

**DISEÑO DE HERRAMIENTAS PARA LA INTERVENCIÓN EN PRIMERA
INSTANCIA EN EL DUELO MATERNO**

CAROLINA CABALLERO RAMIREZ

LILIA PIEDAD HERRERA GOMEZ

YOLITA LEPESQUEUR ECHENIQUE

LILIAN VILLANUEVA CARCAMO

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CARTAGENA

2004

**DISEÑO DE HERRAMIENTAS PARA LA INTERVENCIÓN EN PRIMERA
INSTANCIA EN EL DUELO MATERNO**

CAROLINA CABALLERO RAMIREZ

LILIA PIEDAD HERRERA GOMEZ

YOLITA LEPESQUEUR ECHENIQUE

LILIAN VILLANUEVA CARCAMO

ASESORA

LUZ HELENA BUITRAGO

PSICÓLOGA

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CARTAGENA

2004

ACEPTACIÓN

NOTAS DE

JURADO 1

JURADO 2

Artículo 105

La Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar, se reserva el derecho de propiedad intelectual de todos los trabajos de grado aprobados, y no pueden ser explotados comercialmente sin su autorización.

AGRADECIMIENTOS

A Dios porque es el motor que impulsa la consecución de metas en nuestras vidas y bajo su bendición todo culmina en victoria.

A la Dra. Luz Helena Buitrago, nuestra Directora de Tesis, por su gran apoyo, guía entusiasta, paciencia, comprensión y especialmente por su extraordinaria calidad humana en quien reconocemos a una maestra en toda la extensión de la palabra.

A las Dras. Maria del Pilar Herrera y Claudia Gaviria por su colaboración y valiosos aportes como Jueces Temáticos evaluadores de nuestros productos monográficos.

A todas las entidades publicas y privadas que sirvieron de soporte estadístico y teórico para la obtención de datos acerca del estimado de la situación maternoinfantil actual en la ciudad.

GRUPO DUELO MATERNO.

A Dios quien es mi compañero inseparable y mi guía.

A mis padres por su incondicional apoyo y la fortaleza que me dieron para lograr llegar a feliz termino en este trabajo. Mamy, estas líneas se quedarán cortas para agradecerte todo lo que haz hecho de mí.

A Rayner por su amor, compañía y colaboración sin limites. Gracias por haber estado siempre en el lugar y el momento justo cuando lo necesité

A mis compañeras de la monografía por haber permanecido juntas a pesar de todos los inconvenientes vividos en todo este tiempo.

LILIA PIEDAD.

A mis maravillosos padres, quienes me formaron en los valores esenciales de la vida.

A Ana Isabel y Alfredo por ser la pareja que me han apoyado incondicionalmente en todos los momentos importantes de mi vida.

A mi hermana Milena quien siempre ha creído en mí y su presencia me fortalece.

A Dios por ser esa luz que siempre ha iluminado mi camino.

LILIAN KARINA.

A Dios que ilumina cada una de mis decisiones.

A mi madre, quien con amor, paciencia y dedicación ha logrado hacer de mí una persona capaz y con valores.

A mis amigos y amigas por su apoyo en los momentos difíciles.

CAROLINA.

A Dios por ser mi compañero fiel de días y noches, quien me da la calma para sobrellevar momentos difíciles.

A mis padres por ser el cimiento de mi estabilidad emocional a lo largo de mi vida, sin ellos todo hubiera sido más complejo.

Especialmente a mi hermosa mamá quien se desvive con sus atenciones para mí y los míos; quien no cae en reparos para ofrecer lo mejor de si misma y de quien heredé la fortaleza y el amor al trabajo que me han convertido en la mujer y profesional que hoy en día soy.

A mi mani por confiar en mi y permanecer a mi lado apoyándome siempre.

A mi ague porque desde su estado siempre estuvo atenta a todos los sucesos que rodean mi vida y especialmente al desarrollo de este trabajo.

A Alejandro por demostrarme no solo su amor hacia mí sino también su dedicación y deseos de hacerme una mejor mujer. A el le debo la diagramación de este proyecto que le dio estética y embelleció la presentación del mismo.

YOLITA.

Tabla de Contenido

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
JUSTIFICACIÓN	6
I. Duelo.	8
II. Tipos de Duelo de acuerdo a como se vive la muerte.	8
III. Formas de llevar a cabo el Duelo.	9
IV. Etapas del duelo	10
V. Aspectos y características del duelo.	11
VI. Duelo Materno.	13
VII. Causas de la muerte de un feto.	15
VIII. Tipos de duelo en la muerte fetal y sus características.	16
IX. Repercusiones y características del duelo Prenatal.	16
X. Factores que influyen en el proceso de duelo.	17
XI. Objetivos del doliente en el duelo.	18
XII. Papel de los profesionales sanitarios en el proceso de duelo.	19
XIII. Resolución del duelo.	21
XIV. Análisis y Diagnóstico de la situación de duelo en la salud maternoinfantil de la ciudad de Cartagena	23
• Antecedentes.	23
• Causas de Perdidas fetales 2002 - 2003.	24
• Estadísticas de Mortalidad Prenatal.	25
• Existencia del manejo de Duelo en el sector Hospitalario.	28
XV. Objetivos	34
• Objetivo General	
• Objetivos Específicos	
XVI. Método	34
• Diseño	34
• Problema	34

• Sujetos	35
• Instrumentos	35
• Procedimiento	36
RESULTADOS	37
DISCUSION	38
REFERENCIAS	41
ANEXOS	43

Introducción

El duelo materno es una de las problemáticas menos tratadas dentro del contexto hospitalario en la ciudad de Cartagena; este hecho es fuente de preocupación desde el manejo clínico y profesional que debe hacerse a las madres dolientes. En la mayoría de los institutos, el personal sanitario no responde a las demandas emocionales de estas madres ya que no poseen la formación idónea, ni las herramientas para hacerlo.

Es por esta razón que el objetivo de nuestro estudio de investigación va encaminado a manejar en primera instancia el duelo materno. Este tema hace parte de una de las grandes problemáticas de trabajo dentro del área de salud materno infantil en el contexto hospitalario. Lo que lleva al diseño de espacios de ayuda integral para un mejor vivir.

Las dos herramientas diseñadas consisten en: primero un manual de autoayuda creado para el trabajo con las madres y la otra herramienta, un taller para los profesionales de la salud.

Ahora bien, en este trabajo de investigación hablar de duelo materno hace referencia a la pérdida de un bebe desde el vientre de la madre. Cuando un bebe muere durante el periodo prenatal, junto con él recibimos a una pareja de padres con su autoestima fuertemente herida, en tanto se encuentran abruptamente con una realidad muy diferente a la imaginada, y muy diferente también, a la que la maquinaria social ha venido tejiendo en relación a la maternidad. Es por esto que se hace urgente la intervención para esta población (madres dolientes) y paralelo a esta, la intervención formativa e informativa en todo lo relacionado con el manejo del duelo materno (Equipo humano de enfermería).

Antecedentes

El abordaje que desde los antecedentes empíricos se realiza acerca de la problemática de duelo materno y duelo en general nos hace referencia a ciertas investigaciones desarrolladas en el país entre las cuales se destacan los estudios hechos en la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia presentados en El Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud.

Entre las investigaciones más destacadas se encuentran:

1. Estudio descriptivo de los aspectos psicológicos relacionados con la pérdida prenatal en un grupo de pacientes hospitalizadas en el Instituto Materno Infantil de la ciudad de Santa Fe de Bogotá (1993)

Dicho estudio pretendió indagar por medio de una entrevista semiestructurada algunas reacciones psicológicas y otros aspectos que rodean a la paciente hospitalizada que ha perdido su bebé.

El instrumento utilizado fue un cuestionario basado en una búsqueda teórica cuyo objetivo fue recopilar datos sociodemográficos y médicos, lo mismo que informar acerca del estado emocional de la paciente por medio de siete grandes áreas (preguntas), acerca de las cuales se dan pautas de atención y enfoque de la entrevista. Se incluyó un grupo de cuarenta mujeres, correspondientes al 5% de quienes habían sufrido pérdida perinatales. Las pacientes provinieron de diferentes servicios y las edades se encontraron entre los 15 y los 44 años.

Como conclusiones principales se encuentran:1) se presentan reacciones psicológicas diversas, moduladas por varios factores intra y extrahospitalarios, 2) durante la hospitalización es decisiva la importancia de apoyo social, en especial el familiar, 3) en la gran mayoría de los casos, la interacción directa con el cadáver del bebe, así como la intervención de la madre en los ritos fúnebres, resulto ser un elemento de alivio del dolor causado por la muerte del hijo, y 4) la madre necesita información exacta acerca de su futura vida reproductiva.

2. Estudio descriptivo de los aspectos psicológicos relacionados con la pérdida del embarazo en un grupo de pacientes del Instituto Materno Infantil de la ciudad de Santa Fe de Bogota (1994).

En dicho estudio, se dio la aplicación y análisis de la prueba "Cuestionario sobre la pérdida del embarazo" (74 ítems) y "Cuestionario sobre embarazo llevado a término" (68 ítems). Ambas pruebas interrogaron sobre los mismos tópicos, pero cada una de estas adaptada para el tipo de situación particular sobre la que cuestionan (embarazo perdido y embarazo a término).

Se conformaron 2 grupos de 15 pacientes en cada una de las dos situaciones de finalización del embarazo, que fueron atendidas entre Agosto de 1992 y Agosto de 1993.

Se hace un análisis estadístico descriptivo de los resultados y se presentan conclusiones.

Se hace una revisión teórica de tópicos tales como el trauma, los aspectos psicológicos relacionados con el embarazo, el proceso de duelo, los tipos de pérdida del embarazo, la caracterización de sentimientos de pérdida de los padres que experimentan algún tipo de pérdida del embarazo y los factores que intervienen en este proceso de duelo.

3. Perfil psicológico de pacientes con diagnóstico de aborto inducido (1996).

Se realizó un análisis de factores sociodemográficos y psicosociales en pacientes con diagnóstico de aborto inducido y consecuencias sépticas que ingresaron al Instituto Materno Infantil entre mayo de 1995 y febrero de 1996. Este grupo estuvo conformado por 25 mujeres con edades entre 15 y 36 años, con nivel educativo de primaria completa y de secundaria incompleta, nivel socioeconómico bajo y unión libre como estado civil predominante.

Para la evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos: a) Cuestionario de datos generales; b) Cuestionario de ansiedad rasgo estado (STAI), c) Inventario de depresión de Beck; d) Escala de medición de locus de control conductual; e) Inventario de estilos de afrontamiento; f) Lista evaluativa de soporte interpersonal (ISSEL); g)

Escala de actitudes sexuales; h) Escala de actitudes hacia el aborto e i) Million Clinical Multiaxial Inventory - II.

Se realizó un análisis de resultados con estadística descriptiva correlacional, encontrándose las siguientes características: 1) Correlación directamente proporcional entre mujeres que estaban trabajando y aborto inducido; 2) Estados de temor y desesperación al ingreso hospitalario y de culpa al egreso; 3) Altos índices de ansiedad y depresión como reacción a la hospitalización; 4) Alta correlación entre ansiedad estado (STAI) y depresión según el inventario de Beck; 5) Alta correlación entre personalidad y depresión según el inventario de Beck; 6) Tendencias a rasgos de personalidad de agresión-pasividad evitativa y sádico-agresiva; 7) Inadecuado estilo de afrontamiento, centrado en la evitación, la autculpa y la fantasía; 8) Adecuado soporte social; 9) Creencias arraigadas acerca de los roles tradicionales de mujeres y hombres; 10) Inadecuado manejo de anticonceptivos previo al embarazo y 11) Actitud negativa hacia el aborto.

Con base en dichos hallazgos se propone un programa de intervención psicológica cognoscitivo-conductual para pacientes con éste diagnóstico que ingresan al Instituto Materno Infantil y se plantean dos programas alternativos: (a) Prevención de embarazos en adolescentes y (b) entrenamiento en toma de decisiones para mujeres con diagnóstico de embarazo.

Ahora bien, lo anterior fue una muestra de algunas investigaciones que soportan los antecedentes empíricos de la presente monografía; a continuación, presentamos una breve reseña de la persona que desde hace algún tiempo en Colombia ha venido investigando y dedicando sus esfuerzos alrededor del tema de duelo materno y duelo en general lo que conlleva a los antecedentes teóricos de dicha monografía:

Isa Fonnegra de Jaramillo: Nació en Bogotá en 1945. es psicóloga clínica de la Universidad Javeriana, trabaja con pacientes adultos en su practica privada desde 1970. Recibió el Premio Nacional de Psicología en 1991. Es reconocida como pionera de la Tanatología (estudio de la muerte, el morir y el duelo) en Colombia y América Latina.

En 1987 creó la Fundación Omega, que presta cuidados paliativos a pacientes terminales y apoyo psicológico a dolientes.

Es profesora universitaria y miembro de la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, del Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos, del Internacional Work Group on Death, Dying Bereavement y de la asociación colombiana de cuidados paliativos.

Paralelo a los antecedentes empíricos y teóricos, ubiquémonos ahora en el contexto en el que se desarrolla el siguiente trabajo monográfico:

Cartagena de Indias se constituye a nivel de salud como una ciudad en proceso de involución, dadas las constantes fluctuaciones del gremio político, quien es, en primera instancia, el soporte financiero de este campo. El tratamiento hospitalario que se le dá a la comunidad cartagenera se encuentra reducido a la atención en urgencias y a cuidados estrictamente médicos (paliativos y curativos); la dimensión personal de cada paciente a la vez se reduce a un compendio de quejas que necesitan atención mas allá de lo que reciben. (Departamento Administrativo de Salud Distrital, 2002-2003)

El planteamiento anterior evidencia la necesidad de evaluar y replantear lo que se está haciendo en el distrito en cuanto a la atención prenatal y del recién nacido, así como el control de los eventos prevalentes en la infancia. También muestran que la población materna en proceso de duelo por la perdida de un hijo existe y necesita de un manejo profesional.

Paralela a la realidad planteada anteriormente, se encuentra otra también veraz, y esta demuestra que en Cartagena sí existe el personal sanitario para atender la problemática de duelo materno, lo que falta es el bagaje informativo y formativo para dichos profesionales con el cual se prepararan para un tratamiento integral que supla las necesidades emocionales de estas madres.

Todas las investigaciones planteadas anteriormente demuestran que la problemática acerca del duelo materno no es nueva a nivel mundial, pero desde la perspectiva hospitalaria de la ciudad de Cartagena no ha sido estudiada o tenido en cuenta para el mejoramiento de la salud mental de la ciudadanía en general; sin embargo, los esfuerzos por disminuir las muertes prenatales y por ende la cantidad de madres dolientes de la ciudad, se constituyen en el principal factor motivacional para llevar a cabo el presente proyecto.

Justificación

El panorama general en Cartagena arroja deficiencias en cuanto a intervenciones a nivel hospitalario en lo concerniente a salud materno infantil, específicamente relacionado con el proceso de elaboración del duelo materno. En otras palabras, se hace necesario el diseño y la aplicación de herramientas que contribuyan a mejorar los estándares de ejecución en esta materia.

De acuerdo con las deficiencias claramente identificadas en Cartagena respecto a la asistencia primaria en duelo materno y que han sido presentadas previamente en la presente monografía a través de un diagnóstico preliminar del contexto en la ciudad, se concluye entonces la necesidad sentida en el ambiente hospitalario de la intervención en primera instancia de duelo materno a través de distintas herramientas que favorezcan el restablecimiento emocional de las madres dolientes por una parte, y por otra que se asegure la transmisión de información adecuada para el equipo sanitario.

Los anteriores aspectos sustentan la realidad de que este proyecto impulsa el desarrollo de la intervención psicológica dentro del ámbito hospitalario, como estrategia complementaria e integral que conlleva al bienestar físico y mental de los pacientes.

Existen estrategias de intervención basadas en la psicología y la salud mental que han demostrado su efectividad en el manejo de estas problemáticas hospitalarias.

Dicho proyecto plantea entonces dos propuestas de intervención, una a nivel del equipo sanitario y la otra trabajando con las madres dolientes de la ciudad. Como se mencionó antes, esta propuesta resulta como consecuencia de los déficits en cuanto a tratamiento para duelo materno que se presentan en la ciudad de Cartagena, y responde al mismo tiempo a la necesidad de propiciar de una manera pedagógica la formación idónea de estos profesionales en la salud para mejorar el manejo en la intervención en primera instancia de duelo materno en las madres de la ciudad.

El siguiente proyecto también logra a través de la exploración de las diferentes realidades de la ciudad, trabajar conceptos ya planteados y estudiados por otros investigadores, quienes desde ámbitos distintos han abordado el duelo y han ilustrado esta realidad teniendo en cuenta situaciones particulares y proporcionando un giro o sentido distinto al estudio investigativo del duelo materno. Estos conceptos han sido

retomados en trabajos de grado en la ciudad mediante investigaciones de estudiantes la mayoría de tipo descriptivo, pero hasta ahora, ninguno de ellos han trabajado el tema de duelo desde la óptica del duelo materno, sino refiriéndose a cualquier tipo de pérdida sufrida por una persona. Esto convierte esta monografía en un proyecto vanguardista en la ciudad de Cartagena que combina la revisión teórica junto con el diagnóstico en la ciudad acerca de la problemática en cuestión y por último propone herramientas aplicables a contextos reales.

Se considera además, que dicho proyecto es viable ya que la ciudad posee personal calificado para llevar a cabo trabajos que contribuyan al desarrollo de procesos de duelo saludables. El equipo profesional que labora en primera instancia con madres en proceso de duelo, incluye a los psicólogos, los médicos, equipo de enfermería y demás agentes, que de una u otra manera interactúan con ella desde el momento de la pérdida. Todos ellos pueden contribuir en la elaboración del duelo materno, desde su trato cotidiano, es decir, comportándose con ella con tacto, respeto y empatía. Sin embargo, el trabajo terapéutico como tal, es realizado por el psicólogo, quien puede llegar a desarrollar un sinnúmero de herramientas para intervenir en esta problemática.

Duelo

Definiciones de duelo:

El duelo es una reacción emocional que se da frente a una pérdida de cualquier tipo: física, económica, social. Se experimenta ese sentimiento como un modo de "poner distancia" hacia el hecho o suceso que nos afecta; aquel concluye cuando cambiamos y depositamos la carga afectiva en otra persona, animal o cosa diferente a lo que no está. La palabra duelo, sin embargo, nos remite al concepto de la muerte, algo acerca de lo cual las personas adultas no hablan o tienden a ignorar: es un tema que no se toca, es ajeno (Bowlby, 1990). (Citado Fundación Paniamor 2000).

Para Bourgeois, (1996), el duelo se concibe como “la pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida que denomina trabajo o elaboración del duelo. Este autor destaca dos aspectos diferenciales en la reacción de pesar: las consecuencias de la pérdida y las acciones del individuo encaminadas a la adaptación y superación de la misma. Esta definición circunscribe el concepto clásico psicoanalítico, postulado por Freud (1912), en la que el duelo hace referencia a la “pérdida del objeto amado”, incluyéndose como pérdidas objetales, tanto la muerte de un ser querido como la ruptura sentimental o la pérdida de empleo. (Citado por Goldbeter, Merinfeld, 1999).

Tipos de Duelo de acuerdo a como se vive la Muerte

La Fundación Paniamor establece distintos tipos de duelo de acuerdo a como se vive la muerte, como se observa en la tabla 1:

Tabla 1. Tipos de duelo (Fundación Paniamor)

Tipos de Duelo	Características
Duelo ausente o retardado	Se produce una negación de fallecimiento con una esperanza infundada de retorno del finado, padeciendo un intenso cuadro de ansiedad y deteniéndose la evolución del duelo en la primera fase.

Duelo inhibido	Se produce una “anestesia emocional”, con imposibilidad de expresar las manifestaciones de la pérdida.
Duelo prolongado	Con persistencia de la sintomatología depresiva, más allá de los 6-12 meses. El duelo se detiene en la segunda fase.
Duelo no resuelto	Similar al anterior, permaneciendo el paciente “fijado”, en la persona fallecida y en las circunstancias que rodearon su muerte, sin volver a su vida habitual. El duelo se ha detenido entre la segunda y tercera fase.
Duelo Intensificado	Se produce una intensa reacción emocional tanto precoz como mantenida en el tiempo.
Duelo enmascarado	Se manifiesta clínicamente por síntomas somáticos.
Duelo anticipado	El duelo no siempre es consecutivo al fallecimiento. En múltiples casos el carácter previsible de la muerte del ser querido, provoca una reacción emocional anticipada.

Formas de Llevar a Cabo el Duelo

Aunque las formas de respuesta emocional a la muerte, son diferentes según el marco cultural, en los países desarrollados, han surgido nuevas situaciones relevantes como son, las reacciones de aflicción por la muerte de un neonato, las reacciones por el fallecimiento de jóvenes por accidentes de tráfico, los enfermos de SIDA, o patologías como la enfermedad de Alzheimer, que han requerido cuidados prolongados, etc., provocando una progresiva “medicalización” como soporte de la respuesta de adaptación a la pérdida sufrida, ante la crisis de otros dispositivos tradicionales de tipo religioso y cultural en la sociedad occidental. Es igualmente relevante señalar, las complicaciones potenciales que una reacción de duelo anormal, puede provocar, destacando entre ellas el abuso de fármacos, alcohol y drogas, el aislamiento social, la aparición de patologías ansioso-depresivas e incluso el incremento de la mortalidad y suicidio, más común entre viudos y ancianos afligidos. (Macias y Parrado, 2002 citados por contusalud.com).

Crosby y José (1983) se refieren a diversas formas de encarar la realidad de la muerte de un ser querido así como los cambios que se derivan de la misma: a) la rehuida, esta consiste en las personas se refugien en una acción en particular; por ejemplo viajando. b) la obliteración, o la tentativa de borrar hasta la existencia anterior del fallecido, comportándose como si jamás hubiese existido. c) la idolatría, presentando al fallecido como superior a lo que se decía de él cuando estaba en vida: el difunto esta dotado de cualidades sobrehumanas y los sobrevivientes experimentan frente a él sentimientos de vergüenza, duda, culpabilidad y de inferioridad.

MC Goldrick (1991) plantea que para estas personas que han perdido a un ser querido el tiempo se detiene; los miembros de la familia son incapaces de comprometerse en sus relaciones, temiendo que amar nuevamente pueda desembocar en perdidas posteriores. Otros en cambio, intentan llenar el foso abierto por la perdida con nuevas relaciones construidas de manera superficial, para escapar del dolor. Las relaciones se hacen rígidas, la familia puede cerrarse en la incapacidad de establecer lazos de apego con otros. La familia utiliza la negación o escapa hacia actividades frenéticas, las drogas, el alcohol, las fantasías y los mitos. Es posible que se deje de pronunciar el nombre del fallecido, como si la consecuencia de ello fuese la supresión de todo dolor.

Etapas del Duelo

Los autores Rosenblatt y Elde (1990), diferencian las etapas del duelo como se observa en la Tabla 2:

Tabla 2. Etapas del duelo.

PRIMERA ETAPA	Breve periodo de conmoción durante el cual los miembros de la familia están aturdidos e inmovilizados por el dolor y la incredulidad; con frecuencia lloran y se perturban con facilidad. Esta etapa ocurre poco después de la muerte y por lo
---------------	--

	general dura varios días.
SEGUNDA ETAPA	Periodo de intenso sufrimiento durante el cual los individuos muestran síntomas físicos y emocionales de gran perturbación, hay una añoranza dolorosa de la persona muerta, incluyendo recuerdos e imágenes del fallecido, tristeza, insomnio, irritabilidad y desazón. Empieza al poco tiempo de la muerte del familiar y por lo general alcanza un punto máximo en las 2 o 4 semanas posteriores a la muerte.
TERCERA ETAPA	Se observa una recuperación gradual del interés por la vida. Esta etapa está marcada por la reanulación de las actividades ordinarias y el establecimiento de nuevas relaciones con otras personas.

Aspectos y Características del Duelo

Las reacciones al duelo se presentan en 4 niveles: a) física: el duelo es acompañado por una amplia gama de reacciones físicas que pueden incluir insomnio, la falta de apetito o el comer en exceso, las molestias estomacales, diarrea, fatiga, dolores de cabeza, insuficiencia respiratoria, sudoración excesiva y mareos. El estrés provocado por el duelo disminuye la efectividad inmunológica y por ende la resistencia a las infecciones y enfermedades (Norris y Murrell ,1987). b) emocionales: las reacciones emocionales al duelo incluyen la depresión, abatimiento, llanto, conmoción e incredulidad, enojo, ansiedad, irritabilidad, preocupación y pensamiento del fallecimiento, sentimientos de desamparo, dificultad para concentrarse, olvidos, apatía, indecisión y aislamiento o sentimientos de soledad. (Lerea y Limauro, 1982). c) intelectuales: las reacciones intelectuales al duelo incluyen los esfuerzos por explicar y aceptar las causas de la muerte de la persona y en ocasiones de racionalizar o tratar de comprender las razones de la muerte. d) sociológicas: las reacciones sociológicas al duelo incluyen los esfuerzos de la familia

y los amigos para unirse y compartir la experiencia y ofrecerse apoyo y comprensión. La reacción sociológica también incluye los esfuerzos por reorganizar la vida después de la pérdida: los reajustes financieros, la reorientación de los roles familiares y comunitarios, el regreso al trabajo y la reanudación de actividades sociales y comunitarias.

Duelo Materno

Definición

Entendido como la pérdida de un ser querido disfrazada tras la justificación científica del obstetra o del pediatra, tras la fachada de “fue un sabio acto de la naturaleza” o la divina escogencia de un angelito mas. Han tenido que optar, entonces, por guardar (sufrir) su pérdida en silencio y en secreto porque la sociedad no reconoce como una pena valida la muerte de un bebé. (Fonnegra, 1.999).

La magnitud del duelo depende en parte de la dimensión de la pérdida, y para muchas madres un aborto es un bebé, un hijo que murió. Encontramos a una madre sola, desolada y asustada por su pena la cual es una herida persistente aun sin cicatrizar y con ciertas recurrencias vuelve a doler sino ha sido adecuadamente reconocida y tratada. (Fonnegra, 1999).

De todos los sentimientos propios de un duelo por la muerte de un bebé se destacan tres que casi siempre están presentes, no importa las particularidades del caso: rabia, culpa y tristeza acompañadas de una invalidante sensación de fracaso. (Fonnegra, 1999).

El duelo en la madre es diferente ya que su cuerpo vacío, sus senos llenos de leche, el recuerdo vivido de ese ser en su vientre, dejó un rastro. Además a través de todo el proceso se estableció el vínculo afectivo con ese bebé, que precede aún a su concepción, las fantasías del futuro llenan en la vida de la madre un espacio importante. (Fonnegra, 1999)

Se pierde así no solo al bebé real sino al bebé de los sueños, el anhelado, el que me habría de convertir en mamá, un diploma que enorgullece y da sentido a la existencia. (Fonnegra, 1999).

La anterior descripción corresponde al proceso de duelo llevado por una madre que involuntariamente perdió su bebé; caso opuesto se vivencia desde la situación de duelo de una madre que por decisión propia ha querido desafiar los términos mismos de la naturaleza de la vida y tomar la opción de llevar a termino voluntariamente su embarazo.

La decisión de abortar se apoya en una serie de mecanismos psicológicos entre los que destacan: desensibilización, deshumanización, negación, racionalización y represión.

Existe un vínculo madre-hijo biológico y psicológico. El primero es comprobable a través de los cambios hormonales que se dan a partir de la concepción (Ney, 1997 citado por Grupo Aula Medica, 2002); “Apenas luego de la concepción, el óvulo fertilizado se

acomoda en los pliegues del revestimiento del útero. Rápidamente, se desarrolla la placenta. De esta manera, la madre envuelve al bebé y éste se une íntimamente a su madre. A cada segundo madre e hijo monitorean sus respectivas químicas en sangre y emociones. No existe mayor intimidad humana”.

Así mismo, existe un vínculo psicológico, pues lo que sucede en el cuerpo es registrado en la mente. “El cuerpo de la madre se une al bebé y el bebé a la madre. Este hecho físico crea una unión psicológica con los padres, más allá de que el bebé sea o no querido” (Ney, 1997). Aún cuando el vínculo sea menos fuerte en el caso de un hijo no deseado, no hay evidencias de que sea nulo. Los resultados de investigaciones sobre el tema indican un menor grado de relación y afectación madre-hijo pero no su inexistencia. A medida que el embarazo se prolonga en el tiempo, el vínculo se afianza. Al comienzo presenta características de ambivalencia que se van definiendo hacia el final de la gestación, incluso, los movimientos fetales fortalecen el vínculo (Mikhail, 1991; Narita, 1993; Caccia, 1991; citado por Grupo Aula Medica, 2002).

Por otro lado, el grado en que la madre sea consciente de este vínculo con su hijo dependerá de su propia capacidad de sensibilización, resultado de sus vínculos parentales más tempranos.

Tanto la desafectación vincular con respecto al hijo, como la desensibilización de los propios sentimientos e instintos maternos pueden considerarse punto de partida del proceso psicológico subyacente a la decisión y al acto de abortar, pues facilitan el proceso de deshumanización personal, tanto de la propia madre como del hijo por nacer, haciendo factible la terminación biológica y física del embarazo tras la ruptura del vínculo psicológico. (Grupo Aula Medica, 2002).

Una vez tomada la decisión de abortar, se refuerzan mecanismos de negación, racionalización y represión que permiten continuar con el proceso psicológico ya desencadenado. No se trata ahora de un hijo, sino de “un puñado de células” o “un tejido orgánico” del cual es más fácil despojarse. Ello, sumado a la falta de contención de la pareja, la familia o la sociedad, hace posible llevar al acto la decisión tomada. (Grupo Aula Medica, 2002).

A estos mecanismos subyace un proceso psicológico de duelo necesario, ya que en un momento existió un vínculo con el niño por nacer y “eventualmente los padres deberán hacer el duelo de la pérdida que el aborto produjo”. (Grupo Aula Medica, 2002).

Toda separación humana requiere de un duelo. Si no lo elaboran, comenzarán a desarrollar síntomas que surgen de un duelo parcial o patológico. Toda pérdida debe ser elaborada en algún momento; cuanto más ambivalente sea el vínculo, más difícil será su elaboración. La negación no es efectiva por mucho tiempo. Las defensas de aislamiento y distracción no perduran definitivamente” (Ney, 1997) (Citado por Grupo Aula Medica, 2002).

Resulta más fácil resolver el duelo si el niño era “bienvenido” (Ney, 1997) o aceptado, no así cuando era rechazado. Esto cobra importancia frente al aborto, pues a pesar de haber rechazado al niño el vínculo se entabló y es necesario realizar el proceso de duelo correspondiente. “La falta de aceptación del bebé no impide que el vínculo se desarrolle. Debido a que es imposible evitar el vínculo con el bebé no nacido, tampoco es evitable penar la pérdida del bebé cuando muere” (Citado por grupo Aula Medica 2002).

Si el duelo se ve obstaculizado o interferido en su normal desarrollo, se comienza a gestar un proceso de duelo patológico, con síntomas de distrés que con el paso del tiempo se transforman en un cuadro de depresión. (Grupo Aula Medica, 2002)

Causas de la Muerte de un Feto

Algunos autores como Jacobs y Hassold (1980); Simpson (1980); Stovall, L.Mc Cord (1994) citados por Novak (1998) presentaron las siguientes causas: a) accidentes; b) abortos; c) enfermedades de transmisión sexual (ETS); d) infección estreptococos (ruptura prematura de membrana); e) tabaquismo; f) anatomía patológica; f) anomalías placentarias; g) anomalías en el desarrollo del cigoto; h) anomalías cromosómicas (trisomía autosómica); i) edad materna (aborto euploide); j) enfermedades debilitantes crónicas (tuberculosis); k) deficiencia de progesterona; l) deficiencia de nutrición; m) radiaciones; n) alcohol; ñ) incompatibilidad del tipo de sangre (factor RH); o) hipertensión inducida por el embarazo, hipertensión esencial y enfermedad renal crónica; p) diabetes Sacarina; q) Postmadurez, r) desprendimiento prematuro de placenta; s) accidentes del cordón; t) enfermedad hemolítica; u) síndrome de HELLP; v) hipoxia.

Tipos de Duelo en la Muerte Fetal y Características de ese Duelo

Isa Fonnegra de Jaramillo (1999) plantea que la muerte de un hijo durante el periodo de gestación, representa para la madre atravesar por una serie de sentimientos que clasificó de la siguiente manera: a) durante el primer trimestre del embarazo: son comunes debido muchas veces a razones desconocidas e inexploradas por la ciencia y aparentemente no deberían dar lugar a un duelo ni a la inquietante sensación que algunas madres tienen de haber sido traicionadas por su cuerpo, por tanto, estos sentimientos deben permanecer ocultos. La magnitud del duelo depende en parte de la dimensión de la pérdida, y para muchas madres un aborto es un bebé, un hijo que murió; b) durante el segundo trimestre del embarazo: en ocasiones cuando el bebé nace muerto no se le permite a la madre observarlo por temor a su reacción emocional, aunque darle la posibilidad de conocerlo equivale a permitirle validar su fugaz existencia. c) el embarazo alcanza el final de la gestación: usualmente el temor a la muerte del bebé desaparece y florece la ilusión. Sin embargo, problemas de placenta o el cordón umbilical, infecciones o defectos congénitos ocasionan la muerte de muchos bebés, y estos duelos tampoco tienen reconocimiento ni lugar en nuestras sociedades, no se acostumbra a realizar funerales, misas. A pesar de esta masiva negación cultural, para las madres la muerte de su bebé es una verdadera desgracia, una pérdida mayor que da lugar a un duelo y, con frecuencia, a dificultades con la pareja.

Repercusiones y Características del Duelo Prenatal

La literatura internacional sobre las consecuencias psicológicas de la pérdida voluntaria y/o involuntaria en la mujer reconoce la existencia de un conjunto de síntomas post-aborto, reunido bajo el cuadro clínico denominado Síndrome Post-aborto (PAS, Post Abortion Syndrome). (Grupo Aula Medica, 2002).

Los autores que estudiaron este cuadro (Ney, 1989; Speckhard-Rue, 1992; Ney-Wickett, 1993; Cassadei, 1996,) describieron el conjunto de síntomas observables clínicamente. Cassadei demarcó algunos ítems para agrupar los síntomas del PAS. Basándose en esta sistematización, y como resultado de una investigación personal sobre el tema, se reagruparon los síntomas encontrados en diferentes publicaciones respecto del PAS: a) trastornos emocionales/afectivos: baja autoestima, inestabilidad emocional, sentimiento de culpa, angustia, tristeza, desasosiego, ansiedad, sentimiento de fracaso, dolor, pena, depresión; b) trastornos de la comunicación o relacionales: agresividad,

irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, incapacidad para establecer vínculos duraderos y una buena relación interpersonal, ruptura de la relación de la cual surgió el embarazo, rechazo hacia la figura masculina, incapacidad y rechazo del compromiso afectivo; c) trastornos de la alimentación: pérdida del apetito, anorexia, bulimia; d) trastornos neurovegetativos: malestares abdominales, dolores de cabeza, mareos, disrupción del bio-ritmo; e) trastornos en la esfera sexual: pérdida o disminución de la libido o energía sexual, problemas con la propia sexualidad, frigidez; f) trastornos del sueño: insomnio, pesadillas, sueños recurrentes. g) trastornos de tipo obsesivo: ideas recurrentes de muerte, autoreproches, sentimiento de culpa, evasión de estímulos que recuerden el aborto, “visitación” del niño abortado.

Con esta descripción, quedan delimitados los comportamientos y síntomas psicológicos que se manifiestan en una mujer a consecuencia del aborto, más allá de la autonomía y la mucha o poca conciencia que haya tenido al momento de decidir la interrupción de su embarazo. La manifestación de los síntomas descritos, su intensidad y el momento en que surjan, no será exactamente igual en todas las mujeres. Cada persona es única, idéntica, singular e irrepetible, por lo que la manifestación del cuadro clínico variará de acuerdo a su historia personal y a factores que constituyen su personalidad, como: a) número de pérdidas anteriores; b) fortaleza yoica; c) habilidad para racionalizar o negar sentimientos; d) determinación de suprimir y evitar toda intención de otras personas de traer a luz los conflictos relacionados con el aborto; e) estructura de personalidad de base (neurosis, psicosis). (Grupo Aula Medica, 2002)

Factores que Influyen en el Proceso de Duelo

Isa Fonnegra de Jaramillo (1999) menciona los siguientes factores como influyentes en el proceso de duelo que experimenta la madre por la pérdida: a) vínculo afectivo con el ser amado; b) tipo de pérdida (pérdida emocional); c) contexto particular del doliente; d) dimensión de la pérdida; e) excesiva sensibilidad ante la pérdida; f) idealización excesiva de quien murió; g) temores ante la muerte; h) estrategias personales de afrontamiento; i) sentimientos de fracaso; j) proyecto de vida.

Objetivos del Doliente en el Duelo

Wordon (1983) establece cuatro objetivos:

- * Aceptar la realidad de la pérdida, que es el paso más difícil.
- * Dar expresión a los sentimientos, identificarlos y comprenderlos, para así aceptarlos y encontrar cauces apropiados de canalización e integración.
- * Adaptarse a la nueva existencia sin el ser querido.
- * Invertir la energía emotiva en nuevas relaciones.

Papel de los Profesionales Sanitarios en el Proceso de Duelo

El profesional sanitario debe comportarse con los familiares del fallecido con tacto, respeto y empatía. El lenguaje a utilizar debe ser claro, directo y sencillo.

Objetivos de la ayuda al doliente: a) Proporcionar apoyo emocional b) Aliviar el sufrimiento en la primera fase del duelo. c) Facilitar el duelo, al ayudar a expresar sentimientos y aceptar de manera progresiva la realidad. d) Detectar riesgos incipientes y corregirlos en una fase precoz. e) Tratar posibles problemas superpuestos (hipoglucemia en diabéticos, crisis psicóticas).

Valoración: para recoger una base de datos completa que permita un análisis e identificación exactos de los diagnósticos de enfermería adecuados para pacientes que experimentan pérdida y duelo, la enfermera necesita primero reconocer el estado de conocimiento que manifiesta el paciente y familia, los síntomas de duelo, y los factores que influyen en la reacción de pérdida (Kozier, 1996): a) nivel de conciencia; b) síntomas del duelo; c) factores que influyen en la reacción de pérdida; d) significado de la pérdida; e) cultura; f) creencias espirituales; g) roles sexuales; h) estatus socioeconómico.

Diagnostico: muchos de los diagnósticos de enfermería aceptados son aplicables a los pacientes en duelo, dependiendo de la información obtenida en la valoración. Algunos diagnósticos que se pueden aplicar son, Duelo anticipado, Duelo disfuncional, Alteraciones de la adaptabilidad y Aislamiento social (Kozier, 1996).

Planificación: los objetivos del duelo son, ser capaz de recordar el objeto o la persona perdida sin un dolor intenso y ser capaz de volver a dirigir la energía emocional dentro de la propia vida y recuperar la capacidad de amar. Más específicamente el paciente necesita: a) Sentirse libre de vínculos emocionales con la persona difunta. b) Ser capaz de ajustarse al cambio del ambiente. c) Ser capaz de desarrollar nuevas relaciones y renovar las antiguas. d) Sentirse cómodo tanto con los recuerdos positivos como los negativos del difunto (Martocchio, 1985).

Ejecución: Las técnicas más relevantes para las situaciones de pérdida y duelo son escuchar atentamente, el silencio, las preguntas abiertas y cerradas, parafrasear, clarificar, reflejar los sentimientos, y resumir. De menos ayuda para los clientes son las respuestas que dan consejo y evaluación, las que interpretan y analizan, y las que dan un aliento no garantizado (Martocchio, 1985). Para asegurar una comunicación eficaz, la enfermera debe hacer una valoración correcta de lo que es adecuado para el paciente. La comunicación con los pacientes en duelo tiene que ser adecuada al estadio del duelo. Si el paciente está enojado o deprimido afecta a cómo escucha los mensajes y cómo interpreta la enfermera las frases del paciente.

Evaluación: La evaluación de la eficacia de los cuidados de enfermería ante el duelo es difícil debido a la naturaleza a largo plazo de la vida. Los criterios de evaluación se deben basar en las metas establecidas por el paciente y la familia, y no en un modelo arbitrario de éxito (Benoliel, 1985). Una visita a los miembros de la familia tras la pérdida es una actuación de enfermería necesaria no solo para obtener información para la evaluación, sino también para ayudar a la enfermera a penetrar en su propio duelo y continúa preocupación por la familia.

Ahora bien, como se observa en la Tabla 3 Elisabeth Kübler Ross destaca ciertas implicaciones del equipo sanitario a través de los estadios de la agonía de esta manera:

Tabla 3. Implicaciones del personal hospitalario.

Estadios	Implicaciones del Personal Hospitalario
Negación	Apoyar verbalmente al paciente a enfrentarse para su función de protección; y examinar su conducta para asegurar que no comparte el enfrentamiento del paciente.
Enojo	El personal sanitario debe ayudar al paciente a comprender que el enojo es una respuesta normal a los sentimientos de pérdida e incapacidad; evitar el abandono o las represalias con enojo, no responder con enfado; enfrentarse con las necesidades subyacentes a la reacción de enojo; permitir al paciente

	el mayor control posible sobre su vida
Negociación	El personal sanitario debe escuchar atentamente y animar al paciente a hablar para aliviar las culpas y los miedos irracionales. Si es apropiado, ofrecer apoyo espiritual.
Depresión	El personal sanitario debe permitirle al paciente expresar su tristeza, comunicándose no verbalmente sentado tranquilamente sin esperar la conversación, transmitiendo afecto mediante el tacto; ayudar a sus allegados a comprender la importancia de permanecer con el paciente en silencio.
Aceptación	El personal sanitario debe ayudar a la familia y amigos a comprender la disminución de la necesidad de estar con los demás y la necesidad de visitas cortas y tranquilas; animar al paciente a participar tanto como pueda en el programa de tratamiento.

Resolución del Duelo

Isa Fonnegra de Jaramillo (1999) afirma que todo duelo bien elaborado debe llegar a su fin, sin embargo en algunos casos las heridas son tan profundas que no cicatrizan totalmente y, ante determinados estímulos, vuelven a doler una y otra vez, como es frecuente en caso de dolores extremos como la muerte de un hijo. Completar el duelo no significa olvidar a quien murió sino intentar alcanzar el restablecimiento de la misma manera que en el proceso curativo de una enfermedad: en la fase final la cicatriz ya no duele pero tampoco desaparece nunca.

Al hablar de cambio nos referimos a la nueva identidad con que generalmente se descubre el doliente en las etapas ya finales de su duelo, a veces sorprendido consigo mismo al advertir que vuelva a sonreír, cuando hace poco no lo creía posible, que vuelve a sentir la vida y que a través de la tristeza encontró dentro de sí intereses y libertades desconocidos que le abren nuevas opciones de vida.

La reorganización es el resultado final, esperado y alcanzable, cuando tomamos en nuestras propias manos los pedazos de nuestra vida resquebrajada. Lloramos sobre

ellos y aceptamos la pena para después, con viejos recursos y con lo aprendido en esta dolorosa experiencia, emprender la tarea de reconstruir nuestro mundo roto, de llenarlo con otros significados y con un para que diferente al que tenía antes de muerte de ese ser amado.

Reacomodarse a la pérdida es recordar a la persona ya no como presente sino como ausente, es evocarla con cariño y nostalgia pero sin que su recuerdo sea un obstáculo para el crecimiento personal (Fonnegra,1999)

En general, puede decirse que el duelo ha sido resuelto cuando el doliente ha cumplido los citados objetivos. La duración del duelo es siempre variable y dependiente de factores particulares que influyen en la respuesta individual a la pérdida. Los síntomas más intensos del duelo agudo pueden durar entre 6 y 12 meses, pero se conocen procesos que necesitan 3 años y más. Hay aspectos de la pérdida que acompañan al doliente para siempre o del duelo mediato, que se prolongan durante años y a veces hasta su muerte.

El tiempo es terapéutico porque da una perspectiva, ayuda a resituar los hechos, adaptarse al cambio y procesar sentimientos. Sin embargo, que "el tiempo todo lo cura", "sólo se necesita tiempo", "con el tiempo el dolor es menor", sólo es cierto si se toma el duelo como un trabajo, se afronta la pérdida sin negarla inhibirla o posponerla y se atraviesa el dolor sin evitarlo o circunvalarlo. Dos signos concretos de recuperación: Que el doliente pueda hablar y recordar al ser querido con naturalidad tranquilidad, sin llorar. Que haya establecido nuevas relaciones significativas y aceptado los retos de la vida (Jaramillo, 2001).

Análisis y Diagnóstico de la situación de duelo en la salud maternoinfantil de la ciudad de Cartagena

Cartagena de Indias se constituye a nivel de salud como una ciudad en proceso de involución, dadas las constantes fluctuaciones del gremio político, quien es, en primera instancia, el soporte financiero de este campo. El tratamiento hospitalario que se le dá a la comunidad cartagenera se encuentra reducido a la atención en urgencias y a cuidados estrictamente médicos (paliativos y curativos); la dimensión personal de cada paciente a la vez se reduce a un compendio de quejas que necesitan atención mas allá de lo que reciben.

Según el Departamento Administrativo de Salud Distrital (DADIS), durante el año 2002, nacieron en la ciudad de Cartagena 13.686 niños y murieron 660 menores de un año. Lo que dá una tasa de mortalidad infantil de 48.2 x 1000, que es tres veces superior a la nacional (14.2 x 1000). A esta entidad fueron notificadas 163 muertes prenatales, lo que corresponde a una tasa de mortalidad prenatal 11.9 x 1000. (La nación es de 6.8 x 1000). Durante este mismo periodo murieron 711 menores de 5 años, para una tasa de mortalidad en menores de 5 años de 583.0 x 100.000, que casi duplica la tasa nacional (371.3 x 100.000).

Los anteriores indicadores, que entre otras cosas miden la calidad de la atención en salud, evidencian la necesidad de evaluar y replantear lo que se está haciendo en el Distrito en cuanto a la atención prenatal y del recién nacido, así como el control de los eventos prevalentes en la infancia. También muestran que la población materna en proceso de duelo por la pérdida de un hijo existe y necesita de un manejo profesional.

Paralela a la realidad planteada anteriormente, se encuentra otra también veraz, y ésta plantea que en Cartagena si existe el personal sanitario para atender la problemática de duelo materno, lo que falta es el bagaje informativo y formativo para dichos profesionales con el cual se prepararan para un tratamiento integral que supla las necesidades emocionales de estas madres.

En cuanto a cifras y conceptos sobre duelo materno, Cartagena vive un proceso lento y paulatino, que solo con la atención y medios necesarios podrá convertirse en un mejor panorama.

Causas de Pérdidas Fetales 2002- 2003

(Recopilación del reporte de los hospitales, clínicas y centros de atención en salud de la ciudad de Cartagena) (DADIS) (Ver tabla 4)

El Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS), es la entidad encargada de la vigilancia y control de los procedimientos de salud de la ciudad de Cartagena. Dicha entidad posee recopilada la información sobre muertes fetales en los diferentes centros de salud de la ciudad organizadas por año de ocurrencia.

A continuación presentamos las causas de pérdidas fetales a nivel Distrital, a partir de la información suministrada por los diferentes hospitales y centros de salud de la ciudad al DADIS, correspondientes a los años 2002 y 2003.

Tabla 4. Causas de perdidas fetales.

Causas	Numero de muertes	%
Hipoxia intrauterina notada por primera vez antes del inicio del trabajo de parto	132	29.26%
Hipoxia intrauterina	124	27.49%
Feto afectado por complicaciones de la placenta o del cordón umbilical	81	17.96%
Septicemia	72	15.96%
Trastornos relacionados con la duración de la gestación	36	7.98%
Sepsis de recién nacido debido a estafilococos	3	0.66%
Sepsis bacteriana del recién nacido	3	0.66%
TOTAL	451	100%

Estadísticas de Mortalidad Prenatal

(Periodo del 01/01/2003 al 31/08/2003) (Ver tablas 5-6-7-8-9-10)

El siguiente grupo de tablas representa algunas clínicas y hospitales de la ciudad con las cifras de muertes fetales presentadas según los casos tratados en dicho centros, por años de ocurrencia y causas.

Es importante destacar que en este espacio se encuentra una parte de los hospitales de la ciudad, que se han tenido en cuenta por la posibilidad de acceso que se tuvo a cada hospital por separado.

Maternidad Bocagrande

Tabla 5.

Causas	Numero de muertes 2001	Numero de muertes 2002	Numero de muertes 2003
Infecciones materno fetales	3	3	0
Incompetencia cervical	2	0	0
Parto pretermino	5	3	0
Malformación fetal	1	0	0
Ruptura prematura de membrana	0	0	2
Desprendimiento prematureo de placenta	0	0	1

UCI del Caribe (unidad de cuidados intensivos del Caribe)

Tabla 6.

Causas	2001	2002	2003
Ruptura prematura de membrana	2	1	0
Desprendimiento prematuro de placenta	2	1	0
Infecciones materno fetales	3	1	2
Parto pretermino	1	2	0
Incompetencia cervical	0	0	0
Malformación fetal	0	0	0

Maternidad Rafael Calvo

Tabla 7.

Causas	Numero de Muertes
Hipoxia Intrauterina notada por primera vez antes del inicio del trabajo de parto.	96
Insuficiencia respiratoria del recién nacido	11
Sepsis Bacteriana	2
Desprendimiento prematuro de placenta	14
Sepsis debido a estafilococos	1
Aborto no especificado	11
Terminación del embarazo que afecta al feto	8
Recién nacido pretermino	4

Ruptura prematura de membranas	6
Malformación congénita del encéfalo	4
Placenta previa con especificación de que no hubo hemorragia	3
Desprendimiento prematuro de placenta con defectos de coagulación	4
Placenta previa con hemorragia	3
Feto afectado por ruptura prematura de membranas	2
Aborto espontáneo: completo o no especificado, complicado con infección	1
Aborto espontáneo: completo o no especificado, sin complicación.	1
Aborto medico: incompleto, complicado con infección genital y pelviana	2

Clínica La Inmaculada

Tabla 8.

Causas	Numero de muertes
Desprendimiento prematuro de placenta con defecto de la coagulación	1
Hipoxia Intrauterina	1
Hidrocefalo Congénito	1

Clínica de la Mujer

Tabla 9.

Causas	Numero de muertes
Hipoxia Intrauterina notada por primera vez antes del inicio de trabajo de parto.	4
Desprendimiento prematuro de placenta.	2
Feto afectado por placenta previa.	1

Hospital Bocagrande

Tabla 10.

Causas	Numero de muertes
Septicemia	4
Sepsis Bacteriana	2
Parto prematuro	2

Existencia del Manejo del Duelo en la Ciudad de Cartagena

Partamos de la premisa de que Cartagena es una ciudad habitada en su mayoría por personas de estratos 0,1 y 2; estas personas solo hasta hace poco tiempo fueron beneficiadas con la posibilidad de acceder a servicios en salud gratis a través del SISBEN y si este aspecto se correlaciona con la falta de información, lo que resulta es un cuadro en donde la falta de oportunidades ha sido el denominador común para estas personas. Este aspecto es sin duda un predictor sociocultural del índice de mortalidad prenatal que se presenta en las mujeres sobre todo de estos estratos socioeconómicos; déficits en la información de métodos de planificación y de cuidados en general durante el proceso de gestación así como problemas de comunicación con la pareja completan los precipitadores de esta tasa de mortalidad prenatal.

Pero el panorama no se limita solamente a los estratos mas bajos; en la clase media, media alta y alta también se pueden observar los embarazos prematuros y posteriormente los abortos inducidos por estas mujeres que en su afán de guardar las apariencias y el respeto por la sociedad deciden no llevar a termino su embarazo trayendo consigo no solo la muerte de su hijo sino también la muerte de fibras internas en sus almas; esa muerte interna es lo que llamamos duelo, proceso natural que vivencian los seres humanos ante la perdida de un ser querido. Y es precisamente este proceso el que desafortunadamente no se esta trabajando profesionalmente desde la psicología en la ciudad de Cartagena. Después de la muerte del bebe las madres por lo general se retiran de la institución o centro donde fue llevado a cabo el procedimiento que las desprendió de su hijo y posteriormente se dirigen a sus casas a

guardar reposo; ninguna de ellas imagina los momentos de intenso dolor y tristeza que se avecinan, por eso ninguna pide ayuda. Sin embargo aunque pidieran esta ayuda, ningún centro en Cartagena maneja el proceso de elaboración del duelo en estas madres de manera profesional, ni de ninguna manera; simplemente no se trabaja; la labor de los hospitales y centros de atención parece cubrir solo lo orgánico ignorando lo emotivo.

Mas aun, a nivel cultural existe una falta de conciencia colectiva de parte de los organismos especializados en salud materno infantil, al parecer, no se concibe un duelo por la perdida prenatal, como si solamente este proceso se hiciera presente en la medida en que el bebe haya sido visible por su madre o los mismos médicos; de hecho, se cree en el mito de que con la fecundación de un nuevo bebe, el episodio de la perdida anterior queda totalmente borrado de la mente de estas madres.

A continuación exponemos aspectos importantes y de mucho cuidado relacionados con la atención maternoinfantil y duelo materno:

1. El DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas) se encuentra con una base de datos desactualizada en cuanto a temas como muerte fetal y materna en Cartagena. Los datos estadísticos más recientes que poseen son del año 2000 lo cual nos demuestra la incompetencia de parte de estos organismos y el difícil acceso a este tipo de información que no permite realizar una estimación de esta situación en la ciudad y así poder plantear alternativas de intervención en salud materno infantil.
2. En algunos centros y hospitales de la ciudad con frecuencia se omite la información de los bebes que no llegan a nacer, para estas muertes prenatales muchas veces no se realiza registro por aquello de la concepción colectiva de que un niño que no nace es un niño que nunca existió; la ley propone que después de la cuarta semana de gestación el bebe debe ser registrado, así el embarazo no llegue por cualquier motivo a termino.
3. El tema de las muertes prenatales tiene un manejo especialmente prejuicioso, en los hospitales y centros de salud de la ciudad; al hablar

de esto, los profesionales en salud suelen desviar las preguntas que se les hacen con el fin de no tocar directamente el tema de cuantas muertes prenatales ocurren en dichos centros en los cuales trabajan, ya que existe la concepción de que muerte prenatal es igual a aborto.

4. Se noto como muchas de las madres no controlan sus embarazos durante todo el proceso de gestación sino por el contrario solo regresan a donde el medico cuando es el momento de dar a luz. Dichos embarazos no controlados son los predictores mas altos de muerte intrauterina, de ahí que los hospitales y maternidades ofrecen prioridad a las madres cuyos embarazos hayan sido controlados durante todo el proceso de gestación.
5. Las cifras estadísticas anteriormente presentadas constituyen el reflejo de la calidad en atención maternoinfantil en la ciudad, se evidencia la necesidad de evaluar y replantear lo que se esta haciendo ene. Distrito en cuanto a la atención prenatal y del recién nacido, así como el control de los eventos prevalentes en la infancia.
6. Dentro del proceso de investigación acerca del tema se presento el caso de la psicóloga de la UCI del Caribe quien vivencio la perdida prenatal del hijo que esperaba, dicho suceso conlleva a que esta mujer se diera a la tarea de iniciar un programa para trabajar el proceso de elaboración de duelo en las madres que habían sufrido este tipo de perdidas dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos del Caribe (UCI). Dicho programa se encuentra en vía de construcción ya que este tema es poco tratado en la ciudad, y se espera implementarlo en la mayor prontitud.

Las anteriores inferencias resultan de tres fuentes básicamente:

***Observación directa:** A través de la visita a hospitales y maternidades en la ciudad en donde se corroboraron visualmente ciertas hipótesis que se habían planteado antes de la entrada a los mismos; hipótesis relacionadas con las carencias y deficits en Cartagena a nivel de tratamiento de duelo materno y también acerca de las actitudes asumidas por

algunos profesionales en la salud (enfermeros y enfermeras básicamente) con respecto al tema en cuestión.

En ningún momento se observó o se nos dio a conocer algún tipo de programa, o intervención especial diseñada para las madres dolientes que hubiera sido creada y adaptada a las necesidades de dichos institutos; así como tampoco se observó la actitud idónea por y para el trabajo con dichas madres en proceso de duelo.

El pabellón materno infantil, se percibió como uno más dentro de los pabellones de las instituciones, sin ningún tipo de especialidad en su tratamiento al contrario de otros pabellones como el de oncológica en el que el trabajo se muestra bastante fructífero en especial en el tratamiento con niños.

Por otra parte, el aspecto ambiental debe ser tratado con mucho cuidado, ya que se observó que en algunas maternidades, los espacios en donde descansan las madres no poseen ningún tipo de detalles físicos que los haga especiales o acogedores para su estadía.

***Entrevista:** Esta fuente se utilizó a través de un esquema no estructurado de entrevista; hubo tendencia a establecer un diálogo cordial y espontáneo de parte de los interlocutores. A grandes rasgos, se concluyó que los profesionales entrevistados (equipo de enfermería) conocen la problemática del duelo materno pero no la asumen ni la intervienen como tal; La afirmación predominante de parte de estas personas es el cuidado con que la información y el tema en general (muertes fetales) debe tratarse por cuestiones de ética y de seguridad de las instituciones. Fueron casi nulas las intervenciones en la entrevista acerca del tema del tratamiento para estas madres dolientes desde el punto de vista psicológico de parte de los entrevistados.

Se concluye entonces, que en relación con los temas en cuestión tratados en la entrevista (duelo materno, muerte prenatal, existencia de tratamientos psicológicos, actitud en general ante el tema) es bastante pobre el papel que dichos profesionales de la salud realizan en la ciudad de Cartagena; por el contrario, si se evidenció la existencia y puesta en práctica de diferentes técnicas de tratamiento para pacientes oncológicos, hipertensos y diabéticos.

***Análisis de documento:** Se llevó a cabo a través de la revisión y análisis de los documentos facilitados por las diferentes entidades públicas como el DANE (departamento administrativo nacional de estadística) y el DADIS (Departamento Administrativo Distrital

de salud); dichas entidades nos permitieron el acceso a los datos cuantitativos que proporcionaron un panorama general de la situación materno infantil en Cartagena.

De igual manera, se realizaron visitas a la oficina de Archivos de la Maternidad Rafael Calvo, allí se tuvo acceso a documentos que mostraban el estado actual y de algunos años anteriores de dicha maternidad con respecto a las pérdidas fetales ocurridas y las razones que las ocasionaron, dichos datos también fueron proporcionados de forma cuantitativa.

Las anteriores fueron las fuentes en las que se basó la monografía para obtener los datos que sustentan el diagnóstico. Dichos datos direccionan las formas en que se abordó la temática del duelo materno en este diagnóstico, que fueron dos principalmente.

Para el primer abordaje se realizó un estimado de acuerdo al índice de muertes prenatales presentadas en la ciudad que ilustraron el panorama acerca de la cantidad de madres dolientes existentes en Cartagena.

Ahora bien, el segundo abordaje se direcciona hacia el tipo de atención que reciben estas madres en duelo a nivel psicológico y cuál es el equipo profesional que apoya dicha atención. En este caso, el diagnóstico se desprende de los resultados obtenidos a través de la entrevista no estructurada a los profesionales de los diferentes centros de salud de la ciudad y de la observación directa de dichos centros de salud en cuanto a manejo y atención psicológica de pacientes.

Estos dos abordajes presentados acompañados de las fuentes de información utilizadas conllevan a la identificación de las siguientes carencias:

- Carencia de programas de capacitación para los profesionales en salud que proporcionen una visión amplia de la situación actual de duelo materno en la ciudad y como brindar atención
- Carencia de programas de control prenatal especialmente para las personas de bajos recursos.
- Carencia de conciencia ciudadana acerca del papel del psicólogo dentro de las instituciones de salud.
- Carencia de propuestas para mejorar el manejo y atención para madres dolientes en las instituciones y centros de salud de la ciudad.

Se considera entonces, que las expectativas relacionadas con la temática del duelo materno están dirigidas hacia el mejoramiento en algunos o en la totalidad de los déficits presentados, ya sea directamente en el trabajo con las madres dolientes y/o en el trabajo hecho por los profesionales en salud que se encargan de la atención de dichas madres y que normalmente es labor del equipo de enfermería.

Objetivos

Objetivo General:

Contribuir a la construcción y desarrollo de procesos pedagógicos que faciliten el manejo del duelo materno en primera instancia a través de herramientas diseñadas para el personal sanitario y las madres dolientes.

Objetivos Específicos:

- * Facilitar la transmisión de conocimientos de forma pedagógica en cuanto a salud maternoinfantil mediante la utilización de estrategias lúdicas.
- * Propiciar la formación de espacios de salud integral maternoinfantil apoyados en el manejo ético y profesional de la problemática de duelo materno de parte del equipo sanitario.
- * Proporcionar una visión general a la población acerca del panorama actual en la problemática de duelo materno en la ciudad.

Método

Diseño:

Investigación no-experimental, de carácter monográfico con un producto tecnológico elaborado con aplicación a las áreas de la salud y educativa.

Problema:

Tomando como punto de referencia la situación maternoinfantil actual de la ciudad, se ha considerado plantear el interrogante que da sentido a la monografía en términos de carencias y falta de oportunidades de parte de las madres dolientes de poder superar este proceso, así mismo, la urgencia del diseño y desarrollo de herramientas que faciliten los procesos de intervención.

Por lo tanto, según el anterior abordaje, la pregunta de investigación se direcciona a:

¿El contexto maternoinfantil de la ciudad de Cartagena favorece el restablecimiento emocional de las madres dolientes mediante el tratamiento de parte del personal idóneo apoyado en herramientas que garanticen su labor?

Sujetos:

- Profesionales de enfermería
- Madres en duelo en primera instancia

Instrumentos:

* Manual de Autoayuda: (Ver Anexo A)

Este instrumento está dirigido a madres en duelo en primera instancia y tiene por objetivo proporcionar información acerca del duelo o proceso que actualmente vivencian las mamás, y así mismo que ellas lo trabajen de forma dinámica, es decir, que las madres escriban y dibujen utilizando este manual como herramienta de catarsis o desahogo emocional.

Los aspectos que trata dicho manual son: Educativo, Afrontamiento, Proyecto de vida, Redes de apoyo, Manejo de la culpa, Evocación de recuerdos, Reacciones, Atribuciones, Autoestima, Utilización de actividades de dominio-agrado. Cada uno de los anteriores aspectos se desarrollan a través de actividades combinadas con frases de apoyo y conceptos teóricos resultados de la revisión bibliografía hecha por las diseñadoras del manual. Además, el instrumento incluye instrucciones, sugerencias y limitaciones para aprovechar de mejor forma lo que este manual ofrece y esclarecer cualquier tipo de duda acerca de la ejecución del mismo.

Este instrumento debe ser realizado bajo supervisión y apoyo de un psicólogo que proporcione soporte teórico y emocional a lo largo de la consecución del manual.

* Taller de humanización del duelo materno en la práctica médica: (Ver Anexo B)

El presente instrumento ha sido creado con el fin de contribuir a la construcción y desarrollo de comunidades psicosociales saludables, partiendo desde la formación del personal sanitario que trabaja con madres que han perdido su bebé; destacando la importancia del papel de estos profesionales en el proceso de duelo materno.

Para intervenir en forma educativa, formativa y asistencial las situaciones de duelo materno desde la perspectiva del personal sanitario, se ha elaborado dicho taller que pretende humanizar el trabajo de las personas que laboran de alguna forma con una madre en duelo. Es decir, se busca contribuir en el buen trato de las mamás desde los espacios

hospitalarios. Consta de cinco sesiones dirigidas al equipo humano de enfermería que constituye el apoyo médico en las maternidades de la ciudad de Cartagena.

Las sesiones del manual incluyen información sobre duelo a nivel general, duelo materno y la situación de duelo en el contexto materno-infantil de la ciudad de Cartagena. Además de los aspectos necesarios para poder intervenir en crisis en una situación de duelo materno y las habilidades de comunicación necesarias para apoyar a las mamás.

Cada sesión contiene soporte teórico, objetivo de la sesión, materiales, duración de la sesión y actividades; estas últimas, a su vez se encuentran descritas a partir de tres aspectos: objetivo, curso de la actividad y duración.

Procedimiento:

Para la consecución y puesta en práctica del objetivo general de la investigación, se sugieren los siguientes pasos académicos:

1. Revisión teórica y recolección de información sobre duelo materno y muerte prenatal en la ciudad de Cartagena. Esta revisión incluye el análisis de documentos facilitados por las instituciones que manejan la temática.
2. Visitas a centros de salud y maternidades. Estas visitas incluyeron la recolección de información estadística y a partir de ese material se procedió con la elaboración del contexto de la situación de duelo en la salud materno-infantil de la ciudad de Cartagena.
3. Prediseño y diseño de dos herramientas para la intervención de duelo en primera instancia: una herramienta para las madres dolientes (manual de autoayuda) y otra para el personal sanitario (taller), y posterior validación de jueces temáticos.
4. Elaboración de la introducción, antecedentes, justificación y método de la investigación.
5. Discusión de los alcances de las herramientas elaboradas teniendo en cuenta los conceptos emitidos por los jueces temáticos expertos. Discusión y conclusiones generales del trabajo.

Resultados

Los productos de la presente monografía son: Manual de Autoayuda para madres dolientes y Taller de humanización del duelo materno en la práctica médica (Ver Anexo A y Anexo B).

El Manual de Autoayuda para madres dolientes(Ver Anexo A) es una propuesta de carácter monográfico diseñada con el propósito de facilitar y apoyar el proceso de elaboración del duelo materno mediante la utilización de actividades pedagógicas y dinámicas que propicien el restablecimiento emocional de las madres dolientes mejorando los espacios en que se desarrolla la salud maternoinfantil; además trabaja aspectos tales como: a) Educativo, b) Afrontamiento, c) Proyecto de vida, d) Redes de apoyo, e) Manejo de la culpa, f) Evocación de recuerdos, g) Reacciones, h) Atribuciones, i) Autoestima, j) Utilización de actividades de dominio.

Además el manual contiene las instrucciones, condiciones y sugerencias para su uso y optimización en el proceso de aplicación.

Esta herramienta apoya el proceso terapéutico tradicional y se fundamenta en la labor del psicólogo como facilitador de dicho proceso.

El Taller de Humanización del duelo materno en la práctica médica (Ver Anexo B) es la segunda parte de la propuesta monográfica diseñado para contribuir a la construcción y desarrollo de comunidades psicosociales saludables, partiendo desde la formación del personal sanitario que trabaja con madres que han perdido su bebé; destacando la importancia del papel de estos profesionales en la atención del proceso de duelo materno.

El taller esta dirigido al equipo humano de enfermería que constituye el apoyo médico en los hospitales y maternidades de la ciudad de Cartagena.

Además el taller contiene condiciones para su uso y esta dividido en cinco sesiones, en donde cada una trabaja temas de interés relacionados con la humanización del duelo materno en el ámbito hospitalario, cada sesión se compone de su propio soporte teórico, objetivo, materiales y recursos utilizados, de igual forma cada actividad que compone cada sesión también posee su objetivo particular; para finalizar el taller se encuentra una actividad de cierre y/o clausura.

Los párrafos anteriores ilustran en forma general el contenido de las herramientas diseñadas como producto del trabajo monográfico.

Discusión

La temática del duelo en la ciudad de Cartagena es novedosa en cuanto a desarrollo investigativo se refiere, mas sin embargo, esto no quiere decir que la problemática sea inexistente. Por el contrario las causas de muerte fetales y su incidencia en la salud materno infantil de la ciudad de Cartagena arrojan un estimado significativo de madres dolientes en la actualidad.

A nivel cultural en la ciudad se relaciona la expresión “muerte prenatal” con aborto provocado o inducido, no como un tipo de perdida natural, de ahí, que las conversaciones relacionadas con dicha expresión sean evadidas por profesionales y otros empleados de las instituciones visitadas; a este aspecto se le suma las implicaciones éticas que lleva consigo un embarazo no llevado a termino, para las instituciones en donde suceden y para los profesionales que allí laboran.

Se convierte entonces en todo un mito el hablar acerca del tratamiento en duelo materno ya que dicha intervención es consecuencia de un antecedente prejugado y malinterpretado por quienes no conocen objetivamente la temática y sus implicaciones en la salud mental de las madres que la vivencian.

Desde la perspectiva de la psicología clínica y de la salud se carecía de diseños y/o instrumentos manipulables por profesionales para la intervención en duelo materno; a partir de este punto y dada la inminencia de la problemática se hizo necesario la elaboración de dos herramientas que contribuyeran directamente a la construcción de mejores espacios relacionados con la salud materno infantil.

La primera herramienta elaborada y presentada en el Anexo A corresponde al Manual de Autoayuda para madres dolientes, el cual tiene como propósito el restablecimiento emocional de las madres.

Este manual ha sido elaborado con la condición de que un psicólogo guíe y apoye su aplicación. Esta presencia garantizará la optimización de los aspectos trabajados en dicho manual; de ninguna manera las madres podrán hacer uso de esta herramienta sin la participación imperativa del psicólogo competente.

Si bien es cierto que la herramienta existe y se encuentra totalmente terminada, también es pertinente señalar que para su puesta en práctica se hace necesaria la previa realización de

una prueba piloto que soporte la confiabilidad y validez de la misma. Lo anterior hace referencia a la no aplicación de la herramienta dado el carácter monográfico implícito en la misma.

La segunda herramienta elaborada y presentada en el Anexo B corresponde al Taller de humanización del duelo materno en la práctica médica, el cual tiene como propósito la sensibilización, significado y capacitación de los profesionales en salud acerca del duelo materno y sus implicaciones en el ámbito hospitalario.

El taller informa, forma y socializa aspectos claves relacionados con el duelo materno y resalta la importancia del papel de los profesionales sanitarios en el proceso de atención del mismo a nivel hospitalario; Es decir, el taller pretende entre otras cosas crear sentido de pertenencia en el tema del duelo materno en la población hacia la cual se dirige.

Cabe aclarar, que dicho taller no posee un mecanismo evaluativo de cada sesión que permita establecer niveles de aprendizaje e inconsistencias durante su aplicación; se direccionó principalmente hacia la transmisión de información y toma de conciencia de la temática en cuestión y de su incidencia en la ciudad.

Ambas herramientas fueron creadas respondiendo a la necesidad sentida en la población Cartagenera de diseñar instrumentos que contribuyan al mejoramiento de la salud maternoinfantil a nivel hospitalario y resaltar la ayuda que desde la psicología clínica y de la salud se puede brindar a las dos poblaciones objetivo: las madres dolientes y el equipo humano de enfermería.

Referencias

BENOLIEL; (1985) Enfermería fundamental. Tomo 4. 4° Edición. Madrid, España: Mc Graw Hill.

BOURGEOIS; (1996) El Duelo Imposible: La familia y la presencia de los ausentes; Edith Goldbeter, Merinfeld., Barcelona España, Editorial Herder.

BOWLBY; (1990) www.info@paniamor.or.cr

CACCIA; (1991) www.grupoaulamedica.com

CROSBY Y JOSE (1983) El Duelo Imposible: La Familia y la Presencia de los Ausentes; Editorial Herder, Barcelona España.

CUNNINGHAM; GANT (1999) William Obstetricia. 20° Edición. Madrid. Ed. Panamericana.

DANE, Seccional Cartagena. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.

DADIS. Departamento Administrativo de Salud Distrital.

FONNEGRA, I (1999) De Cara a la Muerte. Colombia: Intermedio, Circulo de Lectores S.A.

GOLDBETER, E (1999) El Duelo Imposible: La Familia y la Presencia de los Ausentes; Editorial Herder, Barcelona España.

JARAMILLO, N (2001) “Duelo” Donación y Transplante de Órganos; Editora Contusalud.com.

KOZIER, E (1996) Enfermería fundamental. Tomo 4. 4° Edición. Madrid, España: Mc Graw Hill.

KUBLER-ROSS, E (2000) Sobre la Muerte y los Moribundos; Editorial Mondadori.

MACIAS Y PARRADO, (2002) www.contusalud.com

MARTOCCHIO, (1985) Enfermería fundamental. Tomo 4. 4° Edición. Madrid, España: Mc Graw Hill.

MC GOLDRICK (1991) El Duelo Imposible: La Familia y la Presencia de los Ausentes; Editorial Herder, Barcelona España.

MIKHAIL (1991) www.grupoaulamedica.com

NARITA (1993) www.grupoaulamedica.com

NEY (1997) www.grupoaulamedica.com

NORRIS Y MURREL (1987) Desarrollo Humano: Estudio del ciclo vital; F.Philip Rice, Editorial Prentice hall. Segunda edición.

O'CONNOR, N (1990) Déjalos Ir con Amor; Editorial Trillas.

PAPALIA, D (1998) Psicología del Desarrollo. Quinta Edición. Ed. Mc Graw Hill. Madrid, España.

SEBEK, J (1998) Ginecología de Novak. 12º Edición. Ed. Mc Graw Hill. Madrid, España.