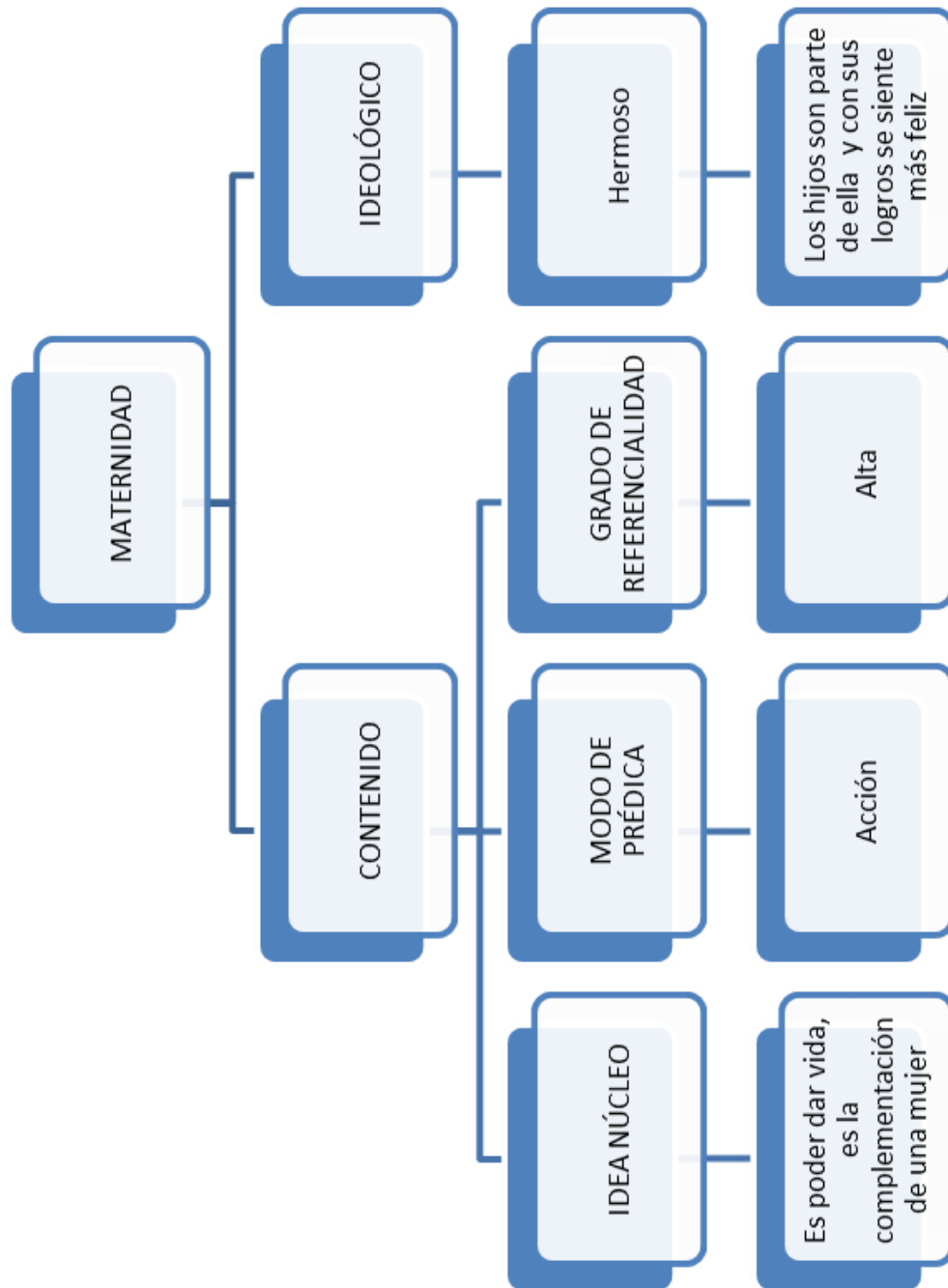
8.2 Emociones



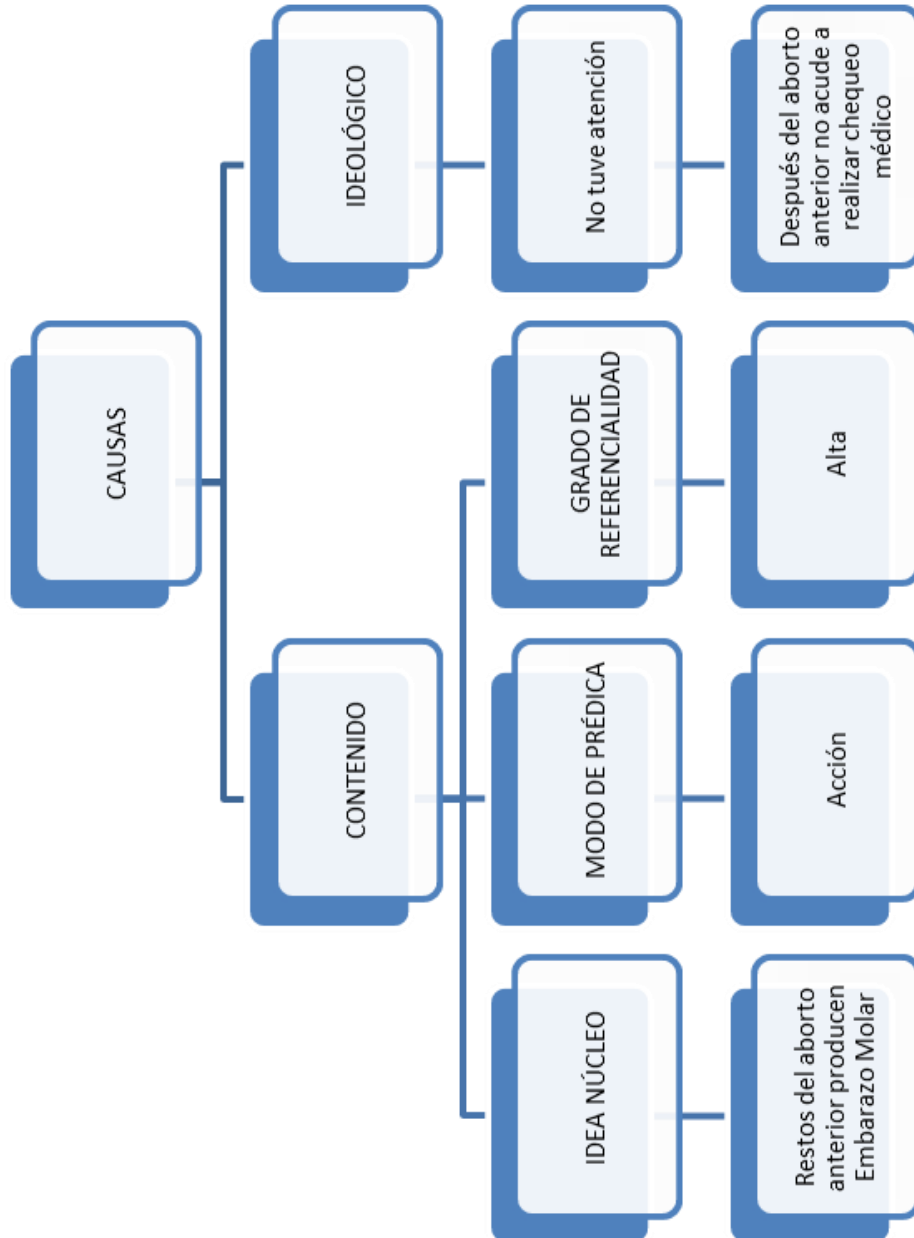
8.3 Redes de apoyo



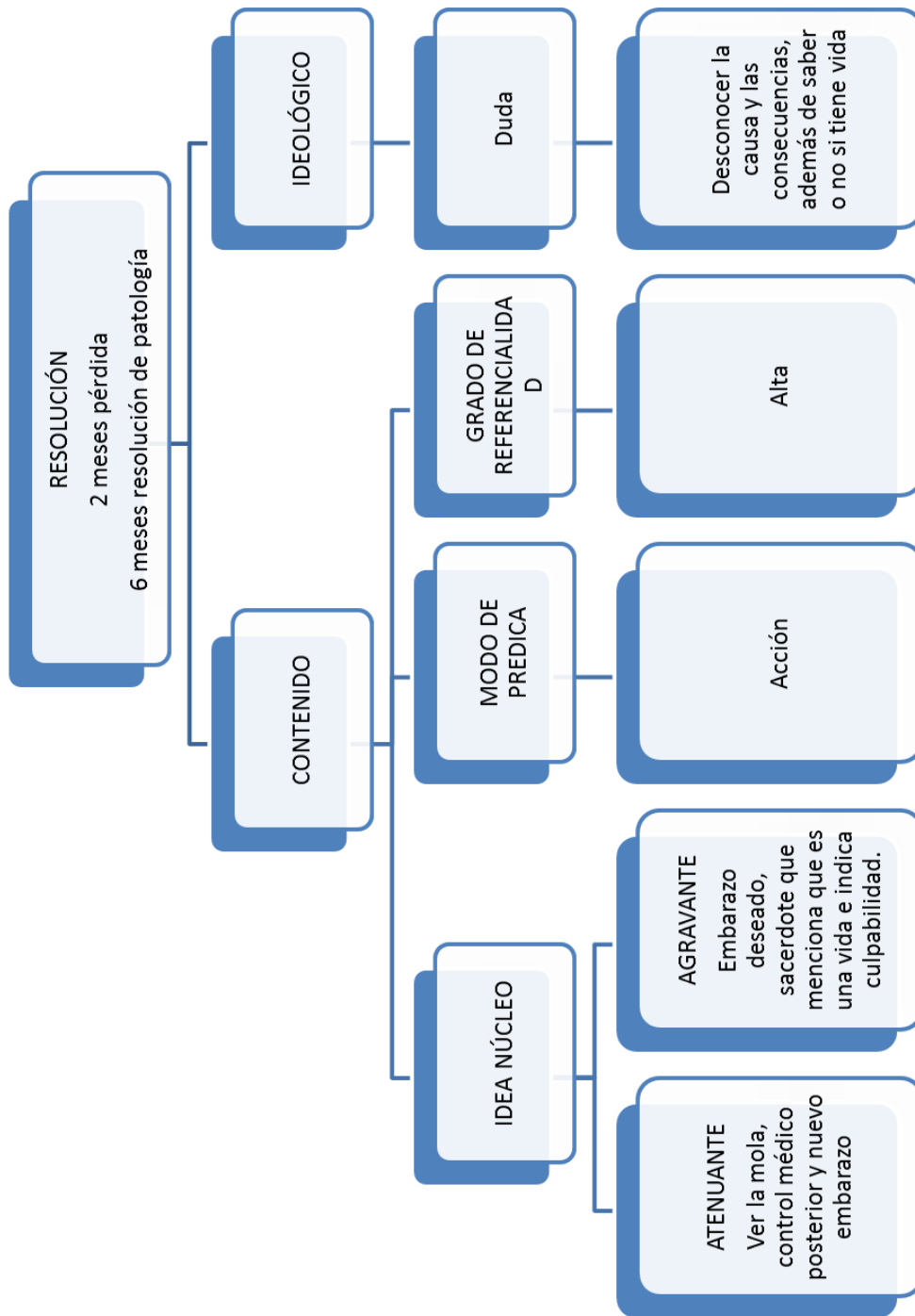
8.4 Maternidad



8.5 Causas

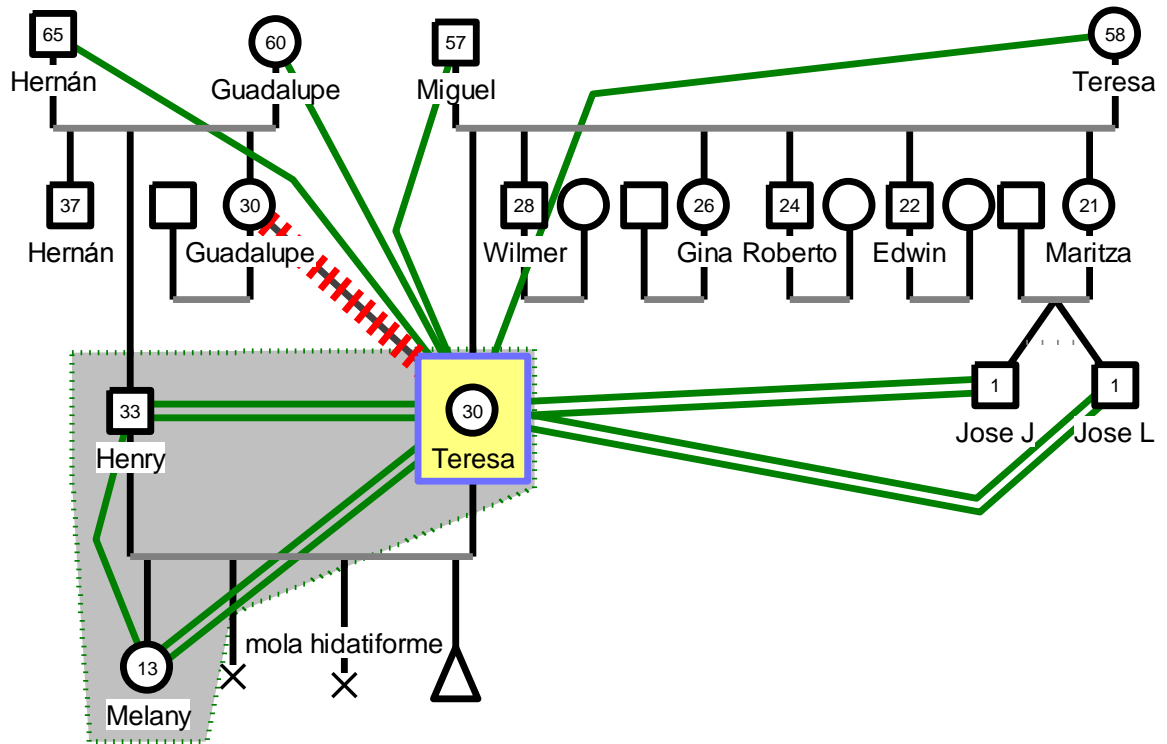


8.6 Resolución



INFORMANTE 08

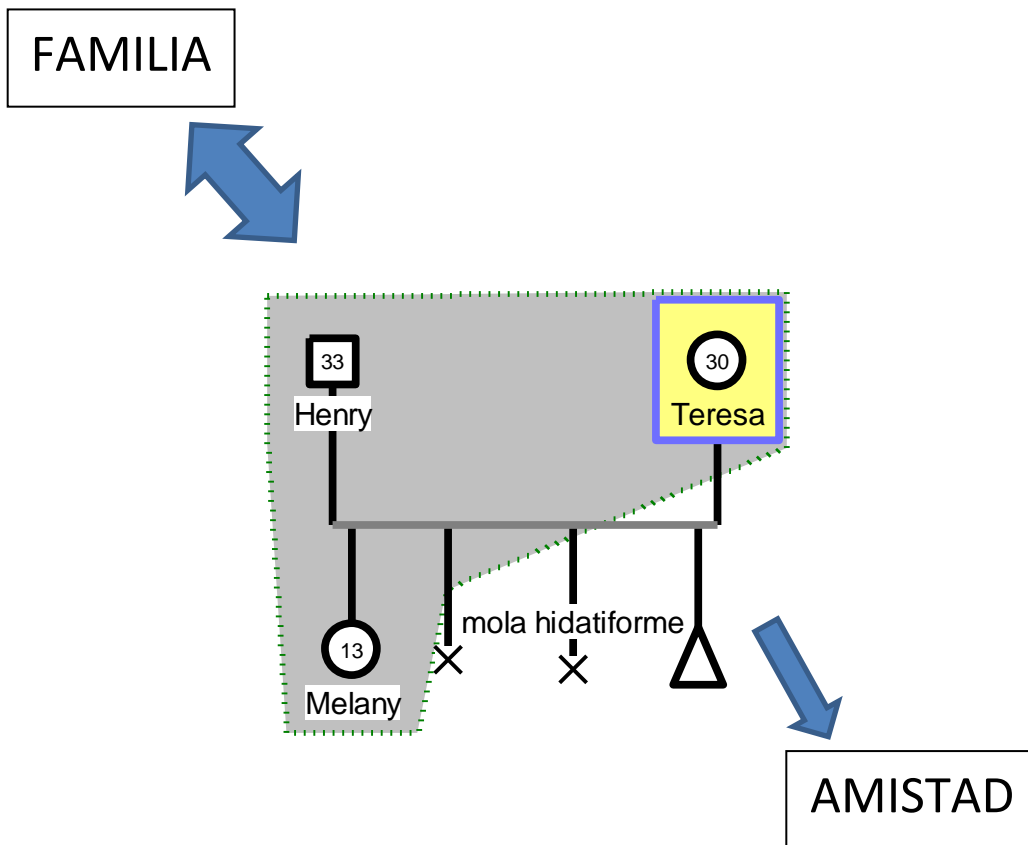
Familiograma



Realizado por: Karina Cando y Diana Cajamarca

Fecha de elaboración: 29/01/2014

Ecomapa

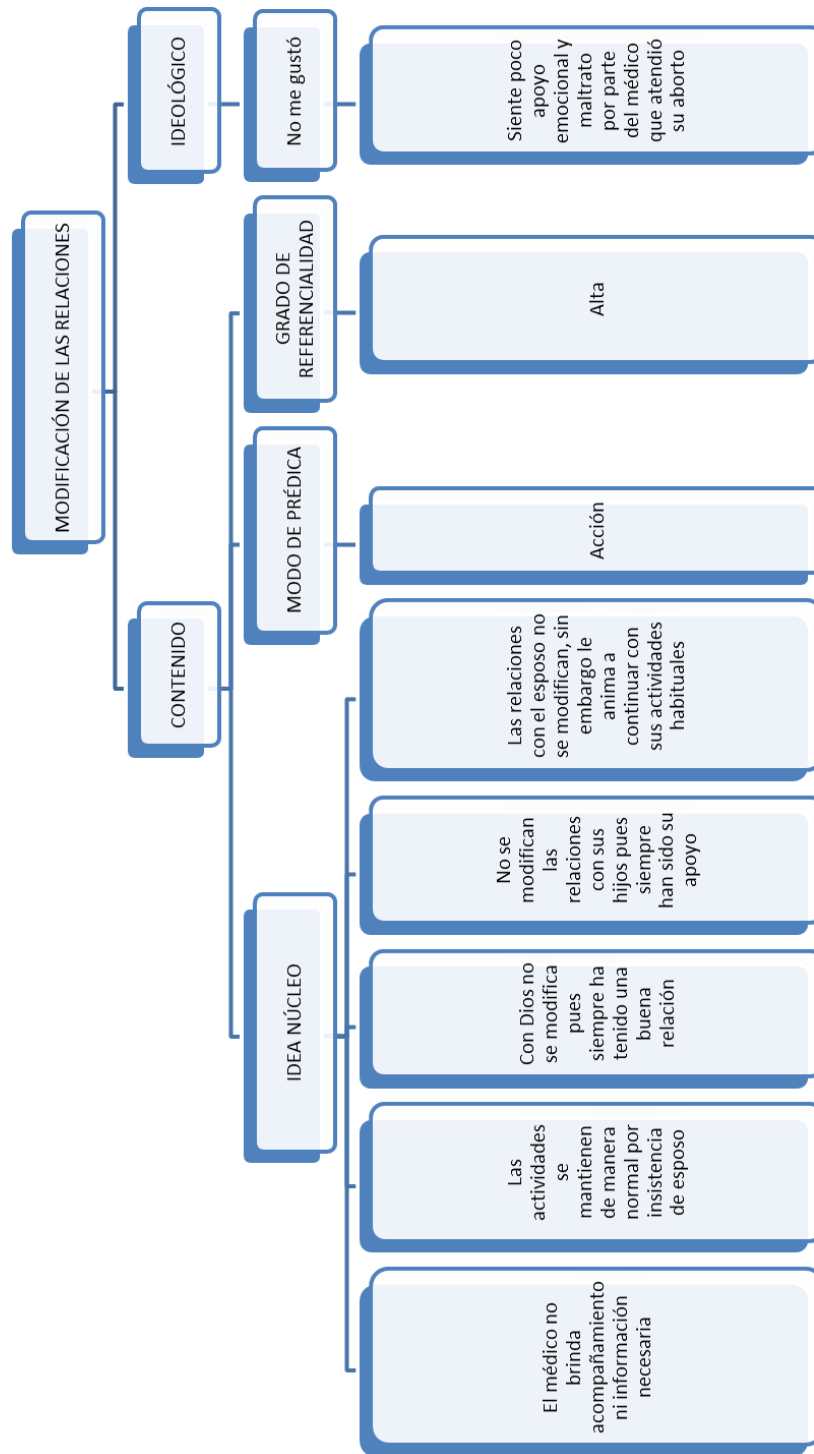


APGAR familiar

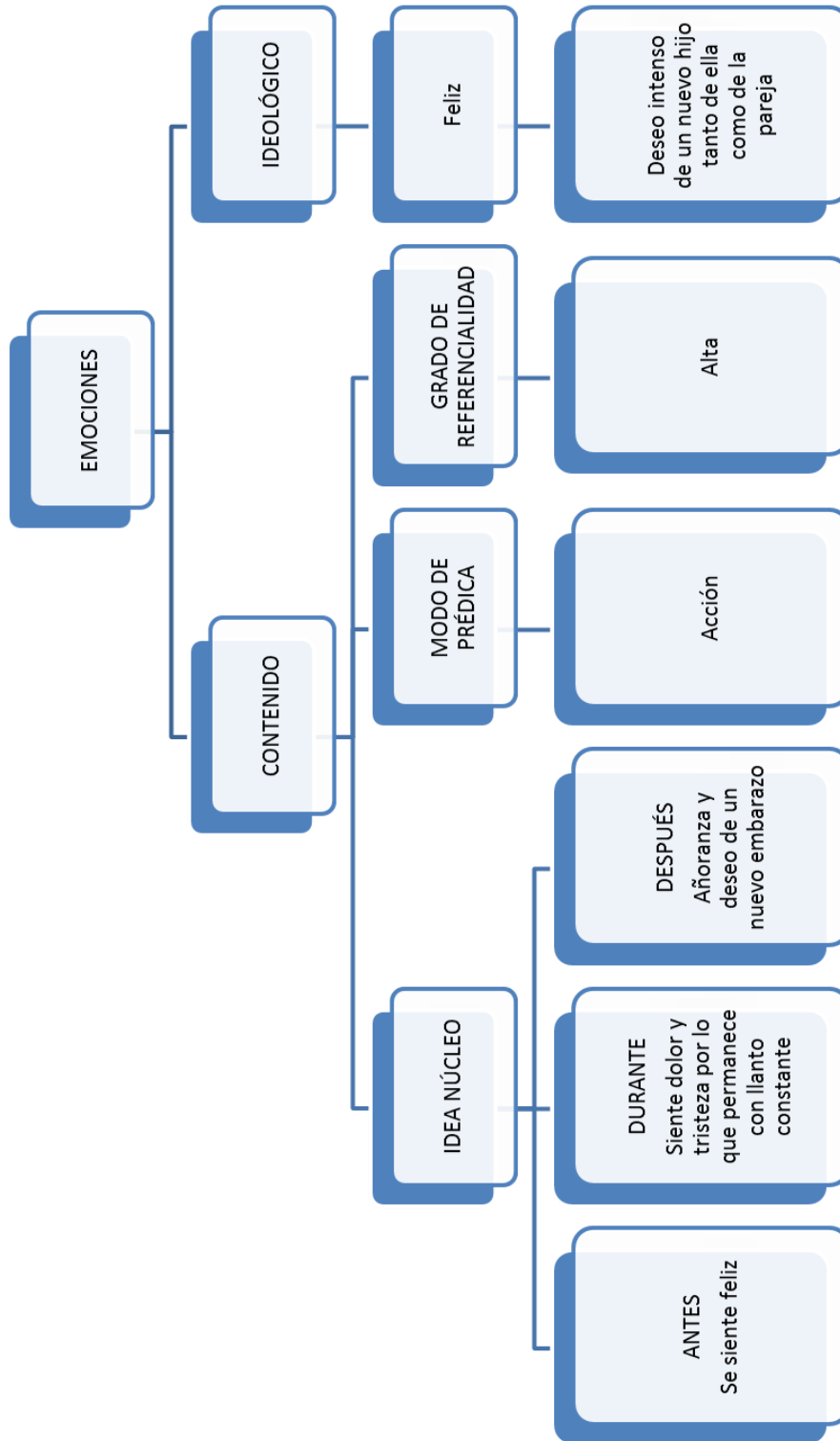
	SIEMPRE (4)	CASI SIEMPRE (3)	ALGUNAS VECES (2)	CASI NUNCA (1)	NUNCA (0)
APOYO	X				
PARTICIPACIÓN			X		
GROWTH / CRECIMIENTO		X			
AFECTO	X				
RECREACIÓN		X			
TOTAL					16
INTERPRETACIÓN: DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE					

Informante 9

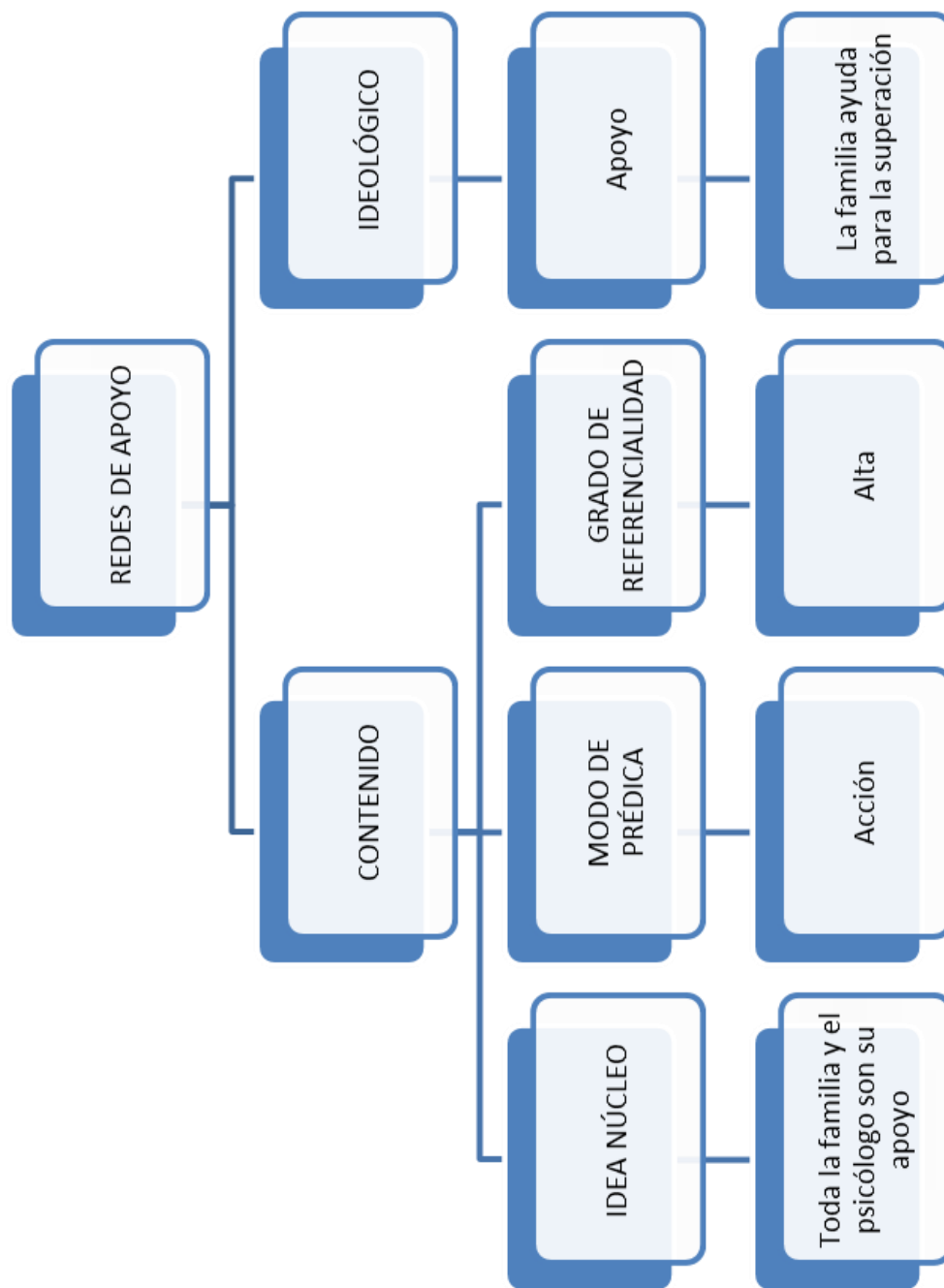
9.1 Modificación de relaciones



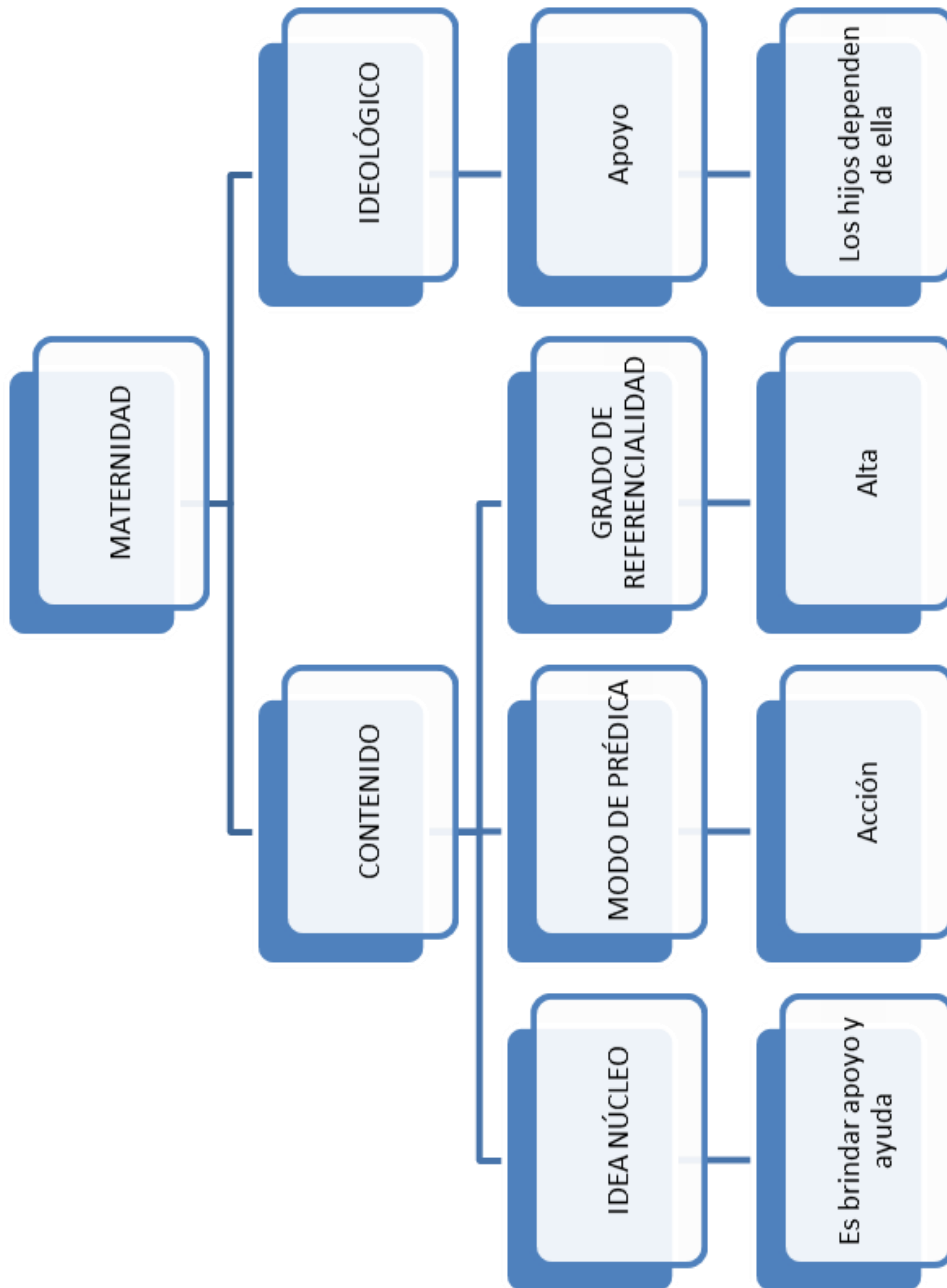
9.2 Emociones



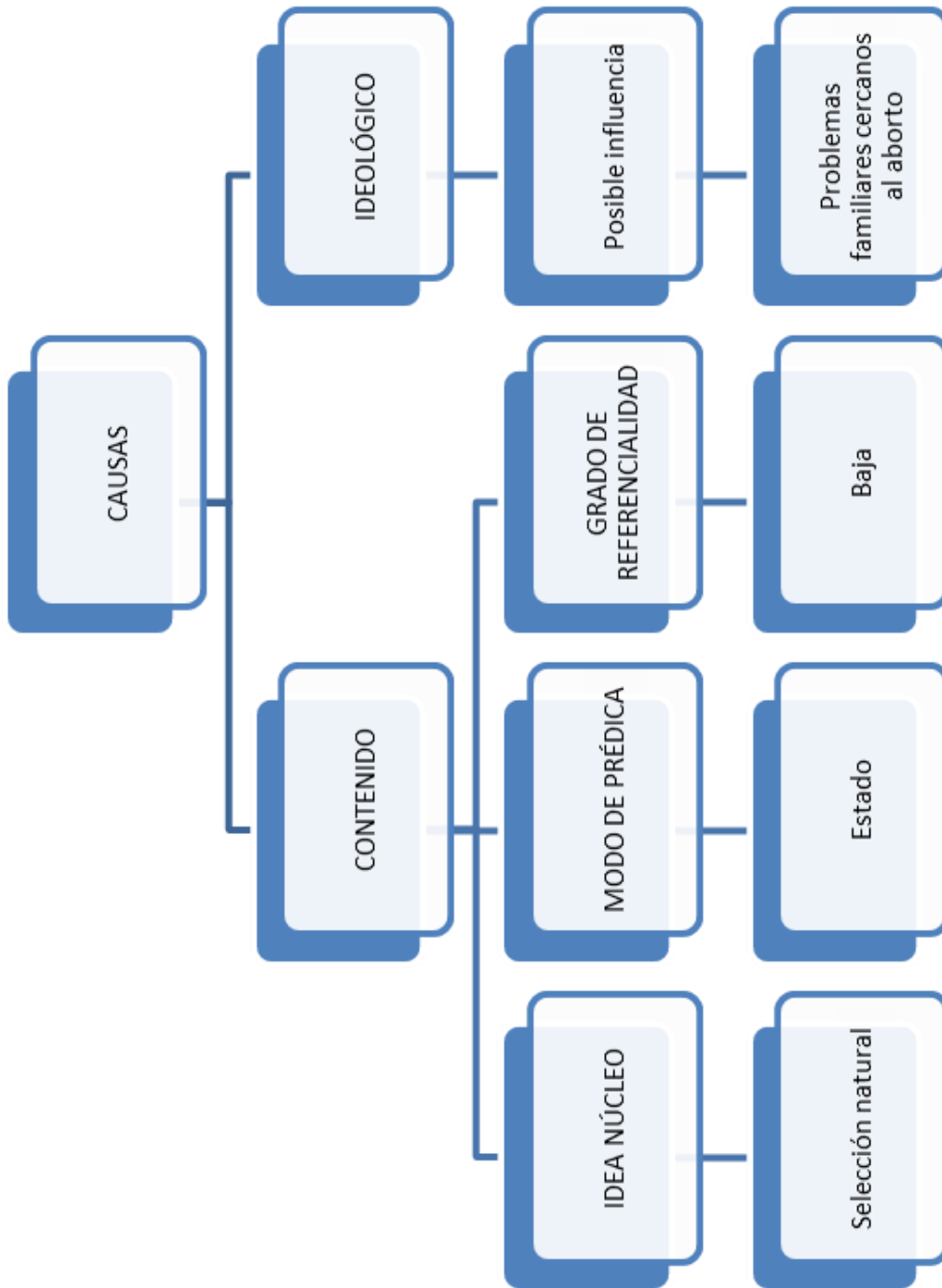
9.3 Redes de apoyo



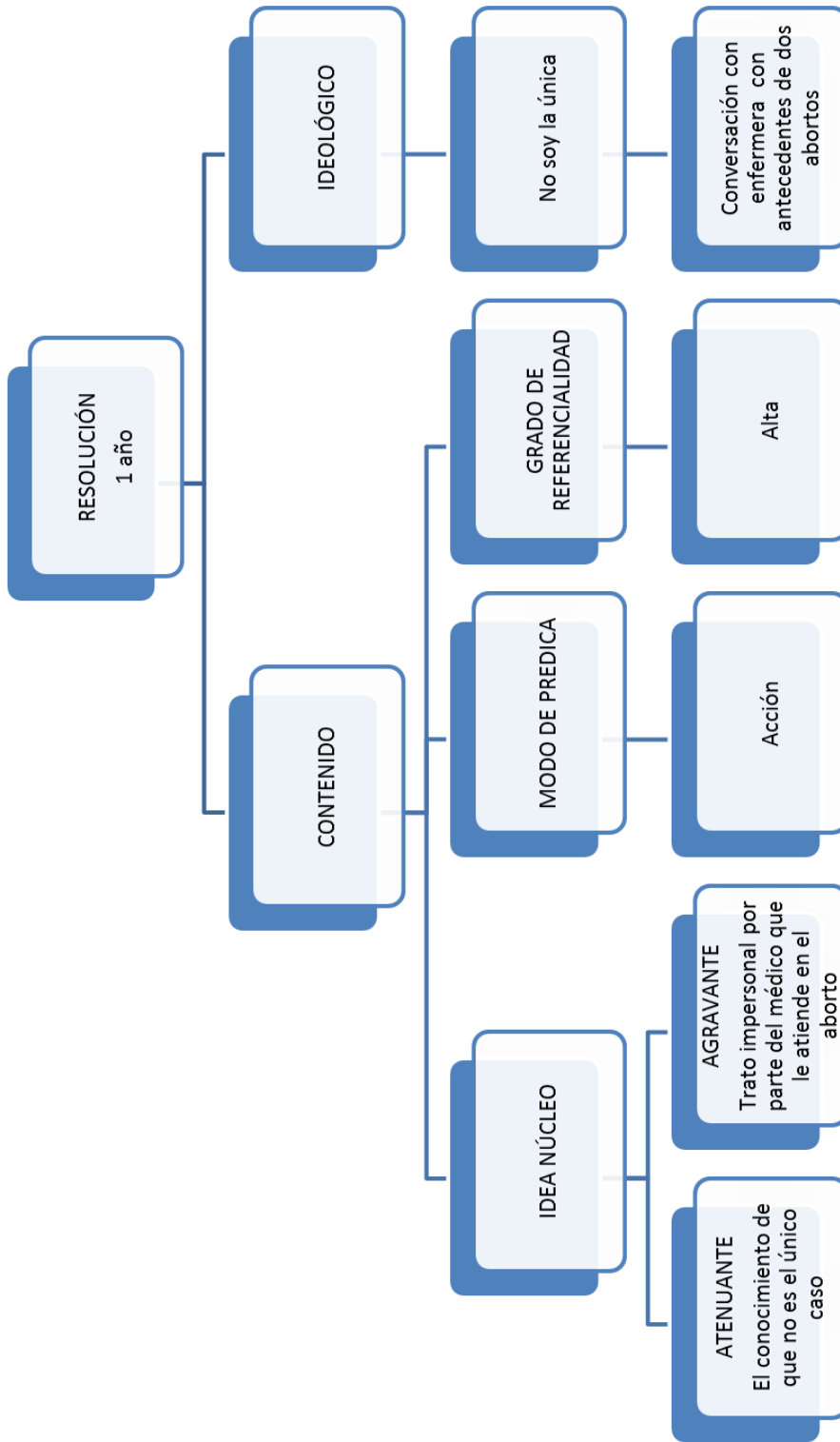
9.4 Maternidad

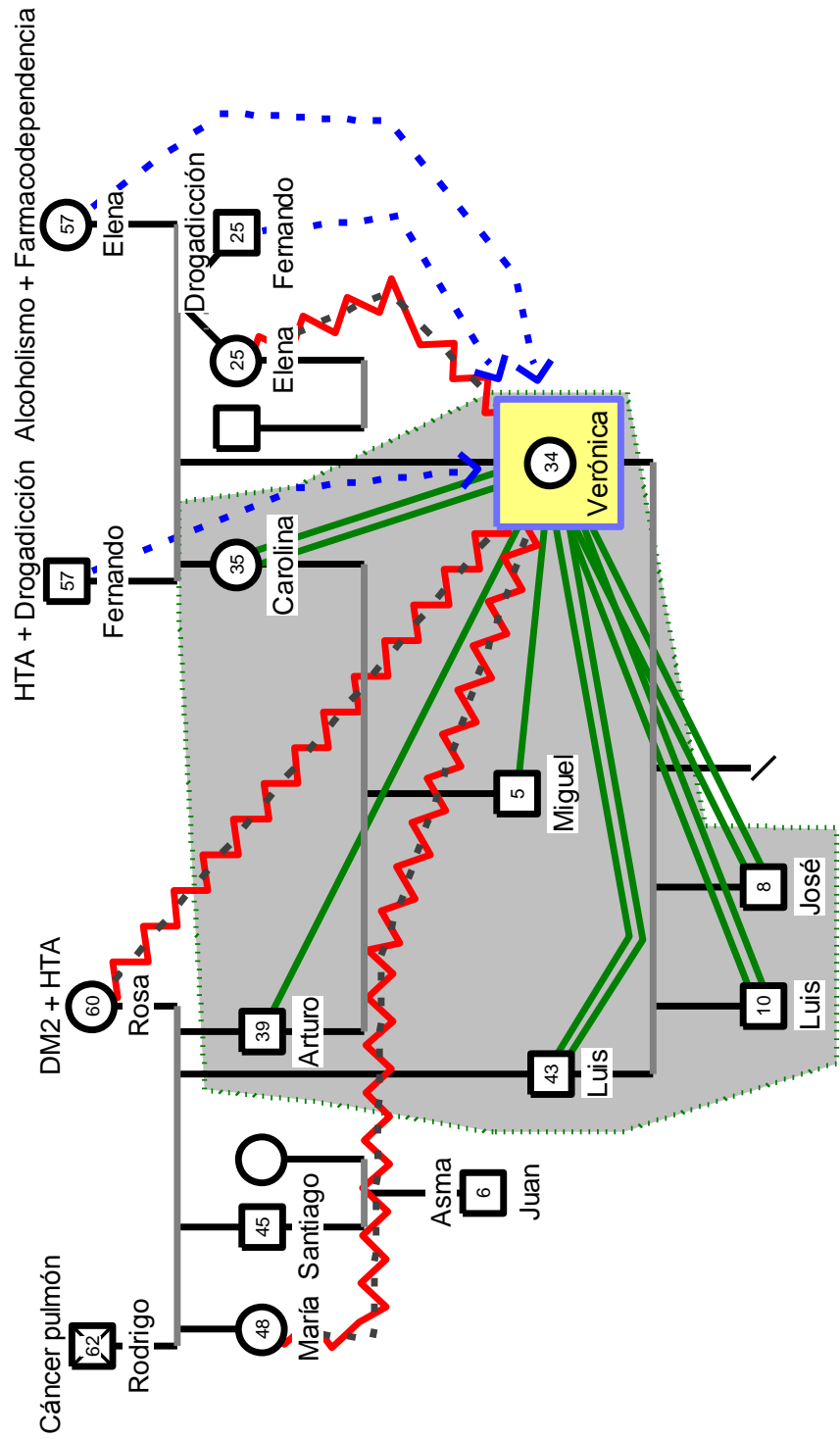


9.5 Causas



9.6 Resolución

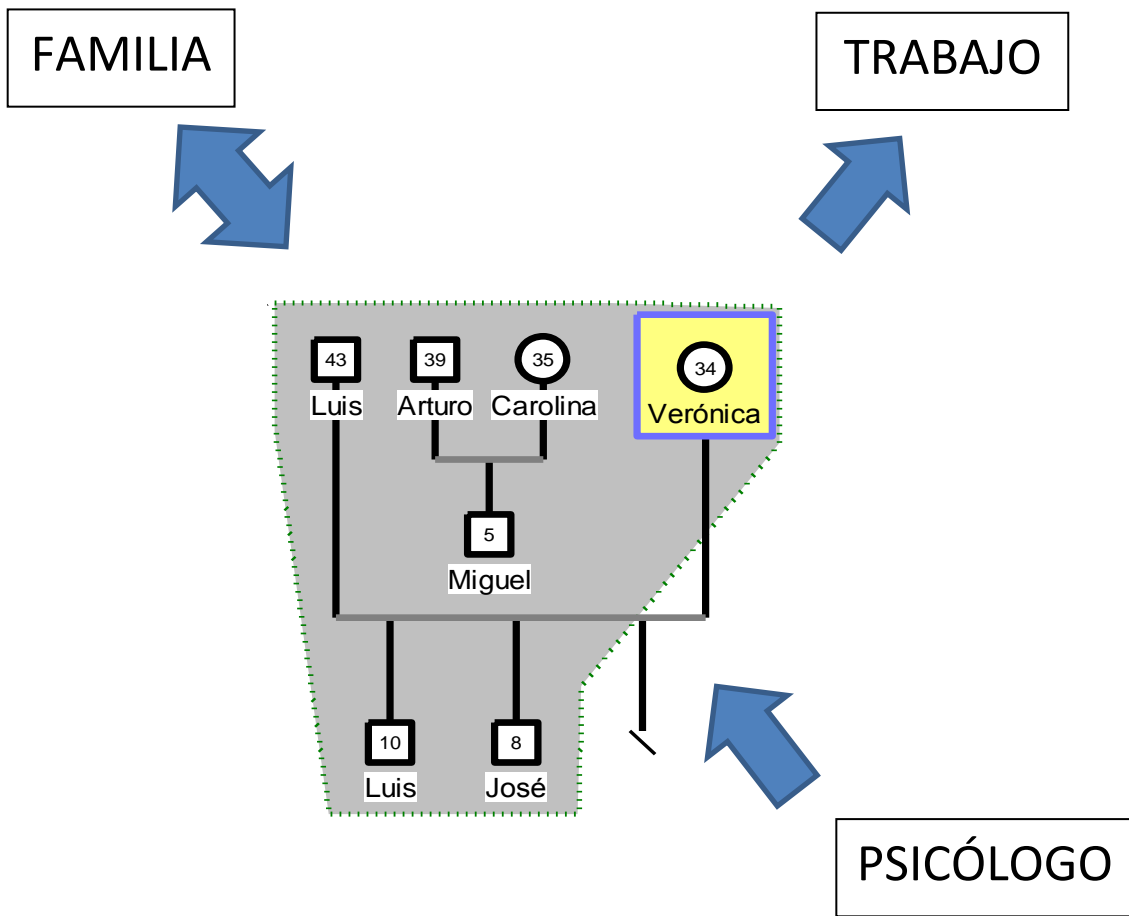




Realizado por: Karina Cando y Diana Cajamarca

Fecha de elaboración: 29/01/2014

Ecomapa familiar

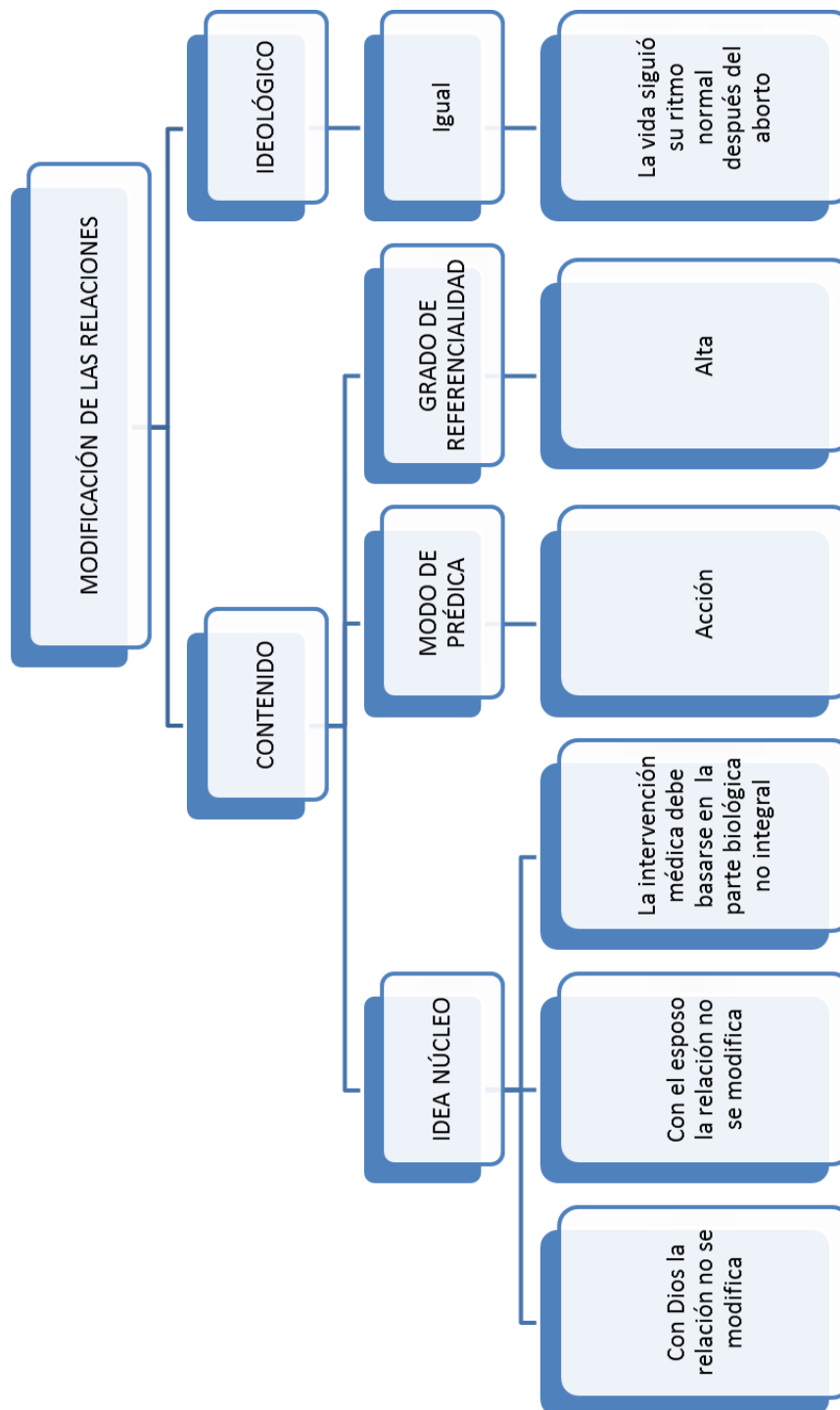


APGAR familiar

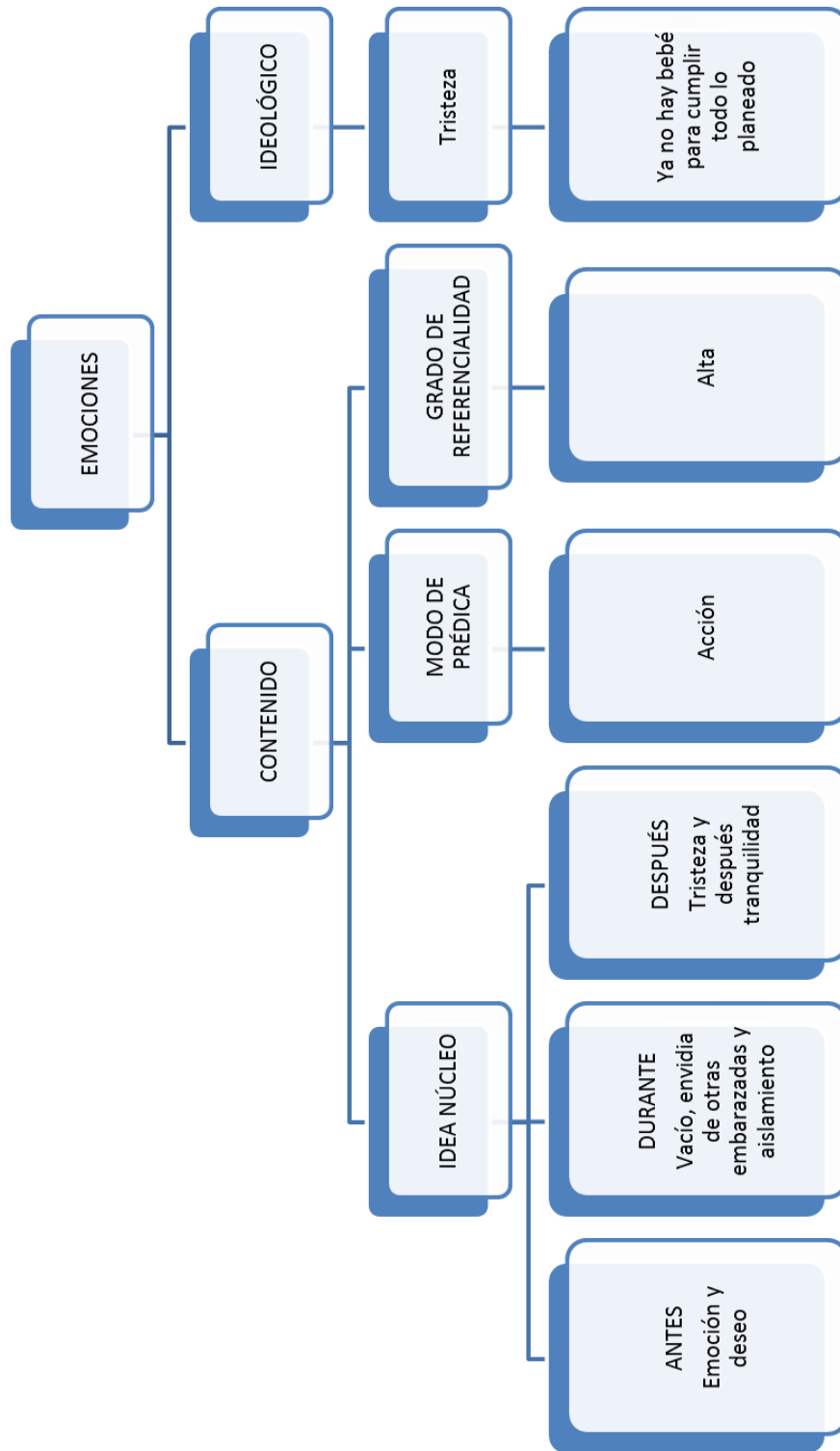
	SIEMPRE (4)	CASI SIEMPRE (3)	ALGUNAS VECES (2)	CASI NUNCA (1)	NUNCA (0)
APOYO		X			
PARTICIPACIÓN	X				
GROWTH / CRECIMIENTO	X				
AFECTO			X		
RECREACIÓN	X				
TOTAL					17
INTERPRETACIÓN: DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE					

Informante 11

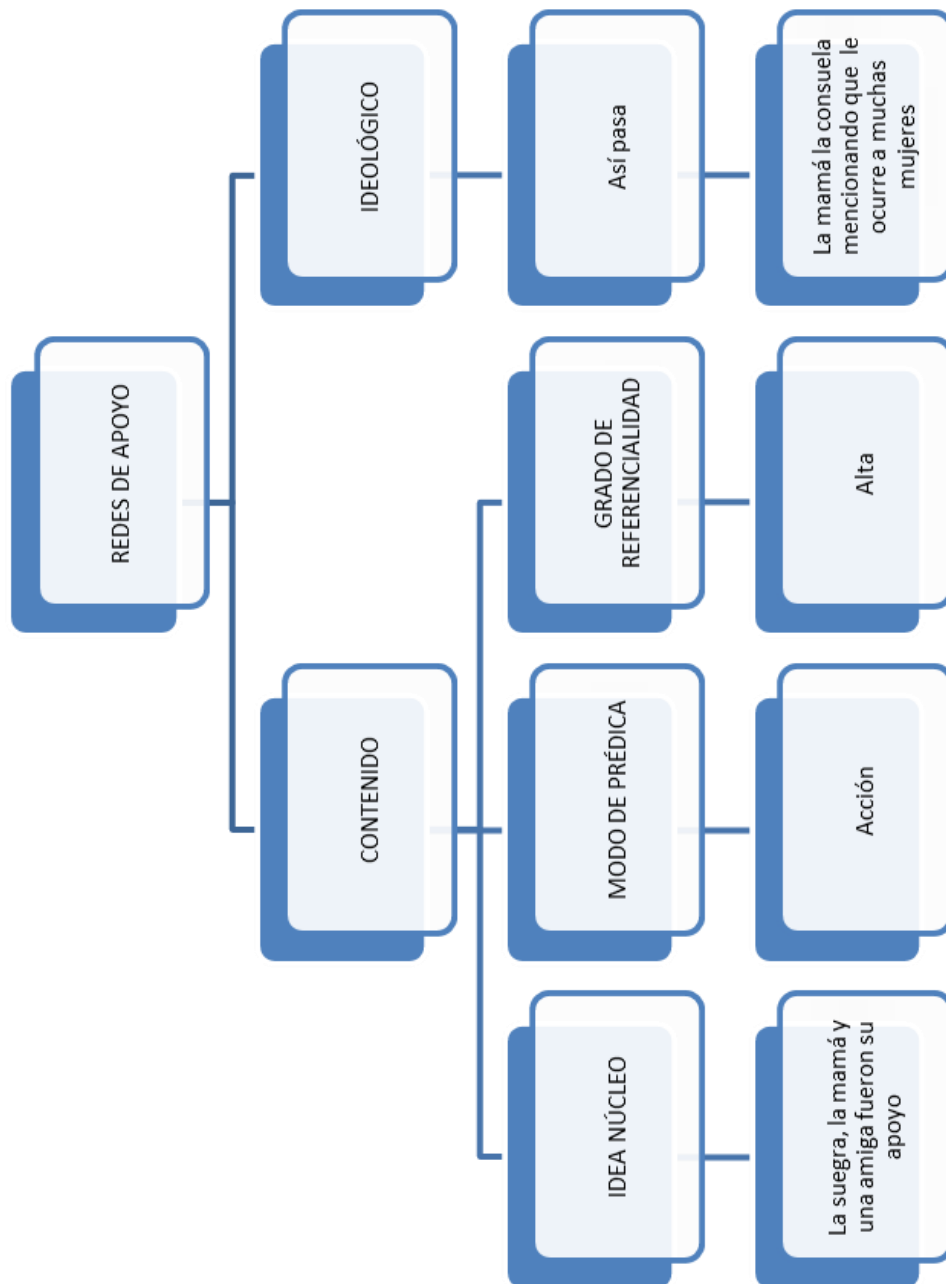
11.1 Modificación de las relaciones



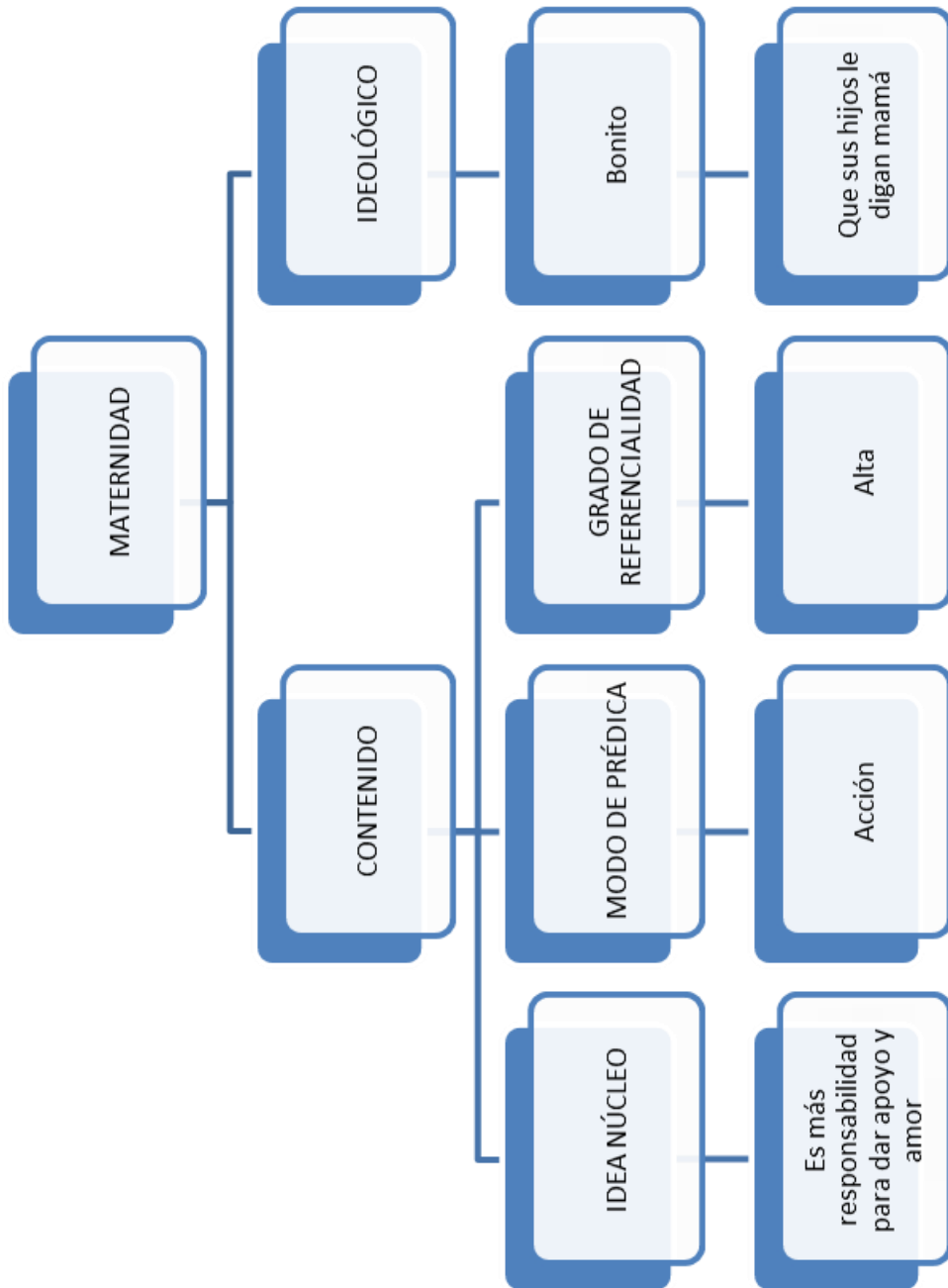
11.2 Emociones



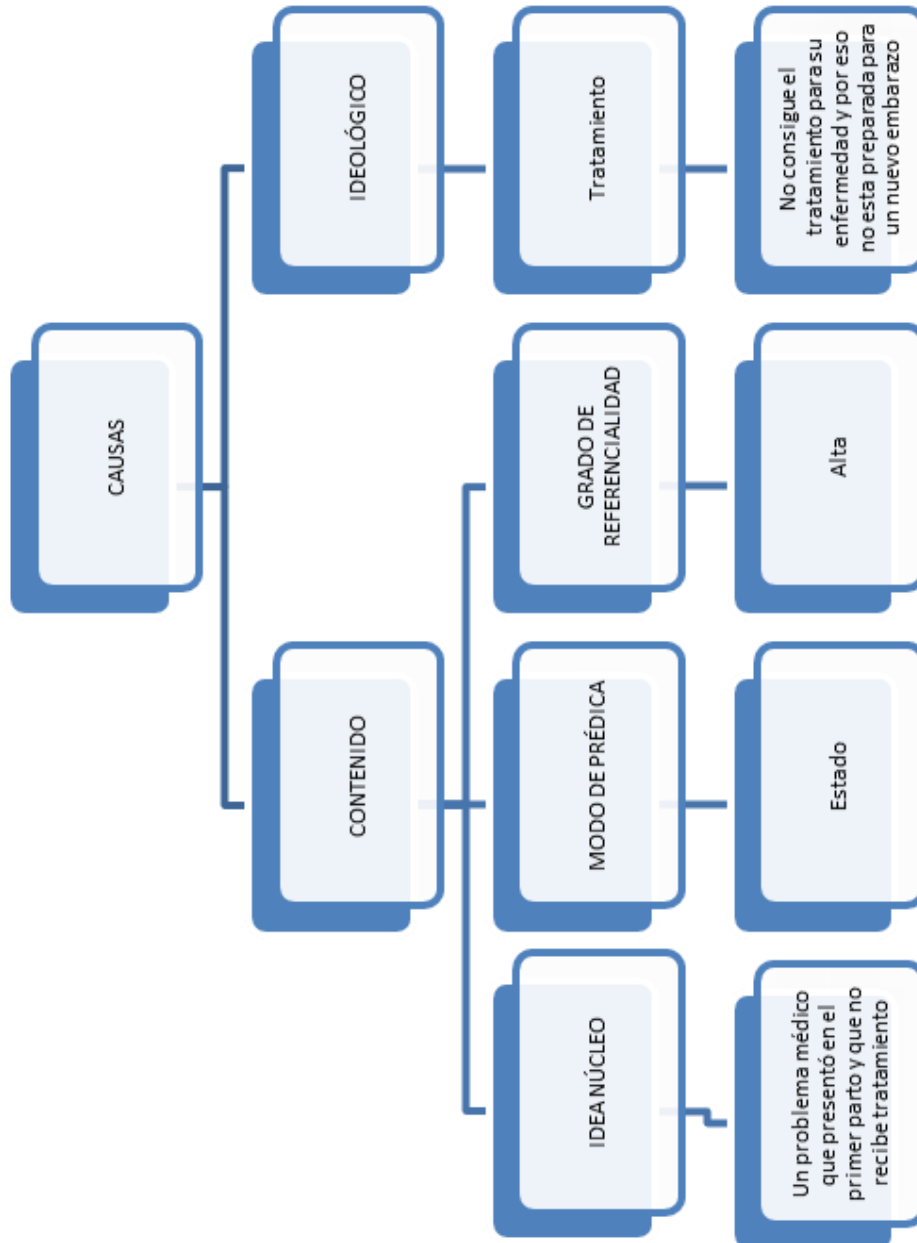
11.3 Redes de apoyo



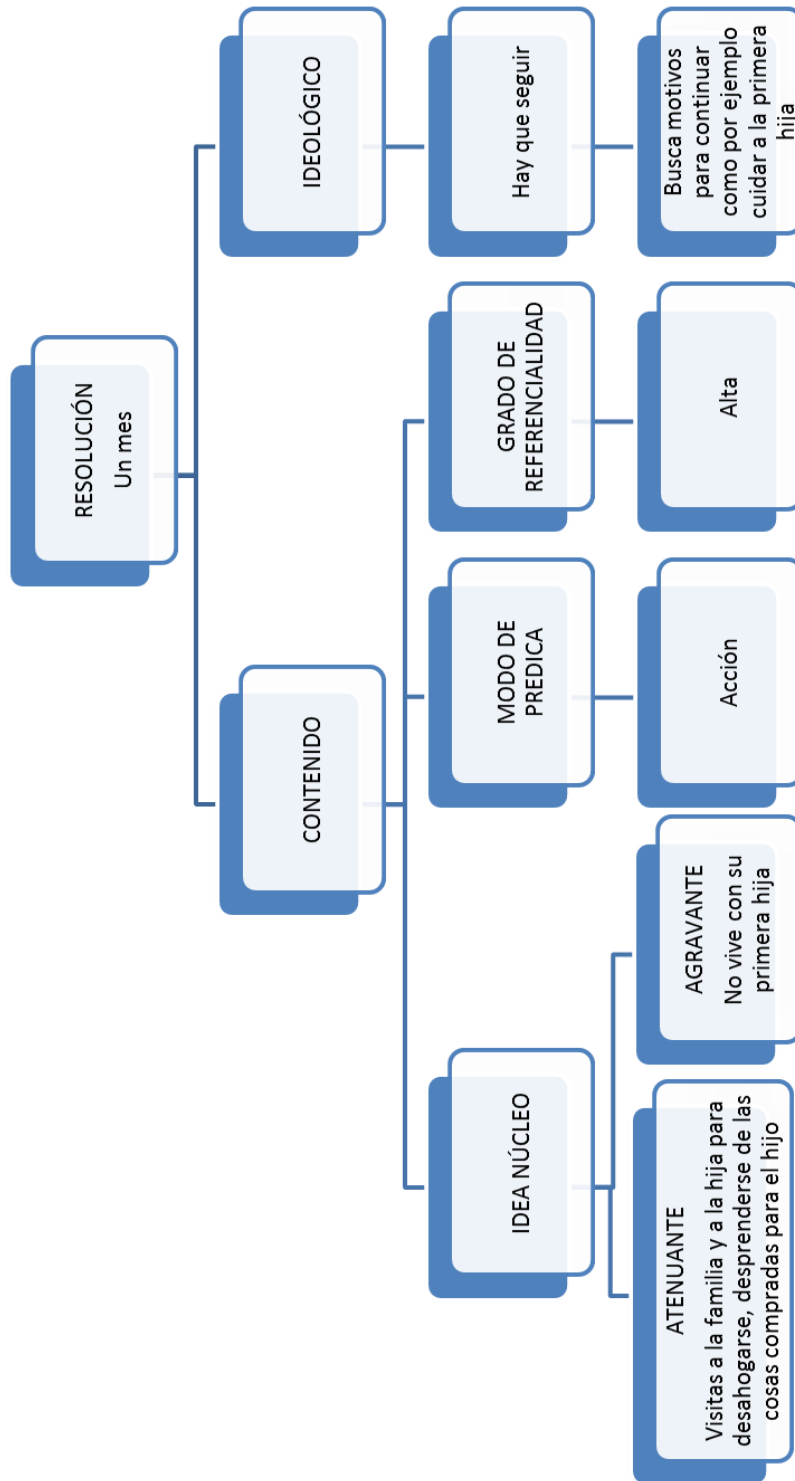
11.4 Maternidad



11.5 Causas

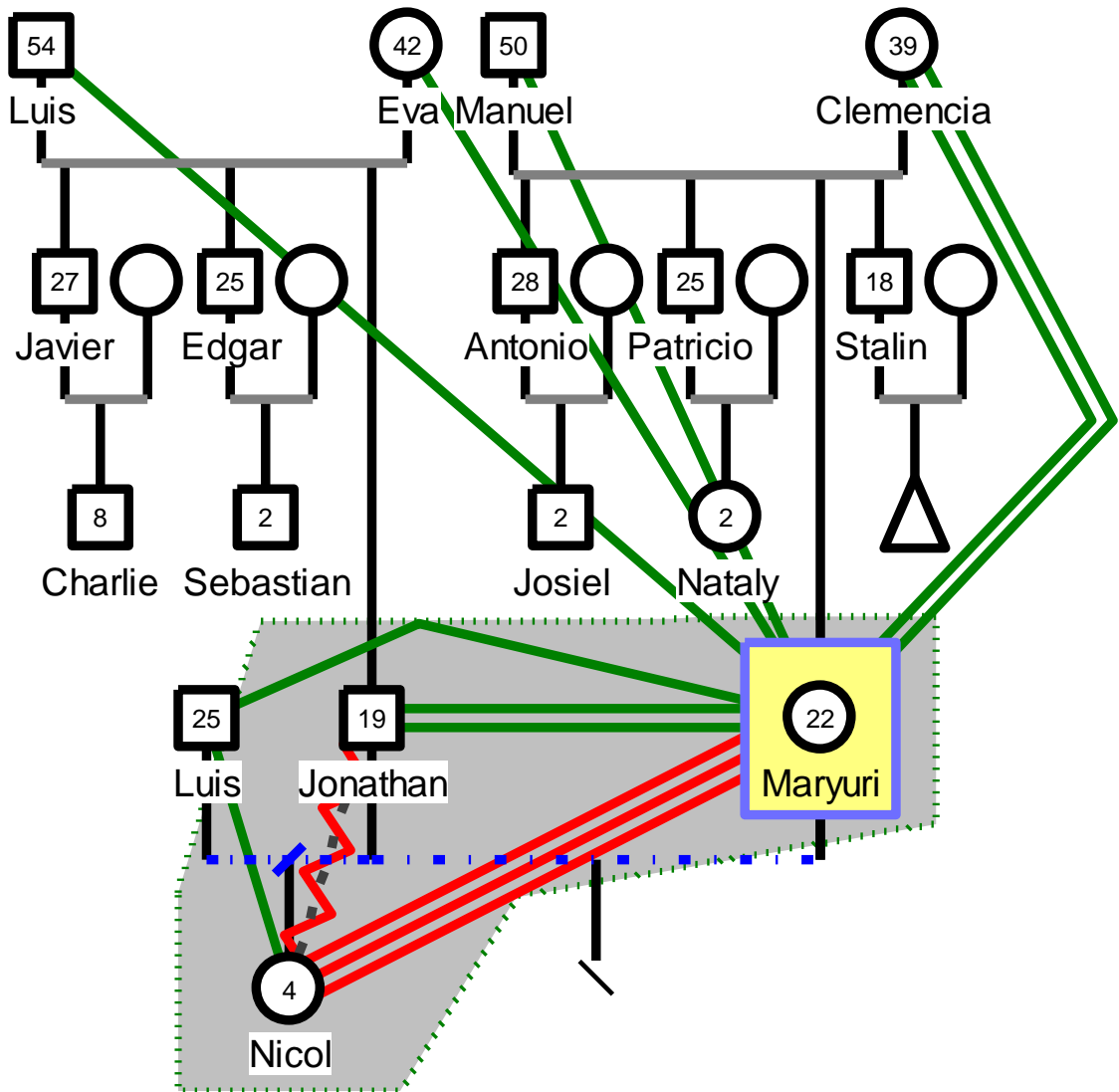


11.6 Resolución



INFORMANTE 11

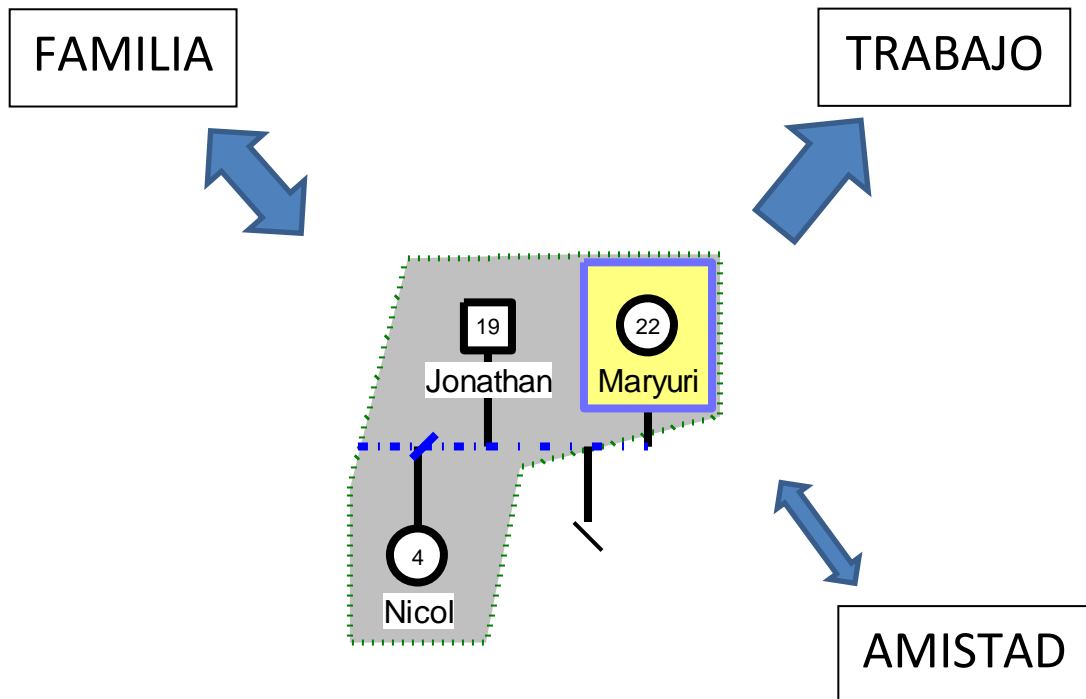
Familiograma



Realizado por: Karina Cando y Diana Cajamarca

Fecha de elaboración: 29/01/2014

Ecomapa familiar



APGAR familiar

	SIEMPRE (4)	CASI SIEMPRE (3)	ALGUNAS VECES (2)	CASI NUNCA (1)	NUNCA (0)
APOYO	X				
PARTICIPACIÓN			X		
GROWTH / CRECIMIENTO	X				
AFECTO			X		
RECREACIÓN		X			
TOTAL					15
INTERPRETACIÓN: DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE					