



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **GABRIELA TATIANA MONAR MONAR**, con CC. 172170513-3, autora del trabajo de graduación intitulado: **“LAS MANIFESTACIONES PSICOBIOLOGICAS DEL PROCESO DE DUELO EN MADRES CON HIJOS MORTINATOS”** .Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica y biológica en madres del Hospital **“Dr. Enrique Garcés”** de noviembre 2015 a febrero 2016 previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

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 sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, noviembre 2016

GABRIELA TATIANA MONAR MONAR

CC. 172170513-3

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

LAS MANIFESTACIONES PSICOBIOLOGICAS DEL PROCESO DE
DUELO EN MADRES CON HIJOS MORTINATOS

Estudio realizado desde la Teoría Psicoanalítica y Biológica en madres del
Hospital “Dr. Enrique Garcés”, de noviembre 2015 a febrero 2016

GABRIELA TATIANA MONAR MONAR

DIRECTORA: CRISTINA ORBE

QUITO, 2016

DEDICATORIA

Dedicado a la memoria de mi ángel que me enseñó el significado de la vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco de manera especial, a mi ángel guardián quien ha sido mi motor. A mis padres, quienes son mi soporte y mi guía, los cuales con su tolerancia y cariño me han apoyado durante mi vida personal y profesional. A mi hermano, que me ha acompañado en momentos críticos de mi vida, siendo un modelo de perseverancia a seguir. Y a toda mi familia que nunca me ha permitido rendirme.

A mis amistades, compañeros/as y colegas que me han acompañado en este camino gratificante del aprendizaje, que solo con su presencia y ejemplo han sido aporte para mi emprendimiento profesional.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. A todos los profesores, quienes aportaron con nuevas nociones, no solo como pedagogos, sino como una gran familia. A Cristina Orbe, quien con su firmeza y confianza supo guiarme y acompañarme durante este largo y complejo camino. Al Hospital General “Dr. Enrique Garcés” que me permitió realizar las prácticas pre-profesionales y a los doctores que trabajan en el área de salud mental, quienes han sido una guía para mi reforzamiento profesional, en especial el Dr. Ps. Óscar Carranco, quien gracias a la confianza transmitida me permitió el acercamiento a los casos clínicos.

Gracias eternas por cada granito de arena que constituyo mi camino hacia la enseñanza.

Tabla de contenido

RESUMEN	V
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS DEL PRESENTE ESTUDIO	4
EL DUELO.....	5
1. El estudio del duelo.....	5
1.1 Conceptualización del duelo	5
1.1.1 El modelo psicoanalítico Freudiano	5
1.1.2 Otros autores psicoanalíticos	9
1.1.3 Cultura y sociedad	12
1.2 El proceso de duelo	13
1.2.1 Modelo psicoanalítico Freudiano	14
1.2.2 Otros modelos psicoanalíticos	15
1.2.3 Modelo cultural y social	16
1.3 Las manifestaciones psicobiológicas del proceso de duelo.....	19
1.3.1 Manifestaciones cognitivas	20
1.3.2 Manifestaciones fisiológicas.....	21
1.3.3 Manifestaciones conductuales	21
MORTINATOS	23
2. Estudio de los mortinatos.....	23
2.1 Definición de muerte y mortinato	23
2.1.1 Concepción de la muerte	23
2.1.2 Conceptualización de mortinatos.....	25
2.2 Etiologías usuales y anómalas de la muerte fetal.....	28
2.2.1 Etiologías usuales	28
2.2.2 Etiologías anómalas.....	29
2.3 Realidad ecuatoriana.....	33
2.3.1 Población a nivel nacional.....	33
2.3.2 Población del Hospital General “Dr. Enrique Garcés”	34

ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS EN MADRES CON HIJOS MORTINATOS	35
3.1 Metodología.....	35
3.1.1 Características de la población	36
3.1.2 Instrumentos	36
3.1.3 Procedimiento para la indagación de la información	37
3.2 Análisis de los resultados obtenidos.....	38
3.2.1 Análisis de caso por caso.....	38
3.2.2 Análisis general de los casos clínicos.....	47
3.2.3 Análisis de las manifestaciones psicobiológicas del proceso de duelo	51
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS	63
ANEXOS	68
ANEXO 1.....	1
ANEXO 2.....	5
ANEXO 3.....	7
ANEXO 4.....	9
ANEXO 5.....	11
ANEXO 6.....	12

RESUMEN

El propósito de la presente investigación es analizar las manifestaciones psicobiológicas del proceso de duelo en madres con hijos mortinatos, debido a que una pérdida tan significativa en la vida, traerá repercusiones, tanto al psiquismo como a lo fisiológico, por ser individuos biopsicosociales. Se basa en el concepto de duelo que proviene de la construcción psicoanalítica, involucrando nociones implementadas desde las primeras etapas del desarrollo y al ser sujetos en falta, permanecerán en duelo toda la vida. La parte teórica se desarrolló en base a libros psicoanalíticos y médicos (obstétricos) y en la práctica se analizaron siete casos de madres con mortinatos del Hospital General “Dr. Enrique Garcés”, de las áreas de neonatología y obstetricia, a partir de la entrevista semiestructurada, la aplicación del test de Hamilton y el cuestionario SF-36 de salud global. Los resultados obtenidos muestran que el 100% de la población analizada presentó sintomatología similar en las tres áreas en que se dividen las manifestaciones psicobiológicas (cognitiva, fisiológica y conductual). Los síntomas más representativos de cada área fueron: el sentimiento de culpa, llanto fácil y aislamiento, respectivamente.

Con este trabajo se pretende concientizar a los médicos, psicólogos, enfermeras y demás profesionales sanitarios que fomenten la salud integrativa en los pacientes más vulnerables, englobando a la salud física y psíquica, para que el sujeto en duelo prosiga con las actividades cotidianas.

Palabras clave:

Duelo, mortinato, manifestaciones psicobiológicas, cuerpo, mente, sujeto, culpa.

INTRODUCCIÓN

“No intentes con palabras consolar a alguien que ha perdido a un ser amado. Con puñados de paja no apagas el fuego” (Jodorowsky. 2012 p. 12).

A partir de esta frase se explica el contenido de esta disertación. Tomando en cuenta que todos los sujetos atraviesan por un proceso normal de duelo tras la pérdida de un ser querido, sin embargo en este proceso puede haber complicaciones que conlleven a un duelo patológico.

Antecedentes

Este aporte resulta significativo, debido a los siguientes antecedentes, que dan cuenta la falta de investigación sobre el tema a tratar.

De los datos obtenidos del INEC (2014), total 1,613 tasa de defunciones fetales; aludiendo que 1,513 pertenece a mortinatos, reflejan que son cifras elevadas y alarmantes; y, que parecería que las muertes solo son tomadas en cuenta como un valor numérico, más no como una situación agravante directamente a los progenitores y familiares que quedan sintiendo el dolor de aquella pérdida.

El Hospital General “Dr. Enrique Garcés” es una institución de salud pública de segundo nivel; donde, desde el año 2006 hasta el 2013 se incrementó la consulta externa en un 52,2%. De los últimos datos obtenidos, en el 2013 se atendieron 117.603 consultas y 106.092 emergencias; debido a esta alta demanda de pacientes, el hospital optó por acortar los días promedios de estadía a máximo tres y privilegiar el servicio ambulatorio; especialmente en Gineco-obstetricia, donde por las condiciones de estancia corta, no se puede brindar un seguimiento apropiado a las madres con hijos mortinatos, tanto médico como psicológico que cada caso amerite.

Justificación

La justificación que rige esta investigación es recalcar que no hay un seguimiento psicológico apropiado para las madres con hijos mortinatos, ya que al recibir un servicio

ambulatorio no se profundiza en el caso. Es de interés conocer los síntomas patológicos manifestados por las madres para intervenir de manera adecuada en dichas situaciones; lo que permitirá aportar elementos para el camino a la elaboración del duelo y que en un futuro no derive en situaciones desfavorables. Tratando de mejorar la calidad de vida de las personas.

La pregunta que preside la investigación es ¿Qué manifestaciones psicológicas y biológicas, expresadas a través de síntomas del proceso de duelo aparecen en las madres con hijos mortinatos?. Pregunta que abordó con el objetivo de la disertación, el cual es analizar los casos clínicos de madres con hijos mortinatos para que, a través de un plan de seguimiento continuo y apropiado, poder disminuir las repercusiones que acarrea esta problemática en la vida general de estas madres; considerando que cada individuo tiene su propio tiempo psíquico, es decir que cada sujeto tiene su propia temporalidad para resolver los conflictos internos.

La disertación tiene una metodología teórica-aplicada, con la cual se cumplió con el objetivo general de la disertación; considerando que para alcanzar este objetivo fue necesario la elaboración de cuatro objetivos específicos que corresponden a cada capítulo.

El primer capítulo que tiene como objetivo investigar lo que engloba lo referente al duelo; se abordó el estudio, los procesos y manifestaciones psicobiológicas del duelo analizados desde la teoría psicoanalítica Freudiana. Freud como uno de los principales referentes para este estudio, debido a que menciona que el duelo se da por una pérdida; pérdida que denota la existencia de un objeto; y, otros autores psicoanalíticos. Posteriormente, se expone el duelo desde una perspectiva cultural explicada por Elisabeth Kübler-Ross, que propone cinco etapas para la posible elaboración del duelo.

El segundo capítulo que tiene como objetivo investigar sobre la conceptualización de muerte como un término general visto desde diferentes perspectivas; este apartado enfoca el estudio directamente hacia la muerte intrauterina explorando la tasa y las posibles etiológicas. Consecuentemente se realiza un acercamiento a la realidad ecuatoriana, a partir de datos verídicos obtenidos del INEC y del Hospital General “Dr. Enrique Garcés”.

Finalmente, en el tercer capítulo se cumplen los dos últimos objetivos específicos, los cuales son indagar y examinar los aspectos clínicos de la información recopilada de las usuarias de las áreas de Neonatología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de noviembre 2015 hasta febrero 2016; quienes evidenciaron disposición para trabajar en el presente tema. El análisis de la información se basó en la entrevista semiestructurada, el test de depresión de Hamilton y el cuestionario SF-36 de salud global.

OBJETIVOS DEL PRESENTE ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Analizar los casos clínicos de madres con hijos mortinatos, a través de un plan de seguimiento continuo y apropiado que disminuya las repercusiones que acarrearán esta problemática en la vida general de las madres; considerando que cada individuo tiene su propio tiempo psíquico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar acerca del duelo dado por una pérdida y su conceptualización desde un enfoque psicoanalítico y posteriormente desde una mirada sociocultural.
- Conocer la tasa de mortinatos, el periodo de gestación, el diagnóstico clínico y el impacto que tiene este en la familia enfocado en la realidad ecuatoriana, a partir de los casos clínicos que se presentaron en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés”.
- Indagar qué tipo de manifestaciones psicológicas y biológicas, revelados a través de síntomas en las áreas cognitiva, conductual y fisiológica, del proceso de duelo aparecen en las madres con hijos mortinatos.

EL DUELO

En este capítulo se aborda el estudio, los procesos y manifestaciones psicobiológicas del duelo analizados desde la teoría psicoanalítica Freudiana junto con colaboración de otros autores psicoanalíticos como Lacan, Klein, Bowlby, A. Freud, Vandermersch los cuales intentaron dar una perspectiva acerca del mismo sosteniéndolo en sus respectivas teorías significativas; y, desde una perspectiva sociocultural explicada por Elisabeth Kübler-Ross la cual propone las cinco etapas para la posible elaboración de un duelo.

1. El estudio del duelo

1.1 Conceptualización del duelo

Esta temática fue abordada desde los aspectos referentes al estudio del duelo, desde la conceptualización a partir de una pérdida afectiva o física explicado desde el modelo psicoanalítico y con la apertura a una visión social por poseer un carácter universal en el desarrollo cultural.

1.1.1 El modelo psicoanalítico Freudiano

Previo a la elaboración de un concepto esencial del duelo se considero que este término proviene etimológicamente de dos vocablos latinos, *Dolus* (dolor) expresando dolor, pena o aflicción y *Duellum* (batalla) significantes de desafío o combate entre dos (Bauab de Dreizzen, 2001). Es un proceso mental mediante el cual el equilibrio psíquico propio se restaura tras la pérdida de un objeto de amor, que es una respuesta normal ante cualquier pérdida significativa (Tizón, 2013).

“El término duelo designa a la vez el hecho de perder a un ser querido y la reacción ante esta pérdida. Dicha reacción se caracteriza por un afecto doloroso, por una suspensión del interés por el exterior, por una inhibición” (Chemama, 2004, p. 179). Dando cuenta que toda pérdida implica un duelo y todo duelo supone un trabajo destinado para la elaboración; el sujeto sabe que perdió algo o alguien en el plano físico y tiene que sobrellevar con esta ausencia definitiva.

A lo largo del tiempo, el duelo ha sido considerado como objeto de estudio de distintas ciencias, tales como la biología y la medicina (Isch, 2011). A sí mismo el dolor tras una pérdida y todos los efectos que acarrea el mismo, por ser manifestaciones propias del sujeto (Freud, 2012) la psicología ha tratado de explicar o fundamentar esto a partir de los diferentes modelos psicológicos.

La teoría psicoanalítica ha sido considerada como uno de los modelos más útiles para entender el duelo y sus procesos, ya que ha podido explicar de forma profunda la complejidad de este suceso (Isch, 2011). Uno de los principales referentes dentro de la teoría es Sigmund Freud, quien menciona que el duelo se da por una pérdida; pérdida que denota la existencia de un objeto. La palabra objeto (*Objekt*) según Laplanche hace referencia al medio por el cual la pulsión busca alcanzar su fin, es decir cierto tipo de satisfacción (Laplanche, 2004).

El objeto puede ser parcial o total, al ser total, es considerado un objeto de amor, la elección de ese objeto es de tipo narcisista, donde la libido o energía sexual es destinada con una fuerte ligazón hacia una persona. Cuando el sujeto pasa por una pérdida o desengaño este vínculo se sacude (Freud, 2012). Sigmund Freud en sus escritos de 1915 “Duelo y Melancolía” menciona que:

El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. (...) el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo como un estado patológico ni remitirlo a un médico para su tratamiento. Confiamos en que pasado cierto tiempo se lo superará, juzgamos inoportuno y aun dañino perturbarlo. (Freud, 2012, p. 241).

Este período de duelo es un estado “normal” que cada sujeto atraviesa tras una pérdida de un objeto amado; el duelo señala la relación existente que había con ese objeto perdido en el mundo interior de la estructura personal y se manifiesta en el mundo exterior como un profundo y doloroso abatimiento, retirando el interés por las actividades y la capacidad de amar (Freud, 2012).

Freud, en el libro “Duelo y Melancolía” hace una notable comparación entre lo que representa estar en duelo y estar en melancolía, sospechando que en esta hay una disposición enfermiza. Por un lado, en el duelo el sujeto conscientemente se enfrenta a la dura realidad externa de que el objeto ya no está, ni estará, siendo entonces un duelo pesaroso, reacción frente a dicha pérdida, se manifiesta con graves desviaciones de la conducta que es considerada como apropiada (Freud, 2012).

El sujeto en duelo percibe el mundo como pobre y vacío, sin embargo, no recae en un plano patológico, debido a que no preexiste la perturbación de sí. Para el trabajo de duelo, pese a existir una pérdida de la capacidad de escoger un nuevo objeto de amor, el yo libera toda carga libidinal y reviste o dirige su deseo a otro objeto para cubrir esta falta y posteriormente el extrañamiento desaparecerá sin dejar registros de secuelas profundas (Freud, 2012).

El término melancolía, etimológicamente proviene del griego *melas* (negra) y *khole* (bilis), el sujeto melancólico se caracteriza por presentar el ánimo apagado e investido de una tristeza profunda, estado que puede llevar al sujeto a un delirio o suicidio (Roudinesco, 2008).

En la antigüedad, la melancolía era considerada como una enfermedad mental, varios autores de la época trataron de explicar este estado. Hipócrates conceptualizó el término melancolía, como la manifestación más extrema de un deseo de autoaniquilación; ligado a la pérdida de un ideal que se exterioriza con nostalgia, tristeza, sensación de un abismo infinito, declive del deseo y la palabra y alta pulsión de muerte. Burton describe a la melancolía como tristeza sin causa, para luego ser sustituida con una causalidad existencial ligada al abandono por Dios. A diferencia de los anteriores autores, Víctor Hugo indicó que la melancolía era una felicidad de estar triste, finalmente Lacan insinuó que este estado del sujeto de melancolía pertenece al orden de lo real. (Roudinesco, 2008).

Freud sugiere que la melancolía brota como consecuencia de la pérdida de un ser amado o que a su vez surge de la pérdida en el orden de lo ideal, “(...) él sabe a quién perdió, pero no lo que perdió en él.” (Freud, 2012, p. 243). El autor da cuenta de que los

objetos de deseo no están muertos realmente, pero el sujeto melancólico ha perdido algo de él en ellos, como puede ser un noviazgo fallido o ciertos abandonos familiares (Freud, 2012).

Por ser la melancolía un proceso inconsciente donde lo que realmente se pierde es el yo, la carga libidinal puesta en el objeto perdido no puede revestir a otro, sino que esa carga regresa al mismo yo, produciendo un estado de empobrecimiento del yo que se manifiesta con afecciones de índole somático; por ello, como ya se mencionó anteriormente, la melancolía es considerada como una disposición enfermiza porque el sujeto se queda identificado con el objeto perdido (Freud, 2012).

Por tanto, la melancolía toma prestados una parte de sus caracteres al duelo, y la otra parte a la regresión desde la elección narcisista de objeto hasta el narcisismo. Por un lado, como el duelo es reacción frente a la pérdida real del objeto de amor, pero además depende de una condición que falta al duelo normal o lo convierte, toda vez que se presenta. En un duelo patológico. La pérdida de objeto de amor es una ocasión privilegiada para que campee y salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor. (Freud, 2012, p. 248).

De esta manera, el melancólico simboliza a una herida abierta, hay una perturbación del sentimiento de sí la cual es la culpa interior de haber perdido a este ideal, la niega y se cree afectado por esta pérdida (Freud, 2012). Por lo tanto, el sujeto melancólico no podrá revestir a otro objeto, estableciéndose como un sujeto en espera de lo perdido y al ser esta una pérdida desconocida no se alcanzará a ver lo que absorbe al sujeto enteramente, ya que no atravesó por un proceso “normal” de duelo (Freud, 2012).

Al no poder dar una solución consciente a su pena, el sujeto presenta un quebranto físico, debilidad, sentimiento de fealdad, inferioridad social, tendencias sádicas y de odio como ideas e intentos suicidas hasta la muerte misma, contra sí y hacia los demás, teniendo un tinte gozoso y ambivalente (Freud, 2012). Se considera importante nombrar que la melancolía es considerada como una de las más graves entre los estados depresivos dado que genera angustia (Freud, 2001).

Al hablar del duelo y la melancolía, se puede constatar que muestran análogas características internas como excesivo y profundo dolor, inhibición social o falta de interés social, rebaja del sentimiento de sí con autorreproches y autodenigraciones, expectativa de castigo o autocastigo, inhibición de toda productividad y pérdida de la capacidad de amar y externas como insomnio, repulsa alimenticia y desfallecimiento (Freud, 2012).

Es importante mencionar que, la culpa acompaña a estos dos estados, ya que este término deriva a la existencia de una conciencia dolorosa inconsciente de estar en falta (Chemama, 2004). Sin embargo, Freud menciona que “(...) el sentimiento de culpa es la percepción que corresponde en el yo a la crítica del superyó.” (Chemama, 2004). Se afirma que éste sentimiento de culpa caería en un plano melancólico enfermizo; premisa sustentada porque el yo fragmentado no soportaría los requerimientos y censuras impuestas por los padres y la sociedad hacia el sujeto, manifestándolo con comportamientos obsesivos, ciertos fracasos y hasta la resistencia a la cura; conductas que son explicadas porque el sujeto sentirá una especie de alivio al llevar esta culpa inconsciente a lo real (actuar) (Chemama, 2004).

A pesar de sus similitudes, hay algo que el duelo no tiene y la melancolía sí, y es justamente lo que los hace tan distintos. Toda pérdida implica que el sujeto atraviese un proceso de duelo. Siendo lo “normal” que el sujeto logre desprender progresivamente la libido puesta en el objeto de amor y lo transponga en otro, y “lo enfermizo” (melancolía) que la investidura de objeto cancele la libido y al quedar libre se regrese al yo, identificándose con ese objeto perdido al punto de perderse a sí mismo en la desesperación de un nada irremediable (Freud, 2012).

1.1.2 Otros autores psicoanalíticos

A pesar de los importantes aportes brindados por Freud, considero significativo nombrar de forma breve y concisa a Jacques Lacan, Melanie Klein, John Bowlby y Anna Freud ya que cada autor ha señalado sucesos esenciales para poder comprender el duelo desde otra línea de investigación psicoanalítica.

Según la perspectiva de Jacques Lacan, psiquiatra y psicoanalista francés, seguidor y recuperador de las principales teorías Freudianas, sobre el duelo menciona que se da por la pérdida del objeto (pequeño) a:

Objeto deseado por el sujeto y que se sustrae a él, al punto de ser no representable, o de convertirse en “un resto” no simbolizable. En tal carácter, sólo aparece como una “falta en ser”, o en forma estallada, a través de cuatro objetos parciales separados del cuerpo: el pecho, objeto de succión; las heces, objeto de la excreción, la voz y mirada, objetos de deseo en sí. (Roudinesco, 2008).

Por lo que el sujeto tachado, al ser sostenido por un Otro deja caer el objeto (a) en él, manteniendo una deuda simbólica que se deberá solventar para mantener esa posición como sujeto, la misma que se da a través de los objetos parciales nombrados anteriormente, los cuales son el origen de una pulsión.

Lacan explica que el sujeto melancólico no tiene lugar de sujeto, debido a que nunca se hizo de un lugar porque ya no está marcado por el valor fálico, está expulsado del funcionamiento del significante fálico y solo estará identificado como objeto “voz” que es el puro real y por lo tanto no existirá una deuda simbólica (Villavicencio, 2015, p. 12).

El mismo autor describe que el miedo y la angustia se dan en función de la posesión de cada sujeto con respecto al objeto, sin embargo, menciona que el miedo se da porque hay un objeto real en el orden de lo desconocido, pero cuando hay angustia no se sabe qué es y aparece en la separación. Las primeras separaciones que nombra Lacan son, la primera instancia del recién nacido al momento del corte del cordón umbilical y como segundo, el corte está en el desprendimiento de la placenta, entonces es en este momento cuando se produce la caducidad del objeto a (Lacan, 2007). Por lo cual, también hace referencia a “la segunda muerte”, noción tomada de la filosofía; la primera muerte es la que se conoce normalmente cuando se muere alguien y la segunda es la subjetivación de la muerte, que significa una muerte anticipada ya que por el mismo significante el sujeto tiene la posibilidad de anticipar su desaparición (Tizón, 2013).

Melanie Klein, psiquiatra y psicoanalista austriaca, en su teoría del duelo en relación con los estados maniaco-depresivo indica que:

Desde mi punto de vista, hay una conexión entre el juicio de realidad en el duelo normal y los procesos mentales tempranos. Creo que el niño pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto y que son estos tempranos duelos los que se reviven posteriormente en la vida, cuando se experimenta algo penoso. (Klein, 2003).

Indica que todo sujeto atraviesa en su niñez procesos de pérdida frente a una madre sentida como “buena” y “mala” proveniente del mundo exterior y de sus propias fantasías, para luego interiorizarlos y poder crear su mundo interno; es decir que los sujetos atraviesan por el estado maníaco-depresivo que se manifiesta en los procesos de interiorización, recreación, persecución, penar, proyección y eyección, para así superar la neurosis infantil y poder conllevar de mejor manera en la adultez, las pérdidas de objeto de amor real (Klein, 2003). El fracaso de este estado ocasionará depresión, manía o paranoia.

Jhon Bowlby, psiquiatra y psicoanalista ha dado lugar a los primeros estudios empíricos sobre las repercusiones del duelo y transiciones psicosociales en la infancia; posteriormente a las amplias observaciones sobre la pérdida afectiva en niños, jóvenes, adultos postula su esquema de la tríada de la pérdida afectiva: protesta, desesperanza y desapego (Tizón, 2013).

Bowlby indica que “La conducta de apego –desde nuestro punto de vista- es el resultado de la activación de sistemas de conducta que tienen una meta propuesta continua, en el sentido de un tipo de relación especial con otro individuo concreto” (Bowlby, 1998). Lo que significa que al ser el sujeto un ser social, atravesado por el lenguaje da cuenta de una interrelación con los otros y busca siempre la proximidad de esos otros para poder desarrollarse (Bowlby, 1998).

La amenaza de pérdida de cualquier vínculo despierta en el sujeto síntomas como malestar, ansiedad, miedo, inseguridad, entre otros, lo que genera otros tipos de vínculos

como seguro, evitativo, ansioso y ambivalente (Bowlby, 1998). Es así como el duelo ocasionado por una pérdida real o ideal en la vida adulta se manifestará por los vínculos primordiales que se establecieron en la infancia con el Otro.

Anna Freud, psicoanalista austriaca hija de S. Freud centró su investigación en la psicología infantil, manifestando que “el duelo sano como el esfuerzo exitoso de un individuo por aceptar que se ha producido un cambio en su mundo externo y que también él debe realizar los cambios correspondientes en su mundo interno y en su mundo externo” (Tizón, 2013). La autora afirma que cuando hay una pérdida en el mundo exterior, es decir en el plano físico, el sujeto debería cambiar su mundo interior aceptando que ya no estará más el objeto perdido, este cambio obviamente involucrará esfuerzos intrapsíquicos y psicosociales como una labor compleja, ya que pone en juego toda su organización mental.

Para concluir, parecería oportuno nombrar a Vandermersch, quien menciona que los estados de duelo y melancolía, no se suscitan por una pérdida de objeto ni del yo, sino más bien que trata de “la falta de lo que causa la falta, es decir, de una pérdida real del simbólico, que es el orden que hace que haya falta, que la palabra represente a la cosa, pero que, a la vez, la haga ausente.” (Villavicencio, 2015, p. 12)

1.1.3 Cultura y sociedad

Se considero significativo mencionar al duelo desde una perspectiva pluricultural ya que la muerte es considerada como un tema tabú en la sociedad occidental, sin darse cuenta que es la base del desarrollo cultural; debido a que en la antigüedad, la muerte carecía de un concepto y solamente simbolizaba un inicio y un desarrollo personal y social.

Bowlby, autor psicoanalítico, sustentó su teoría del apego, como modelo psicosocial, basándose en la sociedad ya que es la que sostiene al individuo.

Toda gran cultura es ante todo una cultura de la muerte. Cada cultura se caracteriza por su manera de aprehender y tratar el fenómeno de la muerte; sus propios ritos fúnebres, sus prácticas de duelo y sepultura, su propia valoración de la existencia,

de la vida colectiva o de la vida individual. No hay cultura sin culto a los antepasados, sin ritualización del duelo, sin lugares y modos institucionales de sepultura. (Derrida, 1998, p. 77).

La muerte y el morir del otro poseen un valor antropológico, debido a que el ser humano es el único que espera sobrevivir a la separación de los próximos mediante ritos de duelo o fúnebres, que son representados de acuerdo a cada nivel de sociedad o institución asumiendo sus propias costumbres y valores, los que suponen brindan un beneficio para los que quedan vivos (García, 2010). La mayoría de las culturas intentan justificar la muerte de los infantes como una idea de que los hijos son los que deben enterrar primero a los padres y no al contrario; y que siempre es más esperada la muerte de una persona adulta o enferma que la de un neonato.

No obstante, la muerte es un arquetipo de pérdida indicando que cada individuo atraviesa por un proceso personal adquirido por la cultura que lo preserva. Por lo que, un proceso universal no es útil para elaborar un duelo. Primero, aunque exista similitudes en las manifestaciones externas o internas, cada individuo vive la pérdida a su manera; segundo, las costumbres se han ido modificando a través de los años, por lo que, en la actualidad no se realiza los mismos rituales fúnebres de los antepasados. En muchos países existe una total libertad con respecto a lo que hacer con respecto al muerto, decisión que corresponde a cada familia o allegados (Tizón, 2013).

Teniendo en cuenta esta información de lo que es el perder algo a alguien y estar en duelo es indispensable recalcar que para poder sobrellevar una nueva vida después de esta pérdida, habrá que atravesar por un proceso, el cual ha sido tratado por autores tanto psicoanalíticos como socioculturales.

1.2 El proceso de duelo

En el siguiente acápite se comprendió las fases del proceso de duelo “normal” que el sujeto atraviesa después de una pérdida; postulados expuestos por varios autores psicoanalíticos que afirman que cada momento es importante para poder retirar la investidura libidinal del objeto ausente y desde luego, poder dar una explicación a cada

fase desde un modelo social, recalcando que la duración del duelo será proporcional a la lógica perteneciente al tiempo psíquico subjetivo y a las vivencias infantiles propias de cada persona.

1.2.1 Modelo psicoanalítico Freudiano

Freud menciona que el trabajo de duelo opera después del examen de realidad, el cual señala que el objeto de deseo ya no existe definitivamente, por ende, el sujeto deberá retirar toda su libido de los vínculos hacia dicho objeto (Freud, 2012).

El proceso de duelo incluye tres fases encadenadas. La primera instancia es la comprensión, aceptación y confrontación con la pérdida y las circunstancias, la segunda es el duelo propiamente dicho, que incluye una retirada de la vinculación y una identificación con el objeto perdido (de-catectización) y finalmente la reasunción de la vida emocional en armonía con el propio nivel de madurez, implica el establecimiento de nuevas relaciones (re-catectización); si una de estas fases decae, decaerán todas las demás (Tizón, 2013).

Freud propone un trabajo de elaboración para los duelos que implican tiempos lógicos a cumplir. Desde un primer momento, en que lo que prima es el mecanismo de renegación o desmentida, hasta un póstumo momento en que luego de victimizar al objeto, provocado por segunda vez su pérdida, la libido quedaría nuevamente disponible para investir otros objetos. (Bauab de Dreizzen, 2001, p. 21).

Los tres tiempos significativos del duelo son: a) Primer tiempo, el cual se produce frente a la pérdida real, es decir es este “abrir de ojos”, al saber que la persona amada ya no estará más; antes de admitir este hecho el sujeto renuncia a aceptarlo (la renegación), instalándolo en una entidad que atañe con la psicosis, y lo importante será que el sujeto trate de localizar la falta, nombrarla y aceptarla como algo que se ha perdido. b) Segundo tiempo, en donde a partir del examen de realidad se facilita al sujeto retirar la libido adherida a dicho objeto perdido y al quedarse inmiscuido en este tiempo cayendo en tropiezos por la desmentida a la realidad que será la diferencia entre que un duelo normal se torne patológico, tomando en cuenta que este proviene del vocablo *pathos* que testifica un padecimiento y por otro lado de *passio* que es pasión, entendiéndose que el sujeto estará

en una mezcla de emociones después de la pérdida. En esta instancia rigurosamente el sujeto deberá comprender la realización de un trabajo de simbolización involucrando un valioso gasto de energía, de investidura y de tiempo. c) Tercer tiempo, donde el sujeto en un estado consciente puede tramitar por segunda ocasión la muerte, es decir que mata al muerto atravesando lo real por el plano simbólico y después podrá investir libidinalmente a otros objetos (Bauab de Dreizzen, 2001).

1.2.2 Otros modelos psicoanalíticos

Es pertinente diferenciar entre el proceso de duelo y la elaboración del mismo. Tizón expresa que el proceso y la elaboración normal del duelo son dos instancias distintas por las que el sujeto debería atravesar después una pérdida. Por un lado, la primera instancia se define como “El conjunto de cambios psicológicos y psicosociales, fundamentalmente emocionales, por los que se elabora internamente la pérdida; es un conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor” (Tizón, 2013, p. 21). Por otro lado, la elaboración del duelo representa a “La serie de procesos psicológicos, el trabajo psicológico que, comenzando con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto” (Tizón, 2013, p. 21). Indicando entonces que este proceso doloroso pero fundamental servirá para la renovación psíquica del individuo, reparando lazos que quedaron inconclusos al momento de una muerte repentina.

Klein expone que el proceso de duelo reavivará la ambivalencia residual, la cual nunca fue completamente elaborada hacia los primeros objetos, lo que ocasiona un duelo más penoso y duradero; a su vez implica una revolución del mundo interior que conlleva a oscilaciones entre posiciones esquizo-paranoides y depresivas (Klein, 2003). Los temores persecutorios de base psicógena, el temor a perderlo todo, la capacidad de introspección (insight) sobre sí mismo, la introyección del objeto amado, la identificación introyectiva (base de las fantasías) se transforman en el empuje y gratificación de los deseos de reparar, es decir abren campo a la creatividad para la elaboración del duelo. (Tizón, 2013).

Bowlby expone cuatro fases que son: a) La primera fase de embotamiento de la sensibilidad, donde el sujeto se siente agobiado por la pérdida, niega la realidad, se siente

confuso como si estuviera en un estado de shock y puede durar horas hasta una semana. b) La segunda fase de anhelo y búsqueda de lo perdido, donde el sujeto pretende haber aceptado esta pérdida, pero al darse cuenta de que no es así, se frustra; entrando en un estado de ira, llanto y añoranza, negando la realidad. Las formas de percepción se alteran, el sujeto asume que lo perdido está regresando en su búsqueda, por lo cual recuperar el objeto perdido se volverá esencial al inicio de esta fase, durará meses o años y sino no se puede aceptar la pérdida, el duelo normal se transformará en uno patológico. c) La tercera fase de desorganización y desesperanza, es normal que el sujeto tras una pérdida quede fragmentado, destrozado al punto de creer que no podrá salir de este estado de tristeza profunda, así que según transcurra el tiempo se dará cuenta de esta realidad y buscará formas de superarlo; finalmente, d) La cuarta fase de mayor o menor grado de reorganización, el sujeto por fin podrá cambiar su rutina y podrá tomar distintas cualidades y conductas con el fin de establecer nuevos vínculos y reconstruir la vida personal (Bowlby, 1998).

Lacan hace referencia a la función de duelo, como el poder subjetivar la pérdida, lugar donde el objeto no podrá ser reemplazado por tener la posición de único, la inscripción de la muerte en la vida, la subjetivación de la falta, es decir que el sujeto pasa por una segunda muerte del objeto amado, lo que muera en lo real, muera en lo simbólico; entonces la elaboración dependerá de la función subjetivante, ligado a un restablecimiento de la libido hacia otro objeto. Finalmente, la cumbre de la elaboración del duelo no sería la sustitución de un objeto por otro, sino habrá una inscripción de la falta en la vida del sujeto doliente (Tizón, 2013).

1.2.3 Modelo cultural y social

La base de la sociedad occidental considera que hay una vida después de la muerte, produciendo un intento casi universal en la recuperación del objeto perdido; por lo que para cada individuo el proceso de duelo va a acarrear con diferentes connotaciones directamente proporcionales a las vivencias medidas por su cultura y por sus defensas personales. Según Capan, menciona que:

“(…) aquellas culturas muy tradicionales y estables proporcionarán habilidades y valores orientativos para poder afrontar con éxito las dificultades de la vida, mientras que las sociedades en transición o muy cambiantes (como la occidental) dejarían al individuo solo, con sus recursos personales, lo cual le colocaría en riesgo de no poder superar los conflictos.” (Guillen, Romero, & Oliete, 2006).

Es importante mencionar que en base a los estudios realizados en cuanto al nivel socioeconómico de cada persona; el nivel socioeconómico bajo interviene en el sujeto de duelo, ya que brinda una percepción negativa de todos los acontecimientos vividos, debido a que existe una falta de apoyo familiar, otras responsabilidades como la que tiene con sus otros hijos y otros factores estresantes como proyectos truncados (Gil, Bellver, & Ballester, 2008).

Para un mejor entendimiento de las fases del duelo, se consideró a Elisabeth Kübler-Ross como principal autora que ha logrado agrupar en cinco fases transcendentales el proceso de duelo desde la perspectiva cultural, donde intervienen cierto tipo de actitudes propias.

1.2.3.1 Negación y aislamiento

Negación inicial propia de todos “La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales” (Kübler-Ross, 1972, pp. 60-61). La negación permite mantener un equilibrio para no caer en la insensatez, ocultar la tristeza y alejarnos de esta pérdida. El aislamiento es una protección que el individuo en duelo crea hacia la muerte porque mantiene la ligera esperanza de que hay vida, se espera que la persona hable de este suceso y la posible aceptación del mismo, cuando se sienta dispuesta hacerlo sin caer en psicosis o suicidio (Kübler-Ross, 1972).

1.2.3.2 Ira

Comienza la comprensión de la situación “Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento” (Kübler-Ross, 1972, p. 73). El sujeto en duelo siente incomodidad por este hecho, percibe el mundo negativo, se cuestiona mucho acerca de su provenir y cae

reiteradamente en la queja. “(...) la ira se desplazará en todas las direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar” (Kübler-Ross, 1972, p. 74). Los familiares y allegados son los más propensos a estas hostilidades, llantos y berrinches, por lo que depende del nivel de tolerancia para soportar al individuo en duelo, deben considerar que la pugna no es personal, sino que, en esta descarga de ira el sujeto siente consuelo y tranquilidad (Kübler-Ross, 1972).

1.2.3.3 Pacto

Ausencia consciente del conocimiento de un pacto que es definitivamente gratificante para el doliente, dura pocos momentos y funciona como un mecanismo para que el sujeto sienta que pospone lo ineludible, es decir aceptar la muerte (Kübler-Ross, 1972). “En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos: incluye un premio “a la buena conducta”, además fija un plazo de “vencimiento” impuesto por uno mismo (...)” (Kübler-Ross, 1972, p. 113). Sin duda que esta promesa parece estar ligada gran parte a lo que se hace en la infancia, querer ser premiado por buen comportamiento pero que finalmente se vuelve a repetir lo incorrecto, regido por lo que ningún individuo cumple lo propuesto. En general, las personas se entregan a una fuerza superior que guíe y sostenga la vida, sin embargo, está proporcionalmente enlazada a un sentimiento de culpa oculta; se espera que el sujeto libere los sentimientos de punición y temores ilógicos (Kübler-Ross, 1972).

1.2.3.4 Depresión

El doliente debe darse cuenta que ya no puede sostenerse en las emociones expresadas con enojo, rabia e ira, tiene que afrontar esta gran pérdida suscitada tiempo atrás (Kübler-Ross, 1972). La depresión tiene muchas apariencias, a través de la comprensión se pueden alivianar el sentimiento de culpa y vergüenza del doliente. Hay dos tipos de depresión con distintos orígenes, la reactiva y la preparatoria. La primera hace referencia a la reacción normal frente a la pérdida que se aliviana con el apoyo constante de un tercero; y la segunda que tiene como causa a las pérdidas inminentes, es decir las personas, como amistades o familiares, y espacios laborales que, por dejar de asistir a ellas, las perdió también. Cuando el individuo está en esta fase, es importante saber que no se debe tratar de ponerla bien, sino esperar a que por ella mismo salga de esta depresión (Kübler-Ross, 1972). “(...) Si se le permite expresar su dolor, encontrará mucho más fácil la aceptación final (...)” (Kübler-Ross, 1972, p. 118). Finalmente, la capacidad de superar las angustias

y ansiedades que se despliegan en esta fase son la culminación de la misma (Kübler-Ross, 1972).

1.2.3.5 Aceptación

Revela el principio del fin de la lucha, pero aún no marca la aceptación, esta fase no equivale a que el doliente esté feliz, simplemente hace referencia a que se va liberando de esa carga de dolor que mantenía durante las fases anteriores. Se encuentra la carencia afectiva y la presencia de alguien podrá acompañar este dolor en silencio, lo cual es de gran ayuda para sobrevenirla indicando que no está solo. “En pocas palabras, cuanto más luchen para esquivar la muerte inevitable, cuanto más traten de negarla, más difícil les será llegar a esta fase final de aceptación con paz y dignidad.” (Kübler-Ross, 1972, pp. 149-150). No se debe presionar al doliente a sentirse bien o feliz, porque la presión podrá interrumpir la mejora y la aceptación de la pérdida (Kübler-Ross, 1972).

Finalmente, en conclusión la esperanza sirve como sostén del sujeto, para que pueda salir victorioso de esta pérdida. No dejando de estar triste, sino de aceptar su nueva condición (Kübler-Ross, 1972). Una muerte siempre va a traer repercusiones en el psiquismo humano por ser una entidad biopsicosocial que se manifiesta en el cuerpo, a través de síntomas.

1.3 Las manifestaciones psicobiológicas del proceso de duelo

El individuo es una unidad psicosomática, lo que da cuenta de la existencia de una relación entre el sufrimiento psíquico con el físico (Dubourdieu, 2008). “Actualmente a nivel científico se puede dar cuenta de las relaciones mente-cuerpo y de los vínculos existenciales entre el sufrimiento anímico-emocional y los procesos de enfermedad” (Dubourdieu, 2008, p. 39). La psicobiología “Es el campo que relaciona la conducta con ciertos procesos corporales, en especial las operaciones del cerebro (...). El objetivo más importante de esta área de estudio es entender la conducta y la experiencia en función de sus sustratos biológicos” (Rosenzweig, Breedloves, & Watson, 2005).

El surgimiento de imprevistas interacciones entre los fenómenos biológicos y psicológicos, para entender de manera global a la conducta humana tras una pérdida, se

representarán a través de las manifestaciones psicobiológicas; la parte psicológica ayuda al doliente a retirar la carga libidinal para poder establecer lazos libidinales con otro objeto de amor y la parte biológica favorece a que la libido regrese de forma más rápida al yo (Freud, 1993). “Propongo considerar que, frente a la pérdida, el sujeto elabora una respuesta, y entonces entramos en la constelación de los síntomas conversivos. Si no dispone de los recursos simbólicos para responder, reaccionar con lo real orgánico.” (Bauab de Dreizzen, 2001, p. 138).

Se pudo designar el duelo desde una estructura cerebral con base neuronal, explicando que el “núcleo accumbens” es el responsable de generar nuevas reacciones frente una separación imprevista, formulando que “El conjunto de neuronas que *se recuestan* cerca del sistema límbico, implicando la amígdala, el hipocampo y la corteza cerebral, se conoce como el “núcleo accumbens” (del verbo latino “accumbo”: *recostarse, tenderse*)” (Cobeña, 2008). Por lo que, en una situación de pérdida este núcleo funciona como interruptor cognitivo, sentimental y emocional (Cobeña, 2008).

Las tres áreas significativas en las que cada persona expresa una serie de sentimientos y conductas del malestar tras la pérdida son: el área cognitiva, fisiológica y conductual, manteniendo ese orden.

1.3.1 Manifestaciones cognitivas

El área cognitiva abarca todos los procesos mentales, como el pensamiento, la atención, la percepción, la memoria, el razonamiento, la toma de decisiones, resolución de problemas y el lenguaje, es decir los procesos más elementales para adquirir conocimientos a lo largo de la vida y posteriormente para poder desarrollar la conducta humana (Rivas, 2008). El doliente muestra síntomas de irrealidad, como señal del trastorno ansioso haciendo que la persona piense que se va a volver loco o que va a perder el control de la situación que está atravesando; confusión, se pregunta acerca de si el hecho fue real o no, manteniendo la pérdida como un supuesto sueño; preocupación y dudas, acerca del futuro en cuanto a su posición de doliente; obsesiones e ilusiones, relacionadas con la añoranza de

volver a ver a la persona perdida; y, alucinaciones y/o pseudoalucinaciones con esa persona (Tizón, 2013).

1.3.2 Manifestaciones fisiológicas

El área fisiológica corresponde a la reacción que emite el sistema nervioso, que desempeña un papel fundamental recogiendo información de los órganos sensoriales, para el control de movimientos perceptibles, como es el del área muscular, es decir la pre-conducta (Neil, 1996). Por ello, en el duelo la persona afectada reacciona con múltiples alteraciones corporales como trastornos del sueño, ronquidos, síndrome de las piernas inquietas, terrores nocturnos, pesadillas, sonambulismo, apneas del sueño, insomnio, hipersomnia, la narcolepsia y parasomnias. Se evidencian trastornos alimenticios como molestias gástricas casuales, vacío estomacal, comer compulsivamente, vómitos, molestias al tragar, bulimia, anorexia y vigorexia. La fatiga, por el derroche de energía que gasta al tratar de ponerse mejor o a su contrario por llorar o la hipersensibilidad al ruido, como resultado de interiorización del duelo; y por último, la dificultad de respirar, por la angustia generada ante la situación de estrés; entre otros síntomas fisiológicos más perceptibles se puede evidenciar sequedad en la boca, falta de energía, sudoración, palpitaciones, llantos, suspiros y tensión y debilidad muscular (Lamagrande & Dominguez, 2015; Tizón, 2013).

1.3.3 Manifestaciones conductuales

El área conductual, como consecuencia de las manifestaciones cognitivas y fisiológicas, da como resultado a la conducta y reacción, es decir el comportamiento evidente que el doliente lleva a cabo “(...) movimientos musculares apropiados a la situación que los provoca.” (Neil, 1996, p. 306). Manifestándose a través de síntomas como la tristeza, expresado por el llanto; enfado, enojo o rabia, por la frustración de no saber cómo sobrellevar esta situación; culpa y autorreproches, por no haber podido hacer algo por la persona amada; ansiedad, como respuesta adaptativa de futuros cambios por la pérdida; miedo, se cuestiona sobre la propia muerte; estado de crisis emocional, que es la incapacidad del sujeto para manejar un problema; soledad, como respuesta a este vacío que deja la persona que abandona; y, entre otras como el aislamiento social, la evitación de

lugares o cosas que recuerden a la persona fallecida, aflicción y atesoramiento de cosas (Lamagrande & Dominguez, 2015; Tizón, 2013).

Concluyendo que no solamente hay repercusiones en la parte psicológica, sino también en la parte biológica de la persona afectada ante una pérdida; y que, de alguna u otra manera, se manifiestan a través de síntomas, los cuales para su mejoramiento están ligados a la plasticidad cerebral, la cual se da gracias a la estimulación ambiental y continuamente los comportamientos se van moldeando (Lamagrande & Dominguez, 2015). Como menciona Freud, los síntomas son apaciguados a través de la descarga motriz, es decir por el lenguaje (el apalabramiento) (Tizón, 2013). Desde el punto de vista biológico, existen estudios sostienen que, entre otras estructuras cerebrales, el núcleo accumbens también es el encargado de obtener placer y mantenerlo por el mayor tiempo posible, por lo que se remonta a la idea de que un duelo puede ser adictivo por recurrir siempre a los recuerdos del fallecido (Cobeña, 2008).

En esta disertación se estudia una muerte específica y considerada como la menos esperada, la muerte de un hijo; sin importar el orden determinado, pero insistiendo que es la de un mortinato. Concepto que se aborda en el siguiente capítulo.

MORTINATOS

En este capítulo, se conceptualizó a la muerte como un término general desde diferentes perspectivas, obteniendo una visión más amplia de lo que aborda esta temática; posteriormente se enfocó el estudio directamente hacia la muerte intrauterina conociendo su tasa y las posibles causas de la misma. Consecuentemente se realizó un acercamiento a la realidad ecuatoriana, a partir de datos verídicos obtenidos del INEC y del Hospital “Dr. Enrique Garcés”, donde se ejecutó el presente trabajo investigativo.

2. Estudio de los mortinatos

2.1 Definición de muerte y mortinato

Por ser un tema complejo, ya que no sólo implica lo biológico, sino también conlleva matices sociales, en base a la recopilación de la información desde la filosofía griega hasta la época contemporánea, se trata de dar un entendimiento de forma general a la concepción de la muerte. Posteriormente, con esta aclaración se da paso al tema central, la muerte intrauterina.

2.1.1 Concepción de la muerte

En primera instancia, es pertinente señalar que la muerte no es lo mismo que morir; “La muerte es abstracta mientras que el morir es concreto. La amenaza y forma de morir condicionan la concepción de la muerte” (Jiménez, 2013, p. 11).

(...) estar muerto es, como estar vivo, un modo de habitar un lugar; una región cuyas singularidades geográficas imponen el modo de estar en que consiste estar muerto, mientras que el morir mismo es el tránsito desde el lugar y el modo de ser de los vivos al mundo de los muertos. (Marín, 2006, p. 2).

La etimología del término muerte proviene del latín *mors/mortis* que hace alusión a la interrupción o cesación de la vida, también se cree que la muerte se produce cuando el alma deja el cuerpo (Garasa, et al., 2000). Este fenómeno natural indescriptible trae consigo cuestionamientos acerca de la vida, a todos los seres humanos, ya que la muerte es

el problema de los vivos; por lo mismo es que grandes filósofos, artistas y religiosos de la época antigua fueron los primeros en discutirla, sabiendo que no podrán dar una explicación lógica; en consecuencia de esto basaron sus teorías acerca de la muerte en metáforas y símbolos para poder describirla y de este modo dar cuenta de la vida (Ortiz, 2007).

Una de las grandes metáforas que describe a la muerte es que todo ser humano la conoce, sabe que algún día llegará, sin embargo, de algún modo se quiere que pase inadvertida, ya que cuando se pregunta directamente, nadie sabe cómo contestar interiorizándola como parte de uno, sino más bien como que la “muerte” fuera algo de afuera, un ser invisible que viene a quitarnos la vida, sin darse cuenta que en esta metáfora se niega a sí mismo (Jiménez, 2013). También, puede significar un destino injusto, ya que va en contra de nuestra voluntad, o científicamente comprobada como una selección natural de la evolución de la vida (Hernández, 2006).

“Cada sociedad tiene su propia imagen de la muerte, y hemos asistido a una transformación desde la consideración de la muerte como acontecimiento natural y creamos la obligación de buscar los más sofisticados sistemas capaces de mantener viva a la persona, rechazando la muerte a cualquier precio” (González, 2014, p.15).

Pese a que existen varias connotaciones con respecto a la muerte, cada sociedad ha sido capaz de crear un pensamiento particular en cuanto a ella; sin embargo, se ha podido resumir que para el mundo de los filósofos y los religiosos, la muerte tiene en sí tres partes fundamentales, que dan cuenta que la muerte está presente. La primera parte, es la existencia de una pérdida total, la segunda da cuenta de que la muerte es una defensa de la personalidad que cada individuo posee, es decir la diferenciación que se hace entre el morir y la muerte; y, la última, siendo la más representativa, es la existencia de otra vida después de la muerte, el renacimiento (Ortiz, 2007).

Se afirma que en la contemporaneidad el problema de la concepción de la muerte ha adquirido cambios notables debido a que, a toda costa las personas quieren mantenerse y mantener vivos a los que les rodea, entrando a un conflicto entre profesionales de la salud, familias y pacientes (González, 2014). Sin considerar que “(...) el concepto de

muerte es un diagnóstico médico que ha sido definido por sus atributos biológicos, mismos que se han producido paralelamente a la evolución de la ciencia y tecnología en relación al estudio del cuerpo humano (González, 2014, p. 16).

Desde un ámbito médico legal, se indica que la muerte es cuando, el paciente no muestra respuesta alguna a estímulos externos, no hay movimientos respiratorios por más de tres minutos, sin reflejos auditivos, olfativos o táctiles. Este cuadro se respalda con un electroencefalograma, el cual es totalmente plano o sin respuesta alguna (González, 2014).

Por lo tanto, toda muerte conlleva un sufrimiento, tanto interno como externo, es decir que la persona teme a la propia muerte, sin embargo, como se mencionó en el primer capítulo, en cuanto a ser individuos de proximidad, también acecha la idea de perder a los seres queridos (Ceberio, 2013). En la sociedad actual se piensa más en la esperanza de vida, es decir que hay más posibilidades de que las personas que padecen algún tipo de enfermedad, fallezcan, a que alguien que goce de una buena salud. Dando cuenta de que la muerte sin importar cómo se presente, conlleva una causa indicadora, que no puede ser aceptada de forma sorpresiva o que causa malestar si se presenta de esa manera (Tizón, 2013). Sin embargo, algunos autores han considerado que la muerte de un hijo es la más dolorosa por el amor incondicional existente en este vínculo padres-hijos y por creer que la muerte cumple un ciclo, pensando que los próximos a morir son las personas adultas, más no un hijo joven o recién nacido en este caso (Ceberio, 2013).

2.1.2 Conceptualización de mortinatos

La muerte de un hijo ha sido considerada como algo inimaginable, ya que es una muerte sorpresiva que interrumpe el ciclo normal de la vida, es decir el ciclo donde los padres fallecen primero. Este tipo de muerte ha sido la causa principal del sufrimiento materno y del círculo familiar cercano (Ceberio, 2013).

Este fenómeno natural de vida, es decir la muerte de un hijo, aún no ha sido enmarcado en un significante como tal. Por ejemplo, cuando ocurre la muerte de los padres, a los hijos se los denomina huérfanos, de igual manera sucede cuando un esposo o

esposa muere, al otro se lo reconoce como viudo/viuda, lo que no sucede cuando la muerte es de un hijo, no existe un término que defina el dolor materno/paterno.

Se define como mortinato, a la muerte fetal u óbito fetal del producto de fecundación, a partir de la semana veinte de edad gestacional hasta antes de la posible fecha programada para el parto, ya sea por causas internas o externas. La muerte del feto es diagnosticada cuando no presentan signos de vida como latidos cardíacos, respiración, movimientos voluntarios o pulsación del cordón umbilical (OMS, 2010).

Se debe aclarar que hay tres subdivisiones de muerte fetal dado su periodo gestacional. La primera etapa temprana que es en las primeras veinte semanas de gestación hasta fetos que pesan menos de 500 g., considerada como un aborto debido a que en esta interrupción del embarazo, el feto no es viable; la segunda etapa intermedia, se la considera a partir de la semana 22 hasta la semana 28; y productos con peso entre 500 g. a 999 g.; por último, la tercera etapa, en la cual se consideran a los fetos de 28 semanas en adelante, que pesen 1000 g. y midan 35 cm. o más; o considerado como un parto prematuro (Carrera, Mallafre, & Serra, 2006).

Es importante señalar de forma concisa a los casos considerados como abortos tanto traumáticos como espontáneos, debido a que su número ha aumentado de forma significativa en las últimas décadas; de igual manera se tomará en cuenta las interrupciones gestacionales en las primeras semanas, ya que pasan inadvertidas por la madre al no mantener un control adecuado con un médico (Font & Trias De Bes, 1957).

Los abortos traumáticos como su nombre lo indica son causados por un trauma externo, es decir que pueden ser ocasionados por una caída violenta, un golpe en las partes próximas al útero o cuando por decisión propia de la madre, se sustrae al feto. En los primeros casos, existe una posible relación causa-efecto, debido a que el trauma externo puede ocasionar un daño intrauterino, convirtiéndose en un embarazo no viable. Por otra parte, dentro de los casos de traumatismo quirúrgico están comprendidos los abortos provocados y los terapéuticos, los cuales, en la mayoría de países son considerados como abortos criminales porque interrumpen el ciclo nuevo de la vida y atentan con la vida de la madre (Font & Trias De Bes, 1957).

Los abortos espontáneos pueden corresponder a diversas etiologías; como por infecciones generales y focales, enfermedades crónicas, intoxicaciones, causas hormonales, por vitaminas, causas constitucionales en sangre y factores humorales; locales como lesiones y dimensiones del cuello y cuerpo uterino; ovulares como enfermedades del cigoto, cantidad o calidad del líquido amniótico, inserción baja de la placenta y todas las enfermedades relacionadas a ella, torsión exagerada del cordón umbilical y mujeres que exceden los cuarenta años. También se han considerado las causas paternas, porque se ha tomado en cuenta la cantidad y calidad de los espermias, involucrando la edad, las infecciones e intoxicaciones que el proveedor pueda tener (Font & Trias De Bes, 1957). Las etiologías y anomalías anteriormente mencionadas serán explicadas en el próximo subcapítulo.

La muerte fetal en los primeros meses, como ya se mencionó puede pasar inadvertido, porque el embrión es de tamaño reducido y se pierde entre los coágulos; mientras que cuando ya esté de dos meses, la dificultad de expulsión será mayor (Font & Trias De Bes, 1957). A partir del tercer mes, se produce la expulsión del feto en bloques, primero el embrión, luego la placenta y las membranas, y finalmente, la caduca; en el quinto y sexto mes, el aborto es muy parecido a un parto prematuro debido a que el embrión y la placenta salen en dos tiempos (Font & Trias De Bes, 1957).

El parto prematuro espontáneo se produce en el séptimo y la mitad del noveno mes; la diferencia con un aborto radica en este período donde el feto si es viable. Se considera feto prematuro al pesar menos de 2500 g.; sin embargo, en este período se observa una tasa de mortalidad elevada por tener menos peso que el adecuado, las demás posibles causas de un parto prematuro espontáneo, son las mismas que se mencionaron anteriormente dentro del aborto espontáneo (Font & Trias De Bes, 1957).

En el caso en que el feto aún estuviese con vida y la madre presente contracciones, se puede guiar a un parto normal, tomando en cuenta las complicaciones que éste pueda presentar. Si el feto está muerto, no hay nada que hacer y si la madre tiene contracciones se realizará un parto normal, sino se tratará de inducir el parto en base a la oxitocina sintética (*Pitosin*), caso contrario se efectuará una cesárea, igualmente considerando las

complicaciones, ya que si hay ruptura del saco amniótico es muy probable que se produzca una severa infección la cual pueda conducir a un proceso séptico (Font & Trias De Bes, 1957).

En síntesis, mortinato es aquel feto de veinte semanas o más de gestación que, por algún factor causal muere; este factor puede ser muy variable, y no siempre es fácil determinarlo, ni con la realización de una autopsia, tomando en cuenta el examen histológico de la placenta, el hemocultivo y la radiografía de los huesos largos; que a veces dan indicios de cuál fue el problema que llevó al óbito; tomando en cuenta que las manifestaciones de toda muerte fetal son ruidosas y siempre presentan indicios como movimientos bruscos, fuertes y repetidos (Font & Trias De Bes, 1957).

2.2 Etiologías usuales y anómalas de la muerte fetal

Existen muertes obstétricas, que desde el primer trimestre del embarazo, ya dan cuenta de que algo malo puede suceder durante el mismo; no siempre la causa de muerte es clara, la clasificación diagnóstica que éste tenga, debe ser guiado en base a ciertos requisitos, por lo que se resume las causas más frecuentes y las inusuales que se pueden presentar en el trascurso del embarazo.

2.2.1 Etiologías usuales

La etiología de la muerte fetal es muy confusa, de acción lenta que actúa en un embarazo aparentemente normal, de forma silenciosa, trazando una línea entre la vida y la muerte. Se dividen en tres principales fuentes que son: las maternas, las ovulares y los casos difícilmente clasificables; y de ellas se despliegan diversas explicaciones de lo ocurrido en el vientre materno (Font & Trias De Bes, 1957).

Las causas maternas se subdividen en las generales y las locales. Las generales incluyen a todas las infecciones e intoxicaciones agudas, como la tifoidea, bronconeumonía y septicemia; y, las infecciones e intoxicaciones crónicas, como la sífilis y la tuberculosis; por otro lado, se incluyen ciertos padecimientos orgánicos como las gestosis o preeclampsia y eclampsia, las cuales se definirán en el siguiente apartado, las

nefropatías crónicas, la diabetes, las cardiopatías, enfermedades hepáticas como la ictericia y las hipovitaminosis; y, también se ven involucrados ciertos trastornos endocrinos, como las enfermedades hipofisarias (Font & Trias De Bes, 1957). Por otro lado, las causas locales se abordan en el siguiente acápite como una etiología anómala.

Entre las causas ovulares, se incluyen a las placentarias, funiculares, amnióticas y fetales. Las placentarias son consideradas como secundarias a un trastorno general de la madre, debido a que ésta puede presentar gestosis, albuminuria, hipertensión y nefropatía crónica. A su vez las causas funiculares, se explican a través de las vueltas y los nudos apretados del cordón umbilical que aportan con la asfixia del feto. Las causas fetales, se producen cuando se presenta un embarazo doble, es decir cuando existen comunicaciones vasculares entre los dos sacos amnióticos que comparten los mismos nutrientes, cuando no se da este proceso, se produce la muerte fetal (Font & Trias De Bes, 1957). Finalmente, las causas amnióticas, las malformaciones fetales y la deficiencia genética, son abordadas como etiología inusual en el siguiente apartado.

Por último, entre las causas difícilmente identificables, se encuentran las causas de origen confuso, que pueden ser maternas u ovulares. Como principal caso está el aplazamiento excesivo del tiempo del embarazo, la cual pasado el tiempo de parto, comienza el envejecimiento y degeneración de nutrientes que dan la vida al feto (Font & Trias De Bes, 1957).

2.2.2 Etiologías anómalas

La muerte fetal producida por una etiología anómala es considerada de alto riesgo para la vida de la madre, debido a que puede contraer alguna infección grave que conduzca hacia una sepsis mortal. Es importante considerar a estos casos con más cuidado que a los casos anteriores (Font & Trias De Bes, 1957).

Como se mencionó previamente, existen tres fuentes que explican las causas de la muerte fetal, es decir las maternas, ovulares y las causas difícilmente identificables. Dentro de las de origen materno, se presentan las causas locales (uterinas), como son los

fibromas o la neoplasia maligna del cuello que son el resultado de una incompatibilidad con la gestación (Font & Trias De Bes, 1957).

Entre las causas de origen materno, se puede mencionar la desproporción céfalopelvica que es una anomalía en la que el diámetro anteroposterior que va desde el centro del promontorio sacro hasta el borde superior de la sínfisis del pubis, no mide 11 cm. o más, al tacto vaginal. Si esta cifra es menor es considerado anormal, lo que puede ocasionar alguna complicación en el momento del parto (Hellman & Patritchard, 1973).

Entre las causas de origen ovular de procedencia placentaria, se encuentran dos grandes peculiaridades: la primera peculiaridad son la placenta *circumvallata* y la placenta anormalmente pequeña. La placenta *circumvallata* origina varias hemorragias en el tercer trimestre, que son causantes de partos prematuros y hasta la muerte del feto (Botella, 1993). Y en la placenta anormalmente pequeña el feto solo vive mientras reciba los nutrientes respectivos pero con su crecimiento, el producto muere (Font & Trias De Bes, 1957).

En la segunda peculiaridad son la placenta previa y el desprendimiento placentario, las cuales están ligadas estrechamente a la preeclampsia. La placenta previa, se produce cuando la placenta crece de forma mayor o menor en el segmento uterino inferior, es decir que, pueda que el cigoto quedó implantado en la parte baja del útero, siendo la parte más voluminosa y delgada, que, por su crecimiento, y al no poseer los nutrientes adecuados en esta parte de la placenta, corre el riesgo de desmembrarse. Su síntoma característico es la hemorragia en el tercer trimestre de gestación (Greenhill & Friedman, 1977).

El desprendimiento placentario se considera cuando se separa una placenta normalmente implantada y no está posicionada en la parte baja del útero; es probable que su causa sea por la falta de ácido fólico e hipertensiones, los casos no se presentan usualmente es probable que se den 1 vez en 500 embarazos. El desprendimiento viene acompañado de hemorragia profusa, la cual puede encaminarse por 4 vías; las tres primeras, son por canales internos, es decir que la sangre se puede mezclar con el líquido amniótico y puede irse a la cavidad abdominal, o el caso más riesgoso es cuando se ocasiona trombosis en los senos uterinos, debido a que el feto muerto puede obstruir el

paso de sangre hacia el conducto vaginal. La última vía es cuando se produce hemorragia visible y el desprendimiento placentario total se da por la vagina (Greenhill & Friedman, 1977).

Entre las causas de origen amniótico, se encuentran: a) Hidramnios o acumulación de líquido amniótico durante el embarazo, considerado como un signo de la existencia de: lúes o sífilis, malformaciones fetales y/o nefropatías. b) Malformaciones fetales, como la exencefalia y evisceración, dando cuenta de ser incompatibles con la vida. c) Deficiencia genética, debido a que se produce una espermatogénesis u ovogénesis imperfectas (Font & Trias De Bes, 1957)

Es relevante mencionar a la preeclampsia, eclampsia y al síndrome de *Hellp*, debido a que son complicaciones directamente ligadas a la gestación. Gran número de muertes maternas y/o fetales, son provocadas a causa de estas complicaciones en el embarazo. Se presentan de manera silenciosa desde la semana 20, sin causa directa aparente (Greenhill & Friedman, 1977).

La preeclampsia, “Es el desarrollo de hipertensión proteinuria, edema, o ambos, a consecuencia del embarazo, o por un embarazo reciente.” (Greenhill & Friedman, 1977, p. 387). En su mayoría, la preeclampsia es diagnosticada en los casos de madres jóvenes primerizas, aparentemente normales, sin embargo, existen pocos casos que ostenten esta enfermedad, en las madres que hayan concebido hijos con anterioridad o embarazos gemelares. La cifra estimada de mortinatos por haber presentado embarazos con preeclampsia es de 10 por 100 casos en general (Greenhill & Friedman, 1977; Font & Trias De Bes, 1957).

Los síntomas más frecuentes que se exhiben en las madres con embarazos preeclámpico son: presencia de edemas, dando cuenta de un excesivo aumento de peso en la madre y disminución de la cantidad de orina, indicio de proteína albuminuria en la sangre y la más significativa es la hipertensión arterial, considerada por presentar presiones cardiacas elevadas, desde aproximadamente la semana 32 de gestación. La hipertensión arterial es un síntoma de alto riesgo, tanto para la madre como para el feto, debido a que

pueda que no presente indicios alarmantes como: cefaleas fuertes, visión borrosa y/o zumbidos en los oídos (Greenhill & Friedman, 1977; Font & Trias De Bes, 1957).

La eclampsia, “Es la aparición de una o más convulsiones no atribuibles a otros trastornos cerebrales, como epilepsia o hemorragia, en una paciente con preeclampsia.” (Greenhill & Friedman, 1977, p. 387). Aparentemente, es un cuadro crónico de la preeclampsia, más la presencia de estados convulsivos. La frecuencia de embarazos eclámpticos es de 1 vez en 2000 embarazos (Greenhill & Friedman, 1977).

Finalmente, el síndrome de *Hellp*, “(...) es una descripción de las anomalías bioquímicas que pueden desarrollar dentro del contexto clínico de la preeclampsia”. (Cabero, Saldivar, & Cabrillo, 2007, p. 675). *Hellp*, siglas en inglés que significan *Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Platelets*, dando cuenta de la presencia de: a) Hemólisis, destrucción de glóbulos rojos. b) Niveles elevados de enzimas hepáticas. c) Disminución de plaquetas. Lo que da cuenta de que se presentará una hemorragia severa por no existir suficientes células para la formación de coágulos sanguíneos y la reparación de vasos sanguíneos lesionados (Cabero, Saldivar, & Cabrillo, 2007; Tobili, Engel, Podzun, & González, 1992).

El síndrome de *Hellp* es considerada de escasa frecuencia, debido a que se presenta solo en un 4 al 12% de mujeres con preeclampsia y un 20 al 25% con preeclampsia grave; se presenta más en madres adultas, que hayan tenido hijos anteriormente o de raza blanca; y, a un 30% se les pueden desarrollar después del parto (Cabero; et al., 2007).

Concluyendo que todas estas etiologías usuales y anómalas deben ser consideradas como importantes en el transcurso de un embarazo. Aunque algunas sean de fácil reconocimiento, hay que saber mantener un control adecuado con el especialista para preservar la vida materna e intrauterina (Font & Trias De Bes, 1957).

2.3 Realidad ecuatoriana

La mayoría de investigaciones realizadas acerca de la muerte fetal han sido efectuadas por varios lugares del mundo, pero es importante tener un acercamiento a la realidad nacional, debido a que las cifras de mortinatos, según los datos obtenidos del INEC (2014), son alarmantes y han sido considerados solamente como un valor numérico, más no como una situación perjudicial directamente para los progenitores y familiares de los mortinatos, por lo que este estudio debe ser considerado como un tema de importancia social.

Por lo tanto, en la investigación se engloba a los mortinatos en relación a cifras obtenidas del INEC, abarcando la tasa de muerte fetal en comparación a la tasa de nacimientos y defunciones generales infantiles. Datos recopilados en el último censo realizado hasta el año 2014; y de la información directamente obtenida del Hospital General “Dr. Enrique Garcés” registrados hasta marzo de año 2016, debido a que en esta casa de salud se realizó el acercamiento a los casos clínicos de madres con hijos mortinatos.

2.3.1 Población a nivel nacional

La tasa general estimada de natalidad y mortalidad a nivel nacional registrada en el año 2014 fue un total de 231,089 infantes. 229,476 corresponde a la cifra de nacidos vivos y 1,613 corresponde a la cifra de muertes fetales; aludiendo que 1,513 pertenece a la cifra de mortinatos, de los cuales en el género masculino fueron 891 y en el femenino fueron 711 casos (INEC, 2014).¹

¹ Base de datos recopilada del anuario de nacimientos y defunciones del INEC, tablas completas que se pueden apreciar en Anexo 1.

2.3.2 Población del Hospital General “Dr. Enrique Garcés”

La tasa general de partos y cesáreas registrados en el año 2015 dentro del Hospital General “Dr. Enrique Garcés” fueron un total de 4,885; de los cuales nacidos vivos fueron 4,853 y 32 casos de mortinatos. Por otro lado, hasta el 31 de marzo del año 2016 fueron registrados 380 tasa general de infantes registrados, siendo 375 nacidos vivos y 5 casos aproximadamente de mortinatos (Hospital General "Dr. Enrique Garcés", 2015/2016).²

Es importante mencionar que las madres que ingresaron a esta casa de salud recibieron atención ambulatoria, indicando que permanecieron en cuidados por máximo tres días. La categorización de madres que ingresan en el piso de Neonatología y Obstetricia se da por la edad que esta posee; las edades oscilan entre 13 a 18 años, es decir, son madres adolescentes; de 19 a 35 años son madres generales; y, a partir de los 35 años en adelante son madres de riesgo.

A pesar de la categorización, dentro del piso de Obstetricia, no existe un lugar específico para las mujeres que perdieron a un hijo. Las madres en duelo, durante la presente investigación mencionaron sentir molestia y excesivo dolor ante esta situación, ya que no tienen un espacio propio de inicio de elaboración del duelo. Además que los doctores y equipo médico preguntaban frecuentemente sobre el estado del neonato, que en estos casos fueron mortinatos.

² Base de datos proporcionados por el área de Admisiones del Hospital General “Dr. Enrique Garcés”. Casos establecidos según la fecha de parto, género del fallecido, número de historia clínica, servicio en el cual fue intervenida la madre y el procedimiento al cual fue sometida, tal como se muestra en Anexo 2.

ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS EN MADRES CON HIJOS MORTINATOS

En este acápite se presenta la información recopilada a partir de la investigación realizada desde noviembre 2015 hasta febrero 2016; elaborada en conjunto con usuarias de las áreas de Neonatología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Enrique Garcés”, quienes evidenciaron disposición para trabajar con esta temática, debido a que las usuarias participantes, manifestaron respuestas que no fueron percibidas por los médicos tratantes, después de haber atravesado por una pérdida tan significativa en la vida, motivo por el cual se decidió trabajar con ellas.

Además de presentar los resultados obtenidos en el trabajo investigativo, se realizó un análisis global de la información adquirida. Información pertinente a la problemática planteada, es decir que, tras la pérdida de un hijo, la madre presenta directamente múltiples alteraciones psicológicas y biológicas manifestándose en los campos cognitivo, fisiológico y conductual, sintomatología que obstaculizo en las labores cotidianas.

3.1 Metodología

Esta investigación se basó una metodología mixta, que hace referencia a un enfoque teórico-aplicado como menciona Johnson y Onwuegbuzie (2004). La información teórica se obtuvo en base a bibliografía psicoanalítica y médica-obstétrica, y para la parte práctica se seleccionó a la población representativa para este estudio, madres de un mortinato.

A continuación, se presenta lo referente a las características pertinentes de la población investigada, los instrumentos que se utilizaron y el procedimiento que se realizó para la recopilación de los datos, para abarcar con los objetivos propuestos en esta disertación.

3.1.1 Características de la población

Los sujetos que formaron parte de la investigación, fueron aquellas madres que tienen un hijo o hija mortinato. En total se registraron siete casos clínicos, quienes fueron usuarias que recibieron asistencia ambulatoria en el área de Neonatología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de diciembre 2015 a febrero 2016.

3.1.2 Instrumentos

Para la recopilación de datos e información adecuada para la parte práctica del estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

3.1.2.1 Entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada fue elaborada por la autora de la disertación; posee una guía de preguntas abiertas, formuladas para captar información más amplia de la madre evaluada y así abarcar la temática propuesta con anterioridad. Consta de 38 ítems en total, que están divididos en 5 grupos: a) Datos generales: Edad, estado civil, instrucción, ocupación y dirección domiciliaria. b) Algunos datos referidos a pérdidas de la infancia y adolescencia. c) Datos referentes a embarazos anteriores: Partos anteriores, número de hijos y complicaciones. d) Datos referentes al embarazo actual: Semana de gestación, embarazo planificado, cuadro clínico, diagnóstico y procedimiento. e) Manifestaciones psicobiológicas por la actual pérdida: Cognitivas, fisiológicas y conductuales.

3.1.2.2 Test de depresión de Hamilton

Es un instrumento para el estudio y efectúa screening de la depresión; idóneo para la evaluación de las formas graves de depresión. Consta de 17 ítems que proporcionan información referente a la ansiedad, melancolía, sueño y vitalidad, que pueden ser evaluados independientemente; esta escala es heteroaplicada, valorado de acuerdo al criterio clínico, más no a la subjetividad del paciente.

Los criterios de evaluación se dividen en tres partes. a) No posee depresión porcentajes de 0 a 7 puntos. b) Depresión leve equivalente a 8 a 14 puntos. c) Depresión

moderada a grave igual a 15 puntos o mayor, dando cuenta a la existencia de trastornos depresivos relevantes (Hamilton, 1960).

3.1.2.3 Cuestionario Sf-36 de salud global (short-form)

Es una herramienta que puede ser autoaplicable, desarrollada por *Medical Outcomes Study* (MOS) al principio de los noventa. Consta de 36 ítems que sirven para detectar estados tanto positivos como negativos de la salud. Se divide en 8 escalas: funcionalidad física, rol físico, dolor corporal, salud física general, vitalidad, funcionalidad social, rol emocional y salud mental general; las cuatro primeras escalas dan cuenta de la salud física y cuatro siguientes escalas corresponden a la salud mental del sujeto. Los criterios de evaluación según *Rand Group* corresponden a 2 estimaciones que apuntan a la calidad de vida del sujeto, en una escala de 0 (peor estado de salud) al 100 (mejor estado de salud) (Ware, 2000).

3.1.3 Procedimiento para la indagación de la información

Los pasos que se siguieron en la investigación fueron:

- a. Encuadre y Rapport con la paciente para la posterior realización de la entrevista semiestructurada.
- b. Aplicación de test de depresión de Hamilton y el cuestionario SF-36 de salud global.
- c. Sistematización de los datos proporcionados en la entrevista semiestructurada, el test de Hamilton y el cuestionario SF-36 de salud global, a través de una matriz general donde se ingresaron todos los datos obtenidos.
- d. Conclusiones sobre los datos sistematizados.
- e. Recomendaciones propicias para los casos en general.

3.2 Análisis de los resultados obtenidos

A continuación se exhiben los casos clínicos obtenidos en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés”, de las madres con hijos mortinatos que formaron parte de este estudio. Primero, se presenta el estudio de caso por caso; seguido de un análisis global de los mismos, con la información adquirida por la entrevista semiestructurada, el test de depresión de Hamilton y el cuestionario SF-36 de salud global; y, la utilización de tablas y gráficos de contenidos sobre los resultados respectivos.

3.2.1 Análisis de caso por caso

3.2.1.1 Paciente A

Paciente de 22 años de edad, soltera, ama de casa. Ingresó al Hospital General “Dr. Enrique Garcés” (HEG) transferida del subcentro de salud de Carapungo, por presentar dolor abdominal y aparentes contracciones, al realizarse una evaluación fetal no se encontró latidos cardíacos (LCR) del producto masculino de 34 semanas de gestación, presentando un óbito fetal por preeclampsia más síndrome de *Hellp* incompleto, registrado como caso anomaló, sin embargo pese a su complicación se realizó un procedimiento normal y a partir de esta intervención ginecológica, la paciente permaneció 24 horas en la unidad de cuidados intensivos (UCI) por presentar una falla renal aguda e hipertensión.

Cuando se realizó el primer acercamiento, la paciente A se mostraba aparentemente tranquila, en estado de crisis emocional; mencionaba que se siente sola y que quería apartarse de la gente que la rodeaba y sobretodo de los bebés, ya que el llanto de los niños le provocaba insomnio y pesadillas acerca de su hijo muerto, es decir que presentaba una hipersensibilidad al ruido y cansancio.

De la información obtenida a partir de la entrevista semiestructurada, en cuanto a la pérdida de su hijo, A evidenció llanto fácil y autoreproches en todo su hablar, presentó sentimiento de culpa por lo sucedido, menciona que “Me hubiese podido cuidar mejor para que nada de esto pasará, pero estoy feliz por que tengo la certeza de que muy pronto Dios me dará otro hijo y podre ser madre”; A expresó su penar acerca de la muerte de su hijo

primogénito planificado. A acudía regularmente a los controles prenatales y tenía las cosas básicas para recibir a su hijo. Tuvo poco tiempo para despedirse del bebé, comenta que lo tomó en brazos y le dio la bendición, sabe que algún día volverán a estar juntos, y ahora tiene un ángel que la está protegiendo desde el cielo. Hace una comparación de su dolor actual con la pérdida anterior de su primer hijo, recalcando que la anterior pérdida no fue dolorosa porque no tenía conocimiento del embarazo, perdió el bebé por sufrir una fuerte caída.

En relación a la infancia y adolescencia, A da cuenta de que fueron etapas tranquilas, mantiene buena relación con los miembros del hogar; un aspecto a considerar es que A se situó en un lugar de madre por ser la primera hija, estuvo a cargo de sus hermanos menores, teniendo más responsabilidades que los demás en la casa. En cuanto a situaciones de pérdidas cercanas, A menciona la muerte de su prima de su misma edad, con quien mantenía un lazo estrecho desde la infancia y la muerte de su primo, que aparentemente no fue tan sorprendente para ella, ya que indica que él estaba involucrado en pandillas. Estos dos acontecimientos hicieron que A fuese más fuerte para mantener a la familia estable.

Con el cuestionario de salud global A evidenció que, con respecto a su salud física correspondiente a 63/100; y, a su salud mental correspondiente a 33/100, dan cuenta que sus molestias refieren a complicaciones psíquicas más que físicas; dicha información pudo ser corroborada con el test de Hamilton, debido a que A obtuvo una puntuación final de 23 puntos, revelando que posee una depresión moderada. Lo que ha impedido que A continúe regularmente con las actividades cotidianas.

En síntesis, a partir de la información recopilada por los instrumentos; las manifestaciones psicobiológicas reveladas por A, se manifiestan en tres áreas: a) Área cognitiva: obsesión e ilusión, confusión, pérdida de la realidad y culpabilidad. b) Área fisiológica: llanto fácil, insomnio, pesadillas, cansancio, palpitations, hipersensibilidad al ruido. c) Área conductual: tranquilidad aparente, estado de shock (psicológico/emocional), aislamiento, autoreproches y soledad. Por lo tanto, la paciente A se encuentra en la fase de depresión, anunciado en el Capítulo 1, las etapas de duelo propuestas por Elisabeth Kübler-Ross.

3.2.1.2 *Paciente B*

Paciente de 28 años de edad, soltera, ama de casa. Ingresó al HEG trasferida del subcentro de salud de Solanda, por presentar dolor epigástrico irradiándose a la región lumbar, creyendo que era cálculos vesiculares y crisis hipertensiva de 200/140 Hg, por preeclampsia. Se encontró que el saco uterino estaba acorde a la edad gestacional del producto femenino de 28 semanas sin LCR, ni movimientos fetales y sin control prenatal respectivo por no tener conocimiento del mismo, dando cuenta de un obitofetal. La paciente fue intervenida procedimiento de cesárea por la presencia de crisis hipertensiva.

En el primer acompañamiento, B mostró síntomas de acuerdo a la situación de pérdida como llanto fácil, labilidad emocional, voz quebrantada, faz triste, animo deprimido, entre otras. B aduce que no tenía conocimiento de su embarazo actual. “Si lo hubiese sabido, me hubiese hecho los controles mensuales como en el anterior embarazo”, discurso en el que se evidencia sentimiento de impotencia y culpabilidad. B señala que, al poder ver a su hijo, se dio cuenta que pesaba y media más su primera hija, situación que confunde a la paciente porque no comprende la razón de los hechos. B pudo despedirse de su hija.

En cuanto a la infancia y adolescencia, B mantuvo muy buena relación con los miembros del hogar, a pesar de no crecer con un referente materno, ya que B fue ubicada en esa posición. Un acontecimiento traumático de su infancia fue la muerte de su madre a los 8 años, lo que implicó que se haga cargo del hogar a tan temprana edad. Otro acontecimiento importante que marcó su vida fue la muerte de su padre hace dos años atrás. Al relatar estos sucesos de pérdida, B presentó llanto fácil, acompañado de nostalgia; dando cuenta que son pérdidas que no han sido resueltas. Como menciona Klein en el Capítulo 1. La elaboración de los duelos en la adultez se relaciona con la forma en la que vivenció los duelos en la infancia; por ende, las pérdidas anteriores detendrán el proceso de duelo actual. B se encontraba en fase de negación, ya que no concibe la razón de la situación.

Con respecto al cuestionario de salud global, B obtuvo un resultado de 43/100 en la parte física; y, un 53/100 en la parte psíquica. Puntajes que dan cuenta que B presenta más

malestares corporales que emocionales; sin embargo, este valor emocional refiere a que B tiene complicaciones poco observables. Con la aplicación del test de depresión reveló que B presenta depresión moderada, puntaje total 22.

Concluyendo que, en relación a las manifestaciones psicobiológicas, comprendidas en tres áreas se puede decir que: a) Área cognitiva: B exhibe culpabilidad y sentimiento de impotencia. b) Área fisiológica; llanto fácil, voz quebrada, pesadillas, cansancio, palpitaciones y dificultad al respirar. c) Área conductual; autoreproches, aislamiento y tristeza. Manifestaciones que dan cuenta que, pasado un tiempo, B al igual que A, se encuentra en la fase de depresión.

3.2.1.3 Paciente C

Paciente de 22 años de edad, casada, ama de casa. Ingresó al esta casa de salud transferida de una clínica cercana a su domicilio, tras la ecografía fetal que indicó que el producto masculino de 39 semanas de gestación presentaba una disminución del LCR, el cual era el resultado de una asfixia provocada por la desproporción céfalopelvica, como expuso Williams Obstetricia mencionado en el segundo capítulo; motivo por el cual los doctores intervinieron mediante cesárea.

Al primer acercamiento con la paciente, manifestó estado de negación, como describe Elisabeth Kübler-Ross en el Capítulo 1; acompañado de confusión y pérdida de la realidad. C se encontraba en aparente estado de crisis emocional. Señala que fue planificado y afirma haber asistido a todos los controles prenatales. C expresaba faz indiferente, llanto fácil, irritabilidad, disminución en el apetito, insomnio por el llanto de los recién nacidos y por no tener el entendimiento total de la situación, abierta al dialogo, mantuvo voz quebradiza en ciertos momentos de la entrevista, sobre todo cuando relataba el momento en que vio por primera y última vez a su hijo; asegura que “Se veía como un niño normal, solo parecía que está dormidito”.

En relación a la infancia y adolescencia, C menciona que fueron etapas estables. Creció con su abuela y a los 8 años regresó a vivir con los padres biológicos, suceso que marcó su vida. C proviene de un hogar organizado, mantiene buena relación con todos los

miembros, es la mayor de cuatro hermanos. Hace 5 años, C decide formar su propio hogar, mantiene buena relación con el cónyuge y hace un año atrás planifican tener a su primer hijo.

Con el cuestionario de salud global, C reveló un puntaje de 26/100 en salud física y un 9/100 en salud mental. Puntajes que demuestran que C tienen dificultades significantes en cuanto a la realización de las labores cotidianas por presentar un estado de salud física deplorable acompañada de problemas emocionales directamente por la pérdida. Corroborando a esta información con el test de depresión, C obtuvo un puntaje total de 29 afirmando que estaba con depresión grave.

Con la información adquirida mediante estos instrumentos, se puede concluir que, en relación a las tres áreas principales en las manifestaciones psicobiológicas, C demostró que estaban alteradas por la pérdida de su hijo; revelando síntomas como: a) Área cognitiva, pérdida de la realidad, culpabilidad y confusión. b) Área fisiológica, llanto fácil, voz quebrada, insomnio, falta de apetito y cansancio. c) Área comportamental, irritabilidad, aparente estado de crisis emocional, aislamiento, autoreproches y sentimiento de soledad.

3.2.1.4 Paciente D

Paciente de 20 años de edad, soltera, estudiante. Ingresó a esta casa de salud, por presentar ausencia de movimientos fetales dentro de las últimas 48 horas; embarazo que estuvo acompañado de preeclampsia leve. A la realización de una ecografía fetal, no se encontró LCR, confirmando la muerte del producto femenino de 30 semanas de gestación. Fue sometida a un procedimiento de cesárea por haber transcurrido mucho tiempo desde la muerte fetal; después de la intervención quirúrgica C no pudo ver a su hija, porque el médico tratante indicó que la madre no se encontraba estable (estado de inconciencia).

D manifestó una reacción normal frente a la situación por la que estaba atravesando; caracterizada de labilidad afectiva, tristeza, llanto fácil, faces triste, sentimiento de vacío e impotencia. “Pese a que no planifiqué el embarazo de mi primogénito, ya me hice a la idea de que la iba a tener” indicó con mucha ansiedad y

nerviosismo. D se dio cuenta que su hija había muerto desde el primer momento que no sintió movimientos fetales, hecho por el cual acudió a emergencias. La muerte fetal fue por la preeclampsia leve asintomática que acompañaba el embarazo, terminología que se expuso en el segundo capítulo.

Lo más significativo, en cuanto a la infancia y adolescencia, se conoció que D atravesó por experiencias aparentemente normales, no tuvo muchas complicaciones ni sucesos traumáticos que puedan afectar a su psique. D proviene de un hogar organizado, recibe apoyo emocional y económico por parte de sus padres; mantiene una relación cercana con la madre y la hermana mayor; con el padre prefiere mantener distancia, indica que no tienen buena relación y prefiere evitarlo.

En cuanto al cuestionario de salud global, D alcanzó puntajes mínimos, que refieren a que la paciente tiene complicaciones tanto físicas como psicológicas tras la pérdida de su hija. Los puntajes corresponden a 36/100 en salud física y 21/100 en salud mental. Por lo tanto, el comportamiento de D se explica por el bajo puntaje en estas dos áreas importantes en el funcionamiento integrativo de la paciente, temática estudiada en el Capítulo uno. Igualmente, con el test de depresión de Hamilton fue diagnosticada con depresión grave por obtener un puntaje total de 19.

Para concluir, se puede mencionar que D manifestará síntomas psicobiológicos en las tres áreas principales; demostrando que: a) Área cognitiva presentará sentimiento de vacío e impotencia, culpabilidad y confusión. b) Área fisiológica mostrará llanto fácil, insomnio, cansancio, palpitaciones e hipersensibilidad al ruido. c) Área conductual exteriorizará tristeza, aislamiento, autoreproches y soledad. Síntomas que, como expone Elisabeth Kübler-Ross el Capítulo uno, D se encuentra en la fase de depresión.

3.2.1.5 Paciente E

Paciente de 28 años de edad, casada, madre de dos hijos, empleada doméstica, de procedencia manabita. Ingresó a esta casa de salud transferida del subcentro de salud de Guamaní por presentar un óbito fetal. E refiere que durante el monitoreo prenatal de rutina no se encontró LCR ni movimientos fetales del producto masculino de 29 semanas de

gestación, aparentemente por placenta previa. Fue sometida a cesárea, procedimiento en el cual por haberla administrado anestesia general, no pudo ver a su hijo.

En el primer acercamiento a la paciente, E expresó sintomatología referente a la situación por la que atravesaba, como: faz triste, labilidad emocional, preocupación e irritabilidad. E menciona que le provoca ira las preguntas continuas realizadas en cuento a la pérdida por los médicos e internos a su cargo, “Deberían leer la historia clínica antes de hacer preguntas tontas”. E asegura sentirse impotente por no haber sido medicada a tiempo para la preeclampsia; pese a que la paciente tuvo conocimiento de la misma apartir de la semana 22 de gestación; no fue medicada a tiempo por negligencia médica. E muestra confusión de la situación, no logra asimilar la pérdida, es decir que se encuentra en estado de negación, mencionado con anterioridad. E manifiesta llanto fácil y nerviosismo en todo el relato.

Haciendo referencia a la niñez y adolescencia, E proviene de un hogar disfuncional, refirió haber sido una niña independiente porque a sus 6 años los padres se separaron, quedando ella al pendiente de los hermanos menores, es la tercera de siete hermanos; sin embargo, siempre fue desapegada de los miembros del hogar. Actualmete mantiene contacto únicamente con su hermana mayor. E decide formar su propio hogar a los 13 años de edad, matrimonio del cual tuvo dos hijos, sin embargo por problemas que involucraron agresión física y psicológica decide divorciarse, hace dos años atrás, conocí a su pareja actual, llevan poco tiempo de noviazgo pero planificaron tener un hijo.

Con respecto al cuestionario de salu global, E obtuvo puntuaciones bajas, en cuanto a la salud física obtuvo 13/100 y en la salud mental 17/100, indicando que la paciente presenta dificultades que intervienen con las labores cotidianas, por la presencia de molestias corporales, debido a la cesárea y a la hipertensión. En cuanto a la parte anímica, E exterioriza tristeza y decaimiento porque no puede realizar ningún tipo de actividad para poder distraer su mente; E se siente sola, ya que ningún miembro del hogar pudo visitarla debido a que todos viven en Manabí, por lo que prácticamente la pérdida lo esta afrontando sola. Corroborando a esta información en el test de depresión de Hamilton E obtuvo 23 puntos revelando que posee una depresión severa.

Con la información adquirida se puede concluir que, en relación a las tres áreas principales de las manifestaciones psicobiológicas, E presentará alteraciones como: a) Área cognitiva: culpabilidad y confusión. b) Área fisiológica: llanto fácil, insomnio, cansancio y palpitaciones. c) Área conductual: aislamiento, tristeza, irritabilidad y autoreproches. Deduciendo a que estos síntomas refieren a que E se encuentra en la fase de depresión menciona por Elisabeth Kübler-Ross.

3.2.1.6 Paciente F

Paciente de 19 años de edad, soltera, costurera. Ingresó a este establecimiento transferida del subcentro de Conocoto, en donde a la realización un eco-obstetrico requerido por la paciente, que reflejó obitofetal del producto masculino de 41 semanas de gestación, por motivo de labor de parto irregular, por aplazamiento excesivo del tiempo del embarazo, como se menciona en el Capítulo dos. Pese a esta complicación los médicos optaron por la realización de un procedimiento normal, ya que la paciente no refiere síntomas de hipertensión; posteriormente, la paciente pudo despedirse de su hijo primogénito.

A pocos días de lo sucedido se produjo el primer acercamiento psicológico, remitido por los doctores de especialización a petición directa de la paciente, refiriendo que “No me siento capaz de salir adelante sola de esta situación, necesito ayuda”. A la intervención, F reflejó faz triste, labilidad emocional, aparente estado de crisis emocional, confusión, llanto fácil, culpabilidad acompañada de autoreproches “Sentiá algo dentro de mí, pero nunca pense que el bebé estaba muerto”. F refiere que sintió una disminución del movimiento fetal, hace aproximadamente tres días atrás de lo sucedido y que le sorprendió la presencia de flujo vaginal, lo que correspondía al líquido amniótico. Por dicha razón, F requiere una ecografía fetal. F menciona que “No entiendo por que murió, siempre me realice los controles, creo que hice algo mal”.

Asimismo, F indica que “Estos últimos días ha sido una pesadilla estar en el hospital”, debido a que, como se mencionó con anterioridad, a las pacientes con caso de obitofetal son intervenidas en la misma área que a las otras madres, por lo que el llanto de los recién nacidos perturba a estas usuarias, “No puedo conciliar el sueño y por eso no

tengo ganas de comer”, complicaciones que aplazarón el proceso de mejoramiento para poder ser dada el alta.

En relación a la niñez y la adolescencia, F da cuenta de que proviene de un hogar funcional, mantiene buena relación con todos los miembros, es hija única, siempre ha tenido el apoyo de sus padres; hace un año atrás decide formar su propio hogar, del cual plinifican tener un hijo.

Con respecto a la aplicación del cuestionario de salud global, F obtuvo en el estado de salud física 26/100 y en el mental 6/100, indicando que tiene una condición global de salud física y psíquica deplorable concerniente a la pérdida. Pese a que F fue intervenida por parto vaginal, expresa complicaciones físicas significativas derivadas al estado de ánimo actual; manifiesta dolores sin sentido en el cuerpo, decaimiento y agotamiento físico. Corroborando a esta información, en el test de depresión de Hamilton F alcanzó un resultado de 24 puntos revelando un estado depresivo severo.

Por ende, el análisis de la sintomatología con respecto a las tres divisiones principales de las manifestaciones psicobiológicas, se puede apuntar que F presentó dificultades como: a) Área cognitiva: pérdida de la realidad, culpabilidad y confusión (aún no está consciente que la situación es real). b) Área fisiológica: llanto fácil, insomnio y falta de apetito. c) Área conductual: tristeza, aislamiento, estado de crisis emocional, autoreproches y soledad. Afirmando lo indicado anteriormente, F se encuentra en la fase de depresión, tal como se señala en el Capítulo uno.

3.2.1.7 Paciente G

Paciente de 19 años de edad, soltera, estudiante. Ingresó a esta casa de salud por emergencias debido a que presentó retención placentaria, por parto domiciliario, es decir que la paciente expulsó de forma normal al producto masculino de 22 semanas de gestación, diagnosticada con obitofetal sin causa aparente. Pese a esta complicación fue intervenida normalmente para la expulsión placentaria; después de esta intervención logró ver nuevamente a su hijo, del cual pudo despedirse.

En la primera intervención G expresó sintomatología acorde a la situación de pérdida, como: llanto fácil, confusión, sentimiento de culpa, ansiedad notoria y abierta al dialogo. G menciona que “No sabía que estaba embarazada, siempre tuve mi período normal”, remite que no sintió síntomas usuales de un embarazo. La paciente se siente ansiosa por el futuro, debido a que no sabe si podrá ser madre nuevamente. G muestra sentimiento de impotencia y culpa por no haber hecho lo adecuado antes y durante del embarazo.

En cuanto a la niñez y la adolescencia, G alude que fueron etapas tranquilas, mantiene buena relación con los miembros del hogar, es la primera hija de dos hermanas; tiene más apego y confianza con el padre; mantiene una relación afectiva hace tres años atrás e indica que aún no era tiempo de tener un hijo.

Con lo referente al cuestionario de salud global, G obtuvo 61/100 en la salud física y en la salud mental. Puntajes que indican que se encuentra en un proceso normal de recuperación tanto corporal como psíquico. De acuerdo al test de depresión de Hamilton, G alcanzó un puntaje de 8, la que apunta a una depresión ligera.

Aparentemente G se encuentra estable tanto físico como psicológico, sin embargo, como todas las pacientes expuestas anteriormente, mostró sintomatología referente a las tres divisiones de las manifestaciones psicobiológicas, como: a) Área cognitiva: sentimiento de impotencia y culpa, obsesión e ilusión. b) Área fisiológica: llanto fácil. c) Área conductual: tranquilidad aparente, aislamiento, ansiedad y soledad. Síntomas que dan cuenta de una depresión, tal como se menciona en el Segundo Capítulo.

3.2.2 Análisis general de los casos clínicos

En el presente subcapítulo se exhibe de forma general la recopilación de los datos obtenidos de las madres con hijos mortinatos; tomando en cuenta: a) Al nivel socioeconómico. b) La edad de las madres, para saber la influencia de la misma en los embarazos y las posibles complicaciones. c) Partos anteriores y número de hijos, así

mismo para conocer si existe más predominio de muerte fetales, en las madres primerizas que en las madres con hijos anteriores.

3.2.2.1 Nivel socioeconómico de las madres evaluadas

Dentro de la investigación se tomo en cuenta, como referencia importante a la ocupación de la madre más la información administrada directamente de cada una, para dar cuenta el nivel social de la población con la que se está tratando, ya que se considera que el contexto socioeconómico de cada persona, evidencia la manera de apreciar la realidad, mencionado en el Capítulo uno.

Tabla 1
Madres según su nivel socioeconómico

SUJETOS	OCUPACIÓN	
A	Ama de casa	PENA
B	Ama de casa	PENA
C	Ama de casa	PENA
D	Estudiante	PENA
E	Empleada doméstica	PEA
F	Costurera	PEA
G	Estudiante	PENA

Fuente. Investigación Duelo en madres con mortinatos en el HEG 2015-2016

Con la Tabla 1, la cual indica que la mayoría de las madres evaluadas no poseen un trabajo remunerado por lo tanto corresponden a un nivel socioeconómico bajo.

De la información obtenida en base a la entrevista semiestructurada, se tomo en cuenta los datos pertinentes al nivel académico de las madres, ya que un nivel de estudios superiores permitirá obtener un trabajo mejor remunerado, con el cual se podrá mantener un hogar estable disminuyendo la preocupación por las necesidades básicas.

3.2.2.2 Riesgos en el embarazo según la edad de la madre

En todos los embarazos existe la predisposición a que ocurra algún tipo de inconveniente, sin embargo, en este apartado se consideró importante mencionar la edad de la madre para saber la influencia de la misma en los embarazos y las posibles complicaciones.

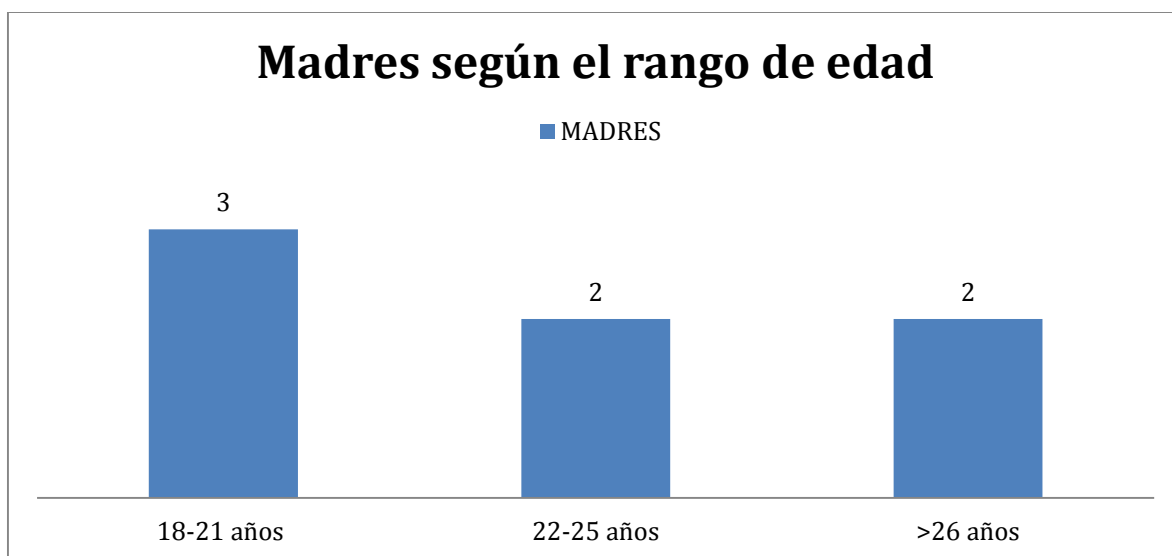


Figura 1 Madres según el rango de edad

Fuente. Investigación Duelo en madres con mortinatos en el HEG 2015-2016

Como muestra la figura 1, las edades maternas se clasificaron en tres rangos, correspondientes a 43% en el primer rango, 28,5% en el segundo y tercer rango. Concluyendo que por el rango establecido de edades, ninguna de las evaluadas podía presentar complicaciones en el embarazo por la edad determinada. Sin embargo, se puede mencionar que por la edad materna fueron asistidas en el área de Obstetricia como madres generales, lo que da cuenta que estuvieron con las madres de neonatos; suceso que se mencionó que interrumpió con el duelo de las evaluadas.

3.2.2.3 Predominio de muerte fetal en madres primerizas

En las muertes fetales, debe existir algún factor predominante para que haya mayor número de mortinatos en madres con características similares, por dicha razón se considera hacer el análisis a las madres primerizas y a las madres con hijos anteriores.

Tabla 2
Madres con hijos anteriores

SUJETO	NÚMERO DE HIJOS
A	0
B	1
C	0
D	0
E	2
F	0
G	0

Fuente. Investigación Duelo en madres con mortinatos en el HEG 2015-2016

Según lo mostrado en la Tabla 2, la mayoría de madres evaluadas no han tenido hijos anteriormente; sin embargo 2 de las 7 madres evaluadas, si han tenido hijos; los cuales oscilan entre uno y dos hijos pertinentemente.

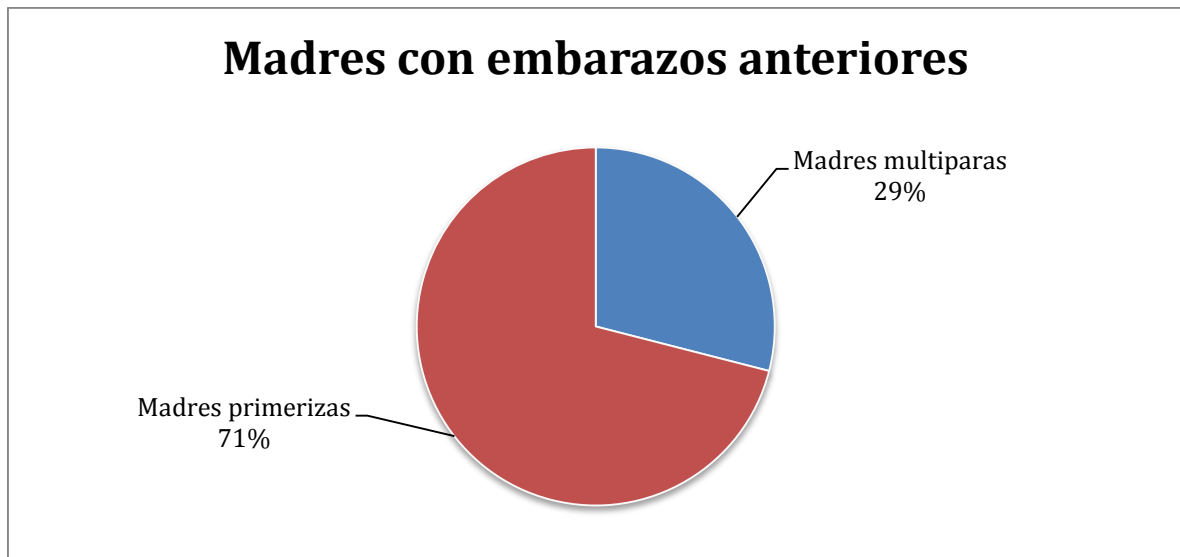


Figura 2 Madres con embarazos anteriores

Fuente. Investigación Duelo en madres con mortinatos en el HEG 2015-2016

Como expone la Figura 2 la mayoría de madres que perdieron a su hijo/hija, correspondientes al 71%, fueron madres primerizas; afirmando, lo mencionado en

etiologías de muertes fetales que podría ser que estas 5 de las 7 madres evaluadas presentaron complicaciones en los embarazos porque al ser madres primerizas no tuvieron un adecuado control durante el embarazo resultado con mortinatos.

3.2.3 Análisis de las manifestaciones psicobiológicas del proceso de duelo

A continuación, se presenta los resultados obtenidos, a partir del análisis de las manifestaciones psicobiológicas reveladas en las madres con hijos mortinatos en el proceso de la elaboración de duelo.

3.2.3.1 Datos recopilados en la entrevista semiestructurada

Según lo estipulado por las madres con hijos mortinatos a partir de la entrevista semiestructurada, en relación a la sintomatología presente en el proceso de duelo, se obtuvo que:

Tabla 3
División en las tres áreas de las manifestaciones psicobiológicas

SUJETOS	ÁREA COGNITIVA	ÁREA FISIOLÓGICA	ÁREA CONDUCTUAL
A	Obsesión e ilusión, Confusión, Pérdida de la realidad y Culpabilidad	Llanto fácil, Insomnio, Pesadillas, Palpitaciones e Hipersensibilidad al ruido	Estado de crisis emocional, Tranquilidad aparente, Aislamiento, Autoreproches y Soledad
B	Culpabilidad y Sentimiento de impotencia	Llanto fácil, Voz quebrada, Pesadillas, Cansancio, Palpitaciones y Dificultad de respirar	Tristeza, Aislamiento y Autoreproches
C	Pérdida de la realidad, Culpabilidad y Confusión	Llanto fácil, Voz quebrada, Falta de apetito y Cansancio	Irritabilidad, Estado de crisis emocional, Aislamiento, Autoreproches y Soledad
D	Sentimiento de vacío e impotencia, Culpabilidad y Confusión	Llanto fácil, Insomnio, Cansancio, Palpitaciones e Hipertensión al ruido	Tristeza, Aislamiento, Autoreproches y Soledad
E	Culpabilidad y Confusión	Llanto fácil, Insomnio, Cansancio y Palpitaciones	Irritabilidad, Tristeza, Aislamiento y Autoreproches
F	Pérdida de la realidad, Culpabilidad y Confusión	Llanto fácil, Insomnio y Falta de apetito	Tristeza, Aislamiento, Autoreproches, Estado de crisis emocional y Soledad
G	Sentimiento de impotencia y culpabilidad, Obsesión e ilusión.	Llanto fácil.	Ansiedad, Aislamiento, Soledad, Aparente tranquilidad y Estado de crisis emocional

Fuente. Investigación Duelo en madres con mortinatos en el HEG 2015-2016

Como muestra la Tabla 3, los síntomas expresados por las madres con hijos mortinatos derivan a que haya una división de las manifestaciones psicobiológicas en las áreas: cognitiva, fisiológica y conductual; para conocer de mejor manera como esta afectando cada síntoma a la madre y dar a conocer cual área es la más perturbada en el proceso de duelo para considerar y saber como manejar a la paciente.

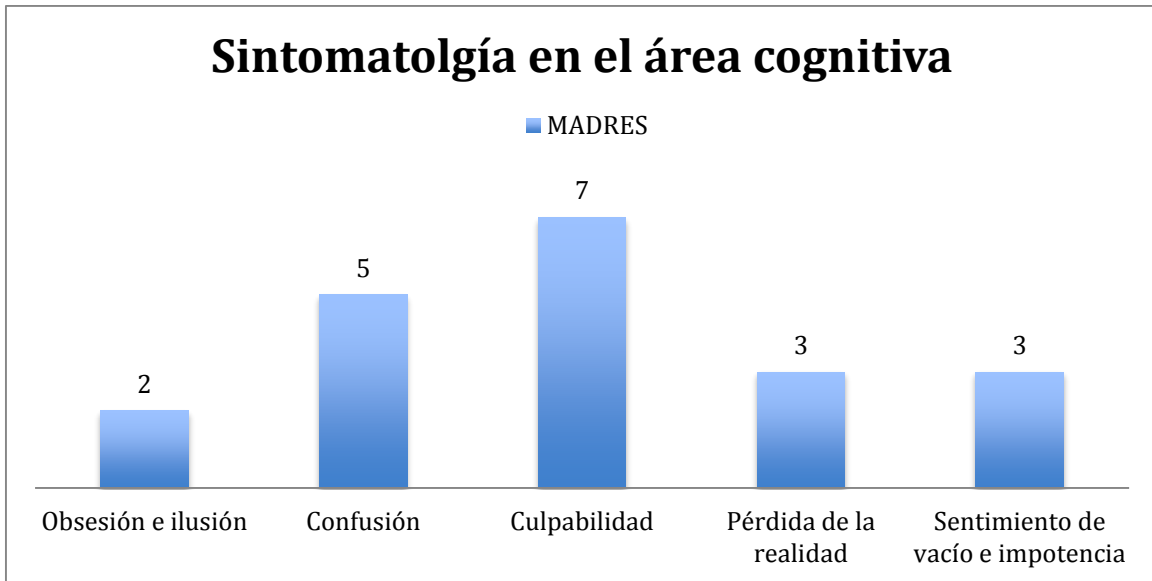


Figura 3 Manifestaciones en el Área Cognitiva

Fuente. Investigación Duelo en madres con mortinatos en el HEG 2015-2016

Como se exhibe en la Figura 3, el síntoma más frecuente en las madres con hijos mortinatos es el sentimiento de culpa, correspondiente al 100% de entre los siete casos como una manifestación normal de este proceso de duelo, indicando que hay una conciencia dolorosa en el sujeto por estar en falta por la pérdida de su hijo/hija. La confusión es el síntoma que ocupa el 25% de las madres evaluadas, debido a que no perciben inmediatamente la realidad de la pérdida que están atravesando; negando la realidad, fantaseado o imaginando lo sucedido.

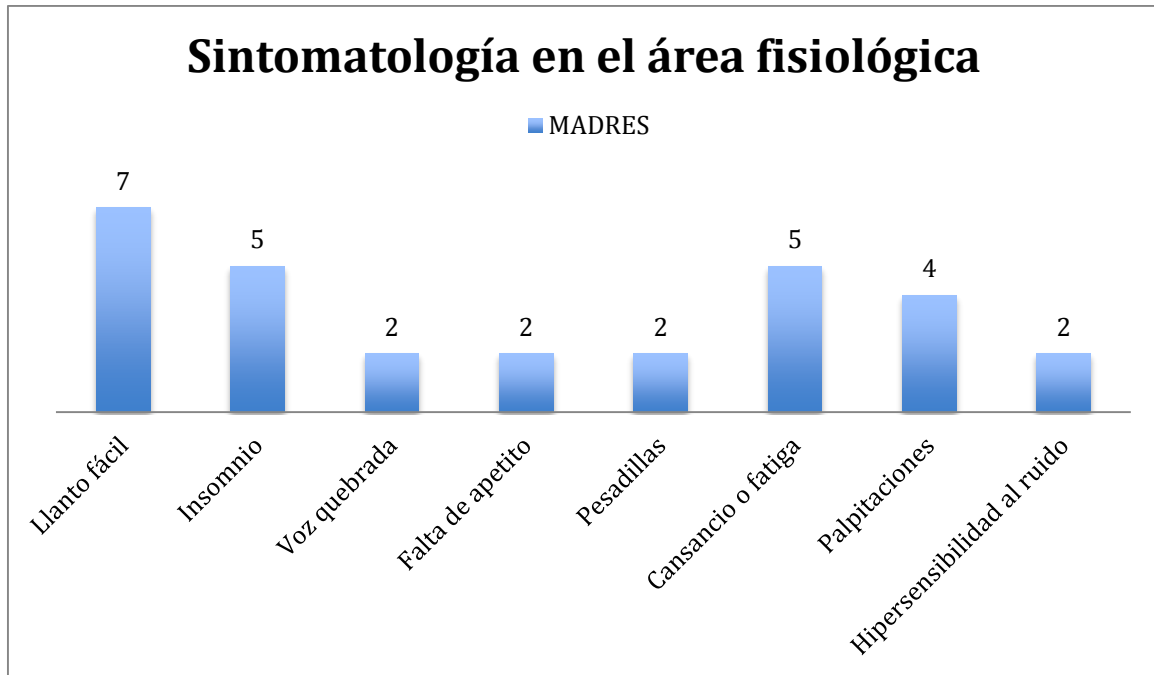


Figura 4 Manifestaciones en el Área Fisiológica

Fuente. Investigación Duelo en madres con mortinatos en el HEG 2015-2016

La Figura 4 muestra que el 100% de las madres evaluadas al momento de relatar la pérdida, presentaban llanto fácil dando cuenta del notable dolor. Los síntomas que secundan a la primera manifestación fueron el insomnio y el cansancio, pertenecientes al 29% respectivamente. Estos dos síntomas podrían estar concatenados indicando que, si el sujeto sufre de insomnio, demostrará cansancio o fatiga al día siguiente.

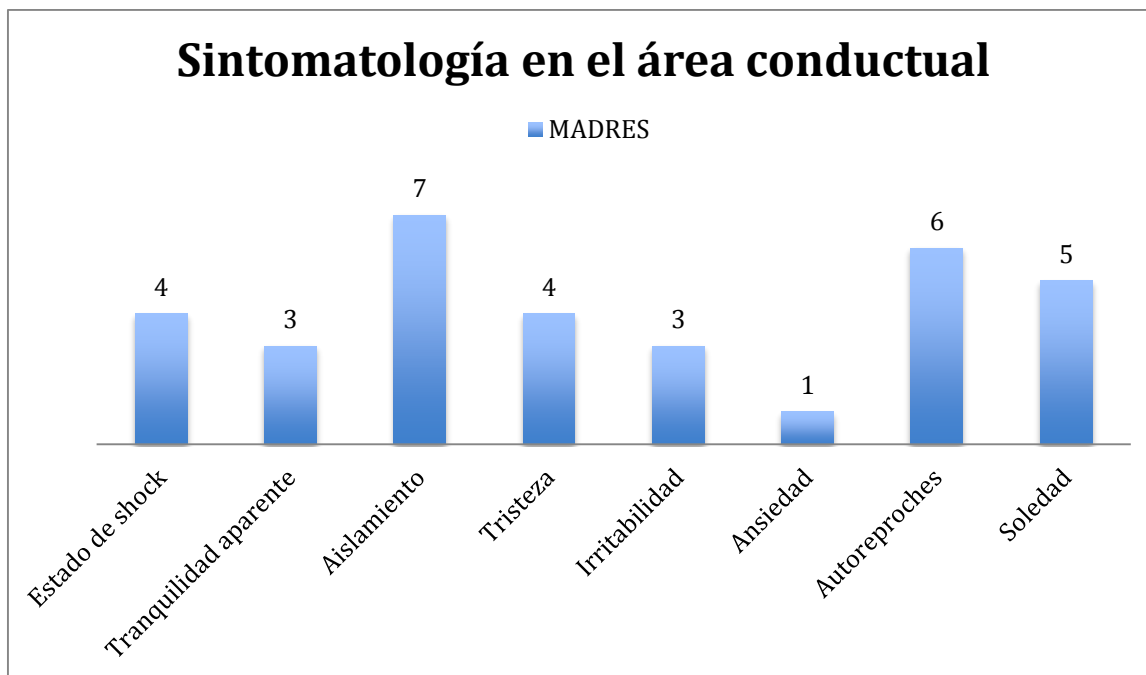


Figura 5 Manifestaciones en el Área Conductual

Fuente. Investigación Duelo en madres con mortinatos en el HEG 2015-2016

Finalmente, en la Figura 5 se muestra que el aislamiento fue el primer síntoma remitido por las evaluadas, ya que mencionaban necesitar su propio espacio porque se encontraban en el mismo piso con las madres de neonatos y esta situación de cierta manera interfería en su pensar. Los autoreproches, correspondiente al 86%, es decir, 6 de las 7 madres evaluadas aseveraban ser las responsables de esta pérdida. En conjunto, toda esta situación dolorosa es causante del sentimiento de soledad en cada madre, representando el 71%, ya que insinúan sentir un vacío en ellas por no contar con la presencia de su hijo/hija.

3.2.3.2 Datos recopilados por la batería de test

Cabe recalcar que la batería de test fue administrada a las madres con hijos mortinatos, posteriormente atravesado un tiempo de la pérdida; por lo que según los resultados obtenidos por el test de depresión de Hamilton y el cuestionario SF-36 de salud global, las madres dan cuenta de:

Tabla 4
Resultados generales del test de Hamilton

ESCALA	INTERPRETACIÓN	SUJETOS							FRECUENCIA TOTAL
		A	B	C	D	E	F	G	
0 – 7	No depresión								0
8 – 14	Depresión leve							8	1
> 15	Depresión moderada a grave	33	22	29	19	23	24		6

Fuente. Investigación Duelo en madres con mortinatos en el HEG 2015-2016

Como se exhibe en la Tabla 4, las madres evaluadas, sin importar el valor obtenido en el test, se encuentran en la cuarta fase del proceso normal del duelo (depresión), explicada por Elisabeth Kübler-Ross, y dan cuenta que transcurrido un tiempo desde este fatal acontecimiento, las madres deben afrontar lo sucedido y lograrían apaciguar el sentimiento de culpa y los autoreproches, aceptando que no fueron responsables de la misma; expresiones normales con las cuales alivian el dolor para la posterior aceptación del suceso.

Tabla 5
Resultados generales del Cuestionario SF-36 short form

SUJETOS	ESCALA			
	Salud Física		Salud Mental	
	> 50 pts.	< 50 pts.	> 50 pts.	< 50 pts.
A	63			33
B		43	53	
C		26		9
D		36		21
E		13		17
F		26		6
G	61		61	
FRECUENCIA TOTAL	2	5	2	5

Fuente. Investigación Duelo en madres con mortinatos en el HEG 2015-2016

La Tabla 5, ostenta que solo 2 de las 7 madres evaluadas presentó valores sobre los 50 puntos, es decir, que podrían estar físicamente estables; sin embargo, 5 de ellas obtuvieron valores bajo los 50 puntos, denotando dificultades al desempeñar las tareas

cotidianas, como anteriormente se conoció en caso por caso. Así mismo, en la salud mental, se encontró que 2 de las madres estaban emocionalmente estables y que 5 se encontraban con bajo estado anímico.

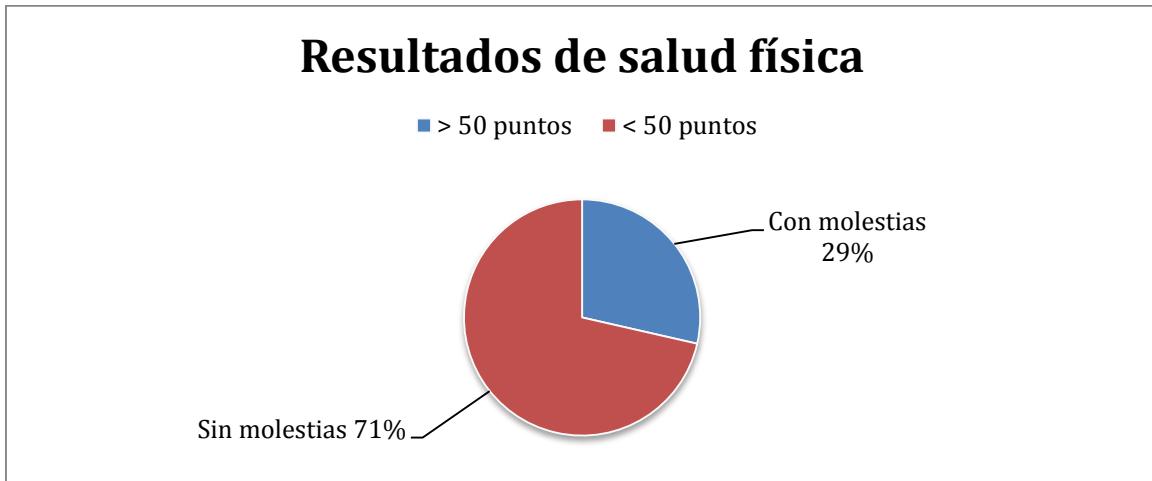


Figura 6 Porcentajes de Salud Física y Mental de las madres evaluadas
Fuente. Investigación Duelo en madres con mortinatos en el HEG 2015-2016

En la Figura 6, se aprecia los valores que corresponden a un 71% de las madres evaluadas remitieron dolores corporales debido a que fueron intervenidas quirúrgicamente en el momento del parto, situación que ha complicado con las labores diarias. Un 29% afirmó no tener mayor molestia corporal, sin embargo, se sentían físicamente agotadas, dando cuenta que su malestar refería a su estado anímico.

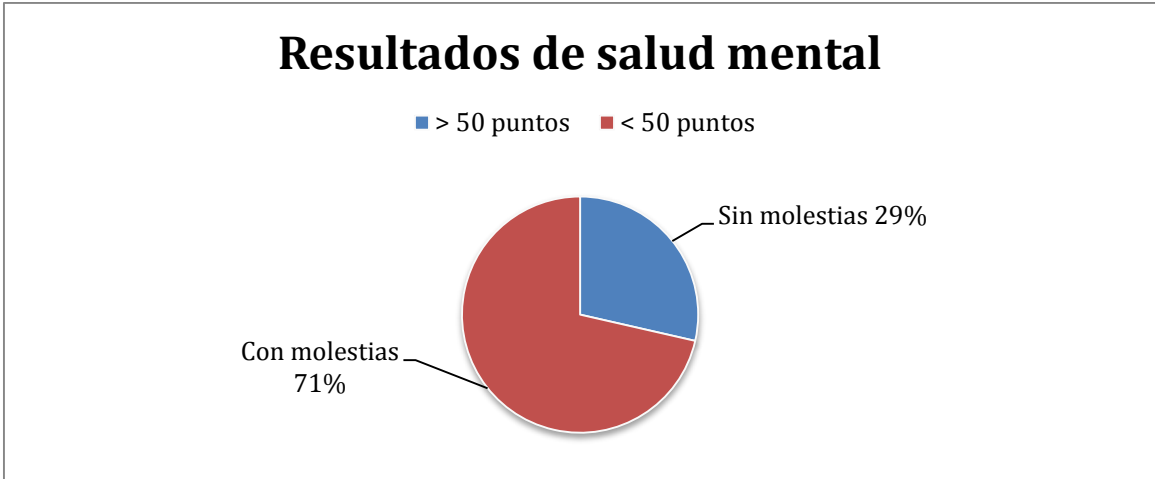


Figura 7 Porcentajes de Salud Física y Mental de las madres evaluadas
 Fuente. Investigación Duelo en madres con mortinatos en el HEG 2015-2016

La Figura 7 ostenta que en la escala de salud mental un 71% de las madres obtuvieron un resultado no favorable, ya que estaban muy afectadas emocionalmente por la pérdida y por no poder realizar cualquier tipo de actividad que les permitiera apaciguar el suceso.

En síntesis con la aplicación de este cuestionario, las madres evaluadas presentaron molestias en el campo físico y psíquico, debido a que por ser sujetos integrales estas dos escalas de salud física y salud mental van estrechamente ligadas.

CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis general de los casos clínicos y a los resultados obtenidos por la información recopilada en toda esta disertación, se concluye que:

1. El sujeto es una unidad psicosomática, entre el sufrimiento psíquico y el sufrimiento físico existe una estrecha relación, ya que se manifiesta externamente las dolencias internas e internamente los malestares externos. Como menciona Dubourdieu (2008).
2. Según la mayoría de síntomas remitidos por las madres con hijos mortinatos, las áreas más afectadas tras la pérdida son la fisiológica y la conductual, lo que concuerda lo mencionado por Neil (1996). El síntoma más notorio fue llanto fácil y aislamiento, respectivamente. Por lo tanto, son expresiones de reconocimiento fácil para el propio sujeto en duelo y los que le rodean.
3. Con respecto al área cognitiva el síntoma más frecuente que se destacó en las madres con hijos mortinatos, fue el sentimiento de culpa (Figura 5), correspondiente al 100% de los casos evaluados, tal como se indica en Chemama (2004) que hay una conciencia dolorosa inconsciente de cada madre de estar en falta. El síntoma consecutivo fue la confusión, debido a que la madre no cae en la realidad de la pérdida que está atravesando, preguntándose acerca de si el hecho fue real o no, manteniéndolo en un supuesto sueño (Tizón, 2013).
4. El sujeto en duelo, vivirá su propio proceso para la elaboración del mismo, según su determinado tiempo psíquico. Como se analizó en caso por caso, cada madre con un hijo mortinato, comenzó el proceso de duelo, posteriormente al darse cuenta que su hijo/hija ya no existirá más, por lo que debían transportar esa libido hacia nuevos objetos; premisa sostenida por Freud (2012).
5. El proceso de duelo, será distinto para cada madre, ya que será determinado de acuerdo a sus vivencias personales, tal como menciona Klein (2003). El estatus socioeconómico de las madres evaluadas demuestran que les resultará dificultoso la

elaboración del duelo, aludiendo que como tienen más preocupaciones en su vida, como: el sustento para sus otros hijos, los problemas familiares/maritales, problemas económicos, entre otros dependiendo de cada caso analizado, dejando de lado el dolor sentido por la pérdida actual y se ocuparán de las demandas que tienen día tras día (Gil, et al., 2008).

6. El HEG brinda atención ambulatoria y no presta servicios específicos para estas madres en duelo, ya que al ser atendidas en las mismas áreas de que las madres con neonatos, dificulta el proceso de duelo, ya que los médicos tratantes proporcionan atención para el bienestar de la persona, sin dejar que la paciente pueda exteriorizar los verdaderos sentimientos hacia el fatal acontecimiento.
7. La muerte fetal por problemas maternos dan cuenta que la mayoría de madres (71%), que perdieron a su hijo son madres primerizas; lo que corrobora la hipótesis planteada por Font, Trias De Bes, 1957 & Greenhill, Friedman, 1977.
8. La muerte fetal intrauterina, se produce más en el género masculino (71%) que en el género femenino; suceso explicado por innumerables investigaciones realizadas por la ciencia biológica, que determinan que los hombres desde el momento de la concepción son más frágiles y vulnerables que las mujeres, por ello más fetos masculinos son expulsados que los femeninos y más varones tienen problemas mentales o enfermedades que las mujeres (Diamond, 2004).

RECOMENDACIONES

Finalizado el análisis de los casos clínicos y los resultados de los mismos, se recomienda que:

1. En las instituciones de salud pública, debería existir áreas específicas para las madres con hijos mortinatos, ya que al estar expuestas en las mismas áreas de las madres con neonatos, esta situación podría ser causante de más problemas psíquicos, obstruyendo con el proceso del duelo y el avance de la paciente.
2. Cuando se presenta un embarazo, es la obligación del médico tratante, informar a la madre acerca de la importancia de los controles prenatales y de las posibles complicaciones que se puedan presentar a lo largo de la etapa gestacional, debido a que el monitoreo fetal ayudará a detectar anomalías en los fetos desde el primer trimestre del embarazo y posteriormente, si se diagnostica alguna complicación como la preeclampsia, ya que es una de las enfermedades más frecuentes, silenciosas y riesgosas, se la podría tratar con anterioridad para guiar el embarazo sin arriesgar la vida de la madre, ni del feto.
3. Como profesionales de la salud deberíamos conocer nuestras limitaciones acerca de los temas con los que estamos tratando, y si no está en nuestras manos, saber remitir a otro profesional apropiado, para que se encargue de los pacientes y no poner en riesgo sus vidas.
4. A las instituciones públicas y privadas hacer un seguimiento terapéutico apropiado a las madres que atravesaron por una pérdida intrauterina, ya que este acontecimiento trae graves repercusiones psíquicas y debe ser tratada inmediatamente; por otro lado, al ser una población vulnerable, necesitarán mayor acompañamiento en el proceso de duelo para que continúen con sus labores cotidianas.
5. En las instituciones que se presenten casos de mortinatos, se realice también un acompañamiento al núcleo familiar, ya que la pérdida no es solo de la madre,

sino de la familia entera porque el mortinato ya tenía un lugar inscrito en esa dinámica, es decir que no solo la madre pierde a un hijo, sino que el lugar de padre queda perdido.

6. Para que la muerte intrauterina no sea tratada solo como un dato estadístico, esta investigación debería ser ampliada en otros hospitales, distintos estatus socioeconómicos, diferentes etnias y en nuevos rangos de edades maternas, para obtener más información de este tema y saber como manejarla; conociendo la realidad ecuatoriana, se podría mejorar el ámbito de la salud pública y privada en el país.

REFERENCIAS

- Barahona, P. (2014). Tipos de investigación. *Clases de Metodología de la investigación Científica*. Quito.
- Bauab de Dreizzen, A. (2001). *Los tiempo del duelo*. Rosario, Argentina: HomoSapiens.
- Botella, J. (1993). *La placenta. Fisiología y Patología*. Madrid, España: Diaz de Santos S.A.
- Bowlby, J. (1998). *El apego*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cabero, L. (2004). *Parto prematuro*. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.
- Cabero, L., Saldivar, D., & Cabrillo, E. (2007). *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Madrid, España: Medica Panamericana S.A.
- Carrera, J., Mallafré, J., & Serra, B. (2006). *Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus* (Vol. 4). Barcelona, España: MASSON S.A.
- Casal, J., & Mateu, E. (2003). *Tipos de muestreo*. (Cre. SA. Universidad Autónoma de Barcelona) Recuperado el 29 de septiembre de 2016, de Tipos de muestreo: [http://www.mat.uson.mx/~ftapia/Lecturas%20Adicionales%20\(C%C3%B3mo%20dise%C3%B1ar%20una%20encuesta\)/TiposMuestreo1.pdf](http://www.mat.uson.mx/~ftapia/Lecturas%20Adicionales%20(C%C3%B3mo%20dise%C3%B1ar%20una%20encuesta)/TiposMuestreo1.pdf)
- Ceberio, M. (2013). *El cielo puede esperar*. Madrid, España: Morata.
- Cobeña, J. (2008). *Duelo y Cerebro*. Recuperado el 14 de abril de 2016, de "El mundo sólo tiene interés hacia adelante...", Pierre Teilhard de Chardin: <https://joseantoniocobena.com/2008/08/24/duelo-y-cerebro/>
- Chemama, R. &. (2004). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires , Argentina: Amorrortu.
- Derrida, J. (1998). *Morir- esperarse (en) "los límites de la verdad"*. Barcelona, España: Paidos.

- Diamond, J. (2004). *El síndrome del hombre irritable*. Barcelona, España: Jmat.
- Diccionario de la Lengua Castellana. (2014). *Diccionario de la Lengua Castellana compuesto por la Real Academia Española*. Madrid, España: Cámara de S.M y Real Academia.
- Dubourdieu, M. (2008). *Psicoterapia Integrativa PNIE psiconeuroinmunoendocrinología*. Montevideo, Uruguay: psicolibros.
- Font, D., & Trias De Bes, D. (1957). *Tratado de Obstetricia* (Vol. II). Barcelona, España: SALVAT editores S.A.
- Freud, S. (2012). Duelo y Melancolia. En S. Freud, *Contribución de la historia del movimiento psicoanalítico. Obras Completas* (Vol. XIV, págs. 235-255). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2001). Inhibición, síntoma y angustia. En S. Freud, *Obras completas tomo XX* (Vol. XX, págs. 73-164). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1993). Introducción al narcisismo. En S. Freud, *Obras completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Garasa, D., & et al. (2000). *Diccionario Enciclopédico*. Colombia: Norma S.A.
- García, A. (2010). *El significado de perder un hijo: la construcción discursiva del duelo en padres y madres*. España: Servicios de Publicaciones Universidad de la laguna.
- Gil, B., Bellver, A., & Ballester, R. (2008). *Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento*. (Departamento de la Universidad de Jaume I de Castellón) Recuperado el 26 de Julio de 2016, de Psicooncología: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0808130103A/15522>
- González, G. (2014). *Tesis postgrado: Concepto, significado del acto de morir y consecuencias en el cuidado que expresan las enfermeras de Chihuahua, México*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

- Greenhill, J., & Friedman, E. (1977). *Obstetricia*. México D.F, México: Interamericana S.A.
- Guillen, V., Romero, R., & Oliete, E. (2006). *Manifestaciones del duelo*. (Sociedad Española de Oncología médica) Recuperado el 26 de julio de 2016, de Manifestaciones del duelo: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>
- Hamilton, M. (1960). *A Rating Scale for Depression*. Recuperado el 11 de Julio de 2016, de J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. : <http://jnnp.bmj.com/content/23/1/56>
- Hellman, L., & Pritchard, J. (1973). *Williams Obstetricia*. Mexico D.F, Mexico: Salvat.
- Hernández, F. (2006). *El significado de la muerte*. Recuperado el 30 de 05 de 2016, de Revista digital universitaria: http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf
- Hospital General "Dr. Enrique Garcés". (2015/2016). *Registro General de Partos y Cesáreas*. (L. Flores, Ed.) Quito, Ecuador.
- INEC. (2014). *Anuario de Nacimientos y Defunciones 2014*. Quito, Ecuador.
- Isch, D. (2011). *El proceso de duelo en la madre y sus efectos en el hijo vivo: El caso James Matthew Barrie escritos de Peter Pan*. Quito, Ecuador: Tesis previo titulo de Psicóloga Clínica.
- Jiménez, R. (2013). *Tesis Doctoral: ¿De la muerte (De)negada a la muerte reivindicada? Análisis de la muerte en la sociedad española actual: muerte sufrida, muerte vivida y discursos sobre la muerte*. San Cruz, España: Universidad de Valladolid.
- Johnson, B., & Onwuegbuzie, A. (2004). *Educational Researcher Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come*. (A. E. Association, Productor, & Sage Journals) Recuperado el 29 de Septiembre de 2016, de Mixed

Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come:
<http://edr.sagepub.com/content/33/7/14.short?rss=1&ssource=mfr>

Klein, M. (2003). Amor, culpa y reparación. En M. Klein, *El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos* (Vol. VII). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Kübler-Ross, E. (1972). *Sobre los muertos y los moribundos*. Barcelona, España: Grijalbo.

Lacan, J. (2007). *El seminario X La angustia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Lamagrande, J., & Dominguez, J. (2015). *Herramientas para la elaboración de los duelos en la escuela*. Buenos Aires, Argentina: Dunken.

Laplanche, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Marín, H. (2006). *Muerte, memoria y olvido*. Moncada, España: THÉMATA. Revista de filosofía.

Neil, C. (1996). *Fundamentos de psicología fisiológica*. Naucalpan de Juárez, México: Prentice-hall hispanoamericana S.A.

OMS. (2010). *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)*. Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Red Latinoamericana de reproducción asistida) Recuperado el 30 de 05 de 2016, de http://www.cnrha.msssi.gob.es/bioetica/pdf/Tecnicas_Reproduccion_Assistida_TRA.pdf

Orlandini, A. (2012). *El estrés: Qué es y cómo evitarlo*. México: Fondo de cultura.

Ortiz, F. (2007). *Muerte, morir, inmortalidad*. Mexico DF, Mexico: Penguin Random House.

Rivas, M. (2008). *Procesos cognitivos y aprendizaje significativo*. Madrid, España: Comunidad de Madrid.

- Rosenzweig, M., Breedloves, S. M., & Watson, N. (2005). *Psicobiología. Una introducción a la neurociencia conductual, cognitiva y clínica*. Barcelona, España: Ariel S.A.
- Roudinesco, É. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Tizón, J. (2013). *Pérdida, pena, duelo*. Madrid, España: Herder.
- Tobili, J., Engel, H., Podzun, I., & González, G. (1992). Proteinuria Masiva y Síndrome Hellp. *Medicina*.
- Villavicencio, E. (2015). ¿Ex-siste el objeto a? Duelo "o" melancolía. *abc diario*.
- Ware, J. (2000 de 2000). *SF-36® Health Survey Update*. Recuperado el 11 de Julio de 2016, de SF-36.org: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml#LIT>

ANEXOS

ANEXO 1

ANUARIO DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES DEL INEC



Anexo No. 4.3.1

Población total estimada, natalidad, mortalidad general, mortalidad infantil y mortalidad materna

Periodo 1990 - 2014

Años	Población 1/	Estimación nacimientos 2/	Natalidad		Mortalidad general		Mortalidad infantil**		Mortalidad materna***	
			Numero	Tasa 3/	Numero	Tasa 4/	Numero	Tasa 5/	Numero	Razón 6/
1990	10.149.666	365.272	263.629	25,97	50.217	4,95	7.977	21,84	309	84,59
1991	10.355.598	364.178	265.581	25,65	53.333	5,15	7.452	20,46	320	87,87
1992	10.567.946	363.087	269.896	25,54	53.430	5,06	7.326	20,18	338	93,09
1993	10.786.984	361.999	279.678	25,93	52.453	4,86	7.006	19,35	348	96,13
1994	11.012.925	360.915	277.625	25,21	51.165	4,65	6.125	16,97	241	66,77
1995	11.246.107	359.834	271.340	24,13	50.867	4,52	5.533	15,38	170	47,24
1996	11.486.884	358.756	270.578	23,56	52.300	4,55	5.351	14,92	194	54,08
1997	11.735.391	357.681	271.758	23,16	52.089	4,44	5.463	15,27	162	45,29
1998	11.992.073	356.610	275.955	23,01	54.357	4,53	5.186	14,54	152	42,62
1999	12.257.190	355.541	305.284	24,91	55.921	4,56	5.372	15,11	208	58,50
2000	12.531.210	354.476	296.149	23,63	56.420	4,50	5.480	15,46	232	65,45
2001	12.814.503	353.416	278.170	21,71	55.214	4,31	4.800	13,58	186	52,63
2002	13.093.527	352.357	275.300	21,03	55.549	4,24	4.530	12,86	149	42,29
2003	13.319.575	351.299	262.004	19,67	53.521	4,02	3.985	11,34	138	39,28
2004	13.551.875	350.247	254.362	18,77	54.729	4,04	3.942	11,25	129	36,83
2005	13.721.297	349.199	252.725	18,42	56.825	4,14	3.717	10,64	143	40,95
2006	13.964.606	348.153	278.591	19,95	57.940	4,15	3.715	10,67	135	38,78
2007	14.214.982	347.110	283.984	19,98	58.016	4,08	3.529	10,17	176	50,70
2008	14.472.881	346.070	291.055	20,11	60.023	4,15	3.380	9,77	165	47,68
2009	14.738.472	345.034	298.337	20,24	59.714	4,05	3.279	9,50	208	60,28
2010	15.012.228	343.858	292.375	19,48	61.681	4,11	3.204	9,32	203	59,04
2011	15.266.431	342.154	301.106	19,72	62.304	4,08	3.046	8,90	241	70,44
2012	15.520.973	340.554	297.309 (A)	19,16	63.511	4,09	3.002	8,82	204	59,90
2013	15.774.749	339.060	277.620 (B)	17,60	63.104	4,00	2.928	8,64	155	45,71
2014	16.027.466	337.700	229.476	14,32	62.981	3,93	2.821	8,35	166	49,16

1/ Población estimada a partir de la retroproyección (años 1990 - 2009) y proyección (años 2010 - 2014) en base al censo de población del 2010.

2/ Datos estimados de nacimientos es en base al censo de población 2010

3/ Tasa por 1.000 habitantes.

4/ Tasa por 1.000 habitantes

5/ Tasa por 1.000 nacidos vivos.

6/ Razón por 100.000 nacimientos. Se excluye muertes maternas tardías

(A) Incluye los nacidos vivos en el año 2013 e inscritos en el año 2014.

(B) El dato será ajustado con los nacimientos ocurridos en el año 2014 e inscritos en el año 2015

* La tasa será ajustada con los nacimientos ocurridos en el año 2014 e inscritos en el año 2015

**En el año 2013 la Comisión Especial de Salud Sexual y Reproductiva, resuelve calcular el indicador de mortalidad infantil, utilizando en el denominador la estimación de nacidos vivos

***Con el fin de converger al cálculo internacional de la Razón de muerte materna según (CIE-10, volumen 2, págs. 148-149), mediante Resolución de la Comisión Interinstitucional de Estadísticas de Salud - CIES 001-2014 entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Dirección Nacional de Registro Civil, Identificación y Cedulación, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo e Instituto Nacional de Estadística y Censos, se homologa el cálculo del indicador de muerte materna considerando a las muertes maternas que ocurrieron en el periodo del embarazo, parto o posparto, hasta los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo.

Fuente: Base de datos de nacimientos y defunciones 2014

Serie 1.3.1

Número de muertes fetales a nivel nacional

Periodo 1997 - 2014

Años	Número de defunciones fetales ^{1/}	Sexo			Número de defunciones fetales tardías ^{2/}	Sexo		
		Hombre	Mujer	Indeterminado		Hombre	Mujer	Indeterminado
1997	2.815	1.557	1.258	-	-	-	-	-
1998	2.792	1.589	1.203	-	-	-	-	-
1999	3.173	1.815	1.358	-	-	-	-	-
2000	2.824	1.587	1.237	-	-	-	-	-
2001	1.507	833	674	-	-	-	-	-
2002	2.685	1.487	1.198	-	-	-	-	-
2003	2.298	1.238	1.060	-	-	-	-	-
2004	2.098	1.144	954	-	-	-	-	-
2005	1.972	1.105	867	-	-	-	-	-
2006	2.248	1.265	983	-	-	-	-	-
2007	2.151	1.195	956	-	-	-	-	-
2008	2.006	1.135	871	-	-	-	-	-
2009	1.916	1.028	888	-	-	-	-	-
2010	1.815	998	817	-	-	-	-	-
2011	1.672	968	704	-	-	-	-	-
2012	1.717	952	765	-	-	-	-	-
2013	1.643	924	719	-	16	9	7	-
2014	1.613	891	711	11	-	-	-	-

1/ Corresponde a los datos de defunciones fetales oportunas, ya que la información de defunciones fetales tardías no tiene un peso significativo respecto al total; además la serie se ve truncada por la disponibilidad de los datos, mismos que se empezaron a recabar desde el año 2014.

2/ A partir del año 2014 se registran las defunciones fetales tardías, entendiéndose a aquellas que ocurren en el año de investigación pero que se registran en el año subsiguiente.

Fuente: Bases de datos de defunciones fetales, años 1997-2014.

Serie 1.3.2

Número de muertes fetales según semanas de gestación

Periodo 1997 - 2014

Años	Total ^{1/}	Semanas de gestación																					Ignorado										
		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32		33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
1997	2.815	3	1	4	1	18	2	15	10	65	28	49	38	105	64	84	41	138	55	136	61	173	61	135	102	243	149	277	189	371	66	65	66
1998	2.792	3	1	5	3	14	4	13	11	77	33	65	44	93	57	83	63	129	47	130	57	161	69	106	90	284	145	277	170	370	59	45	84
1999	3.173	2	1	3	0	12	8	15	19	62	41	69	55	118	67	123	58	143	51	151	59	179	75	141	118	277	145	262	246	410	96	76	91
2000	2.824	7	2	0	1	12	6	15	10	67	34	74	63	122	62	92	52	124	60	138	56	174	73	116	105	228	162	294	190	340	49	37	59
2001	1.507	4	0	1	1	8	0	3	6	39	23	56	42	73	45	69	39	71	28	91	34	93	35	57	47	128	77	125	118	130	20	17	27
2002	2.685	4	0	3	2	9	10	10	9	67	52	94	62	122	49	98	69	106	65	132	58	140	83	93	106	189	137	240	237	299	53	48	39
2003	2.298	5	3	2	2	9	3	11	5	53	36	81	61	84	68	74	43	126	55	108	47	125	63	101	106	175	111	234	142	227	63	41	34
2004	2.098	7	0	2	1	12	12	15	10	68	39	74	64	89	79	67	53	98	32	91	46	96	52	114	80	149	125	199	169	193	34	28	0
2005	1.972	3	1	2	2	9	9	24	10	71	55	79	50	110	69	68	38	91	48	92	44	94	60	119	66	114	104	188	136	139	45	21	11
2006	2.248	2	2	1	7	8	8	21	15	64	65	121	71	98	72	91	62	115	54	97	47	99	64	95	87	138	148	179	146	160	35	35	41
2007	2.151	3	0	1	1	10	7	15	15	92	56	122	71	109	79	83	42	86	42	101	38	104	55	91	104	134	118	201	130	155	31	34	21
2008	2.006	2	3	6	3	18	4	15	10	71	60	118	79	95	71	60	36	98	53	99	50	99	58	84	105	110	125	131	119	122	36	21	45
2009	1.916	0	0	3	4	9	5	13	12	63	51	91	83	92	52	55	42	77	53	84	41	96	59	102	90	122	111	157	113	134	37	19	46
2010	1.815	6	2	1	3	9	7	18	18	66	59	102	81	104	49	76	55	74	48	85	40	89	55	84	90	103	81	130	105	106	33	10	26
2011	1.672	7	0	1	3	10	10	11	9	58	58	74	67	100	60	67	47	73	43	73	42	86	40	71	75	114	117	117	86	83	28	16	26
2012	1.717	1	0	5	4	12	6	12	22	46	69	81	83	100	73	63	47	80	48	65	52	77	54	71	82	90	112	122	100	78	18	14	30
2013	1.643	2	0	1	5	12	8	24	14	68	52	84	79	80	60	62	52	67	42	58	44	78	57	95	85	77	101	108	75	57	18	12	66
2014	1.613	6	0	7	5	26	14	24	18	71	57	74	102	82	60	55	44	64	33	65	44	77	47	66	70	85	98	102	83	65	26	7	36

^{1/} Se toma en cuenta a las defunciones fetales ocurridas y registradas en el mismo año de investigación (defunciones fetales oportunas)

Fuente: Bases de datos de defunciones fetales, años 1997-2014.

Anexo No. 4.2.16

Defunciones fetales, según regiones y provincias de residencia habitual de la madre
Periodo 2008 - 2014

Región y provincia ^V	2014*	2013	2012	2011	2010	2009	2008
Total	1.613	1.643	1.717	1.672	1.815	1.916	2.006
Región Sierra	795	750	813	770	896	920	973
Azuay	71	42	42	37	65	54	46
Bolívar	23	23	14	4	2	6	5
Cañar	19	20	25	16	17	10	14
Carchi	30	29	31	23	15	25	38
Cotopaxi	46	38	57	63	72	61	74
Chimborazo	42	56	35	35	45	58	70
Imbabura	35	19	23	27	30	24	30
Loja	56	28	40	50	56	37	47
Pichincha	397	385	441	382	455	503	509
Tungurahua	42	41	55	60	64	64	60
Santo Domingo de los Tsáchilas	34	69	50	73	75	78	80
Región costa	761	826	839	857	857	945	983
El Oro	47	50	40	51	40	47	43
Esmeraldas	15	19	26	22	22	20	37
Guayas	528	580	574	590	576	677	673
Los Ríos	70	55	83	92	109	102	132
Manabí	75	95	85	64	73	63	64
Santa Elena	26	27	31	38	37	36	34
Región Amazónica	56	63	63	39	61	48	50
Morona Santiago	9	15	10	10	14	7	8
Napo	7	5	6	6	4	2	5
Pastaza	13	12	14	1	6	1	4
Zamora Chinchipe	11	6	9	4	11	10	5
Sucumbios	6	14	10	13	18	24	15
Orellana	10	11	14	5	8	4	13
Región Insular	1	4	1	6	-	2	-
Galápagos	1	4	1	6	-	2	-
Zonas no delimitadas	-	-	-	-	-	-	-
Exterior	-	-	1	-	1	1	-

1/ Los datos corresponden a la reconstrucción de provincias, de acuerdo a la División Política Administrativa del año 2013

*La información corresponde a las defunciones fetales oportunas; es decir los fallecimientos fetales ocurridos e inscritos en el año de estudio.

Fuente: Bases de datos de defunciones fetales 2008 - 2014

ANEXO 2
ANUARIO DE NACIMIENTO Y DEFUNCIONES HEG

HOSPITAL DR. ENRIQUE GÁRCES						
REGISTRO DE DEFUNCIONES DE MORTINATOS 2015						
NÚMERO	FECHA	HISTORIA C.	M	F	SERVICIO	PROCEDIMIENTO
1	10/01/15	539393		X	G/O	PARTO NORMAL
2	26/01/15	529923	X		G/O	CESÁREA
3	06/02/15	541417		X	G/O	CESÁREA
4	21/02/15	400189	X		G/O	PARTO NORMAL
5	26/02/15	542910			G/O	PARTO NORMAL
6	06/03/15	543432	X		G/O	PARTO NORMAL
7	06/03/15	544008		X	G/O	PARTO NORMAL
8	14/03/15	543812	X		G/O	CESÁREA
9	15/03/15	543849		X	G/O	PARTO NORMAL
10	18/03/15	544407	X		G/O	CESÁREA
11	21/03/15	367063		X	G/O	PARTO NORMAL
12	03/04/15	545494	X		G/O	PARTO NORMAL
13	23/04/15	330850		X	G/O	PARTO NORMAL
14	05/05/15	547621	X		G/O	PARTO NORMAL
15	14/05/15	548220	X		G/O	PARTO NORMAL
16	19/05/15	548536		X	G/O	CESÁREA
17	22/05/15	548683		X	G/O	PARTO NORMAL
18	24/05/15	548767		X	G/O	CESÁREA
19	01/06/15	549281	X		G/O	PARTO NORMAL
20	07/06/15	549672		X	G/O	CESÁREA
21	10/06/15	547755	X		G/O	PARTO NORMAL
22	12/06/15	382126	X		G/O	PARTO NORMAL
23	16/06/15	550240	X		G/O	PARTO NORMAL
24	29/06/15	533684	X		G/O	PARTO NORMAL
25	15/08/15	553505	X		G/O	PARTO NORMAL
26	26/08/15	486407	X		G/O	PARTO NORMAL
27	05/09/15	489050	X		G/O	PARTO NORMAL
28	10/10/15	388891	X		G/O	PARTO NORMAL
29	29/10/15	557746		X	G/O	PARTO NORMAL
30	12/11/15	558367	X		G/O	PARTO NORMAL
31	17/11/15	558408		X	G/O	CESÁREA
32	24/11/15	559072	X		G/O	CESÁREA

HOSPITAL DR. ENRIQUE GÁRCES

REGISTRO DE DEFUNCIONES DE MORTINATOS 2016

NÚMERO	FECHA	HISTORIA C.	M	F	SERVICIO	PROCEDIMIENTO
1	17/01/16	436651		X	G/O	CESÁREA
2	22/01/16	562762	X		G/O	CESÁREA
3	27/01/16	563074	X		G/O	PARTO NORMAL
4	21/02/16	564600	X		G/O	PARTO NORMAL
5	22/02/16	564624	X		G/O	PARTO NORMAL

ANEXO 3 FORMATO ENTREVISTA



GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Preparada por Gabriela Tatiana Monar Monar

Las siguientes preguntas ofrecerán información más profunda acerca la realización de duelos durante etapas tempranas del desarrollo para poder tener un mayor acercamiento de cómo la madre está sobrellevando en la actualidad la situación de pérdida de su hijo/a y que manifestaciones psicobiológicas está presentando.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- Número de historia clínica:
- Edad:
- Fecha de nacimiento:
- Procedencia:
- Residencia:
- Instrucción:
- Estado civil:

ANTECEDENTES PERSONALES

NIÑEZ:

- Háblenos de sus recuerdos en cuanto a su infancia.
Momentos tristes, felices, perdidas, duelos, maltratos, abusos, etc.
- Cambios que atravesó por estos momentos significativos de su vida.

ADOLESCENCIA:

- Variaciones que sufrió por el cambio de la niñez a la adolescencia.
- Vida Sexual
- ¿A qué edad empezó su vida sexual?

GENERALIDADES FAMILIARES:

- Dinámica familiar
- Vínculos afectivos con madre/padre.
- Enfermedades psicológicas/biológicas/físicas importantes en su familia como:
- Depresión, ansiedad, diabetes, hipertensión, entre otras.

- Coméntenos como sobrellevo esta situación.
- ¿Ha perdido algún familiar/amigo cercano a lo largo de su vida?
 - Si su respuesta fue sí, indagar sobre:
 - ¿Qué lazo afectivo mantenía con la persona fallecida?
 - ¿Cómo sobrellevaron esta muerte en familia?
 - ¿Cómo la sobrellevo usted?

EVENTOS TRAUMÁTICOS:

- ¿Cómo han venido afectando a lo largo de su vida?
- ¿Cómo se considera usted ahora en cuanto a las situaciones traumáticas que ha atravesado?

EMBARAZOS ANTERIORES

- ¿Ha tenido embarazos o abortos anteriores?
 - Si su respuesta fue sí, indagar sobre: ¿Qué paso en esa situación específica?
 - Complicaciones en los embarazos: ¿Cómo se sintió en ese momento?, ¿Qué recuerda?, ¿Cómo se siente actualmente?, ¿En que afecto esta situación para su vida?

EMBARAZO ACTUAL/ SITUACIÓN ACTUAL

- Coméntenos acerca de su embarazo:
 - ¿Qué sintió al momento que se entero que estaba embarazada?
 - ¿Fue un embarazo planificado?
 - ¿Cómo reacciono su pareja y familia?
- Puede en una escala de 0 al 10, siendo 10 el máximo dolor y 0 el mínimo dolor en cuento a esta pérdida, señalar en donde se encuentra usted, y el ¿Por qué?.
- ¿Cómo se siente?
- ¿Qué siente, en su cuerpo, o internamente?
- ¿Cómo reaccionó usted con esta noticia?
- ¿Cómo ha visto que va a afectar esta situación a su vida?
 - Para sus decisiones futuras en cuento al ser madre.

ANEXO 4

TEST DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

1

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión
(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

2

11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>

ANEXO 5

CUESTIONARIO SF-36 DE SALUD GLOBAL

13.1. Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

1

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:
- | | |
|-----------|---|
| Excelente | 1 |
| Muy buena | 2 |
| Buena | 3 |
| Regular | 4 |
| Mala | 5 |

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
- | | |
|-----------------------------------|---|
| Mucho mejor ahora que hace un año | 1 |
| Algo mejor ahora que hace un año | 2 |
| Más o menos igual que hace un año | 3 |
| Algo peor ahora que hace un año | 4 |
| Mucho peor ahora que hace un año | 5 |

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

<i>Actividades</i>	<i>Sí, me limita mucho</i>	<i>Sí, me limita un poco</i>	<i>No me limita</i>
a. <i>Esfuerzos intensos</i> (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. <i>Esfuerzos moderados</i> (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir <i>varios</i> pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir <i>un solo</i> piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar <i>1 km o más</i>	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar <i>una sola manzana</i> (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las *4 últimas semanas* ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de su salud física*?

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las *4 últimas semanas* ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de algún problema emocional* (estar triste, deprimido o nervioso)?

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <i>por algún problema emocional</i> ?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, <i>por algún problema emocional</i> ?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, <i>por algún problema emocional</i> ?	1	2

ANEXO 6
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Yo, Dr. Oscar Carranco, con CI: 1000485761 Coordinador de Salud Mental del Hospital General "Dr. Enrique Garcés" autorizo a Gabriela Tatiana Monar Monar, estudiante de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a que pueda acceder a la información pertinente a los casos clínicos por mí designados para la realización de la investigación correspondiente a su tesis de grado de la Carrera de Psicología Clínica .

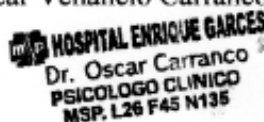
La meta de este estudio es realizar un análisis a las madres con hijos mortinatos, las cuales tras esta pérdida han presentado directamente múltiples alteraciones psicológicas y biológicas manifestándose en los campos cognitivo, conductual, afectivo y corporal, obstaculizando muchas veces en sus labores cotidianas.

En este estudio, se realizará un seguimiento a las usuarias, mínimo de dos meses, con sesiones de media hora, cada semana, en las cuales se tratará de obtener la información relevante hacia el tema de investigación, guiadas a través de una entrevista semi-estructurada; y, al mes, se aplicará el test de depresión de Hamilton y el cuestionario Sf-36 sobre el estado de salud.

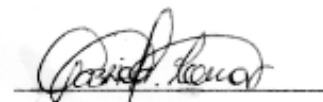
La participación de este seguimiento es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será totalmente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los propuestos en esta investigación. Las respuestas de la entrevista y los test serán codificadas, para permanecer en el anonimato.


Atentamente;

1000485761
Dr. Oscar Venancio Carranco Herrera
CI:


HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS
Dr. Oscar Carranco
PSICOLOGO CLINICO
MSP. L26 F45 N135

Gabriela Monar M.
Nombre de la investigadora


Firma de la investigadora