M. ÀNGELS CLARAMUNT
MÓNICA ÁLVAREZ
ROSA JOVÉ
EMILIO SANTOS

LA CUNA VACÍA

El doloroso proceso de perder un embarazo

www.FreeLibros.me

LA CUNA VACÍA

Cuna vacía.indb 3 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:21

M. Àngels Claramunt

Mónica Álvarez, Rosa Jové y Emilio Santos

La cuna vacía

El doloroso proceso de perder un embarazo

la esfera de los libros

Cuna vacía.indb 5 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:21

Primera edición: junio de 2009

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, *www.cedro.org*) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© M. Àngels Claramunt Armengau, 2009
© Mónica Álvarez Álvarez, 2009
© Rosa Jové Montanyola, 2009
© Emilio Santos Leal, 2009
© La Esfera de los Libros, S.L., 2009
Avenida de Alfonso XIII, 1, bajos
28002 Madrid
Tel.: 91 296 02 00 • Fax: 91 296 02 06
www.esferalibros.com

ISBN: 978-84-9734-850-8
Depósito legal: M-18.418-2009
Fotocomposición: J. A. Diseño Editorial, S. L.
Fotomecánica: Unidad Editorial
Imposición y filmación: Preimpresión 2000
Impresión: Rigorma
Encuadernación: De Diego
Impreso en España-*Printed in Spain*

Cuna vacía.indb 6 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:21

Índice

Agradecimientos 13
Introducción 15

I. Sobre la vivencia del aborto en primera persona (M. Àngels Claramunt) 21
Tema tabú 24
Sin preparación previa 30
En busca de ayuda, información y apoyo 35
Validación, la asignatura pendiente 37
Sentimiento de culpa 40
El apoyo del entorno 43
Encontrando apoyo 50
Falta de apoyo 55
Falta de personal preparado 64
Interés por conocer las causas 68
Llover sobre mojado 69
Embarazos alrededor 71
De nuevo embarazada 75

Cuna vacía.indb 7 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:21

Sentirse madre 79
Conclusión: normalizar las pérdidas 80

II. Rituales para la pérdida. Celebración, sanación y crecimiento (Mónica Álvarez) . . . 83
Introducción 85
Hacia una nueva definición 86
El proceso 96
Despedidas y rituales 134
El reinicio del ciclo 153
Conclusiones 155

III. Intervención psicológica y apoyo emocional en fallecimiento de bebés intrauterinos y extrauterinos (Rosa Jové) 163
Introducción: un hijo es un hijo 165
Cómo dar una mala noticia 167
Cómo se recibe una mala noticia 178
Cómo acompañar a la familia en el trance 192
No olvidemos a los niños 210
Intervención psicológica 217

IV. Intervención médica, diagnóstico y tratamiento médico (Emilio Santos) 233
Introducción 235
¿A qué edad gestacional un feto habría sido viable? 237
Clasificación de pérdidas de embarazo según la edad gestacional 239
Formas de presentarse un aborto espontáneo . . . 240
Factores de riesgo de pérdida de embarazo 244

Cuna vacía.indb 8 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:21

Probabilidad de que abortos consecutivos sean de la misma causa 244
Principales causas de muerte 245
Abortos recurrentes 257
Abordaje de las pérdidas en el primer trimestre . . . 267
Abordaje de las pérdidas en el segundo y tercer trimestres 273
Abordaje psicológico (cómo deben actuar los profesionales en la asistencia al parto para ayudar a sobrellevar mejor el duelo) 276
Principios para el cuidado de personas afectadas por muerte fetal 281
En caso de aborto, ¿cuánto esperar para un nuevo embarazo? 284
Cómo optimizar la probabilidad de quedar embarazada de nuevo 284
El ciclo menstrual: un equilibrio perfecto 285
La gráfica 293

Glosario 303
Bibliografía 327
Direcciones de interés 333

Cuna vacía.indb 9 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:21

Cuna vacía.indb 10 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:21

A los no nacidos, a los que vivieron sólo en el seno materno y a sus madres que los amaron.

A mi abuela, a mi madre, a mis hijas, a las mujeres de mi familia, a las que fueron y a las que serán.
M. Àngels Claramunt

A Santi, amigo, compañero y doula, y a mis hijas, Hebe y Dunia. Con amor.
Mónica Álvarez

Para Toni, Sergi y Eduard, que cada día consiguen traer el paraíso a nuestra casa.
Rosa Jové

A Sergio, mi hijo, que con un año de edad me está enseñando tanto de la vida. A la madre de Sergio, por su apoyo incondicional y su paciencia cuando no sabe a qué hora voy a llegar.
Emilio Santos

Cuna vacía.indb 11 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

Cuna vacía.indb 12 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

Agradecimientos

A Rosa Jové por presentar el proyecto a la editorial y darnos la posibilidad de escribir este libro y expresarnos en el mundo.

A La Esfera de los Libros por haber apostado por este libro, y a Mónica Liberman por su dedicación y ayuda.

A las mujeres de Superando un Aborto por lo que de ellas hemos aprendido y compartido en todos estos años, por sus testimonios y su sabiduría.

A la asociación El Parto Es Nuestro y a sus listas de apoyo en la Red, por ser la cuna madre de donde surgió el grupo de apoyo virtual Superando un Aborto.

A Internet por ser la herramienta que está permitiendo en el mundo el desarrollo de la comunicación y de la transparencia en tantos ámbitos del conocimiento humano, sobre todo

Cuna vacía.indb 13 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

mediante las asociaciones y los foros como El Parto Es Nuestro y Superando un Aborto.

A Graciela Pérez López, la matrona que trabaja uña y carne con Emilio Santos en la atención a un nacimiento más respetado y, uña y carne también con él, en la elaboración de su parte en este libro, aportando el grueso de los trabajos más tediosos.

A Virginia Ruipérez González, la enfermera naturista que nos ha ayudado en la preparación de la parte relativa al abordaje natural del apoyo a la fertilidad.

Cuna vacía.indb 14 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

Introducción

La cuna vacía es un libro que nace de una necesidad, la de explicar de la manera más completa y actualizada posible las pérdidas gestacionales en cualquier momento del embarazo.

Se ha hablado aún muy poco de ello, a pesar de que son muchas las parejas a las que les toca pasar por la experiencia de perder un bebé que está en camino. Nadie se prepara con antelación para algo así. Cuando sucede, es importante procurarse buen acompañamiento y estar bien informado. Este libro pretende contribuir a ello. Queremos aportar luz a un tema relegado a la sombra, sin ambages ni cortapisas, sin miedos ni falsos mitos que desvirtúan la realidad y no hacen sino añadir dolor innecesario al que, ya de por sí, supone la pérdida de un hijo en el seno materno.

Queremos también divulgar la idea de que la pérdida de un embarazo está tan dentro del ciclo psicoemocional-sexual de la mujer como cualquier otro de los procesos relacionados con la identidad femenina. Es necesario normalizarlo y que no sea abordado de manera parcial, sesgada.

Cuna vacía.indb 15 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

Las pérdidas son procesos que afectan a muchos aspectos de la vida: fisiología, emoción, duelo, relación de pareja, reinicio del ciclo y un largo etcétera, que debe ser tratado en su totalidad.

Esta obra se dirige a las madres que están pasando o ya pasaron por pérdidas perinatales; a los padres de estas criaturas que murieron sin haber tenido vida aérea o teniendo muy poca; a sus familiares y las personas cercanas; a los profesionales que atienden a estas mujeres: comadronas, doulas, profesionales de la medicina, de la ginecología, específicamente, de la psiquiatría y psicología; a las personas que se dedican a apoyar en el duelo, a cualquier persona interesada en conocer con detalle gran parte de los aspectos relacionados con este tema.

El libro lo componen cuatro grandes apartados: la vivencia de las madres; el punto de vista psicológico con respecto a la madre y el padre; el enfoque desde la perspectiva de los acompañantes, sanitarios, familiares, etc. y los detalles médicos.

En el primer apartado, dedicado a las pérdidas en primera persona, elaborado por M. Àngels Claramunt, repasamos los lugares comunes de las pérdidas desde la perspectiva de las madres y desde la propia experiencia de la autora y el conocimiento que le aporta el hecho de compartir con otras muchas mujeres sus respectivas vivencias. Aparecen testimonios ilustrativos de las cuestiones abordadas. La falta de validación, la búsqueda de ayuda, la empatía y el acompañamiento adecuado, la información, el apoyo en Red, el sentimiento de culpa, el entorno, la atención recibida, el maltrato, la infertilidad, el nuevo embarazo, los miedos y las incertidumbres, la necesidad de conocer las causas, la capacidad de sentirse madre de todos modos son algunos de los temas tratados en esta parte.

Cuna vacía.indb 16 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

En el segundo apartado, escrito por Mónica Álvarez, se enfoca la pérdida desde el punto de vista psicológico. Rituales para la pérdida, celebración, sanación y crecimiento. En una sociedad que vive las pérdidas gestacionales como algo físico, que «se cura, se olvida, se esconde», tratamos de ver este fenómeno desde un punto de vista normalizador y, por añadidura, terapéutico. Desgranamos las diferentes facetas personales desde las que se vive la pérdida y cuál sería el modo ideal de abordarla. Proponemos la creación de rituales como modo novedoso de sanar el universo cuerpo-mente-espíritu de la madre y del padre, y de equilibrar las relaciones familiares, que pudieran verse comprometidas de un modo u otro. La otra cara de la muerte es la vida, y siempre que se sale de una encrucijada vital se sale crecido, más maduro y fuerte. Proponemos celebrar la vida desde la vivencia consciente de la pérdida, para no retrasar los duelos, ni posponer la sanación, ni retrasar el momento de enfrentarse a la verdad personal.

En la tercera parte, Rosa Jové nos explica cómo acompañar emocional y psicológicamente este proceso. Va dirigido tanto a profesionales que participan en estos momentos (ginecólogos, enfermeras, psicólogos) como a familiares que quieren ayudar a sus seres queridos. Saber dar una mala noticia, así como las cosas que podemos hacer y las que debemos evitar en cada momento harán que las personas en duelo se sientan mejor y las que les rodean se sientan útiles. Es una herramienta imprescindible para todo aquel que trabaje en el duelo y quiera ayudar de forma efectiva.

Hay una mención especial en el capítulo dedicada a los más pequeños: a esos hermanos que también pierden a un hermanito. Rosa Jové, como psicóloga infantil, no se olvida de ellos. En este sentido, es una de las primeras veces que se abor-

Cuna vacía.indb 17 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

da este tema, ya que en la mayor parte de los textos sobre duelo en padres que acaban de perder un bebé se focaliza mucho la ayuda en los propios padres (¡cómo no!), pero se olvida a los más pequeños de la familia.

En la última parte, Emilio Santos, como ginecólogo y psiquiatra, aborda los aspectos médicos, buscando formas de atender la muerte fetal o embrionaria con la mínima intervención posible. Este abordaje se hace desde el respeto a la opción elegida por la mujer que lo padece. Por un lado, se relatan las de tendencia más intervencionista, entendiendo que la muerte de un embarazo es un proceso que causa sufrimiento y que es normal querer evitar dicho dolor; ésta es la razón por la que muchas mujeres, cuando han perdido a un bebé en su útero, quieran evitar vivir el proceso y busquen en su ginecólogo a alguien que se lo «saque» cuanto antes, en un centro donde el proceso pase de la forma más rápida y menos dolorosa posible, respetando también a esos muchos profesionales que creen ayudar cuando tratan de medicalizar el proceso para hacerlo rápido y pasajero. Por otro lado, se relatan también los abordajes de tendencia menos intervencionista, entendiendo que el hecho de querer huir de los procesos emocionales suele ser un deseo de tapar lo que podría representar una patología típica de nuestra sociedad avanzada. En esta perspectiva, los tiempos y ritmos de los procesos vitales son importantes. Para una mujer, vivir plenamente el proceso de pérdida de un embarazo puede ser un camino de maduración personal y de aprendizaje, además de que se eliminan intervenciones (legrados) que pueden constituir una agresión a un órgano que, para muchas mujeres, representa el centro de su sexualidad.

Perder un bebé en gestación produce en la madre un vacío enorme, no suficientemente validado ni comprendido por el

Cuna vacía.indb 18 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

entorno familiar, social ni médico. Consecuentemente, existe poca bibliografía al respecto. Hemos querido elaborar un manual que contenga todo lo que se puede abordar, hoy por hoy, sobre este tema, con la intención de normalizar y dar el justo interés a una cuestión de suma trascendencia en la vida reproductiva de la mujer, de la pareja.

Entendemos el título *La cuna vacía* simbólicamente: la imagen de unos padres desolados que se quedan vacíos. Como vacío siente la madre su útero, la única cuna que conoció su bebé, ya que sólo vivió en su seno. Los padres tal vez encuentren una cuna real a su regreso a casa, y un armarito con ropa, cajas de pañales, peluches, regalos varios que habrá que guardar o retirar como parte del proceso de duelo. El título alude a una madre cuyos pechos rebosantes no encuentran el consuelo de un pequeño que se sacie en su regazo; a un útero que estaba pleno hasta hacía unas horas y que ahora se encuentra «vacío», llorando lágrimas de sangre; a los brazos de unos padres que ya no acunarán a su pequeño entre leche y arrullos.

No hemos querido escribir un libro que se quede sólo en la tristeza de la pérdida. Necesitamos saber, crecer, indagar. Nos atrevemos, por fin, a estudiar, analizar y tratar en profundidad todo lo relacionado con la muerte perinatal. Con la esperanza de que sea un incentivo para que otros muchos sigan tratando aspectos diversos relacionados con este tema, con el deseo de poder ayudar a las personas afectadas o interesadas, con la certeza de que, en lo que respecta a las pérdidas, a su acompañamiento, sólo cabe ir a mejor.

Cuna vacía.indb 19 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

Cuna vacía.indb 20 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

I

SOBRE LA VIVENCIA DEL ABORTO EN PRIMERA PERSONA

M. Àngels Claramunt

Cuna vacía.indb 21 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

Cuna vacía.indb 22 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

Lo único que nos cura de un sufrimiento es vivirlo a fondo.
MARCEL PROUST

Cuando una pareja anuncia un embarazo diciendo «vamos a tener un bebé» es un claro indicio de que no ha sufrido ninguna pérdida gestacional, porque unos padres que han pasado por ello saben que un embarazo no siempre es sinónimo de la llegada de un bebé. Y nunca más lo anuncian de ese modo. Es la pérdida de la inocencia. El hecho de haber vivido esta experiencia repetidas veces y compartir la vivencia con una amplia variedad de mujeres que también han pasado por ello me empuja a escribir en este apartado sobre todo lo experimentado, aprendido y reflexionado.
M. ÀNGELS CLARAMUNT

Perdí a mi bebé. Ya intuía que no iba bien. En el hospital me lo confirmaron. Mi bebé deseado, al que ya sentía como parte de nosotros, se ha desprendido, ha muerto. ¿Por qué nadie lo nombra? Estaba vivo y se ha muerto, en secreto, en silencio, en mi interior. No sé cómo manejar la muerte de mi bebé no nacido. Los demás tampoco lo saben.

Esto no estaba en el manual de embarazada, se sale del guión. No sé dónde encontrar apoyo, porque siento que ni mi familia ni quienes me atendieron me comprenden.

Me tienen que intervenir, dicen; deben sacar los restos que ya están saliendo por sí mismos. No lo entiendo, no quiero que me intervengan. Es peligroso no hacerlo, dicen. ¿Mi cuerpo me pone en peligro sacando fuera de él a mi bebé que ya no crece? Lo he perdido, se ha «detenido», dicen. Se ha muerto, yo lo sé, pero nadie lo dice. Está siendo muy duro, siento un vacío enorme. Estoy harta de las típicas frases de «consuelo»: «Eres joven», «esto le pasa a muchas mujeres», «mejor ahora que más tarde», «ya tendrás más, aún era muy pronto», etc. Sé que la

Cuna vacía.indb 23 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

gente lo dice con buena intención, pero me hacen más daño aún.

Durante las pocas semanas que ha estado en mi vientre me sentí tan contenta, tan ilusionada, que doy gracias por ello y espero que este sentir mío le haya llegado de algún modo.

No paro de analizar qué pasó, por qué ocurrió. Nadie lo sabe, pero me siento culpable de lo sucedido. Es como si hubiese entrado en otra dimensión, donde veo las barrigas y los bebés enormes, y todo lo demás pequeñito. Deseaba tanto a este hijo, había hecho tantos planes… y ahora me ahogo en ellos, me pierdo con él.

Es tan duro. Los hijos nos enseñan muchas cosas, también los que se van tan pronto, me dicen mujeres sabias. De momento sólo puedo llorar. Poco a poco…

Este hijo que he perdido siempre será mi bebé, siempre estará en mi corazón.

TEMA TABÚ

Las pérdidas perinatales son en la actualidad un tema tabú. En el siglo XXI, cuando los asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción son de interés general y creciente, el aborto sigue relegado al silencio. Acaso tiene mucho que ver con el hecho de que estamos hablando de muerte, el gran tema pendiente de nuestro tiempo. El aborto es sangre, dolor, sexo y muerte. Es fracaso. Y nuestra sociedad teme, intenta escabullirse, mirar para otro lado para deshacerse de la carga que estos conceptos suponen. El aborto es un tema que sigue relegado a la sombra; al terreno de los temas censurados de manera latente, al tabú.

Cuna vacía.indb 24 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

Esta indiferencia social hacia la pérdida perinatal ha impedido que las mujeres transmitan la sabiduría de su vivencia de generación en generación. Se ha escondido de tal modo que incluso en muchas ocasiones los hijos ignoran los abortos de sus madres. En la actualidad, en la era de la «sexualidad abierta» y supuestamente sin tabúes, se continúan escondiendo los abortos. Las mujeres cuentan sus embarazos exitosos, pero silencian sus embarazos truncados. Las parejas de estas mujeres, más todavía. Es sorprendente, por lo poco habitual, que una mujer cuente que ha tenido tres hijos y dos abortos, por ejemplo. En la importante exposición organizada por la Fundación Santiago Dexeus, *Mujer: un cuerpo, una vida,*[1] que tenía como finalidad mostrar el universo femenino desde el punto de vista fisiológico, científico y social, ¡no se trataba este tema!

Y los padres han sido excluidos: es como si la pareja no perdiera a su bebé porque no lo lleva en su interior. Está tan mal vista aun la expresión de sus sentimientos, que los hombres no los exteriorizan. Y a su vez, no son tenidos en cuenta, no se les pregunta cómo están, solamente por su mujer.

Al ser considerado como enfermedad, cualquier proceso de la sexualidad femenina (el aborto espontáneo, la menopausia, etc.), se impide al cuerpo de la mujer y a su psique vivir de manera consciente estos procesos naturales, de modo que la aceptación y el crecimiento personal que entrañan se ven alterados por procedimientos medicalizados, por protocolos y no se abordan desde la información a la mujer de todas las alter-

[1] Exposición *Dona: un cos, una vida,* inaugurada en Barcelona en el marco del Programa Ciencia 2007, celebrado en el Fòrum.

Cuna vacía.indb 25 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

nativas posibles, porque existe una especie de prisa por deshacerse de esta «incomodidad».

En un curso sobre parto fisiológico impartido por Michel Odent,[2] el cirujano y obstetra explicaba que cuando se produce un aborto espontáneo, con el consecuente legrado, los médicos no se preguntan nada más. Vacían artificialmente el útero y bloquean el «cóctel» de hormonas que se ha puesto en marcha de forma natural. Se están anticipando a un hecho que venía o ya estaba ahí; con su consecuente secreción de oxitocina. Esta hormona tiene efectos en el comportamiento, pues cuando se inhibe éste se modifica; se evita el torrente de hormonas naturales que intervienen en el proceso y se acentúa así el riesgo de una enfermedad importante para la madre: la depresión. La oxitocina que segrega el cuerpo de forma natural es un antidepresivo.

La prisa es mala compañera en cualquier situación, y en ésta especialmente, porque la muerte vivida tan de cerca, vivida en tu propio seno, paraliza. El respeto a los tiempos de la mujer va a favor de un desarrollo del duelo más sano, de la aceptación, más en armonía con la fisiología, con nuestra naturaleza. Una pérdida perinatal casi nunca es una urgencia médica.

En ambientes sensibles a los temas relacionados con la maternidad también se da este tabú. Espacios donde se cuestionan intervenciones obstétricas de rutina, no basadas en la evidencia

---

[2] Curso sobre parto fisiológico, Barcelona, 2006, en el Programa de Formación de Doulas. Profesor: Michel Odent, cirujano, obstetra, fundador del Centro de Investigación sobre la Salud Primal de Londres, cuyo objetivo es estudiar la correlación entre lo que ocurre durante el periodo primario y la salud y comportamiento posterior en la vida. Sus valiosos aportes a la humanización se han publicado en sus 10 libros, en 19 idiomas.

Cuna vacía.indb 26 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

científica, dejan de hacer preguntas de este tipo cuando se da el caso de que el bebé intrauterino fallece. ¿Se debe inducir inmediatamente el parto de un bebé muerto en el útero de su madre? ¿Se realizará la episiotomía por rutina, para precipitar la salida del bebé? Cuando el bebé muere, no se cuestiona la praxis o se hace muchísimo menos. Respetar la fisiología en estos casos no tiene por qué descartarse de entrada. Y quizás es más importante que nunca, para evitar a toda costa que queden heridas físicas, cicatrices externas. Las lesiones internas van a quedar con total seguridad, y es importante evitar que reste cualquier otra. La máxima para las intervenciones obstétricas de todo tipo debería ser la que reinó en la célebre Escuela Oficial de Matronas de Madrid: «No hacer daño».[3]

Una mujer que estaba buscando y preparando un parto natural tendría que poder procurarse esa misma atención cuando se encuentra con este terrible desenlace. Esa mujer se ve obligada a hacer una gran renuncia, a su hijo, y no debería tener que renunciar a nada más, si no es por razones médicas basadas en la evidencia científica.

La mayoría de las veces, pues, se prescinde de la sabiduría del cuerpo de la mujer para expulsar ese embarazo que, por la razón que sea, no progresa, y el acontecimiento se vive sin vivirlo, con una rapidez antinatural, sin que la psique lo interiorice ni pueda procesarlo. Y, sobre todo, porque en la mayoría de las ocasiones no se le ofrece a la mujer la posibilidad de elegir, debidamente informada de todos los pros y los contras, cómo quiere que se intervenga en su proceso de pérdida.

---

[3] Consuelo Ruiz Vélez-Frías, *Parir sin miedo*, Ob Stare, Santa Cruz de Tenerife, 2009.

Cuna vacía.indb 27 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

Mi nombre es Natalia. El 30 de abril fuimos a hacer la primera ecografía de nuestro primer bebé. Todo iba muy bien, estábamos radiantes y plenos de amor. En un momento dado, la doctora nos dijo que no iba bien y que el embarazo se había detenido. Yo no podía parar de llorar, no me lo creía. Ella nos daba las opciones de hacer un legrado o esperar. Inmediatamente sentí que debía esperar. Estuve cuatro días tirada sin poder hacer otra cosa que llorar y pidiendo que saliera de mí. Al cuarto día empecé a sangrar y, ya más tranquila, sentí que podía recuperar la confianza, y que no quería pasar por una intervención. Llamé a mi ginecóloga particular (que iba a llevar todo el embarazo), desde el primer momento me apoyó, y me explicó que los abortos pueden ser tan naturales como el embarazo. Nos vimos, y su gran apoyo (es un ángel) me devolvió la tranquilidad. Me explicó que no hay prisas ni peligros, que el cuerpo sabe cómo hacer este trabajo y me recomendó esta página.[4] Hizo una ecografía y el bebé está aún allí aferrado…

Ayer estuve lista por primera vez para hacer mi ritual de despedida. Me despedí de mi bebé, le dije que estaba preparada para dejarlo marchar, y que su papá y yo siempre lo íbamos a amar, que no tuviera miedo porque su alma siempre iba a estar en nosotros, siendo parte de lo que viniera a partir de ahora. También le di las gracias por haber estado en mí, aunque fuera por poco tiempo, y permitirme sentir la maravilla, el placer de ser mamá. Luego trabajé visualizando mi útero y pidiéndole

[4] Se refiere al foro Superando un Aborto, *http://groups.msn.com/superandounaborto*. Los grupos msn han sido eliminados a partir de febrero de 2009. La reubicación del foro Superando un Aborto es en *http://superandounaborto.foroactivo.com*

Cuna vacía.indb 28 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

que se abriera y que lo dejara ir, que se limpiara. Fue muy potente lo que pasó, porque de dentro de mí salió una fuerza muy grande que me obligó a moverme. Me dejé llevar y empecé a tomar las posiciones que yo había imaginado que sucederían en el momento del parto, sentía que de alguna manera necesitaba vivir ese momento que había quedado inconcluso… Hoy me siento más liviana y sin angustia…

Desde el primer momento que me enteré que estaba embarazada sentí que esto era un desafío a la confianza, a mi naturaleza femenina, a los procesos, a la entrega hacia la vida misma. Así lo viví, con todo mi ser, sin miedos. Habíamos decidido hacer un parto natural, en casa, y estábamos disfrutando de tanto aprendizaje.

Nada salió como esperábamos, pero de alguna manera siento que estoy viviendo el otro lado del mismo proceso, porque dentro de la vida está la muerte, dos polaridades que son una. Ahora creo que hacerme un legrado sería no permitirle a mi organismo vivir este proceso, y que él lo concluya con toda su sabiduría, cuando deba ser. Sería traicionarme a mí misma, es como pensar que si las cosas salen bien puedo apostar por parir de manera natural, y si salen mal o como no esperábamos debo ponerme en manos de los que saben más que yo.

También siento que todo esto es un desafío a la paciencia, porque de alguna manera todos declaran que debes ponerte bien «rápido». Durante este tiempo me he preguntado «¿rápido?, ¿para quién?, ¿para qué?». Siento que este dolor no se irá rápido, ni creo que haya que pretenderlo, y tampoco es un proceso que se pueda cerrar de un día para otro. No puedes sentirte embarazada un día y al otro, ya está, todo pasó. Siento que es un duelo y simplemente hay que vivirlo y estar muy

Cuna vacía.indb 29 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

consciente de lo que necesitemos, estar a la escucha de nuestra alma.

Hoy me siento tranquila, llevo ocho días de sangrado, aún no se ha desprendido, sigo esperando… He leído las informaciones de la página y han sido de gran utilidad, me han afirmado en mi decisión. ¡Gracias! A veces dudo sobre cuánto debo intervenir, no sé si ayudar con acupuntura o algo de homeopatía, o simplemente seguir confiando y dejar solo a mi organismo. Ahora siento que necesito un poco más de ánimo y apoyo para pasar esta espera, así es que si alguna tiene información, rituales o lo que sea que piense que me pueden ayudar, estoy abierta a sus consejos. Desde ya, muchas gracias por estar y compartir, siento que estos encuentros nos ayudan a todas, y entre todas contribuimos a que nuestra alma se sienta mejor.

Natalia

sin preparación previa

Hemos oído muchas veces que nuestra sociedad no se prepara para la muerte. Como denuncian cada vez más insistentemente desde los grupos de apoyo en el duelo, no se educa para la muerte, «no está en el currículum». En el caso de las muertes perinatales tampoco, o aún menos, si cabe, porque es el momento en que el interés máximo está en el otro extremo: el afán de dar vida.

Es altamente significativo que los libros dedicados a preparación para el embarazo se «olviden» de este tema, cuando es parte de él; leemos a menudo que una de cada tres concepciones termina en pérdida… con este dato sería como para

Cuna vacía.indb 30 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

tenerlo en cuenta. Las excepciones se cuentan con los dedos de una mano en la bibliografía referida al embarazo. *Embarazo seguro,*[5] libro de gran éxito y reconocimiento, escrito por dos comadronas holandesas, es una de estas excepciones. Dedican todo un capítulo a este tema.

Y nadie se prepara con antelación para algo así, únicamente existe la posibilidad de tomar conciencia en el caso de que las pérdidas hayan sido múltiples. El estado de perplejidad, de *shock*, de tristeza y desesperación contribuye al «nublado» de la mente y al entumecimiento del cuerpo por el gran disgusto acaecido, y es mal momento para tener en cuenta todas las opciones, se debe buscar una atención respetuosa con la manera personal de enfocar la pérdida. Normalmente se da poco tiempo y poca información.

> Todos sabemos que se pasa mal en un aborto, pero es cierto que sufres mucho más innecesariamente porque las personas con las que tratas no hablan, no te informan, no te escuchan, se limitan a seguir un protocolo y ya está, y yo digo: POR DIOS, SOMOS SERES HUMANOS

Cuando a una mujer se le detecta un embarazo con problemas que indican que el feto no sobrevivirá extrauterinamente, se da como única solución la interrupción del embarazo. Pero es fundamental que cada pareja decida libremente y esté bien informada sobre qué es lo que desea hacer. También es importante que se les expliquen las diversas maneras en que

---

[5] Beatrijs Smulders y Mariël Croon, *Embarazo seguro*, Medici, Barcelona, 2001.

Cuna vacía.indb 31 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

puede ser interrumpido dicho embarazo, y cuál es el procedimiento habitual de intervención del centro que informa. Y qué pasa si no se interviene, sin coacciones ni presiones. Si ese bebé no va a poder vivir fuera del útero, algunos padres pueden plantearse que no es necesario apresurar el desenlace, que prefieren esperar a que los hechos se sucedan cuando tengan que suceder, cuando dicte la naturaleza. Es el planteamiento habitual en caso de vida extrauterina.

Además, hay detalles importantísimos sobre los cuales los padres deben poder decidir, si hay más de una sola opción: ¿cómo y cuándo le van a desencadenar el parto?, ¿cómo será acompañada la mujer?, ¿qué se va a hacer con el cuerpo del bebé?, ¿en qué lugar va a estar el padre?, ¿van a poder estar con su bebé?, y si es así, ¿cuándo, cuánto y dónde? Se trata, en fin, de decidir sobre la anestesia, poder acompañar al bebé si éste vive un corto espacio de tiempo después del parto, etcétera.

Existe una clara asimetría en el reconocimiento de la dignidad humana de una persona que muere después de nacer y una que muere intrauterinamente. En el primer caso se considera normal la dignidad de los restos, en el segundo caso, no siempre.

> Cuando empecé a sangrar tan fuerte, con unas contracciones dolorosas y seguidas, tratamos de recoger los coágulos en un bote de los de orina que tenía en casa, porque al día siguiente tenía revisión del tercer mes de embarazo. Estaba en el bidé cuando cayó un coágulo grande con algo pegado a él. Se me rompe el corazón al recordarlo; era mi bebé, tan pequeñísimo, como de gelatina, pero se podían intuir formas humanas en tan diminuto ser: cabeza, tronco, extremidades y unos puntitos negros en los ojos. Qué impresión, cuánto lloré con mi pareja. Estaba destro-

Cuna vacía.indb 32 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

zada, pero en el fondo tenía la esperanza de que, habiendo recuperado ese embrión, se podrían saber por fin las causas de mis pérdidas, o al menos de ésa y a eso me agarré. Cuando al cabo de unas horas fuimos a mi ginecólogo con el bote, lo abrió, miró por encima lo que contenía, se dirigió al lavabo, abrió el grifo… y le vi la intención. ¡Pegué un grito desesperado! ¡Iba a tirarlo desagüe abajo! ¡No me lo podía creer! Alarmado por mi reacción, volvió a depositarlo en el bote y me dijo que si lo quería, que ahí lo tenía. A mí se me vino el mundo encima, porque se me esfumaba la esperanza de que lo que con tanto dolor había expulsado y recogido no sirviese para nada. ¡Y era tratado de aquel modo ante mis ojos! Y sigo sin entender nada, porque resulta que con los avances actuales encuentran un pelo en el lugar de un crimen y pueden saber millones de cosas de su propietario, mientras de un embrión completo, en su tiempo de gestación… no se sabe NADA. ¡No me lo explico!

Poder enterrar esos restos fue un ritual que me ayudó mucho en esos momentos.

MARÍA

Hay países en los que es posible registrar el bebé intrauterino muerto con su nombre y los apellidos de los padres. En nuestro país, los bebés que mueren en el seno materno y que ya no son considerados embriones pueden tener la siguiente denominación: «Feto hembra de (nombre de la madre)». Palabras que duelen en el alma a los padres. A los embarazos que se pierden en el primer trimestre suelen ser llamados y tratados como «despojos quirúrgicos». El nombre sí importa, y tal estado de cosas dice mucho del modo en que se trata este asunto.

En junio de 2007 el Congreso aprobó instar al Gobierno a estudiar la modificación del artículo 40 de la Ley del Registro

Cuna vacía.indb 33 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

Civil, para inscribir los nacimientos desde la ruptura del cordón umbilical del nacido sin perjuicio del artículo 30 del Código Civil y concordantes: una proposición no de ley llamada Reforma Amanda. Esta reforma se propuso para modificar el reglamento del Registro Civil, que hasta ahora no permite registrar a ningún bebé que no haya vivido más de 24 horas fuera del seno materno. La propuesta llegó al Congreso gracias al esfuerzo de Georgina Rosell y su pareja, Joan, que después de perder a su hija no pudieron registrarla. Amanda era el nombre que habían elegido para ella. La proposición no de ley no se materializó finalmente.[6]

La falta de reconocimiento de la dignidad humana de los niños fallecidos en el vientre materno dice mucho sobre la realidad cultural y social, pero también es reveladora a nivel jurídico. Claudia Carvajal[7] habla de vulneración de los derechos de los padres y de atentado contra la dignidad de las personas que murieron en el vientre materno. Considera que valorizar y enseñar el respeto a la vida pasa por entender en profundidad la dimensión de la dignidad humana, que comienza con la concepción, pero no termina con la muerte fetal, y reflexiona sobre la dignidad humana de las criaturas muertas en el vientre materno a partir de la actitud hacia la muerte intrauterina por parte de la sociedad.

La forma en que se actúa con el cuerpo del bebé o con los restos recogidos de un legrado varía de un centro hospitalario

---

[6] Para profundizar en el tema: *www.umamanita.es*, web que surgió en memoria de la hija de sus autores, Uma, que nació sin vida el 30 de diciembre de 2007. Su objetivo: aportar un poco de luz en este momento de oscuridad.

[7] Claudia Carvajal, «Educando en la cultura de la vida desde la muerte intrauterina», ponencia en el Congreso Internacional Provida, septiembre de 2003.

Cuna vacía.indb 34 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

a otro. Es importante preguntar a los padres qué desean, porque a veces, cuando los padres reaccionan ya es demasiado tarde y ya no es posible recuperar el cuerpo o los restos.

También se da el caso paradójico de que hay centros que dan a elegir a los padres entre hacer la autopsia y tener la posibilidad de saber por qué ocurrió, o poder tener el cuerpo para enterrarlo. Circunstancia que no ocurre con ningún otro tipo de autopsia. No se debería tener que elegir, pueden ser factibles ambas: la autopsia y poder recuperar el cuerpo.

> Estamos muy ciegos aún. Ahora que desde el principio del embarazo podemos saber cómo es el feto, con ecografías superdefinidas… las futuras madres se hacen mil ecografías para disfrutar de más imágenes y hacerse una idea más real. Conectar con el bebé, cantarle, hablarle… Ahora que podemos saber todo esto, cuando hay una pérdida… se niega, no se quiere ver, no se tiene en consideración para hacerle un entierro digno… ¿Con qué nos guiamos? ¿Dejamos el instinto de madres para aferrarnos al Código Civil, que dice que no se es persona hasta no sé cuándo? ¿Morir antes de nacer es morir «menos»?
>
> Xus

En busca de ayuda, información y apoyo

Por todo lo expuesto hasta ahora, es lógica la constatación de que, como tema tabú que es, hay pocos espacios donde se aborde la pérdida de manera integral: desde lo fisiológico, lo emocional, con información detallada y puesta al día, como requerirían las parejas que pasan por ello. O quienes tengan necesidad de informarse por razones profesionales, o por proxi-

Cuna vacía.indb 35 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:22

midad, porque la pérdida ha sucedido en su entorno cercano, a familiares, etc. Por lo que respecta al lugar más solicitado y con información más al día de nuestro tiempo, Internet, también se evidencia esta falta de espacios que traten el tema a fondo.

Muchas madres en busca de ayuda, información y apoyo se encuentran con que la ambigüedad del término «aborto» las conduce a montones de páginas dedicadas a defender o denunciar el aborto quirúrgico, también llamado «voluntario», pero poco hallan referido a lo que ellas buscan.

Algunas lenguas, como el inglés o el francés, designan de modo distinto el aborto espontáneo del provocado.[8] Muchas de las páginas se dedican a defender o denunciar tal práctica desde posturas políticas, religiosas, morales, aspectos que nada tienen que ver con lo que busca una madre que ha perdido espontáneamente un bebé deseado. En español tenemos un término único para ambos casos y cuando no se especifica, sobreentendemos que se habla del provocado. En los medios, cuando tratan el aborto, no se refieren casi nunca al aborto espontáneo, no es noticia, no se habla de ello, y en nuestra época lo que no aparece en los medios es un claro indicio de que no interesa y, por tanto, «no existe».

Por poner un ejemplo ilustrativo en prensa, escogemos *La Vanguardia* del 3 de diciembre de 2008. Una noticia pequeña en portada anunciaba: «Un 10 por ciento más de abortos, ¿el fracaso de la prevención?». Podríamos pensar que habla de abortos espontáneos que se podrían prevenir con cuidados especiales de la madre o quizás con medicamentos

[8] Inglés: *miscarriage/abortion*, francés: *fausse couche/avortement*.

Cuna vacía.indb 36 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

surgidos de investigaciones revolucionarias. Ojalá esto fuera motivo de atención de los medios de comunicación y de los estudios científicos. No, la noticia, como queda especificado en el interior, habla de la IVE, interrupción voluntaria del embarazo.

Merece una mención especial, por excepcional, el reportaje «Duelo por el bebé que se fue al nacer», publicado en el periódico *El País* el 16 de enero de 2007.

También sucede que en algunos trabajos el asunto se aborda desde la perspectiva física y se pasa de puntillas o se olvida la vertiente emocional; o el enfoque se basa en la difusión de testimonios, sin tratar otros aspectos de la pérdida. Una visión parcial, sesgada de la multiplicidad de aspectos que tienen que ver con la pérdida: físicos, emocionales, psicológicos, médicos, fisiológicos, familiares, sexuales, de pareja, etc. Hay poca bibliografía, pocos artículos que aborden el tema con amplitud. Los padres afectados perciben poco interés médico y social en ahondar en un tema que sigue tan descuidado. El aborto no puede seguir siendo considerado un problema menor por los profesionales de la comunidad médica. Conlleva demasiado sufrimiento durante el proceso y después de él, y consecuencias que afloran en posteriores embarazos y partos.

validación, la asignatura pendiente

En el tema del aborto espontáneo hay mucho por hacer, pero quizás lo más apremiante sea la validación: reconociéndolo vendrá todo lo demás. Validar la pérdida para poder llevar a cabo duelos más sanos, para poder expresar y compartir lo sentido, para que la pena de las madres, y de los padres, aún

Cuna vacía.indb 37 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

menos validada socialmente, pueda expresarse ante la familia, los hospitales, los compañeros de trabajo, los equipos sanitarios.

Cuando una persona muere, a los familiares y allegados se les da el pésame, se les acompaña en el sentimiento, hay una ceremonia, un ritual. Todo esto no existe en la muerte intrauterina. Y las parejas se sienten solas e incomprendidas en su dolor la mayoría de las veces.

Y dentro de esta negación, la que más evidencia la falta de validación es la pérdida durante el primer trimestre, cuando la realidad del embarazo lo es sólo para la madre, para la pareja. Cuando el deseo por ese bebé, el lugar que ocupa ya en esa pareja, no es reconocido por el mundo exterior, que percibe que «no hay nada», que «no pasa nada» y que se va a olvidar la pérdida, cuanto antes mejor, y ya está. Sólo existe el vínculo interno, en la pareja, en la familia más directa.

En nuestra época, cuando las ecografías de alta resolución ya reflejan bebés formadísimos a finales del primer trimestre, cuando hay un interés social por hablar del vínculo que podemos crear con nuestro bebé intrauterino con canciones, tocando la barriga, conectando emocionalmente con él, etc., se produce la paradoja de que si muere se considera que era un montón de células y nada más: «No le demos más vueltas».

Pero la mujer se siente madre, porque siente a ese bebé vivo en su seno, y el padre se queda también sin ese hijo, al que ya se le había hecho un espacio en su vida para el resto de sus días; porque unos padres nunca proyectan sobrevivir a los hijos, va contra natura.

Lo peor de las pérdidas del primer trimestre es la comparación con pérdidas posteriores. Ya lo dice el saber popular, «las

Cuna vacía.indb 38 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

comparaciones son odiosas». Y lo son especialmente en estos casos, porque restan valor al dolor de unos padres desolados, por razones de calendario, porque como su pérdida se ha producido «muy pronto», se cree que no pasa nada y no tiene por qué afectarles. Y se establece una jerarquía de valores, que juzga que es mejor cuanto antes. Uno de los motivos de la no validación radica en que se supone que el dolor de los padres es proporcional a las medidas de su hijo intrauterino. Pero los testimonios de muchas madres cuestionan tal «regla de tres», y la evidencia niega lo que parece ser racionalmente aceptado. La vivencia de la muerte intrauterina es terrible. Valorar cuándo es mejor o peor es entrar en comparaciones que validan unas pérdidas por encima de otras. Una muerte intrauterina nunca es «mejor». Siempre representa un disgusto enorme. Y que las parejas vivan mejor o peor el duelo, que lo superen con más o menos éxito o rapidez, no depende tanto de en qué semana se encontraba del embarazo, sino de su vinculación, sus expectativas con ese hijo, las circunstancias personales de cada uno/a, de cada pareja, de cómo ha sido vivida la pérdida, que tengan un buen o mal acompañamiento, etcétera.

La comparación no consuela a la mujer en duelo, porque el dolor por su querido bebé no se mitiga aunque otra mujer haya perdido dos, o a pesar de que otra lo haya perdido antes o después. Como dice la sabiduría popular, a cada uno le duele lo suyo. Comparar no alivia el propio dolor ni exime del duelo necesario.

Cuando un médico me decía después de mi segunda pérdida, «tranquila, lo tuyo no es nada, la mujer que ha entrado antes que tú ha perdido diez», a mí no me tranquilizaba. ¡Me hacía pensar que me podían quedar un montón de pérdidas que pasar!, y antes de ese comentario no era tan consciente de

Cuna vacía.indb 39 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

ello. ¿Por qué me tenía que consolar esa información? ¿Quién me aseguraba a mí que no iba por el mismo camino, si nadie sabía encontrar las causas de mis pérdidas?

La actitud hacia la muerte intrauterina por parte de la sociedad nos dice mucho sobre el tema. Muy pocas religiones contemplan la pérdida perinatal, hay un gran vacío legal, religioso, moral, científico. El silencio del que hablábamos al principio deja a la madre sin referencias, sin muletas donde apoyar su dolor.

La poca validación que socialmente se da a las pérdidas perinatales reprime muchos duelos, los acorta innecesariamente y muchas mujeres que se permiten vivirlo son culpabilizadas o se culpabilizan por ello.

SENTIMIENTO DE CULPA

Y la culpa viene por partida doble, desde dentro y desde fuera.

Desde dentro, porque toda mujer que ha vivido una pérdida del embarazo encuentra un motivo, a veces rocambolesco, para la autoinculpación: «Si no hubiera hecho ese viaje», «si no me hubiese tomado ese medicamento», «si hubiera descansado más»… La mayoría de las veces son motivos ficticios, que no han causado la pérdida, pero las madres se aferran a ello y se autocastigan de ese modo queriendo encontrar una explicación a tamaña desgracia.

Compartiendo experiencias con tantas madres, hemos constatado que cuando una mujer se da cuenta de que pierde a su bebé por un sangrado después de un esfuerzo por trabajo, por diversión, por desplazamiento, no es que éste haya sido el

Cuna vacía.indb 40 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

motivo, sino que el motivo fue otro, pero el esfuerzo ha sido el desencadenante de una expulsión que se habría producido de todos modos.

También se sienten mal por no poder vivir la pérdida como el entorno les exige. Y se culpan de estar sumidas en un duelo demasiado largo, «no proporcional a lo sucedido»… interiorizando el discurso social que se forja al respecto. Cuando una pérdida perinatal no se valida, cualquier proceso de duelo va a ser considerado enfermizo, y susceptible de medicación y tratamiento.

Cuando un psiquiatra me quería recetar antidepresivos al mes de mi tercera pérdida y yo no quería, me puso el siguiente ejemplo: «Imagina que estar bien es como hacer un viaje a París, tener que llegar allí. Yo te ayudo, con el medicamento, a ir en avión y tú quieres ir a pie». Pero, a lo mejor, yo necesitaba «ir a pie». ¿Quién no conoce los beneficios del Camino de Santiago?

Por eso es tan importante acompañar, compartir y validar los sentimientos de la mujer que vive esta experiencia. Y no olvidarse del padre.

La culpa llega también desde fuera, porque desde el exterior se juzga, se decide cuál es el grado de tristeza y el número de días apropiado; y quien lo hace no es especialista ni entendido, ni siquiera ha pasado por ello.

Con las nuevas tendencias de la medicina alternativa, que busca en toda enfermedad el significado de lo que el cuerpo nos quiere decir y subraya la importancia de escucharlo, algunas madres tienen que oír que han perdido a su bebé «porque en el fondo no lo querían». Pero un aborto, como un embarazo o un parto, no es una enfermedad, sino parte del proceso de la llegada al mundo de otra persona. Creo que ahí radica la

Cuna vacía.indb 41 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

diferencia clave. Además, ¿qué mujer no ha sentido incertidumbre, duda, desasosiego, miedo al embarazo en algún momento de la gestación; o no se ha preguntado «¿dónde me he metido?», si era buen momento, si podría con ello. Son reacciones lógicas y generalizadas que se vuelven en contra ante la pérdida, pero que es importante saber que es normal que aparezcan en la gran mayoría de embarazadas.

La medicina oriental, de enfoque radicalmente opuesto a la medicina occidental tradicional, no entra en esta cuestión porque considera que en ello interviene la voluntad de dos personas, la de la madre y la del bebé, y pueden ser distintas. Ante este modo de plantearlo, muchas madres culpan al bebé «de no querer venir».

No sabemos qué hay de cierto en todo esto, pero constatamos que la culpabilidad circula en todos los sentidos y por todas partes. Y si conocemos este dato, podemos ayudar a la madre a validar este sentimiento, analizarlo y descartarlo, si es el caso.

Miedo y culpabilidad conducen a la madre, también, a negar la necesidad que surge de conectar con el nuevo ser en camino, ante un nuevo embarazo. Porque conectarse con el bebé significa «olvidarse» del bebé que se fue. Y ninguna madre quiere olvidar al bebé que perdió. Cuando se producen los movimientos del nuevo bebé en camino, se sienten de manera agridulce, con una desconfianza que la madre vive culpándose por ese sentimiento. Como el perro del hortelano, se culpa por vincularse con el nuevo bebé y por no hacerlo.

Cuando se da el caso de que años atrás viviera un aborto provocado, la mujer que pierde espontáneamente a su bebé experimenta un sentimiento de extrema culpabilidad, incluso de castigo divino. Esa interrupción voluntaria del embarazo

Cuna vacía.indb 42 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

vuelve con toda su fuerza y amargura cuando esa mujer, en otras circunstancias y generalmente pasado bastante tiempo, desea un bebé, se queda embarazada y lo pierde. Es entonces cuando se cuestiona si fue «voluntario» o bajo presión de la pareja o la familia, por la falta de ayuda y apoyo social e institucional a la mujer embarazada, etc. O cuando se pregunta si la vida, o quien sea, según sus creencias, la está castigando. O lo vive como el precio que tiene que pagar por lo que hizo.

Cuanto más conocemos testimonios de pérdidas perinatales, sean cuales sean los motivos y las circunstancias, más evidente se nos hace la necesidad de tratarlos, de no pasar página sin elaborar el duelo. Porque un hijo es «para toda la vida» y un aborto, también.

EL APOYO DEL ENTORNO

Hay muchas personas sensibilizadas y preocupadas por dar apoyo adecuado a una pareja afectada por una pérdida perinatal. ¿Qué podemos decir?, se preguntan. Es difícil establecer un decálogo de lo que se debe decir, porque las personas que padecen una pérdida no son idénticas, y cada vivencia es personal y única, aunque podamos distinguir sentimientos compartidos.

Tampoco todas las personas que intentan acompañar en el duelo, que quieren ayudar, son iguales, y cada cual debe encontrar su forma de expresión y acercamiento según sea su carácter y manera de relacionarse. Nos puede ayudar mucho lo que la psicoterapeuta Laura Gutman indica en sus seminarios: todo aquello que se expresa con el corazón, con un interés verdadero, llega en este sentido al destinatario.

Cuna vacía.indb 43 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

Después de estar dialogando durante más de cuatro años con medio millar de mujeres que han sufrido pérdidas en distintos momentos del embarazo, a veces pérdidas repetidamente, hemos aprendido, sobre todo, lo que NO se puede decir, porque provoca desconsuelo, desasosiego… todo lo contrario de lo que se pretende.

Muchas mujeres han contado que tienen escalofríos al recordar qué dijeron a otras compañeras, familiares, amigas que pasaron por una pérdida sin haberlo sufrido ellas, su grado de inconsciencia y los comentarios desafortunados, que juzgan desde su experiencia actual. Incluso después de vivir una pérdida en carne propia puede ser difícil encontrar las palabras adecuadas o vencer el miedo a herir a la otra persona con expresiones desacertadas. Son numerosísimos los mensajes en los que las mujeres se lamentan del dolor que les causan los comentarios fuera de lugar, desatinados…

A las personas preocupadas por actuar de la mejor manera posible con la madre y el padre que han sufrido una pérdida se les podría sugerir la siguiente «regla de oro», de fácil recordatorio y aplicación: «En caso de muerte intrauterina no digas o hagas nunca lo que no dirías o harías en caso de muerte extrauterina».

A modo de ejemplo ilustrativo, imaginemos que a alguien de nuestro entorno cercano, vecino, compañero de trabajo, amigo, etc., se le muere un familiar muy querido a quien no conocemos: ¿qué NO le diríamos NUNCA?

1. *«No te lo tomes así, tienes otros familiares»*
   En ese momento, el dolor y el duelo es por esa persona que ha muerto en concreto, o por ese hijo perdido en camino, y se siente esa pérdida, por más familiares, hijos

Cuna vacía.indb 44 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

o parientes que tengamos… y por mucho que los queramos no será un afecto que sustituya al que se ha ido. Cuando a una mujer que pierde un embarazo se le recuerda que tiene más hijos, se está haciendo un comentario culpabilizador y humillante. Ella sabe mejor que nadie cuántos hijos tiene y cuánto los quiere, y ese conocimiento, ese sentimiento no mitiga el dolor por la pérdida que está viviendo.

2. *«Tienes que olvidarlo»*
   Justamente decimos lo contrario cuando la muerte no es perinatal: «Lo vas a recordar siempre», «siempre estará vivo en nuestra memoria», «perdurará entre nosotros mientras lo tengamos presente». Las mamás no tienen ningún interés ni intención de olvidarlo, todo lo contrario. Muchas veces se aferran al duelo cuando quedan de nuevo embarazadas, porque sienten que están traicionando de algún modo la memoria de su bebé fallecido antes de nacer.

3. *«Mejor no hablemos de ello»*
   Cuando quien está en duelo necesita hablar de ello, y escoge a un interlocutor, es altamente decepcionante encontrarse con que esa persona no considera válido escuchar estos sentimientos y piensa que silenciarlos va a facilitar el proceso. Muchas veces la incapacidad del oyente de escuchar activamente, por el miedo o el tabú que representa para él la muerte perinatal, impide tener en cuenta las necesidades y el apoyo que está demandando la persona en duelo.

Cuna vacía.indb 45 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

4. *«Mejor ahora que más adelante»*
   La muerte de un ser querido nunca es «mejor»; se acepta más fácilmente en el caso de una persona muy mayor, en el sentido que es «ley de vida», pero nunca es mejor. Porque sobre esa abuela tan querida que murió a los 80 años, su nieta puede pensar: «Mucho mejor si hubiera sucedido a los 90 o a los 100 años». Y un bebé deseado, en camino, es un ser queridísimo por sus papás y sus hermanos, si los hay… Incluso se puede llegar a pensar que si hubiera sido meses más tarde, hubiera habido más esperanzas, o que se hubiera podido saber el motivo… aunque nunca lo podamos llegar a saber a ciencia cierta.

5. *«Estas cosas pasan, es normal»*
   Estas cosas pasan, es cierto. E incluso podemos considerar normal la muerte, porque cualquier ser vivo es susceptible de poder morir en cualquier momento; pero verbalizar algo tan neutro, tan lógico y «estadístico» no ayuda nada a la persona en duelo por la pérdida perinatal. Los estudios dicen que uno de cada tres embarazos no llega a término. La psiquiatra Pat Hughes[9] considera que cuanto más tarde se pierde el bebé durante el embarazo, mayor es el impacto, o cuando las pérdidas son múltiples.
   La mayoría de las conocidas y compañeras embarazadas de la madre que sufre la pérdida van a tener a sus hijos, y ella no. Considerar esto «normal» es imposible, y que ello consuele, más aún.

---

[9] Patricia Hughes y Daniel Riordan, *Dynamic Psychotherapy Explained*, Radcliffe Medical Press Ltd., Oxford, 1999.

Cuna vacía.indb 46 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

6. *«Eres joven, tendrás otros»*
   La edad no tiene nada que ver con que se pueda pasar un duelo más o menos «ligero». Es la fuerza de los sentimientos, de las vivencias, de las expectativas en ese hijo lo que mide el duelo, no la edad. Nadie desea perder un hijo deseado, a ninguna edad, ni en el caso de que se tengan otros hijos. Además, nadie sabe cuál va a ser el historial fértil de una pareja, y por más que se les diga que no va a suceder otra vez («¡no tendrán otra vez tan mala suerte!»), la realidad es que puede volver a pasar. Y las personas que lo han vivido saben que puede volver a pasar y no hay razones de peso que les puedan asegurar lo contrario. Es por eso por lo que se viven tan mal los siguientes embarazos, con tanta angustia y tantos miedos. Para empeorar las cosas, muchas veces los padres continúan desconociendo las causas de la pérdida y les suenan a palabras vacías las de quienes les aseguran que esta vez irá bien («¡y ellos qué sabrán!»). Por tanto, no les calman en absoluto estos comentarios basados en la buena voluntad, pero carentes de fundamento. Una de las cosas más terribles que se dicen sin pensar, con la mejor de las intenciones, o por decir algo, es cuando, al siguiente embarazo después de la pérdida, se le comenta a la madre «esta vez cuídate mucho», sentencia que lleva implícito que la vez anterior no se cuidó lo suficiente…

7. *«Tienes que salir, pensar en otra cosa. Esfuérzate»*
   La mamá que ha perdido un embarazo es la primera interesada en estar bien, sobre todo porque tiene pendiente un trabajo importante, ¡traer un bebé vivo al

Cuna vacía.indb 47 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

mundo! Por tanto, si está mal es porque no puede estar de otro modo. Decirle que debe salir, que debe «esforzarse», «poner más voluntad», es culpabilizarla de su situación, de cómo se siente, y no validar el proceso de su duelo.

8. *«Ya tendrías que estar mejor, pasó hace "x" meses o días»*
   Respetar a la persona que está en duelo y sus tiempos es fundamental para el acompañamiento. A veces las madres cuentan que les han hecho comentarios que rayan lo ridículo: «Ya hace 15 días, ¡deberías estar mejor!». Incluso se ha hablado de duelos patológicos a los 2 meses de tristeza aguda. Como hemos visto anteriormente, el duelo patológico tiene mucho más que ver con cómo es vivido que con lo que dura. Nuestro tiempo, nuestra paciencia con los duelos de los demás no tiene que interferir en la validación de los tiempos del otro. Y a lo mejor tiene mucho que ver con nuestros propios duelos no resueltos.

9. *«Esto que te ha ocurrido no es nada comparado con…»*
   Ésta sería la frase más recurrente de la no validación, la que quita importancia a esa muerte perinatal si la comparamos con… Muchas madres se han visto abordadas en el entierro de algún/a conocido/a joven, muerto en circunstancias terribles, mientras vivían el duelo de su reciente pérdida perinatal y han tenido que escuchar: «¿Ves?, esto sí que es grave, lo tuyo no es nada». Sin comentarios. Esta frase duele en el alma de esa madre hasta el último de sus días.

Cuna vacía.indb 48 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

Las frases destacadas son las que más mencionan las mujeres afectadas, las más recurrentes. Son, entre los que involuntariamente hacen daño, los comodines más utilizados para consolar. Lamentablemente, no son producto de la imaginación, no son palabras inventadas. Se pronuncian a menudo para quitar «hierro» a la pena de los padres, para relativizar el dolor; pero ya hemos visto que consiguen todo lo contrario. Afligen, enfadan, molestan, dañan, hunden. Los destinatarios reciben, sobre todo, incomprensión.

Compartiendo experiencias con muchas madres que han sufrido una pérdida, se constata que permitirse vivir el duelo tan profundamente como se necesite, aunque el entorno no lo apruebe, es lo más beneficioso para un proceso sano de vivencia de la pérdida. Como indica la frase de Proust, remarcada al inicio de este apartado, «lo único que nos cura de un sufrimiento es vivirlo a fondo».[10]

La mujer sabe lo que necesita y debe procurárselo, hacerse caso. Quererse mucho, mimarse. Sólo ella sabe lo que necesita en ese tiempo posterior a la pérdida, lo que le duele escuchar y lo que le reconforta. Y demasiadas veces el estado de desesperación y ansiedad inducen al autocastigo; mujeres que se han cuidado mucho para un embarazo sano y feliz, ante la pérdida se castigan abandonándose, como parte del duelo, del enfado, de la rabia, y también como reacción al cuidado que se procuraron cuando estaban embarazadas y que interpretan que no les sirvió para nada.

---

[10] Marcel Proust. Escritor francés (1871-1922), autor de la serie de siete novelas *En busca del tiempo perdido*, una de las obras más destacadas e influyentes de la literatura del siglo xx, a quien se le atribuyen reconocidas frases célebres, como la destacada en el libro.

Cuna vacía.indb 49 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

Muchas mujeres se preguntan hasta cuándo es recomendable esperar para buscar un nuevo embarazo. No hay tiempos «generalizables». Hay que buscar el nuevo embarazo cuando la mujer, la pareja, se sienta preparada para ello, pero escuchando el corazón o las entrañas para decidirlo, no mirando el calendario, ni mucho menos a la desesperada, en una especie de «contrarreloj-maratón», que no es nada buena para los duelos y puede jugar malas pasadas. Una madre que se quedó embarazada muy deprisa después de una pérdida comentaba que la gestación fue terriblemente pesada, física y psíquicamente, porque tuvo la sensación de haber estado embarazada durante 14 meses seguidos. Lo vivió como muy duro y agotador; no pudo reponerse, descansar entre ambos embarazos.

La mujer notará cuándo afloran de nuevo en ella las ganas de buscar, y esas ganas llegarán seguro, renovadas y frescas, para cada cual a su tiempo. A todas nos ha sucedido, aunque nunca se olvide lo que ocurrió.

ENCONTRANDO APOYO

Cuando Mónica Álvarez y yo nos encontramos por el espacio cibernético a través de la asociación El Parto Es Nuestro,[11] y compartimos el interés por ahondar en el tema de las pérdidas, abrimos un foro en Internet, Superando un Aborto, un

[11] Asociación El Parto Es Nuestro (EPEN), *www.elpartoesnuestro.es.* Asociación sin ánimo de lucro, formada por usuari@s y profesionales que pretenden mejorar las condiciones de atención a madres e hij@s durante el embarazo, parto y posparto en España.

Cuna vacía.indb 50 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

rincón donde encontrarnos y conversar, entre iguales, sobre cómo nos sentíamos, qué dudas teníamos, qué apoyos necesitábamos. Fue en la primavera de 2004. Ella había vivido la pérdida del hijo de unos amigos muy cercanos, alrededor de la fecha del parto, y yo había pasado por mi tercera y dolorosísima pérdida.

Fueron llegando mujeres, algunos, poquísimos, hombres y algún/a profesional, también muy pocos. Hasta la actualidad, en que hemos llegado a ser más de medio millar, mujeres mayoritariamente, en conexión a través del foro.

Durante estos cuatro años hemos aprendido mucho, entre todas, y podemos decir que el apoyo en Red, por sus características intrínsecas, tiene una serie de ventajas que la hacen óptima para ayudar a las parejas en esta vivencia:

1. Es anónimo. En Internet cada cual puede leer, intervenir sin ser reconocido, sin tener que exponerse personalmente.
2. Se posibilita el encuentro entre iguales, personas que están pasando por lo mismo, y encuentran la empatía necesaria para sentirse acogidos y comprendidos sin ser juzgados.
3. La escritura es catártica. Verbalizar los sentimientos y vivencias, buenas y malas, los avances y retrocesos, ayuda en el proceso. Expresar con palabras lo que se vive, porque la escritura lo exige, contribuye a poner orden en el caos que se siente.
4. Se comparte información valiosísima sobre pruebas médicas, en la búsqueda de motivos físicos para las pérdidas. Poder informarse, conocer, contrastar es impor-

Cuna vacía.indb 51 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

tante para vivir plenamente el proceso mientras se atraviesa.

5. Se encuentra un lugar donde compartir dudas, miedos, rabia, recaídas, logros con otras personas con la misma vivencia.
6. Se da apoyo, se valida, se acompaña, se consuela y, además, se ahonda en la parte de crecimiento y de cambio que supone cada pérdida.
7. Se comparten «soluciones» a problemas que van surgiendo y se aprende del otro. Toda persona que aporta sale beneficiada de la aportación: ayudar ayuda, en definitiva.

Hemos constatado que son las mujeres que han sufrido pérdidas las que buscan este tipo de ayuda mayoritariamente. Si son los padres los que buscan información, es para su pareja, para poder ayudarla mejor, informarse para ella, pero casi nunca lo hacen para ellos. Los testimonios de su experiencia son contadísimos.

En una comunidad virtual creada como red de apoyo social a todas aquellas personas que hayan sufrido una muerte perinatal, directamente o en su entorno, o para las que por motivos profesionales se interesen por ahondar en el tema, se posibilita el encuentro de un espacio virtual donde expresarse y aprender. Su importancia radica, como hemos comentado anteriormente, en que es uno de los pocos lugares donde se pueden encontrar personas que buscan lo mismo y esto es difícil que se dé en el entorno cercano.

Favorece la aparición de comunidades de personas que se encuentran, aunque sea cibernéticamente, «al calor de un relato común», como expresa Antonio Núñez en su libro *Será*

Cuna vacía.indb 52 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

mejor que lo cuentes.[12] En él, el autor nos explica cómo el «espíritu de la hoguera», la costumbre de encontrarnos alrededor del fuego para contarnos historias, ha dado paso a que la fuente proveedora de relatos para la construcción de nuestra identidad sean los medios de comunicación y las nuevas tecnologías. El asunto que nos ocupa, como tema tabú, no encuentra espacio en el mundo de los medios, pero sí que adquiere mucho sentido en el encuentro en el ciberespacio.

El encuentro es posible si el relato es honesto y el creador y el medio actúan con transparencia. Entonces se vuelve a vivir el espíritu de la hoguera, alrededor de la cual se compartían relatos que permitían a los miembros de la tribu encontrar el sentido vital.

En ningún caso la participación en una comunidad de este tipo excluye la atención profesional médica y psicológica requerida por la particularidad de cada caso.

Los encuentros presenciales son también altamente recomendables, aunque en la actualidad existen poquísimos grupos de este tipo,[13] seguramente porque es difícil establecer conexiones geográficas cercanas si socialmente no se valida esta vivencia. Desde hace poco empiezan a consolidarse los grupos de apoyo en el duelo, sin ser aún del todo reconocidos y apoyados por las instituciones públicas.

El apoyo de madre a madre se puede concretar, también, a través de la figura de la doula. Las doulas son mujeres con

---

[12] Antonio Núñez, *Será mejor que lo cuentes*, Empresa Activa, Barcelona 2007.

[13] «Petits amb llum», grupo de terapia presencial. Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR). CAP Pare Claret y Hospital de la Vall d'Hebron (Barcelona), *http://www.petitambllum.org*

Cuna vacía.indb 53 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

gran experiencia en maternidad, que apoyan a las madres en su vivencia de la maternidad. Se especializan en acompañarlas en el embarazo, el parto y en el posparto, ofreciéndoles apoyo emocional en todo el proceso. No son profesionales de la sanidad. Su formación y su oficio, reconocido en muchos países, no lo está aún en el nuestro.

Algunas doulas acompañan también los procesos de muerte perinatal. En la definición de doula se olvida la mayoría de las veces esta parte oscura de la maternidad. Según mi punto de vista, la descripción del trabajo de una doula debería tener siempre en cuenta la pérdida. El acompañamiento de la vivencia de una muerte perinatal por parte de una mujer que conoce el proceso fisiológico y emocional puede ser de gran ayuda para la mujer que está pasando por ello, y también para su pareja.

La figura de la doula apareció hace unos veinticinco años, a raíz de un estudio que demostró que las embarazadas que contaban con el apoyo de otras mujeres con unas nociones básicas sobre el nacimiento tenían menos problemas en el parto.

Por mi experiencia acompañando a diversas mujeres en sus pérdidas, he constatado que viven el proceso de manera más consciente, les ayuda a elaborar el duelo desde el primer momento, se sienten mucho menos desorientadas, saben qué pueden esperar durante la pérdida, cosa que resta mucha angustia, y pueden entregarse a su tristeza, eximirse de las obligaciones «mundanas», sabiendo que otra mujer estará pendiente de asuntos que en esos momentos, y seguramente durante días, la mujer y su pareja se ven incapaces de afrontar. La doula les puede preparar para el futuro más inmediato, para afrontar lo que puede suceder. La mujer tiene un referente a quien recurrir

Cuna vacía.indb 54 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

ante cualquier necesidad relacionada con el proceso que no requiera atención médica. Se trata de apoyar a la pareja para que pueda ser capaz de decidir de qué manera desea vivir la pérdida, no de decidir por ellos. Se trata de saber entender las necesidades de la mujer en duelo en su individualidad, porque cada mujer es distinta y lo vive de forma específica.

Ayudar a la madre con los quehaceres diarios: muchas veces un aborto puede ser físicamente tan pesado para el cuerpo como un parto de un bebé nacido a término. El puerperio es duro, y sin bebé, insoportable, en el pleno sentido de la palabra. Ayudarla con las comidas, ayudarla con los otros hijos, los quehaceres del hogar improrrogables, puede ser necesario para la recuperación física de la madre, y también puede darle ánimo a su espíritu. Es muy importante entender que alguien que ha pasado por esta situación de pérdida tan triste necesita del apoyo de otros, pero para ella puede ser demasiado agobiante buscar esa ayuda. Eso de «si necesitas alguna ayuda, llama» no funciona en estos casos; alguien que está pasando por tanta pena no se siente con fuerzas para llamar a nadie, ni pedir ayuda para lo que necesita desesperadamente.

FALTA DE APOYO

Después de leer a lo largo de cuatro años testimonios de atenciones recibidas tras las pérdidas, hemos constatado que la mujer es atendida mejor o peor según el grado de inteligencia emocional del personal sanitario que le toque en suerte, y/o según las costumbres de cada centro. Pero no hay, en general, un espacio de reflexión y revisión que ayude a replantear las actuaciones que han sido vividas negativamente por las ma-

Cuna vacía.indb 55 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

dres. Existe una importante variedad de enfoque y abordaje del asunto de un centro a otro. Hay pocos centros hospitalarios que se hayan planteado pautas de actuación en casos de muerte perinatal.

En la época de los test de calidad y de la ISO (International Organization for Standardization, Organización Internacional para la Estandarización) en las empresas, no se ha preguntado a las madres que sufren pérdidas qué es lo que necesitan o desean realmente. ¿Desean ser tratadas en la planta de maternidad al lado de mujeres que están pariendo o recién paridas? ¿Quieren que se las deje solas y tranquilas o que se las acompañe? ¿Necesitan apoyo emocional?…

> De camino hacia el quirófano pasé por delante de la sala de espera del paritorio, había muchos familiares de pacientes esperando el nacimiento de sus hijos. Fue terrorífico, yo no he llorado tanto en mi vida. La camilla quedó colocada justo delante de una mujer que estaba dando a luz, vi nacer a su hija y yo vi muerto al mío. Sus restos me los dejaron a los pies de la cama, pendientes de analizar. Yo miraba el nacimiento de aquella niña y miraba mi desconsuelo, imaginaos.

El Hospital de Santa Caterina en Salt, Girona, ha colaborado en diversos seminarios sobre muerte perinatal celebrados en Girona (julio 2006), Barcelona (febrero 2007) y Lleida (octubre 2007,) organizados por Serveis de Dol (grupos de apoyo en el duelo). En estos cursos, profesionales del área de ginecología y obstetricia de este centro hospitalario explicaban cómo actuaban antes de establecer los nuevos protocolos y cómo lo hacen ahora. Y cómo es de satisfactorio y enriquecedor este nuevo enfoque para ambas partes: los sanitarios y las parejas.

Cuna vacía.indb 56 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

¿Qué se hacía antes? (y se sigue haciendo en muchos centros): tener prisa, sólo ver la parte física, no preguntar sobre sentimientos, no mirar a los ojos, no involucrarse, no facilitar las expresiones, no dejar ver al bebé…

¿Las claves del cambio? Validar, acompañar, escuchar, no tener prisa, informar de manera cercana, explicar con la máxima precisión y detalle, contestar a todas las preguntas, responder honestamente y de forma clara, informar de las intervenciones a realizar, hacer seguimiento posterior, ofrecer disponibilidad, explorar, identificar, validar y descartar los sentimientos de culpa…

Su meta: «Ayudar a que la herida no se cure en falso y que, a pesar de que la cicatriz quede para siempre, se pueda mirar con serenidad».

Pero, según los testimonios de muchísimas madres, pocos centros han hecho este ejercicio tan necesario: sentarse a reflexionar, debatir y definir cómo debe ser su actuación con la pareja en proceso de pérdida. Incluso en el mejor de los casos, no se consulta a las mujeres sobre cómo lo han vivido y qué mejorarían en el centro.

Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento informado, según explica la abogada Francisca Fernández,[14] experta en derecho sanitario, es un formulario que facilita el ejercicio del derecho a saber y decidir. No reemplaza el diálogo personal, la base de la relación terapéutica en que la mujer puede preguntar lo que necesite para

[14] Francisca Fernández, «Atención al parto, todos tus derechos», *El Mundo de tu Bebé*, nº 189, diciembre de 2008.

Cuna vacía.indb 57 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

tomar decisiones. Debe obtenerse después de que el paciente reciba información adecuada, no por anticipado. Y el/la paciente o usuario/a tiene derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles. La usuaria puede revocar su consentimiento en cualquier momento, es decir, puede ejercer el rechazo informado. Todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento y esta negación no podrá suponer la denegación de atención.

La legislación sanitaria otorga la máxima protección a la dignidad e intimidad de los usuarios y su derecho a recibir información adecuada, tomar decisiones libremente y elegir entre las alternativas clínicas disponibles. Todo usuario también tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informado.[15]

En el año 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó la «Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud», con el objetivo fundamental de humanizar la atención al parto, otorgar protagonismo a la mujer. Aumentar, en definitiva, la calidad en la atención sanitaria. Sería deseable que los centros aprovecharan esta oportunidad para mejorar, también, la atención a la mujer que sufre una pérdida en cualquier momento del embarazo. Es la cara y la cruz de la misma moneda.

Los casos relatados de maltrato en estos momentos tan delicados son demasiado abundantes y doblemente terribles, porque vienen a sumarse al dolor de la pérdida en sí. Demasiadas mujeres declaran haberse sentido maltratadas en el proceso de la pérdida por el personal sanitario que las atendió. Es posible que a veces

---

[15] Según la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica, de noviembre de 2002, conocida coloquialmente como «Ley de Autonomía del Paciente».

Cuna vacía.indb 58 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:23

estas actuaciones rígidas sean para reducir la ansiedad del equipo médico-sanitario, más que para cumplir con la finalidad de ofrecer una atención más sensible y empática hacia los padres.

> Llego al hospital y allí me miran dos ginecólogas y no oyen el latido cardiaco. Siguen mirando en silencio, pero algo estaba mal, ya que en la salita cada vez había más gente. Les pregunto qué pasa y me contestan que como es pequeñito no oyen el latido. Me giran la pantalla y ahí estaba mi niño; pero, claro, de tanto entrar y salir gente al final llega una que no tiene otro nombre y le dice a la otra doctora: «¿No ves que es un aborto? "ESO" está muerto». Imagínense mi cara. ¡"ESO" era mi hijo!

Las secuelas provocadas por las contingencias generadas durante el proceso de la pérdida pueden llegar a ser tan traumáticas como el proceso mismo.

Como indica Carme Pallàs:[16] «Con frecuencia, a los padres se les quedan grabadas de por vida cada una de las palabras que se dijeron en el momento de recibir la mala noticia».

Se hace difícil entender por qué la pérdida perinatal va tantas veces acompañada por el maltrato de los profesionales que la atienden. Sobra decir cómo incrementa el dolor y la dificultad de recuperación este proceder.

> En 2004 me quedé embarazada por segunda vez en mi vida. La primera, con 19 años, acabó en un aborto voluntario, pero sin duda es la pérdida de otro hijo, e imborrable en la vida de cual-

[16] Carme Pallàs, *Antes de tiempo, nacer muy pequeño*, Ex-Libris, Madrid, 2006.

Cuna vacía.indb 59 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

quier mujer. Este segundo embarazo, planificado, deseado y esperado, tampoco llegó a su fin. Era un embarazo gemelar (monocorial y biamniótico), en el que hay probabilidades de que en el segundo trimestre de gestación se produzca el llamado síndrome de trasfusión feto-fetal. Y justamente a las 27 semanas de gestación, en una eco de control me anunciaron que mis gemelos no tenían latido, así que ese mismo día me indujeron un parto, con el consiguiente ingreso, oxitocina, dilatación, enema, paritorio, epidural… En fin, absolutamente todos los pasos por los que pasa una parturienta «normal», sin tener en cuenta detalles como que, en la cama de al lado, tu compañera va a parir un hijo vivo y tú no, que en el paritorio tienen preparada la ropita de bebé para los recién nacidos que tú no vas a utilizar, o que al día siguiente el ginecólogo te pregunta cuánto han pesado los gemelos, mientras tú te deshaces en lágrimas. Con esto tan sólo me gustaría reivindicar un protocolo específico para estos casos en las maternidades públicas, ya que las secuelas psicológicas disminuirían si cuidasen estos detalles.

A los 6 meses de esta pérdida me volví a quedar embarazada. Supongo que es algo que todas las mujeres que han pasado por un suceso similar están deseando volver a hacer, ya que es una manera de frenar la presión social a la que eres sometida y de intentar borrar aquello de lo que nadie quiere hablar. Realmente y después de cuatro años, me doy cuenta de que no estaba preparada para afrontar un nuevo embarazo. No era cuestión de poner el contador a cero y empezar de nuevo. El miedo y la tristeza me invadieron, no pude disfrutar en ningún momento, tanto que cuando me dijeron a las 21 semanas de gestación que a mi hijo no se le había formado la mitad izquierda del corazón, casi pensé que era lógico, ya que ¿cómo iba a formarse bien un niño dentro de un cuerpo lleno de angustia? Me

Cuna vacía.indb 60 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

quedé en estado de *shock* durante horas, creo que ni siquiera podía llorar. Pero los acontecimientos me hicieron reaccionar, ya que la interrupción de este embarazo fue mucho más traumática, si cabe, que la anterior. No conocía hasta dónde puede llegar la hipocresía de la Administración, la sanidad, la medicina o de quien quiera que sea la culpa, pero la noticia me la dio el mismo médico, en la misma sala de ecografías que hacía 6 meses. Sin embargo, como mi hijo estaba vivo (aunque su patología era incompatible con la vida), no podían hacerme el mismo proceso de la vez anterior, sino que la misma Comunidad de Madrid tiene concertadas una serie de clínicas privadas, donde te subvencionan esta intervención, pero como si ellos no vieran nada… El caso es que además te hacen ir a un organismo de la Comunidad de Madrid, para hablar con una trabajadora social, para que le cuentes qué es lo que ha pasado y firmes que voluntariamente vas a realizar esa interrupción. Después te asignan clínica y día. Y allí comenzó mi pesadilla, tanto por el protocolo que siguen, como por la falta de infraestructura. Desde mi experiencia, me gustaría dejar claras las cuestiones más importantes a la hora de elegir la clínica.

Lo primero, y más importante, es elegir un sitio donde te dejen estar acompañada en todo momento, y no un lugar en el que a las 22.00 horas echen a tu pareja, estés en el momento que estés. Un centro en el que las habitaciones estén preparadas para que puedan visitarte tus allegados, por si te apetece estar más acompañada de tu familia.

Que los medios físicos sean los adecuados, que tengas baño en la habitación y no tengas que cruzar un pasillo para utilizar uno comunitario, y en el que finalmente te sonden para que así no tengas que levantarte y avisar al personal, del cual escasean.

Cuna vacía.indb 61 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

Que una camilla entre por la puerta de la habitación y no tengas que levantarte (en mi caso tuve que sujetarme el cordón que tenía colgando, simplemente pinzado, con una mano y la botella del suero con la otra, mientras traían la silla para llevarme al quirófano).

Que intenten utilizar un protocolo más flexible y que la inducción del parto sea más natural. En mi caso me durmieron dos veces (una para pinzar el cordón y que el corazón dejara de latir y otra para hacer un legrado y sacar la placenta). Yo hubiese preferido que me dejaran expulsar la placenta (así lo hice la otra vez), y que me hubiesen puesto a cambio la epidural (no había necesidad de pasar tanto dolor sin justificación).

Que te den la opción de despedirte en la intimidad de tu hijo y acompañada de tu pareja, en vez de que él se tenga que quedar frente a la puerta de la clínica, metido en el coche toda la noche, para estar más cerca de ti.

Como podréis suponer, las secuelas psicológicas de este proceso, sumadas a las anteriores, y con el peso de haber perdido en menos de un año tres hijos, hicieron que cayese en una profunda depresión, de la que aún quedan resquicios.

He precisado de ayuda farmacológica para superar mi estado ansioso-depresivo, y de una terapia psicológica, que me está ayudando enormemente a recomponerme. Por suerte he contado con el apoyo de mi entorno y con los medios para poder recuperarme. Pero *¿y las mujeres que no cuentan con ello?* Muchas veces pienso en el abandono que sufrimos después de estos sucesos, sin orientación, ni seguimiento del después.

Por experiencia, compruebo que cada una hace lo que puede y busca algún sitio donde le puedan ayudar, donde sentirse entendida, aun habiendo pasado el tiempo, y donde quede reflejado que algo muy fuerte ha pasado en tu vida. Foros como

Cuna vacía.indb 62 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

el de Superando un Aborto, sin duda, han sido un gran apoyo para muchas de nosotras. Espero que iniciativas como ésta surjan desde las administraciones y se pueda minimizar el tiempo de desconsuelo que conlleva una pérdida gestacional.

Sara

La psiquiatra Ibone Olza[17] explica que en nombre de la medicina se aprende a rechazar las emociones, a silenciar las dudas, la incertidumbre, el sufrimiento. El precio es altísimo. Se aprende a seguir protocolos y a aplicar procedimientos, pero casi ningún profesional recibe formación sobre técnicas de comunicación, relación terapéutica o, incluso, de trabajo en equipo.

Las únicas palabras de aliento por parte del hospital fueron las de una enfermera que me dijo «no te pongas así porque vamos a limpiar tu casita para que tu otro hijo que vendrá pronto la encuentre limpita». Todo esto lo decía acariciándome la cabeza. Todos los demás me dispensaron un trato nefasto, me trataron como un animal que había dado a luz un millón de células embrionarias que no eran vida. Me dieron el alta 2 días después, no diciéndome absolutamente nada. Me fui sin nada en las manos. Yo adoraba a mi hijo de casi 8 semanas, hubiera dado mi vida para que todo hubiera salido bien.

Como hemos indicado anteriormente, la mayoría de centros sanitarios de este país no ha elaborado protocolos para la atención en caso de muerte perinatal. Los pocos lugares en que

[17] Ibone Olza, psiquiatra infantil, autora junto con el ginecólogo Enrique Lebrero de *Nacer por cesárea*, Granica, Barcelona, 2005.

Cuna vacía.indb 63 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

sí lo han hecho, de manera respetuosa y responsable, son la excepción que confirma la regla.

FALTA DE PERSONAL PREPARADO

En el foro Superando un Aborto se leen a menudo testimonios de atenciones a madres que parece que no puedan darse en pleno siglo XXI.

Sorprende tanto desatino en el trato, porque cabe suponer que en el ámbito de la ginecología y la obstetricia cualquier persona implicada, comadronas, enfermeras, médicos, tienen que lidiar con pérdidas perinatales de tanto en tanto. No es algo tan absolutamente excepcional. No son casos aislados, rarísimos. En todos los centros ha habido y habrá casos de pérdidas gestacionales. La mejora de la atención y de los recursos empleados para estos casos redundaría en beneficio de todas las partes.

Generalmente, el índice de conciencia sobre la pérdida es tan bajo por parte de quien no lo ha vivido de cerca, que se pueden dar situaciones dramáticamente esperpénticas:

> Llegamos a consulta a las 12.50. Estábamos citados a las 13.00, para que nos explicaran la necropsia. El médico nos dice que se tiene que ir a dar clase, y que tiene mucha prisa, pero la conversación comienza con las palabras: «Tengo aquí tu historial y tu última analítica. No te preocupes: en la semana 37 programamos el parto, o en la 36, o si es necesario antes». Nos pregunta: «¿Cómo habéis venido tan tarde?». A lo que mi marido responde que es la hora que nos dieron. Él replica, con una analítica mía en la mano: «Es que pensaba hacerte una eco para ver qué tal llevas el embarazo». Y yo le respondí que no estaba

Cuna vacía.indb 64 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

embarazada, que yo iba a que me explicara la autopsia… Bueno, pues nada, que me ha citado otro día.

Conclusión: volvemos al tema de siempre, tacto, desde luego no tienen.

Julia

Cuando mi marido estaba en la sala de espera sin saber nada de mí hacía mucho rato, una matrona fue hacia él con un bebé en brazos y le dijo: «Aquí tiene a su hijo». Se quedó helado y tuvo que aclarar que me estaban haciendo un legrado. Continuó sin saber nada de mí y hecho polvo.

Ester

Otro ejemplo que evidencia este enfoque son los centros que optan por enviar por correo las necropsias a casa de los padres, sin explicaciones ni entrevista cara a cara, a veces varios meses después del óbito. Para los padres esa larga espera es terrible, y recibir las explicaciones del motivo de la muerte por carta, sin entender a veces los conceptos expresados, es desesperante. Por no hablar de la impotencia que queda al constatar que han esperado tanto por unos análisis que no esclarecen la causa.

Pasados varios meses y después de muchas llamadas al hospital, se dignaron decirnos que podíamos pasar a por la carta donde estaba escrita la causa de la muerte de Gabriel. Como sospechábamos que no nos atenderían como es debido, preguntamos si podríamos hablar con un médico, pero ya nos adelantaron que nadie nos informaría de las causas. «Sólo recoger el sobre», nos dijo una tipeja que se encarga de esa magna labor. Fue mi marido solo, pues yo no tenía fuerzas para enfrentarme a toda esa gente que ni siente ni padece. Efectivamente, le dieron el sobre

Cuna vacía.indb 65 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

y adiós muy buenas. Recorrió el hospital en busca de un médico que le pudiera informar. Nada de nada. Hasta que, por fin, dio con un ser humano que ejercía la profesión de médico, concretamente en el Anatómico Forense, y le contó más detalladamente lo que le pudo suceder a Gabriel (había muerto porque se enredó con el cordón umbilical), respondiendo luego a las dudas que mi marido le planteó.

Ana

También hay muchos casos en que la madre no ha encontrado apoyo o validación a su pérdida en la ayuda profesional especializada que ha buscado, en psicólogos o psiquiatras que tampoco han entendido este tipo de pérdida ni han podido ayudar. Hace falta gente, dentro de la profesión, especializada en pérdidas de este tipo. Hay tan poco publicado y estudiado sobre este tema…

Según Olza, en los estudios de medicina o enfermería, y más aún en el periodo de residencia, se silencian sistemáticamente todos los aspectos relacionados con el psiquismo y la vida emocional del profesional: se aprende a negar los aspectos personales, bajo el mito de que lo que es personal no puede influir en lo que es profesional. Se enseña a negar el impacto inevitable que el ejercicio de la medicina, en general, y de la obstetricia, en particular, tiene sobre la vida de quien la ejerce. Los profesionales aprenden a ejecutar técnicas, pero no a hablar de ellos mismos. No está previsto, no existe, y quien lo busque no tendrá fácil encontrar un lugar donde poder hablar de lo difícil que es a veces trabajar con la vida y la muerte o comentar el propio miedo. Esta negación produce un efecto desastroso.

Tampoco creo que hubieran podido hacer nada, pero podían haberme ahorrado algunas cosas, como las risitas y comentarios de

Cuna vacía.indb 66 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

los de la sala de urgencias «porque me había hecho pis», por haber roto la bolsa. O como la media hora larga que me pasé sentada en una silla de ruedas paseándome de una sala a otra, porque no sabían dónde meterme. Y más que nada, el paseo de una hora que me dieron hasta el quirófano con mi bebé entre las piernas, porque salió el cuerpo, pero no la cabeza, que para mí fue lo peor.

Marta

Ingresé el miércoles al mediodía. Me dieron oxitocina, pasó toda la noche, llegó el día siguiente. Ablandamiento del cuello del útero con un tampón, desesperación, petición a una superenfermera (o superenferma), «por favor, me quiero duchar». Superrespuesta: «No, ¿tú qué quieres, que se te caiga en la ducha y dar el espectáculo?». Horas interminables… y por la noche me ponen unas pastillas en la vagina para dilatar, empiezan unos terribles dolores, les pido la epidural o algo parecido, me dan un calmante, siguen los dolores, pido a una doctora que me ayude, que no puedo soportarlo ni física ni psíquicamente, me pide que le «dé una horita, que tiene una cesárea», sale por la puerta e inmediatamente mi pobrecito bebé muerto sale. Me pongo a gritar, entran muchas enfermeras y un médico… Todo se termina. Se llevan el cuerpecito. Yo no lo vi, no pude, me tapé los ojos y me puse a llorar desesperadamente.

Le he sentido, le he tenido unos segunditos entre mis piernas. Ahora tienen que hacerle una especie de autopsia, está en el hospital. Nos han dicho que tardarán ¡¡¡mes y medio!!!

Al volver a casa estuve una semana sin poder hablar con nadie, necesitaba autoprotegerme de todo. Después, la rabia, la impotencia y el sentimiento de culpabilidad por no haber podido mantenerle con vida en mi interior.

Ana

Cuna vacía.indb 67 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

¿Por qué ha pasado? ¿Por qué me ha ocurrido a mí? Son las preguntas lógicas que surgen después de cualquier desgracia vivida en carne propia. Entre las parejas afectadas hay una necesidad generalizada de saber las causas de la pérdida. Y existe inquietud y angustia porque se percibe un cierto desinterés en los que deben encargarse de averiguarlas, si no son abortos de repetición. De hecho, hay un requisito para ponerse a investigar las causas: sólo se hace cuando se han producido tres pérdidas seguidas. Por suerte, muchos profesionales se saltan esta terrible condición, ya sea por sensibilidad o empatía, por insistencia de las parejas o por la edad de la madre.

Una mujer comentaba, desesperada, que había tenido tres pérdidas, pero que no «merecía» el encargo del estudio porque no habían sido seguidas: entre la primera y las dos últimas había tenido una hija.

Teniendo en cuenta los grandes avances de los últimos años en estudios genéticos, es sorprendente que en la actualidad se esgriman argumentos del tipo: «La pérdida debe haber sido porque el bebé no venía bien», sin que el caso sea estudiado.[18] A veces, se justifica este hecho alegando que lo que afecta a un embrión en un embarazo no tiene por qué afectar a otro y el estudio no vale la pena. Pero eso habría que valorarlo desde el punto de vista de

[18] *La Genética al Alcance de Todos* es una web divulgativa sin ánimo de lucro sobre genética humana, creada en un intento de acercamiento entre la población científica y la general, con la finalidad de difundir los avances y conocimientos que se producen en este sector y la forma en que la población puede beneficiarse de ellos, utilizando un lenguaje sencillo, claro, ameno y fácilmente accesible (*www.lagenetica.info*).

Cuna vacía.indb 68 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

los padres, y si el coste es alto y éste es otro motivo en contra del estudio —dato que desconocemos—, dar a los padres la posibilidad de hacerse cargo de ello si lo consideran importante.

El derecho a saber, a la información, es constitucional, y el porqué de la pérdida tiene dos puntos de interés. El primero, conocer qué pasó con ese embarazo que nada hacía prever que terminaría en pérdida. El segundo, verificar si va a afectar o no a otros posibles embarazos. También habría un tercer motivo, tanto para el interés de las parejas como para la ciencia: disminuir el porcentaje de pérdidas que no se sabe por qué se producen y que es demasiado alto en los tiempos que corren.

La pregunta del porqué de lo sucedido invade a los padres y aún resulta demasiado difícil encontrar respuestas.

Pero ¿qué se sabe de la vida intrauterina? ¿Hay especialistas en autopsias de fetos? ¿Por qué una muerte extrauterina es casi siempre «explicable» con una autopsia y la muerte intrauterina lo es tan pocas veces? ¿Por qué muchos centros no contemplan la recuperación del cuerpo del bebé si se hace la autopsia? ¿Por qué se tarda tantos meses en dar los resultados? ¿Por qué en muchos informes de análisis de restos de aborto lo único que se especifica es que en los «restos abortivos no se observa ninguna infección, anomalía», etc.? ¿Qué es lo que se mira, qué se analiza? ¿Han cambiado estos análisis en los últimos años teniendo en cuenta los últimos estudios científicos?

Son muchas las preguntas y pocas las respuestas.

LLOVER SOBRE MOJADO

En el foro hemos podido comprobar que muchas veces las pérdidas van unidas a la dificultad del embarazo. La infertili-

Cuna vacía.indb 69 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

dad lleva asociadas dos ideas distintas, pero con idénticos resultados: la imposibilidad de tener un bebé. Porque son dos conceptos distintos que nos llevan a lo mismo. Uno, la imposibilidad de concebir; el otro, no conseguir que el embarazo llegue a término. A veces el hambre se junta con las ganas de comer, y existen muchas parejas a las que les cuesta muchísimo tiempo conseguir el embarazo, y cuando éste llega, termina en pérdida. ¡Y es que parece tan fácil cuando lo explican en la escuela! Pero la fecundación se ríe de la teoría.

Que cueste más o menos un embarazo no significa que la pérdida tenga que ser más o menos dolorosa, pero sí que la angustia de buscar, que la carrera contrarreloj puede ir en contra del proceso de duelo. La pérdida se recrea cada mes, en cada regla.

> Es realmente cansado el paso de mes tras mes sin novedad. Entiendo lo que contáis de tomaros un descanso y así no estar pendientes, pero yo siempre tengo la sensación de estar perdiendo oportunidades. ¡Y es tan estresante!
>
> Es como querer hacer un gol y no tirar a puerta: pues si vas chutando, a lo mejor aciertas… No sé, cuando llevas muchísimo tiempo con intentos fallidos y has ido probando distintas estrategias, como a mí me pasa, pues tengo la sensación de que no me quedan cartuchos: ya no sé qué más probar/inventar… Llevamos unos días muy alicaídas todas, ¿verdad?
>
> Hace días que me doy cuenta de una evidencia en la que hasta ahora no había reparado: las mujeres escondemos una historia personal de fertilidad —sea cual sea el caso— muy importante, que tiene un gran peso en nuestra vida; hay mucha historia detrás: mal trato en partos, pérdidas de embarazos, imposibilidad de emparejarse en la época fértil y encontrar la

Cuna vacía.indb 70 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

media naranja después, desencuentros/malentendidos con la pareja en este terreno (una de las partes quiere un/otro hijo, la otra, no) y un largo etcétera.

Carmen

¿Será que no nos embarazamos porque estamos demasiado pendientes de lo que nos ha pasado? ¿Será que somos, no sé… demasiado sensibles… nos ha afectado todo mucho y nos cuesta ahora volver a la normalidad y con ello embarazarnos de nuevo?

Yo, cómo deciros… ando con una pena… pero a la vez sin querer pensar en ello… mi bebé tendría que haber nacido en esta semana o la siguiente… y me está matando pensar que ni está ella ni hay nada en camino… siento un vacío tan grande…

Cada vez que veo un bebé me muero… me entra la tristeza más absoluta y no sé qué hacer… no mirar… o mirar y llorar y desahogarme… y todo esto mientras vivo con los nervios de saber si me habré embarazado o no…

Gloria

embarazos alrededor

La vida sigue para las parejas afectadas por la pérdida y para las demás, claro está, y este hecho implica vivir rodeados de embarazos y de bebés. Es un comentario extendido por estas madres el de que «parece que se pongan de acuerdo las embarazadas y las mamás con bebés para cruzarse en mi camino». Muchas veces el reto empieza ya en el mismo centro donde atienden a la madre: puede pasarse muchas de las horas del ingreso viendo y oyendo a bebés recién nacidos.

Cuna vacía.indb 71 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

Los sentimientos que acompañan un aborto espontáneo son muchos: desesperación, culpa, rabia, frustración, fracaso, tristeza profunda, sensación de que ya no se tiene control sobre el propio cuerpo. Rabia con una misma y con el mundo entero.

¡Todas las mujeres del mundo pueden quedarse embarazadas y mantenerse embarazadas hasta culminar el proceso satisfactoriamente menos ella!

El sentimiento ante la maternidad de otra es doloroso y ambiguo. Y qué decir cuando el embarazo truncado iba a la par con otro muy cercano en la familia o en el grupo de amistades, en el vecindario, en el trabajo…Y es que la envidia tiene un gran componente de admiración, y admiramos lo que deseamos y vemos muy difícil de conseguir.

El sentimiento de envidia, rabia, desesperación por otro embarazo va unido a un sentimiento de culpa, por la mezquindad que implica sentirlo así. Hay rabia, alegría y frustración al unísono por un embarazo cercano.

También es duro para la persona que se queda embarazada o sigue con su embarazo. Esto puede dar lugar a situaciones comprometidas, como no comunicárselo a la mujer afectada por la pérdida o retrasar la noticia, hasta el punto de que acabe enterándose por terceros, cuando todo el mundo ya lo sabe. Lo que podríamos llamar «conspiración del silencio» crea un sentimiento amargo que empeora las cosas. Este trato hace daño.

Se da el caso de que las conversaciones sobre embarazos y bebés se detienen abruptamente cuando aparece la mujer que ha sufrido una pérdida, y ella lo nota. Y confiesa, a la vez, que estas conversaciones le hacen daño. Son las consecuencias emocionales de estar atravesando un doloroso duelo.

Cuna vacía.indb 72 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

Mucho mejor sería sincerarse con las emociones que se sienten, aceptar la diversidad de sentimientos contradictorios y poder compartirlo. Sincerarse y encontrar un espacio para poder hablar puede ayudar mucho.

En el trabajo, una compañera se ha quedado embarazada y se lo ha dicho a todo el mundo menos a mí. Me he enterado, claro, ¡pero de qué manera… me ha sentado fatal!

Eva

En mi caso, el hecho de que una amiga me ocultara la noticia de su embarazo y sí lo compartiera con otras personas menos allegadas a ella me molestó, incluso me produjo rabia. Soy consciente de que con su decisión quería evitar hacerme daño, pero yo me sentí peor que si me lo hubiese dicho de una forma natural, como a todo el mundo.

Sandra

Tengo una amiga que después de su aborto está tardando mucho en quedarse embarazada. Cuando supe de mi embarazo, fue a una de las primeras a quien se lo dije, porque sabía que sería duro para ella enterarse por otros y que actuar así facilitaría las cosas. Ella y yo hablamos de esta diversidad de sentimientos abiertamente, a pesar de mi estado; creo que esto la ayuda mucho más. Es genial que podamos hablar sin tapujos.

C. S.

¡Cuando veo a embarazadas se me despierta una mezcla de sentimientos! Envidia, rabia, dolor, amor, odio, ganas, desgana… todo a la vez…

Cuna vacía.indb 73 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

Yo vengo ahora medio descompuesta porque he ido a hacerme análisis en un centro hospitalario, y casualmente en maternidad… ideal… y en ese hospital es donde esta semana debería haber nacido mi hija… no os digo más…

Gloria

Quería compartir con vosotras una cosa que me ha pasado. El otro día me enteré de que una de mis compañeras de trabajo está embarazada. Ahora está de baja porque lleva varios días con pérdidas, pero, bueno, eso es otro tema. La cuestión es que, cuando su hermana me dijo que estaba embarazada, me alegré muchísimo por ella.

A la mayoría de la gente esto podría parecerle una tontería, pues lo más normal del mundo es que cuando te enteras de que alguien cercano se ha quedado embarazada te alegres por ello. Sin embargo, para mí el hecho de alegrarme es muy, pero que muy importante. Tras pasar por el aborto, durante mucho, mucho tiempo me sentí fatal, porque cada vez que me anunciaban un nuevo embarazo o un nacimiento, en lugar de alegrarme sentía una gran pena. Esta pena era, además, una especie de arma de doble filo: no solamente estaba triste, sino que además me sentía fatal por ser tan «ruin» de no alegrarme con este tipo de noticias.

No sé si a vosotras os ha pasado. A mí fue algo que me duró mucho tiempo, algo que me parecía exagerado, pues incluso después de tener a mi hijo (que nació justo un año después del aborto), me seguía pasando. Y así seguí hasta que, de repente, un día por la mañana recibí en el móvil el mensaje de que había nacido la hija de unos amigos. Y, para mi sorpresa, me alegré muchísimo por ellos y sentí una gran emoción. No sé, fue radical. En tantas ocasiones había tenido que fingir alegría ante

Cuna vacía.indb 74 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

este tipo de noticias, que el hecho de alegrarme realmente supuso un alivio enorme.

No sé si os parecerá una tontería lo que comento, pero he pensado que quizás alguna de vosotras se haya sentido igual y puede que os ayude saber que no se trata de algo que dure toda la vida, sino que simplemente es algo pasajero, que también se supera.

Olivia

DE NUEVO EMBARAZADA

La madre necesita que se entiendan y se validen las dimensiones de la catástrofe vital que está viviendo. En los siguientes embarazos el sentimiento de miedo a una nueva pérdida no se abandona, no desaparece el terror cada vez que se va al baño si la constatación de la muerte perinatal que se vivió a partir de un sangrado. La escala de color rosa, marrón, rojo pone los pelos de punta a cualquier mujer que ha pasado por ello. Y el indicio de mancha color rosa… hunde ¡Y se va tantas veces al baño! A lo largo del embarazo hay una hipervigilancia, se observa, se busca cualquier signo de posible alarma… La mujer se vuelve, en la mayoría de los casos, hermética, meticulosa, sin querer compartir la noticia con nadie, aparte de la pareja, que también siente miedo, inseguridad e impotencia.

Joann O'Yeray,[19] en el artículo «El embarazo después de perder un bebé», comenta que hasta hace poco la comunidad

[19] Joann O'Yeray, «El embarazo después de perder un bebé», MPH, MS, revista *Ob Stare, El Mundo de la Maternidad,* nº 9.

Cuna vacía.indb 75 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

médica no ha prestado atención a los embarazos posteriores a la pérdida de un bebé.

Un embarazo después de una pérdida es muy distinto de lo que sería sin haberla vivido, por más que se haya producido una recuperación del duelo. Para unos padres que han sufrido la pérdida de un hijo en camino no es fácil seguir los cursos ordinarios de preparación al parto junto con otros padres que mantienen la «inocencia intacta». Sería interesante poder abordar la pérdida durante la preparación al parto. Pero en grupos heterogéneos es casi imposible, porque el tabú aparece con toda su fuerza y para muchos es como llamar a la mala suerte. No se nombra, luego no existe. Sería importante considerar que lo que no se ha trabajado en cada pérdida puede reaparecer en el momento menos pensado, más inoportuno, como explica la psicóloga Cristina Silvente:[20]

> A veces el duelo de una pérdida no elaborado puede aparecer en medio de un parto. Alguna mujer ha explicado la dificultad que supone dar la bienvenida al nuevo hermanito/a porque supone tener que despedir al que ya no está. Un parto se puede quedar en esas situaciones en *stand-by*, como nos explicaba un día una mujer que perdió su embarazo anterior en el quinto mes. Se sentía bloqueada en el presente, estaba dilatada completamente, pero el parto no continuaba… hasta que pudo decir adiós a su bebé muerto. Entonces, el nuevo ser nació con toda su fuerza.

[20] Cristina Silvente, psicóloga especialista en temas de embarazo, parto, pérdidas perinatales y puerperio, *www.cristinasilvente.com*

Cuna vacía.indb 76 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

La palabra clave es MIEDO. El nuevo embarazo se vive con mucho miedo, con conductas de evitación de lo que suponemos que no fue bien «la otra vez», con supersticiones, sensación constante de peligro, de riesgo, con ansiedad. Un embarazo de este tipo lleva una carga de estrés inherente porque el sentimiento de alerta, de inquietud y tensión acompaña toda la gestación. Y es un pez que se muerde la cola, porque la madre sabe que este estado no es bueno para el embarazo.

Ya tengo casi 12 semanas, el lunes fui a la eco del pliegue nucal y vimos a nuestro angelito, no sabéis la emoción que sentimos, ya está formadito/a y pataleaba mucho. Yo esperaba ver lo que había visto en las ecos anteriores. En cada visita me hacen una. Hasta entonces sólo se veía un «porotito» pequeño y en el medio un corazoncito que latía, pues esta vez ya se veían sus piernecitas, sus brazos, su cabecita, su columna, su corazoncito, etc. Yo estaba muy nerviosa, pero al comenzar la eco nuestro angelito pataleó y ahí me quedé mucho más tranquila.

Fue una inyección de esperanza esta visita al médico, tengo fe en que poco a poco se me quitarán los miedos. A veces me vienen pensamientos superfeos, pero intento dejarlos pasar y no profundizar en ellos.

Hasta el momento el ginecólogo tiene mucha paciencia conmigo respecto a mis temores e intenta siempre que yo vea este embarazo lo más normal posible, por lo que me repite cada vez que puede que intente hacer una vida normal. Lo mismo con los medicamentos, para que no me parezca que estoy enferma. Tengo algunos temores, no lo niego, pero intento no pensar en ello, intento vivir el día a día.

Cuna vacía.indb 77 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

El recuerdo de nuestra Anita está cada día más presente, me acuerdo mucho de cómo estaba con ella, y no puedo negar que me dan muchas ganas de llorar, pero intento darme fuerzas y me digo a mí misma que ya podré disfrutar de ella, y que por ahora tengo que disfrutar de este angelito y de los recuerdos de nuestra Anita.

Chantal

En el libro *Anatomía del miedo,*[21] José Antonio Marina define el miedo como la ansiedad provocada por la anticipación del peligro. El peligro acecha, porque se ha vivido. Es un miedo aprendido. Y afirma también que «la vida es ciegamente optimista» y gracias a ello se viven, asimismo, en el transcurso de este nuevo embarazo, momentos de alegría por la posibilidad que se nos brinda de nuevo, o se goza de la gestación en momentos puntuales. Los sentimientos son contradictorios y la embarazada se siente en una montaña rusa que la tiene en suspenso constante.

Es inevitable sentirlo así y es urgente que quien atienda este tipo de embarazos lo tenga en cuenta. Y sepa cómo intervenir. Silvente nos da algunas claves:

Se trata de acompañar el proceso, igual que todo el resto de procesos en la salud reproductiva de una mujer, dar a entender que son normales los sentimientos contradictorios, que unas veces se esté contenta de volver a sentir un ser creciendo den-

[21] José Antonio Marina, *Anatomía del miedo: un tratado sobre la valentía*, Anagrama, Barcelona, 2007.

Cuna vacía.indb 78 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

tro y otras se tenga miedo, u otras no se quiera o se tema sentir alegría por lealtad al que se perdió. Se trata de un proceso lógico y no se debe juzgar, sino dar el espacio para poder expresar esos sentimientos, atender las dudas, la necesidad de comprobar que todo va bien. No cargar a la mujer y/o a la pareja con una lista de deberías porque ésta es una situación especial y diferente. Ayudar a encontrar todo aquello que pueda dar paz, estabilidad, sensación de seguridad, de tranquilidad. Es estar disponibles, dar tiempo, ofrecer apoyo y tener en cuenta que nunca sabremos lo que es estar en su lugar, ni siquiera cuando la persona que acompaña haya vivido en su piel una pérdida, pues el dolor de cada una es único y debe tener la categoría como tal.

SENTIRSE MADRE

Una mujer se siente madre desde el momento en que se siente embarazada, afirma Silvente hablando del vínculo. Los estudios más recientes sobre la cuestión vienen a dar explicación científica a algo que ya notaron o intuyeron muchas mujeres embarazadas. Según los últimos estudios hechos en ratas por investigadores de Singapur, China y Japón, durante el embarazo las células del embrión emigran al cerebro de la madre. Parece ser que estas células fetales pueden permanecer en el cuerpo de la madre hasta más de veinte años después del embarazo. Las criaturas que viven en nuestro interior dejan huella… Las madres de bebés no nacidos lo sabían, pero ahora lo explica la ciencia. A partir del día quince de la gestación, ya implantado en el útero, el embrión se comunica con los tejidos de la madre.

Cuna vacía.indb 79 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

Así se desprende también del «Informe científico sobre la comunicación materno-filial en el embarazo: células madre y vínculo de apego en el cerebro de la mujer», un documento de la Universidad de Navarra resultado del trabajo de diversos expertos y que ha sido dirigido por Natalia López Moratalla, catedrática de Bioquímica. Esta tolerancia se inicia a petición del embrión, a través de una red de sustancias que liberan y desactivan todas las células maternas que generarían el natural rechazo hacia lo extraño. La conclusión de estas evidencias, según Moratalla, es que los circuitos entre madre y embrión durante el embarazo «se potencian y dan lugar al equilibrio de la vida emocional». Según ella, la comunicación materno-filial durante el embarazo supone un diálogo molecular, una simbiosis de dos vidas.

Los bebés no nacidos dejaron parte de sus células en el cuerpo de su progenitora. Todos los hijos que estuvieron en nuestro seno dejaron huella. Los que estuvieron por poco tiempo, también. La vida es un milagro y lo que se va descubriendo nos lo reafirma.

CONCLUSIÓN: NORMALIZAR LAS PÉRDIDAS

¡Son tantas las parejas que sufren pérdidas y es tan poco lo que se habla de ello y de ellas!

Algunas pocas novedades sobre el tema han llegado por casualidad, cuando el foco de atención estaba en otro lugar: en la reproducción asistida, en el diagnóstico prenatal, en la generalización de los test de embarazo de resultado positivo inmediato a la fecundación, etcétera.

Necesitamos normalizar las pérdidas, no en el sentido de considerar que es normal que algunos embarazos se trunquen,

Cuna vacía.indb 80 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

sino para lograr que salgan del anonimato, del silencio, del tabú, del maltrato, del olvido.

La sexualidad humana debe ser aceptada en su totalidad, por el bien de las mujeres, por el bien de nuestra sociedad. La pérdida de un embarazo está tan dentro del ciclo psicoemocional-sexual de la mujer como lo están el embarazo, el parto, la lactancia... Es la parte oscura, la sombra, que no quisiéramos, pero que existe. Es necesario que reconozcamos la pérdida perinatal, que nos atrevamos a mirar, que la hagamos más humana, más próxima y, por tanto, más «superable».

Mónica Álvarez y M. Àngels Claramunt,
cofundadoras del foro Superando un Aborto

Cuna vacía.indb 81 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

Cuna vacía.indb 82 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:24

II

RITUALES PARA LA PÉRDIDA. CELEBRACIÓN, SANACIÓN Y CRECIMIENTO

Mónica Álvarez

Cuna vacía.indb 83 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

Cuna vacía.indb 84 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

Todo es para bien. Se me murió un hijo.
Es lo más terrible que me ha podido pasar.
Pero si no hubiera ocurrido eso, yo no sería quien soy ahora.
Alejandro Jodorowsky

No se ve bien sino con el corazón.
Lo esencial es invisible a los ojos.
Antoine de Saint-Exupéry

Los niños eligen venir a través de unos padres. Ellos marcan los tiempos y ni los tratamientos de fertilidad más punteros lograrán que una mujer quede embarazada si antes no ha sido tocada por la varita mágica de algún hada caprichosa. La moderna medicina casi nos ha hecho creer que somos los amos de nuestra vida, que podemos elegir cuándo preñarnos con los modernos métodos de fecundación, decidir qué día nacerá nuestro hijo; alargar la vida cuando ya nos toca irnos, sortear a la muerte con tratamientos costosos que nos salvan la vida y nos curan de mil enfermedades... Pero todavía, en pleno siglo XXI, nadie sabe por qué razón ocurre el milagro de la vida en el vientre de una mujer. Yo creo que nuestros hijos, cuando son seres de luz en algún lugar hermoso, nos eligen. Eligen quedarse y, a veces, eligen irse. No sé la razón. Sólo sé que el viaje de la vida es más complejo y mágico de lo que nuestras pequeñas cabecitas podrían imaginar nunca.
Mónica Álvarez

introducción

En marzo de 2005 uno de mis mejores amigos perdió a su hijo Markel unos pocos días antes de su nacimiento. Esa personita a quien no conocí movió en mí el impulso de dar vida, junto a M. Àngels Claramunt, al foro Superando un Aborto. En un principio decidí colaborar como terapeuta y como mujer que llevaba casi un año en busca de un embarazo que no acababa

Cuna vacía.indb 85 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

de llegar. Buscaba en otras mujeres con inquietudes similares aquellas respuestas que los médicos no sabían darme. Al poco tiempo logré el embarazo soñado. Mi pequeña Hebe se despidió de mí pocas semanas después. Este hecho ha sido un punto de inflexión en mi vida, desde el que he madurado, aprendido, llorado, celebrado, vivido… Cuando comenzamos esta búsqueda de información sobre la muerte prenatal para dar acompañamiento a las mujeres que iban acudiendo al foro, poco encontramos sobre lo que basarnos. Los profesionales de la obstetricia a los que preguntábamos nos contestaban con grandes silencios (no sabe, no contesta). Poco a poco fuimos reuniendo artículos, estudios, encontramos a otras personas con experiencias similares que también buscaban y compartimos lo que teníamos. Desde estas líneas queremos poner en común lo aprendido, para quienes estén sedientos de respuestas y para quienes estén dispuestos a continuar la búsqueda con nuevas preguntas.

HACIA UNA NUEVA DEFINICIÓN

Conocemos los aspectos básicos de la fertilidad. Hay un óvulo que se deja enamorar por un espermatozoide juguetón y juntos comienzan un proceso de cambios que culminará al cabo de 9 meses (o de toda una vida). Dará lugar a un bebé hermoso, una personita que llenará de alegría la vida de sus padres y sus familiares. Es el deseo de millones de mujeres y hombres. Somos hijos de la época que nos toca vivir, y en este lapso de la historia encontramos a infinidad de hombres y mujeres que trabajan duro durante años para culminar unos estudios, luchan por lograr un trabajo adecuado, se dejan el

Cuna vacía.indb 86 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

alma por independizarse, poder comprarse el piso y, una vez asentados, deciden enfrentarse al reto de la maternidad-paternidad. Pero esta asignatura de la carrera de la vida tiene una pequeña trampa: conseguirlo no es tan sencillo como parece. Tras tantas campañas de prevención de embarazos no deseados, nos encontramos con que cuando lo deseamos, se hace de rogar. Aquel chiste que contaba que «las dos cosas más difíciles de la vida son que tu novia no se quede embarazada y que tu mujer se quede embarazada» se hace realidad cruel y certeramente.

Escuchamos cifras alarmantes de la bajada en la calidad de los espermatozoides de los hombres. El ritmo de trabajo similar al de los hombres provoca en las mujeres cada vez más problemas en la salud de sus ciclos menstruales. Desde el pasado siglo asistimos al aumento trepidante de las enfermedades conocidas como «de la mujer»: desde el síndrome premenstrual, a los terribles cánceres de útero, cuello de útero, ovarios, mama… pasando por otras enfermedades no menos problemáticas como endometriosis, ovarios poliquísticos, fibromas, pólipos… Todo ello añade obstáculos a la fertilidad, mientras, en muchos casos, el reloj biológico va corriendo en su contra.[1]

Es curioso observar cómo muchas mujeres se acostumbran a vivir cada menstruación como otra pérdida más. Es realmente frustrante ver pasar los meses. Esos días previos a la venida de la regla, ya de por sí duros por el baile hormonal que supone al cuerpo, se transforman en una lotería, a la espera de la

[1] Christiane Northrup, *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer. Una guía para la salud física y emocional*, Urano, Barcelona, 2003 (1ª ed. 1994).

Cuna vacía.indb 87 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

suerte de un embarazo. Se viven con gran tensión, que en ocasiones puede hacer que se retrase hasta en un par de días la llegada de la menstruación (eso si aún se tienen ciclos más o menos regulares), añadiendo más frustración, si cabe, al momento en que se encuentra la temida mancha roja.

Pero un día ocurre. Las dos rayitas del test de embarazo no dejan lugar a dudas. La alegría, sumada a la incredulidad, copa el corazón de los futuros padres. Comienza un periodo mágico de 9 meses plagado de sensaciones, ilusión, espera. El bebé va haciéndose un hueco en la barriga de su madre y en la casa que habitan, en sus planes de futuro, en su realidad cotidiana y en su vida. Estadísticamente, uno de cada cuatro embarazos termina en aborto. Tal vez a los papás de nuestra historia les toque. Tal vez no.

La magia de las palabras

Aunque en el entramado social no sea muy habitual hablar de ello, cuando sale el tema en alguna conversación íntima entre mujeres, podemos sorprendernos de todos los casos que conocemos a nuestro alrededor en los que, en algún momento de la gestación, por causas naturales, se produjo un aborto.

«Aborto» es una palabra muy controvertida. Después de leer el apartado médico, sabemos que la medicina se refiere con el término «aborto» a aquellas muertes intrauterinas ocurridas en el primero y, a lo sumo, segundo trimestre. Bueno, lo cierto es que, ocurra cuando ocurra, para la medicina es «un feto», macho o hembra, sin más. Y como no hay un registro civil donde se pueda inscribir a estos miembros de la familia de escasos derechos (debe ser que a mayor tamaño corporal,

Cuna vacía.indb 88 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

mayores derechos tienes en nuestra sociedad), el informe médico es el que cuenta y, a nivel civil, será el único papel legal donde constará que el pequeño al que ciertamente su madre llevó en su vientre con todo el amor existió realmente.

«Aborto» no es una palabra que guste; tiene la connotación de algo feo, contrahecho, monstruoso. Aunque no es ése el significado que originalmente tuvo, sí que es el que más pesa; de hecho, cuando alguien es muy feo, popularmente (y con cierta mala baba) se dice que «parece un aborto»… Las mamás que han perdido un bebé en el segundo y tercer trimestre proclaman que ellas no han tenido un aborto, porque su bebé era hermoso, tenía apariencia humana. Quienes han logrado pasar casi todo el periodo gestacional en el vientre materno, aunque luego tengan la desgracia de morir, parece que ya van siendo aceptados como pequeñas personitas y, socialmente, comienza a aceptarse el hecho de que las madres y los padres que pasan por este terrible trance tienen derecho a estar tristes.

Como decíamos anteriormente, a efectos de informes hospitalarios da igual. Todas las categorías en las que se expresan los informes son terriblemente frías y emocionalmente dañinas para los destrozados padres. Da igual que en el papel que se llevan a casa ponga «aborto diferido» o «parto vaginal sin producto».

La tragedia consiste en que, dentro de toda la dolorosa situación que conlleva la muerte intrauterina, para efectos de reconocimiento de nuestra sociedad, al no quedar estos bebés inscritos en ningún libro de registro civil ni constar en el libro de familia, el único papel físico que certifica que el bebé existió en el vientre de su madre es este informe sanitario. Como papel legal cumplirá su función, pero desde el punto de vista terapéutico es tan dañino como un chupito de cianuro.

Cuna vacía.indb 89 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

El vocabulario médico está bien para el ámbito para el que fue creado: el propio sistema médico-sanitario, esto es, la interacción oral y escrita entre miembros del propio sistema... Pero sería necesario tener en cuenta que una parte de ese sistema ha de comunicarse necesariamente con el exterior, con personas comunes y corrientes que desconocen la jerga médica y que necesitan que se les expliquen las cosas en «su propio idioma». Y, sobre todo, que viven con una gran carga emocional y psicológica las afirmaciones que se hacen en sus informes médicos, muy lejos de la asepsia profesional con que son leídos y escritos por los propios profesionales. A los atribulados padres no se les puede pedir que «tomen distancia» y que lo lean como lo que es, un «informe médico».

Desde hace ya varias décadas se investiga en la Terapia de Familia cómo el tipo de comunicación dentro de cualquier grupo social cura o enferma. No se trata sólo de cómo se dicen las cosas, el tono, el volumen en que se expresan, sino también de las propias palabras que se emplean. Como en el conocido ejemplo de la jarra de agua, podemos decir que está medio llena o medio vacía, las dos descripciones son correctas, pero a nadie le cabe la menor duda de que el significado profundo no es el mismo.

Hace tiempo escribí en el foro Superando un Aborto: «¿Sabéis cómo me gusta vivir las palabras con su significado más terapéutico. Primero pensé que «aborto» es una palabra horrible y quise cambiar el término. Después llegué a la conclusión de que tal vez sea la palabra adecuada, precisamente por la connotación tan dura que tiene. Pensé que lo que me costaba aceptar era mi dolor. Finalmente, llegué a la conclusión de que un aborto no es algo «que se tiene», sino «algo que sucede».

Cuna vacía.indb 90 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

Las palabras y el modo en que las utilizamos tienen un trasfondo que propicia el cambio y la sanación. Numerosas corrientes terapéuticas[2] recogen este modo de proceder: la Terapia Constructivista, el PNL, la Hipnosis Ericksoniana, la Terapia Familiar desde los estudios de los resultados nocivos del lenguaje psicopatológico…[3]

Se nos invita a mirar la jarra medio llena, a cambiar el modo de definir las palabras si hace falta, o los hechos, a ponernos las gafas del pensamiento positivo y buscar aquellos términos que nos hacen bien. Así que os invito a recorrer el camino hacia una nueva definición de la pérdida intrauterina, menos dañina, más respetuosa y sana.

Definición terapéutica de «aborto»

Siempre hemos considerado el parto como acción y el bebé como producto del parto; la interrupción de un embarazo como acción y el «aborto» como producto de dicha interrupción. Así, es habitual escuchar a una madre referirse a su pérdida con la expresión «he tenido un aborto».

Desde aquí declaramos que queremos tener un modo más sano y terapéutico de hablar de nuestros cuerpos y de sus procesos.

Un aborto no es «algo» que has tenido. Un aborto es un conjunto de procesos que comienza en el instante en que la

---

[2] Richard Bandler y John Grinder, *La estructura de la magia. Lenguaje y Terapia*, Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 1998.

[3] Sidney Rosen (comp.), *Mi voz irá contigo: los cuentos didácticos de Milton H. Erickson*, Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona, 1994.

Cuna vacía.indb 91 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

vida intrauterina cesa. En el momento en que deja de haber latido fetal, el cerebro de la madre recibe por medio de hormonas y sustancias químicas la señal de que hay que «abortar la operación»: el embarazo se ha interrumpido y ya no es necesario gastar más energía en la gestación de un bebé que no tiene vida y no va a responder. Comienza un proceso de involución que culmina con el parto de un embrión, feto o bebé, dependiendo de la edad gestacional.

> Ahora recuerdo que, efectivamente, cuando el cerebro deja de gastar esas energías para el embarazo, te da señales (que yo no quise interpretar) de que sucede algo. Yo recuerdo cómo disminuyó la presión de mi tripa: era como si ya no tirara tanto. Y recuerdo cómo el día anterior me salían unos bultos terribles en la tripa (que interpretábamos como movimientos de los niños) y eran unas contracciones de caballo, porque mi cuerpo se estaba preparando para expulsar lo que ya no tenía sentido. Ahora calculo que deberían llevar sin vida unas 4 semanas.
>
> Sara

Puede ocurrir también que el proceso comience en el momento en el que, debido a otras complicaciones (véase el apartado médico), el cuerpo entra en una dinámica de parto que desencadena lo que sería un parto prematuro de un bebé vivo, el cual, dependiendo de la edad gestacional que tenga, podrá sobrevivir o no fuera del vientre materno.

Tanto si el fruto del parto fue un embrión, como si fue un feto joven o un bebé a término, TODOS son seres perfectos, cada uno en su grado de evolución.

Hasta el feto más arrugado y feo es una maravilla de la creación, pues en poco más de un puñado de células está al-

Cuna vacía.indb 92 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

macenada la memoria arcaica de todos los seres que han poblado la Tierra, la misma memoria filogenética que hace que un embrión sepa cómo ha de desarrollarse, o sepa crecer como un bebé humano y no como un bebé de mandril, por ejemplo. Porque a esa edad tan temprana, en etapa embrionaria, todos los seres vivos tienen un aspecto parecido. Luego, cada especie se separa tomando los rasgos característicos propios.

Si fuéramos académicos de la lengua y pudiéramos influir en los contenidos de los diccionarios propondría la siguiente definición de aborto natural: «Conjunto de procesos incluidos dentro del ciclo psicosexual, emocional y espiritual femenino que se da naturalmente en el cuerpo-mente-espíritu de una mujer gestante como consecuencia de una muerte intrauterina. Este proceso se dará independientemente de que exista o no intervención médica de por medio».

En la época del liberalismo sexual es curioso cómo todos los procesos relacionados con la concepción y el embarazo, aborto, parto, puerperio, lactancia, así como las propias relaciones sexuales que se tengan en este periodo vital de la mujer son aún un tabú profundo propio del puritanismo y la mojigatería que muchos y muchas se jactan de haber superado. El día que realmente logremos respetar y vivir con naturalidad nuestros procesos sexuales seremos capaces de ser muchísimo más conscientes de lo que nos pasa, conectar con ello desde la intuición profunda y darle paso, dejarlo fluir para que no se nos quede estancado en un lugar de nuestras sombras, entre nuestros fantasmas.

Hay otros términos dentro del vocabulario médico utilizados para diagnosticar diferentes momentos dados dentro de un proceso abortivo.

Cuna vacía.indb 93 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

Los padres que acuden asustados a la consulta del ginecólogo porque la mamá está manchando (hablamos del primer trimestre de embarazo) necesitan que el profesional no sólo escuche y se haga cargo como médico de lo que ocurre. Antes que nada, son personas angustiadas porque presienten que algo no va bien. Desean por encima de todo a ese bebé que con tanta ilusión esperan y, en la mayoría de las ocasiones, se encuentran con un profesional cuyo nivel de empatía es prácticamente igual a cero, que somete a la mujer a diversas pruebas a todas luces invasivas (que no ofrecen ningún resultado realmente claro) y que, a falta de algo más concreto, la envía de nuevo a casa a hacer reposo absoluto y con un informe cuyo título resulta terrible: «Amenaza de aborto». Esto, quien no lo ha vivido, no puede hacerse una idea de lo que es. Si llegabas a la consulta con una cierta aprensión, te vas creyendo realmente que el mundo se va a desplomar encima de ti.

> *Amenaza de aborto*. Esas tres palabras resuenan desde ayer por la tarde en mi cabeza. Como si con ellas fuera más certera la posibilidad de que mi bebé se vaya. Como si fueran una especie de «conjuro» que inunda mi ánimo y mis ganas de luchar por este embarazo.
>
> M. A. A.

Hay otros términos que se utilizan como diagnósticos que son huevo huero, anembrional, huevo aberrante o huevo vacío. La madre que los recibe se queda con la sensación de que su embarazo no ha existido. Como si abres un cascarón y dentro no hay nada. Lo cierto es que son casos en los que el embarazo se detuvo en la fase de mórula, antes de tomar incluso forma embrional. Desde la experiencia con mujeres que tenemos

Cuna vacía.indb 94 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

en el foro Superando un Aborto, sabemos que la angustia que se deriva de recibir un diagnóstico así se atenúa cuando les explicamos que han tenido un embarazo normal, que han estado embarazadas realmente, que su hijo no era raro ni aberrante, ni el huevo estaba vacío ni nada por el estilo. Que, simplemente, se fue cuando era muy chiquito.

¿Qué cuesta explicar las cosas de manera que todo el mundo las pueda entender como son realmente? ¿Es que se sigue juzgando a un buen médico por lo ininteligible de su jerga?

Nos costará aún recorrer el camino que equilibre la relación médico-paciente, pero pienso que es fundamental y que forma parte de la propia salud de nuestra sociedad el que ambos nos pongamos a la altura de las personas y nos tratemos como tales.

> Una de las noches, en una de mis idas al baño, cayó entre sangre un coágulo más compacto. Al recogerlo, me di cuenta. Era el embrión. Mi hijo. Medía como 2 centímetros, igual que el Niño Jesús que se pone en el Belén. Lo puse en una jabonera como si fuera una cunita. Me alegré de que el proceso hubiera sido tan largo, ya llevaba 3 días con una hemorragia intensa y con dolores que se exacerbaban por la noche. Al principio ni me atrevía a mirar lo que caía al váter. Era como una especie de miedo primario. No sé qué me esperaba encontrar allí… Era la tercera noche expulsando coágulos y ya estaba curtida. Intentaba que cayeran entre papel higiénico para después observar atentamente lo que había. Pudo más la curiosidad que el miedo. Y por fin encontré lo que buscaba. Realmente aquello era lo que había propiciado mi embarazo y lo que hubiera llegado a ser un bebé si hubiera podido desarrollarse. Lo acompañé un rato, hasta que sentí que era el momento de despedirnos. Lo devolví al agua de la que había ve-

Cuna vacía.indb 95 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

nido. Parece mentira que un ser tan pequeño me haya enseñado tanto en esta vida.

M. A. A.

La hermana fea del parto

Si el aborto fuera la hermana fea del parto, la tendríamos encerrada en un desván lleno de cachivaches emocionales, tal vez apoyada contra una pared sujetando algo para que no se caiga. Estaría rodeada de telarañas, oscuridad, polvo y todos aquellos trastos mentales que no sabemos dónde poner, pero que nos da pena tirar por si algún día nos hacen falta.

La muerte intrauterina ha sido hasta ahora un terreno fangoso, oscuro, triste, lejano... una puerta cerrada que nadie abre por miedo al «contagio». Como si por el mero hecho de cerrar los ojos y no «verlo» dejara de existir.

Pues ya es hora de enfrentarse a la realidad. Vamos a abrir puertas, a encender luces, que no nos dé miedo hablar, consolar, abrazar, reconfortar y sentir todo ese calor en una relación recíproca. Que no nos dé miedo perdonarnos, despedirnos de esos pequeños que regresaron al lugar de nuestros sueños y continuar creando vida. Si viene el dolor, nos daremos permiso para poder sentirlo, para después seguir con nuestras cosas, sabiamente, con serenidad.

EL PROCESO

Según la definición del *Diccionario de la Lengua Española* de la RAE, en su cuarta acepción, un proceso es el conjunto

Cuna vacía.indb 96 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial.

Acostumbramos a ver la muerte prenatal como un simple proceso físico, y lo cierto es que abarca mucho más.

En la definición terapéutica propuesta para la pérdida gestacional hablamos de «un conjunto de procesos», porque todo suceso dado en un organismo vivo (sistema abierto) ocurre en diferentes niveles o subsistemas. A su vez, este organismo formaría parte de otros sistemas que los rodean (suprasistemas), todos ellos interaccionando entre sí.[4]

Si queremos que el fenómeno de la muerte prenatal comience a ser un «ciudadano de primera fila» en la urdimbre de nuestra sociedad, hemos de hacer el esfuerzo de subir de nivel mental y comenzar a verla como lo que es: un proceso complejo que abarca diferentes esferas de la vida de la persona que lo sufre.

La esfera íntima de la madre

Veremos a continuación cómo actúan los distintos subsistemas internos que conforman la persona y cómo interactúan entre sí. En el apartado posterior, pondremos el acento en la persona como subsistema de otros sistemas más amplios (externos a ella), como son la pareja, la familia, la sociedad…

[4] Gregory Bateson trabajó en los años cuarenta en la teoría de los sistemas aplicados a las relaciones humanas. En la web *http://www.ecovisiones.cl/metavisiones/taocibernetica/grupoprinceton.htm* aparece un artículo relativo a ello.

Cuna vacía.indb 97 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

1. *Subsistema físico: endocrino-hormonal, muscular, químico-nutricional…*

   El cerebro capta señales a nivel hormonal que anuncian el final del embarazo. A su vez comienza a enviar mensajes a nivel químico para preparar al cuerpo con el fin de evacuar los restos. Este proceso, desde que el embrión muere hasta que comienza el llamado «miniparto» puede durar hasta 5 semanas. Llegado el tiempo, igual que en un parto, tras la expulsión de un pequeño tapón mucoso, la oxitocina cumplirá su papel provocando contracciones musculares que llevarán a la expulsión del embrión, placenta y tejidos endometriales.

   Un ejemplo de cómo interaccionan los diferentes subsistemas físicos sería el síndrome de ovario poliquístico. Se trata de una alteración hormonal que da lugar a diferentes síntomas (entre ellos la posibilidad de abortos recurrentes) que, aparentemente, no tienen que ver entre sí. Por ejemplo, tenemos a una mujer que sufre diferentes síntomas: obesidad, resistencia a la insulina, ciclos menstruales irregulares, dificultad para quedarse embarazada, abortos recurrentes, vello facial, dificultad para adelgazar, acné, estrés... Si se observan los síntomas por separado, parece que hubiera que enviar a esta mujer a diferentes profesionales: dietista, ginecólogo, estilista… Pero si observamos los datos a la luz del síndrome expuesto, vemos un cuadro que toma forma concreta y que puede recibir un tratamiento para hacer frente a todos los síntomas. La doctora West propone en su libro[5]

[5] Zita West, *La guía definitiva de la fertilidad y la concepción,* Pearson Alhambra, Madrid, 2005.

Cuna vacía.indb 98 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

otras terapias complementarias menos invasivas, como acupuntura, homeopatía, reflexoterapia, psicoterapia (hablaríamos de aspectos emocionales que puedan estar agravando la situación), así como una dieta rica en nutrientes que ayuden a restaurar el equilibrio hormonal: fibra, verdura, frutas, ácidos grasos esenciales, complemento multivitamínico… También las técnicas de reducción de estrés pueden ayudar, dado que las glándulas suprarrenales reaccionan a las situaciones de estrés liberando más testosterona, lo cual agrava el desequilibrio hormonal de base. La doctora West ha comprobado entre los miles de casos que ha tratado en su clínica que, en caso de obesidad, una reducción del 10 por ciento del peso corporal puede mejorar la fertilidad con tanta efectividad como cualquier técnica de fertilidad.

2. *Subsistema emocional: sentimientos, emociones, fases del duelo…*

   Existe un proceso por el cual se atraviesan una serie de etapas caracterizadas cada una por el predominio y alternancia de fases emocionales que conocemos como «duelo».

   Hablamos de dolor emocional cuando es tan profundo que nos toca hasta el alma. En nuestra sociedad, tan racional, está mal visto hablar del alma, por eso le ponemos el apellido «emocional» y nos quedamos tan tranquilos. Pero todos sabemos de qué estamos hablando.

   La medicina ha realizado grandes avances en nuestro tiempo. A veces, la forma en que se ejerce convierte algunos avances en retrocesos. El modo paternalista desde el

Cuna vacía.indb 99 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

que se desarrolla el modelo médico nos convierte en pacientes que se dejan manipular por el médico que todo lo sabe y cuyo juramento hipocrático le obliga a actuar por nuestro bien. Esto tiene sus fallas en el momento en que nos obliga a ser sujetos pasivos que han olvidado los procesos físicos básicos de su cuerpo. Asimismo, desde el modelo mecanicista, la medicina adoptó como anatómicamente perfecto el cuerpo del hombre, con el que se comparó (y salió malparado) el cuerpo de la mujer. Desde esta óptica, en una medicina ejercida por hombres, habiendo sido las parteras y las mujeres sabias de la comunidad apartadas por «brujas»,[6] encontramos que el cuerpo femenino con sus ciclos, sus fluidos, su sabiduría ancestral para engendrar, parir, renovarse cada luna fue, y es, considerado imperfecto. Así que la medicina, en su buen afán por ayudar a la mujer a reconducir su imperfecto modo de ser, nos ayuda a acallar nuestra memoria ancestral de mujeres sabias cortando, raspando, cosiendo, proporcionando diferentes tipos de anestesias (físicas y anímicas), inventando chismes que nos «liberen» de las cargas derivadas de nuestra condición de mujer y salvándonos la vida en aquellos momentos en los que la iatrogenia (*véase* glosario) del propio sistema la pone en peligro (por supuesto, explicándonos que lo que produjo el

[6] Es curioso descubrir lo que realmente significa lo que siempre hemos considerado sinónimo de «bruja».

Diccionario de la Real Academia Española: Pizpireta. (De or. onomat.). 1. adj. coloq. Alegre, vivaz y algo coqueto.

Pirujo, ja. 2. f. Mujer joven, libre y desenvuelta.

Cuna vacía.indb 100 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

riesgo fue nuestra propia condición femenina y sus «perversas» expresiones).
En el caso de las pérdidas gestacionales, aun cuando están demostrados los peligros y efectos secundarios de los legrados-raspados-aspirados, éstos se realizan con total impunidad, sin tener en cuenta el caso concreto de cada mujer y sus necesidades específicas (me resulta curioso ver cómo la mujer moderna liberal y feminista asume sin rechistar semejante violación de su espacio más íntimo).

Fue hace treinta y cuatro años. Entonces no teníamos test de embarazo ni nada. Te decía el médico que estabas embarazada cuando ibas a la visita y normalmente se esperaban hasta tres faltas para ir. Yo llevaba un retraso de 17 días. Estaba bien, pero aquel día me levanté rara, como con dolor de riñones. Fui por la tarde caminando a casa de mi madre, pero no me acababa de encontrar bien, así que me volví a mi casa. Al llegar ya me dolía. Me senté en la taza del baño y comencé a echar coágulos de sangre… en uno salió una especie de saquito… se lo enseñé a mi suegra que estaba en casa y me dijo: «Eso es que has tenido un aborto».

Al poco tiempo me revisó el médico y me dijo que estaba todo bien cerrado.

Blanca

Saltarse el proceso físico del aborto supone una incongruencia para el cuerpo, que repercute en todos los sistemas. Concretamente, la vivencia del dolor físico, conecta a la mujer con su parte emocional, con ese

Cuna vacía.indb 101 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

dolor profundo del alma del que hablábamos. Michel Odent[7] explica este proceso a nivel hormonal: el proceso del parto[8] provoca en el cuerpo un baile hormonal que hace que los niveles de endorfinas aumenten. La hormona oxitocina, que Odent llama la hormona del amor, corre por las venas de la parturienta provocando en un aborto una anestesia natural que impide a la mujer hundirse en la desolación de la pérdida. Quien ha vivido el final de su embarazo como un proceso consciente, descubre en sí una fuerza que desconocía, que la eleva al estatus de «diosa», de mujer fuerte, de mujer consciente de su cuerpo, de sus procesos. Si el bebé nacido está muerto o es un pequeño embrión, la madre que pueda acogerlo y despedirse como lo que es, el cuerpo del hijo que ha habitado el suyo durante un tiempo, podrá enfrentarse al duelo desde la realidad del hijo que ha perdido. El amor que siente ya no tendrá como objeto un ser imaginado en un futuro que ya no llegará, sino un ser real, de carne y hueso, al que tal vez ha podido lavar, vestir, acunar, despedir de una manera respetuosa y digna. No digo que de este modo vaya a ser menos doloroso, pero sí más sano. La cicatriz estará ahí siempre, el recuerdo perdurará por muchos años que pasen, pero no existirá la incongruencia profunda

[7] Michel Odent, *La cientificación del amor,* Fundación Creavida, Buenos Aires, 2007.

[8] Hablaremos de «parto» independientemente de que el bebé nacido esté vivo o muerto, de que sea un parto de un embarazo a término o de un embrión de pocas semanas.

Cuna vacía.indb 102 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

de quien entra anestesiada a un quirófano con una barriga y sale sin ella.

Ayer traté de relajarme, de hacer visualizaciones, leí muchas aportaciones de la gente que acude a esta página y de mujeres que han descrito su aborto natural en casa y todo eso me ayudó bastante. También hice un pequeño ritual: encendí tres velas, una por cada uno de los bebés que he perdido. Te cuento que a mí no me gusta llamarles huevos hueros, así que siempre digo que he tenido dos niños de viento y uno de luz, éste fue el segundo, y a él sí le vimos su corazoncito. Por la noche le dije a mi esposo que debíamos despedirnos de nuestro bebé y rezar para que mi cuerpo sea fuerte y lo deje ir y volver a donde quiera que esa alma pertenezca. Fue algo muy bonito y nuevo para los dos, porque hasta ahora no habíamos tenido tiempo ni ocasión de vivir de forma consciente y decidida las anteriores pérdidas y sus respectivos duelos, debido a la inmediatez y urgencia de las intervenciones de legrado. En esas ocasiones no nos dio tiempo a reaccionar y teníamos esas experiencias atragantadas. En ambas situaciones, los dos nos quedamos desolados, traumatizados, fue algo muy violento.

Por eso esta vez se trata de una experiencia excepcional y una oportunidad de sanar y de tener un duelo que nunca nos permitimos tener con anterioridad, por falta de información, por la presión médica y social, por miles de cosas que ahora estoy descubriendo gracias a mi decisión y a haberos encontrado a vosotros. Debo decirte que tengo una sensación muy especial. Estoy triste, claro que estoy triste, pero, por otra parte, me siento con una felicidad y una esperanza indescriptible y, sobre todo, muy fuerte. Por

Cuna vacía.indb 103 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

primera vez, siento que es mi cuerpo, que soy yo y no otra gente la que decide. Me siento orgullosa de mi cuerpo, feliz de que sea la naturaleza la que haga el trabajo, así como lo ha hecho a lo largo de generaciones, sin intervencionismos, sin avasallamientos traumáticos, sin invasiones violentas a mi cuerpo, a nuestros cuerpos (…). Acabo de volver de darme un paseo y creo que me ha sentado bien. Estoy tranquila y trato de cuidarme y escuchar a mi cuerpo. Estos días están siendo para mí una gran experiencia y cada momento que pasa me siento más fuerte (…). Hoy he ido a la gine, pero no nos ha atendido la de siempre, sino otra. Como nosotros tampoco estábamos muy contentos con la anterior, nos ha dado un poco igual el cambio. Más de lo mismo... La nueva no tenía ni idea de por qué yo estaba ahí, ni siquiera se había molestado en tomarse un par de minutos para leerse mi historial. De todas formas, yo le he explicado mi historia rápidamente y le he dicho que llevaba 4 días sangrando, dos de sangrado intenso y que había tomado la decisión de que esta vez fuera mi cuerpo el que hiciera el trabajo y que no quería legrado. Ella me ha dicho que había que hacer una ecografía para ver cómo iba todo. Me la ha hecho y me ha dicho (algo que yo ya sospechaba porque ayer expulsé algo como un pequeño chicle, sólido, y como de un centímetro y medio o más) que ya había expulsado el saquito. Así que nos hemos puesto muy contentos de que mi cuerpo se esté portando tan bien.[9]

[9] Transcribimos un proceso de pérdida gestacional desde la vivencia de una mujer que acudió al foro Superando un Aborto en busca de orientación y apoyo. Se han omitido ciertas partes para que no resulte tan largo.

Cuna vacía.indb 104 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

3. *Subsistema mental: ideaciones, creencias, cogniciones…*
Hablamos de un proceso por el cual poco a poco se va cambiando el patrón mental «estoy embarazada», por el de «ya no estoy embarazada». No se trata sólo de que el tiempo que una mujer lleva imaginando su embarazo, cómo será su parto, su hijo, conforman una realidad a nivel mental, sino que el embarazo supone una inmersión a todos los niveles en el mundo del bebé. Las ilusiones se tornan realidad. Es tan grande el vuelco que da la vida cuando una mujer comprende que está gestando y lo que esto supone, que hará falta un tiempo de «descompresión» para ir saliendo poco a poco de la burbuja de felicidad en la que vive la mujer embarazada.

Sería más o menos un mes o así después del aborto. Bajaba por las escaleras de casa, cuando resbalé y me caí. No fue más que una culada sin importancia. Me dolió más el alma, al darme cuenta de que, en el momento de caer mi pensamiento fue «¡ostras, el bebé!», para acto seguido «caer» en que ya no hay bebé. ¿Es que mi cabeza realmente pensaba que aún estaba embarazada? ¿Por eso mi primer pensamiento fue el de protección hacia el ser que ya no estaba en mí? ¿Es que te pasas todo el tiempo que dura tu embarazo haciéndote de tal manera a la idea de que estás embarazada que necesitas tiempo para darte cuenta de que ya no lo estás?

M. A.

En cierta manera, el desasosiego que puede experimentar una mujer que ha perdido a su hijo en el seno al ver

Cuna vacía.indb 105 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

a otras embarazadas y a otros bebés viene dado por esta paradoja mental: cuando el cuerpo ya no está embarazado, la mente aún está pensando en cómo sería ese bebé, lo percibe como real, aunque físicamente ya no esté.

A veces me paraba delante de las tiendas de ropa de bebé mirando cositas… hasta que caía en la cuenta de que «ya no necesito nada de esto». Me daban una envidia terrible todas aquellas mujeres comprando cosas para sus bebés. Me daba más rabia aún su cara de felicidad, de inocencia. Yo, aunque vuelva a quedarme embarazada, nunca volveré a sentir esa sensación de «todo va a ir bien».

Amelia

Más que nunca es importante darse tiempo, no apresurarse ni exigirse estar «bien», aunque la familia, la sociedad nos meta prisa para salir, para ser «la de antes». No me cansaré de repetirlo, nunca una mujer que ha perdido un hijo en su vientre, aunque no llevara más que unos pocos días embarazada, volverá a ser «la de antes». Pretender algo así es pretender quitarle su estatus de persona a una madre que vive con total dolor la pérdida de un hijo y negarle todo el respeto que se merece, aunque desde fuera sea incomprensible.

Somos una sociedad profundamente racional. Desde nuestro neocórtex de *Homo sapiens*, calculamos, dirigimos, analizamos… Las heridas del alma no se sanan sólo con esto. Es verdad que parte del proceso está en comprender qué ocurrió, qué hice mal, qué podía haber hecho de manera diferente… Pero llegado un

Cuna vacía.indb 106 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:25

punto, la mente no da para más. La sanación profunda de la persona ha de implicar emociones y estratos más profundos del ser. Alguien que años más tarde cuenta su pérdida desde la más absoluta racionalización de lo ocurrido, no ha superado el trauma. Incluso estaría más atrás en el camino que quien lo relata bañado en lágrimas. Quien es capaz de llorar, al menos es capaz de sentir dolor. La mente puede utilizarse como un parapeto tras el que cobijarse de las emociones más dolorosas. El proceso terapéutico consistirá, en primer lugar, en romper esa coraza. En los casos más extremos de negación disfrazada de racionalización no habrá lugar para un proceso terapéutico, porque la mujer ni siquiera será consciente de que necesita ayuda. Como dice un dicho popular, «nadie se ha emborrachado hablando del vino». Son importantes los grupos de apoyo, presenciales, virtuales… Representan las redes sociales con las que se contaba antaño, cuando vivíamos más cerca unos de otros. Ahora no nos paramos a hablar. Vivimos en bloques llenos de vecinos pero no hay confianza para ciertas expresiones emocionales. Curiosamente, suplimos la necesidad de expresión con las visitas al médico. Sobre todo en el embarazo y el puerperio, el médico suple en muchos casos la labor de las comadres que enseñaban a la reciente mamá todo lo que necesitaba saber. Ahora son el ginecólogo y el pediatra quienes gestionan ese conocimiento. Profesionales que, paradójicamente, no disponen ni de tiempo ni de la capacidad empática que se necesita para escuchar con la profundidad deseada. En caso de pérdida perinatal ni siquiera existe ese seguimiento. Ya no hay

Cuna vacía.indb 107 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

bebé, ya no mereces pertenecer al grupo de pacientes de obstetricia.

4. *Subsistema espiritual: creatividad, rituales, capacidad de superación…*
   Proceso por el cual la persona va tomando conciencia de todos los cambios que se dan en sí misma, a todos los niveles mencionados, llegando finalmente, o no, a un estado de consciencia, desde el que la paz y la serenidad definen su ser en el aquí y ahora.
   Las características de cada uno de estos procesos se bio-retroalimentan entre sí, no pudiendo saber dónde termina una y comienza la otra. Los pensamientos van de la mano de las emociones y de ciertos procesos físicos. Para probar esto último, el lector puede imaginar (nivel mental) que come un trozo de limón; al mismo tiempo que imagina, comprobará cómo en su boca las glándulas correspondientes comienzan a salivar (nivel físico). A la vez, no tienen por qué recomponerse todos los sistemas al mismo tiempo (la herida física sanará mucho antes que la herida mental, por ejemplo).
   Asimismo, desde un punto de vista sistémico no se puede influir en uno de los procesos sin alterar indirectamente los otros. Así, por ejemplo, la importancia de dejar que el cuerpo actúe desde un manejo expectante del aborto radica en la emisión de endorfinas, verdaderas responsables del hecho de prevenir infecciones, ya que, al igual que elevan el ánimo (nivel emocional), también aumentan el sistema inmunológico (nivel fisiológico).

Cuna vacía.indb 108 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

Hemos mencionado el duelo en el sistema emocional, pero no por ello queremos afirmar que el duelo sea únicamente una experiencia emocional. Al contrario, tendría su correlato en cada uno de los sistemas:

A nivel físico, el duelo puede conllevar una serie de molestias tales como cansancio, sensación de debilidad, cefaleas, dolores musculares, síntomas gripales… No tienen por qué darse todos a la vez ni en una misma persona. Tal vez no se asocien al duelo en sí, sino que sean tomados por distintos problemas físicos y puestos en conocimiento del médico de cabecera. En muchos casos se recetan pastillas para las diferentes dolencias. Si se viera el cuadro con una perspectiva más amplia, un médico con experiencia sabe que es parte del proceso del duelo. Incluso es posible que determinados síntomas se repitan en la época del año en que sucedió la pérdida, a modo de recordatorio. A veces, es interesante hacer una analítica, por si hubiera una anemia real, fruto de la bajada de defensas producida por el estrés derivado de toda la situación o de la propia sangre que se pierde. Unas simples vitaminas a veces hacen milagros con estos síntomas, inyectan una dosis de fuerza a un sistema corporal deprimido que invierte esfuerzo extra en superar la pérdida y en reinventarse de nuevo. El profesional correspondiente tendría que valorar si conviene administrar o no un suplemento alimenticio que dé el empujón de ayuda necesario para ponerse de nuevo en marcha. Son inocuos al lado de los antidepresivos que se recetan con tanta alegría hoy en día en la consulta del médico de cabecera.

Cuna vacía.indb 109 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

A nivel mental, surgen los pensamientos recurrentes, la sensación de «no poder creer lo que ha sucedido», «que esto me haya pasado a mí», las diferentes creencias erróneas que puedan impedir que la herida mental sane de forma natural y eficaz («siempre me pasan a mí las cosas malas»; «no soy normal»; «nunca podré ser madre», etc.) y que habría que contrastar y desactivar por un terapeuta para que no se conviertan en lastres del proceso. No estamos hablando de pensamientos patológicos, sino del proceso habitual. La mente también ha de invertir su patrón de pensamiento «ya no estoy embarazada».

También es cierto que si se diera con más facilidad la posibilidad de hacer las pruebas pertinentes para descubrir las razones de la pérdida se evitarían mucha angustia y estrés innecesarios. Saber por qué ocurrió ayuda a la elaboración del duelo y evita pensamientos recurrentes basados en fantasías (posibles causas seguramente, pero fantasías al fin y al cabo), que podrían llegar a convertirse en problemas psicoemocionales mayores si se dieran las circunstancias.

La peculiaridad del duelo en el aborto es precisamente que no queda claro cuándo comienza. Hay quien inicia su duelo cuando le dan la noticia de que el feto está muerto. Hay mujeres con mucha sensibilidad que notan los síntomas físicos de involución del embarazo: el feto muere y poco a poco los síntomas van desapareciendo, y van sintiendo una especie de nostalgia que la embarazada, en su eterna inocencia, asocia a su propio estado. Es después, tras la pérdida, cuando se da cuenta de que su cuerpo ya comenzaba a despedirse.

Cuna vacía.indb 110 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

Hemos recogido también muchos testimonios de mujeres que soñaron que se despedían de sus hijos o tenían pesadillas referentes a la pérdida días antes de que se declarara el sangrado. En muchos casos recibir la terrible noticia no hace sino confirmar algo que ya sabían.

Legrado no es sinónimo de final del embarazo. Igual que en una cesárea realizada sin mediar trabajo de parto, habrá dolorosos entuertos producidos por un cuerpo que lucha por cumplir con su instinto natural. Sea mediante un miniparto natural o artificial vía legrado, el sangrado durará unos días aún.

El cuerpo ni siquiera asume que el final del aborto coincide con el final del sangrado. Todavía durante unas semanas correrá por las venas de la mujer la hormona HCG, responsable de que el test de embarazo dé positivo. Puede tardar en desaparecer hasta 2 meses después de la pérdida. Paradójicamente, una mujer que se haga un test de embarazo después de perder uno, dará positivo. Esto supondrá un baile hormonal en un cuerpo que todavía no ha superado el estatus de embarazo y ya intenta reanudar sus ciclos.

Es como si la persona, a través de los distintos subsistemas que conforman su ser, fuera iniciando pequeños duelos, en la medida en que va siendo consciente de la pérdida. Cada mes que pasa, la madre va tachando mentalmente las semanas que faltan para la fecha probable de parto, hasta que llega el día. Es tan doloroso darse cuenta de que ese día, en el que probablemente habría parido y tendría a su hijo en sus brazos, ya no podrá ser… Pero es como si se hubiera cerrado un ciclo,

Cuna vacía.indb 111 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

como si lo hubiera perdido definitivamente. No habrá ningún milagro, ninguna cigüeña vendrá y pondrá en sus brazos un bebé sano, como seguramente escuchó de niña que ocurriría. Termina la fantasía y no queda más remedio que aferrarse, un día más, a la realidad.
Esto se complica cuando ocurren varios embarazos muy próximos en el tiempo, con sus respectivos abortos. Si un aborto ya es difícil de digerir, ¿cómo dar cabida a semejante tempestad emocional?

Tengo un niño de 21 meses y este año queríamos ir a buscar un hermanito/a. En febrero me quedé embarazada y en abril tuve un aborto retenido a las 9 semanas. Lo pasé bastante mal, ya que en la semana 6 le habíamos oído el latido y pensábamos que todo iba bien. Después de esperar unos meses, volvimos a la búsqueda. Tardé 3 meses más en quedarme embarazada. Esta vez pensaba que todo iba a ir bien y que no me podía volver a suceder, que un segundo aborto «no entraba en las estadísticas» y que dos veces lo mismo no podía ser. En la semana 6 le oímos el latido y parecía que todo iba bien, pero el 29 de octubre, al hacer la eco, volvió a suceder. Otra vez lo mismo, no había latido. Estaba de 10 semanas. Ya llevo dos abortos en un año, y ahora, pues, tengo miedo de que vuelva a suceder. Tengo miedo a las ecos, ya que jamás tuve ninguna pérdida que me hiciera sospechar un aborto... Ahora tenemos que esperar para hacernos alguna prueba y descartar posibles causas. La verdad es que se me hace difícil. Cuando voy por la calle y veo mujeres embarazadas, pienso «ahora yo estaría de x semanas o x meses». Especialmente este mes, en el que me hubiera tocado parir la primera pérdida, mi FPP era el 7 de no-

Cuna vacía.indb 112 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

viembre, y cuando veo mujeres que están a punto, pues me da una sensación extraña, de envidia y de impotencia por no poder tener a mi segundo bebé...

Alvex

El debate está servido. ¿Hay que atenerse a factores físicos para pensar en un nuevo embarazo, o deberían ser los factores emocionales los que se han de digerir (que es distinto a superar) para planteárselo? De lo que no cabe duda es que si no se realiza la digestión emocional antes del siguiente embarazo, en algún momento habrá que encontrar el tiempo para ello.

Cuando una mujer se queda embarazada, se llena con el espíritu del nuevo ser. Aunque altere el proceso físico, sigue siendo importante que reciba el mensaje que este ser trae al mundo. La comunicación con el espíritu del bebé es posible y ha sido descrita por muchas mujeres. En un aborto, la mujer o los posibles padres están eligiendo crecer y parirse a sí mismos en lugar del nuevo ser, pero en tal caso deben incorporar la conciencia del ser que ha habitado brevemente en sus vidas.

Otra hipótesis es que aunque una mujer pueda poner término físico a un embarazo, ella y su cuerpo siguen embarazados a otros niveles. Claro está que necesitará recuperarse físicamente, pero también puede ser más sensible emocionalmente y necesitar más apoyo en los meses siguientes al aborto. En muchas ocasiones, esas mujeres pasan por malos momentos emocional y físicamente en el tiempo en que deberían haber dado a luz. En mi consulta he visto a dos mujeres que se hirieron físicamente en la época en la que debería haber sido el parto. Una se

Cuna vacía.indb 113 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

había caído de un caballo fracturándose la pelvis (…). No digo que se produzca mucho, pero es algo a considerar en estas circunstancias.

Ahora le digo a la mujer (…) debe seguir cuidándose como si estuviera embarazada; necesita comer bien, descansar, hacer los ejercicios apropiados, tomar aire fresco; debe seguir teniendo conciencia del proceso del embarazo y de su sensibilidad emocional, y reservarse para estar consigo misma la semana en que hubiera parido, o para estar con su compañero si es necesario, y mantenerse abierta a cualquier cambio o nueva conciencia que pueda experimentar.[10]

Ambivalencia

Es habitual, tras una pérdida gestacional, querer ponerse ya a buscar otro bebé. No es tanto un deseo de reemplazar al que se fue como la llamada de la maternidad, que sigue escuchándose fuerte. Esto en sí es también motivo de incomprensión en nuestra sociedad, más si la madre ya tiene otros hijos. Las personas ajenas no entienden la fuerza con la que grita cada una de las células de una mujer que desea ser madre con todas sus fuerzas. Tratarán de convencerla de que ya tiene bastante con los hijos que tiene, con la suerte de tener ya uno o dos, con lo mucho que cuesta criar un niño y renunciar a todo lo que una mujer moderna tiene acceso hoy en día. Como si querer ser madre supusiera regresar a otra época, renunciar a vivir, cuando precisamente quien busca la maternidad lo hace a sa-

[10] Elson M. Haas, *La salud y las estaciones,* Edaf, Madrid, 1983.

Cuna vacía.indb 114 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

biendas de que eso es lo que quiere y que para ella la verdadera renuncia está en acallar esa voz que le llama desde lo más profundo de su ser. Como si no fuera suficiente el miedo, no ya a un nuevo embarazo, sino a otra pérdida, muchas veces las personas de alrededor no hacen, «por su bien», más que echar leña a la hoguera de la incertidumbre.

Lo cierto es que es una etapa dura, con la sensibilidad a flor de piel. No se han acabado de ir las hormonas del embarazo cuando el cuerpo reanuda sus ciclos y la mujer se ve envuelta en una gran montaña rusa emocional. Familiares y amigos lo tienen complicado: digas lo que digas y hagas lo que hagas, sentará mal. Es lo que llamo «el síndrome del culo escocido». Si tienes escocido el culo, da lo mismo que te pongas bragas de esparto, de lana, de seda… te va a doler igual, porque lo que tienes es un problema en (con perdón) tu culo. De nada sirven consejos y frases bienintencionadas que sólo suenan a hueco. Es el momento del silencio cómplice, de los abrazos, de llorar juntos. Somos seres mentales, necesitamos hablar, comentar, dar vueltas a un mismo asunto. Esto está bien hasta cierto punto. A partir de aquí no sirven de nada las palabras, entramos en el campo de las emociones. Como decía alguien, «hay momentos en la vida en los que lo único que se puede hacer es llorar y darse besos». ¿Por qué no? Si no sabemos afrontar nuestras emociones (que es diferente a enfrentarse a ellas), ocurrirá que «las lágrimas acabarán por convertirse en piedras en tu estómago».

Porque una mujer que ha pasado por una o varias pérdidas no necesita de nadie que «le caliente la oreja» diciéndole a lo que se expone. Ya lo sabe. Lo lleva impreso en el alma.

Lo que se siente, esa mezcla de deseo y miedo de tener otro bebé tiene un nombre: ambivalencia.

Cuna vacía.indb 115 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

La ambivalencia es querer y no querer algo, todo a la vez. Es otra etapa del proceso por la que hay que pasar, pero que también se supera. Aunque crea un gran desasosiego (por todas las emociones opuestas que desata) es como un limbo: evita tener que tomar la siguiente decisión (la que sea, en cada caso). Es un mecanismo de defensa que actúa, como su nombre indica, en beneficio propio: evita que tomemos decisiones en momentos en los que no estamos preparados para ello. Aunque sea muy desagradable, tiene un beneficio secundario muy claro.

Es como si estuvieras al comienzo de la carrera pensando «¿me pongo las zapatillas verdes o las rojas?» y no echaras a andar. Pero no hay que culparse por esta indecisión. Tras una experiencia tan sumamente dura, hay que repostar, coger fuerzas. Funciona así. Aunque todos te digan, «muévete, sal de casa, etc.», has de confiar en el instinto.

A veces hace falta mucho cabreo para echar a andar. El enfado es como el combustible.

Otra razón más para sentirse culpable en un momento así es la sensación de estar perdiendo el tiempo. Hazte un favor, nunca digas «he perdido el tiempo». El tiempo no es algo que se nos pueda «perder». Siempre lo estamos ocupando con acciones. A veces, simplemente, necesitamos parar. Vivimos en la creencia de que «poseemos» el tiempo y que podemos disponer de él a nuestro antojo, y es una gran mentira. ¿Verdad que cuando se está a gusto pasa más rápido y cuando uno se aburre, más despacio? Esto lo saben los niños.

El secreto está en lo siguiente. Solemos decir «cuánto tiempo ha pasado», como si fuera algo lineal que puede medirse con un metro. Pero no es cierto. Vivimos tiempos, etapas. Unas más activas que otras. Vive intensamente el tiempo que

Cuna vacía.indb 116 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

te toca vivir. Es tuyo, es tu ahora, y nunca volverá. Tu dolor es tuyo. Te pertenece y tienes todo el derecho a sentirlo plenamente. Aunque, paradójicamente, no es tuyo, os pertenecéis mutuamente. Date permiso para sentir plenamente ese dolor (ojo, para sentir, ¿eh?, no para pensar sobre ello), y después date permiso para despedirte y dejarlo ir, serenamente. Cuando llegue el tiempo, no antes.

Receta para ayudar al dolor a salir de su madriguera

Querida X:

Me gustaría darte un abrazo muy fuerte en persona y acunarte en mis brazos. Entonces tú comenzarías a llorar flojito y luego un poco más fuerte.

Y yo te contaría bajito al oído una historia:

Lo cierto es que las heridas no se cierran de un día para otro, sino que tardan un tiempo. Y cuando sanamos una herida, siempre queda una cicatriz (y el que diga que no, miente). Las cicatrices tiran, pican, duelen cuando hay cambios externos... y es buena señal, porque significa que se están curando. Si no, los médicos, que son unos señores que saben mucho, dirían que hay necrosis, incluso gangrena, y hablarían de cortar (o sea, hacer una herida más grande para recomenzar el proceso, a ver si esta vez sale bien).

Querida X, no te preocupes si tus lágrimas brotan. Son tuyas. Es tu dolor, tuyo, y nadie puede perpetrar el crimen de quitarte el derecho de sentirlo. Ni siquiera tú misma.

Es bueno que llores. Un día, para negar el dolor lograste que tu corazón mutara. De ser de carne, pasó a convertirse en

Cuna vacía.indb 117 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

piedra. Si hoy lloras es porque te das permiso[11] para sentir (a lo mejor hasta ahora no estuviste preparada para sentir y lo pospusiste) y eso es bueno. Es muy bueno.

Me gustaría que, quien leyera estas palabras, al hacerlo llegara a ser capaz de hablar de sus sentimientos. Y no os asuste si hay llanto. Imagínate en un abrazo inmenso que te arropa y te protege, lo suficiente como para darte permiso para dejar brotar todas tus emociones a través de unas lágrimas.

Un abrazo muy fuerte, muy fuerte, muy fuerte.

Mónica Álvarez

P.D.: Parte de esta receta consiste en que sea vuestra pareja quien os abrace mientras deshacéis vuestro dolor en llanto. Aquí hay un problema, porque los hombres no entienden, no pueden ver a una mujer llorar, porque no saben qué tienen que hacer para ayudarnos. Tenéis que explicarles que es bueno, que os va a hacer bien y que no tienen que hacer nada, sólo abrazaros fuerte, como si fueseis un bebé, para poder dejar salir el llanto. Atención si surge la rabia (si os sentís lo suficientemente seguras, surgirá, y también es bueno); entonces tienen que aseguraros que no les estáis haciendo daño con vuestro arrebato y que podéis daros permiso para ser «malas» por un ratito. Os advierto que cansa bastante. Cuando veáis que ya habéis sacado suficiente «mierda», os levantáis, os laváis la cara y comed y bebed algo (desde un tentempié hasta una cena con velas). Después, si podéis, dad un paseo para airearos y pasear el nuevo vínculo que se ha creado con vuestra pareja.

[11] Joaquín Argente, *Me doy permiso para*…, Obelisco, Barcelona, 2009.

Cuna vacía.indb 118 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

Es muy buena señal descubrir que se comienza a sentir la necesidad de «sacar» todo el dolor que se lleva escondido en lo más íntimo. Sin embargo, para esto, como para muchas cosas, la prisa es mala consejera. Hay que estar preparada para darse todo el tiempo que sea necesario. Y no preocuparse por si se está haciendo bien o mal. Seguro que se está haciendo muy bien. «Tu cuerpo es sabio, tú eres sabia y conoces tus tiempos». Hay sentimientos muy difíciles de afrontar. Es muy bueno comenzar a hacerlo. Pero, al igual que no hay que tener prisas, hay que estar atento para no exigirse más allá de lo que las propias fuerzas permitan.

Es importante ponerlo todo en la balanza: hablar y permitirse guardar para una los propios sentimientos el tiempo que sea necesario. Todo saldrá a su debido tiempo.

Como las ondas que se crean en un estanque al tirar una piedrecita, todo suceso ocurrido en la vida se propagará e influirá en la persona en todos sus niveles. Todo lo que sucede alrededor de una pérdida gestacional tendrá, para bien o para mal, su consecuencia.

Igual de importantes son las personas que rodean a la mamá. Forman otros sistemas mayores que la rodean, la pareja, la familia nuclear, la familia extensa, los diferentes grupos sociales en los que se mueve… Ella forma parte de estos sistemas mayores con los que interactúa y a través de los cuales se bio-retroalimenta.

El sentir del padre ante la pérdida

El padre también vivirá todo el proceso en sus diferentes niveles: físico, mental, emocional, espiritual… Aunque no nos de-

Cuna vacía.indb 119 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

tendremos tan profundamente como con la madre, por ser ella quien que vive la pérdida física. En gran parte, lo ya explicado sirve aquí también como modelo.

El proceso del padre, aunque pueda parecer que le toca la «mejor» parte, es complejo. Al dolor y a la frustración de perder al hijo ha de añadirse la preocupación por lo que pueda pasarle a su esposa.

Asimismo, al no vivir el nivel físico, se perderá la parte hormonal y química, tan importante, como decíamos, para crear endorfinas que ayuden a no hundirse emocionalmente, así como para mantener a flote el sistema inmunitario.

Es importante ayudar al hombre a implicarse en el proceso de despedida. Es muy fácil que sean las otras mujeres de la familia quienes «cuiden» de la madre mientras el proceso físico culmina impidiendo que el padre se sienta parte implicada. Él también tiene un duelo que resolver, y en su caso, ya que no ha vivido las mieles y las molestias del embarazo, puede quedarle la sensación de que ese hijo «no ha existido». A la fase de negación propia del proceso de duelo puede unirse en el padre la sensación de irrealidad, de hacer «como si no hubiera pasado nada». Esto sería una tremenda equivocación y un lastre en el camino hacia la sanación psicoemocional.

Cada persona es un mundo y no se puede prever cómo reaccionará cada hombre.

El hombre que tiene la capacidad de cuidar de su compañera hasta que se recupera físicamente podrá vivir el proceso del aborto de la forma más directa, más vivida. Es muy probable que aplace su propio duelo en su preocupación porque su compañera esté bien, con la sensación de que «ahora no le toca». Sus tiempos no son los mismos que los de la mujer. Es probable que en algunos casos tampoco dé muestras

Cuna vacía.indb 120 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

de dolor o de tristeza tan palpables. Será un duelo más racional, más mental, a su manera. Tal vez en un mes o dos, si no se permitió vivir la tristeza desde las emociones, lo exprese a un nivel físico. Más de un padre ha acabado con una bajada de defensas y una gripe en cuanto su cuerpo ha visto que podía bajar la guardia. Es su manera de permitirse meterse en la cama y ser, a su vez, cuidado.

Lo primero que se me viene a la cabeza cuando estoy escribiendo cómo se siente un padre ante el aborto de esa ilusión, de esa imagen, de ese ser que su pareja, mujer, esposa, compañera lleva en su ser, es dolor.

Sí, dolor, frustración, malestar. Es y será una pérdida. Es y será un recuerdo. Es y será un ser. Tendrá que ir del: voy a ser padre, a de momento no seré padre.

Sí, es toda una amalgama de sentimientos, desde la rabia al cabreo más impresionante, al no creérselo. Pero se sabe que es real, que ha pasado, que ha ocurrido.

Pero hay una parte que siempre recordaré, y que me llevaré conmigo, y que quiero compartir. Es que quería estar con mi mujer, con mi esposa, mi pareja, mi compañera. Quería estar con ella, y que ella se sintiera, no sólo apoyada, sino querida, cuidada, mimada (pero sin ñoñería). Deseaba estar abrazándola, acariciándola, dejándola descansar todo lo que quisiera.

Pero hay otro «pero». Necesitaba llorar, decir lo que sentía, cómo me sentía. Aunque sabía que debía compartirlo, darme permiso para expresar esa emoción, el dolor que me invadía no sólo por la pérdida del bebé, sino también por el dolor que veía reflejado en todo el ser de mi pareja, de esa madre que ahora debía asumir una pérdida, un duelo. Lo llevaba dentro y se

Cuna vacía.indb 121 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

estaba yendo de ella, y la estaba haciendo parir sabiendo que no habría nada después.

Es en esos momentos de silencio cuando las palabras no son tan necesarias, pero se deben decir si se siente que hay que hacerlo. Esas emociones no son un juego, son un presente vivo. El mañana (el futuro) hará que aprendamos a sentir lo vivo que uno puede estar cuando se alía con esa otra parte con quien uno, en su día, comenzó a compartir un espacio, un tiempo, una vida de encuentros, de vivir en pareja para, siendo individuos, poder llegar a formar una familia.

Está bien ser persona, pero más importante es ser individuo dentro de una pareja, para crecer con ella, no físicamente, sino emocionalmente. Hay que dejarse sentir, darse permisos, e-mocionar-se.

S. R. G.

Ahora, luego, más tarde, en algún momento el padre tendrá que pararse y sacar su propio dolor fuera. Así como en un primer momento la necesidad del hombre y su manera de sentirse bien es lograr que la compañera esté atendida y se restablezca físicamente, tendrá que encontrar un momento para afrontar su propio dolor y su duelo. Será muy importante la expresión de la tristeza, ya que, si no, a la compañera le quedará el sinsabor de pensar que «él no quería tanto a este bebé». Será fundamental para el vínculo de la pareja pararse a hablar de lo que ha pasado, de lo sentido, de lo vivido, de lo esperado. Curiosamente, muchas parejas en este trance se paran a plantearse el futuro, otro bebé, hacerse pruebas, la adopción, sin haber cerrado la puerta de lo que no fue, dejando un hueco por el que se pueda quebrar el vínculo que les une. Quien ha tenido la templanza de cerrar en limpio la

Cuna vacía.indb 122 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

herida, ha comprobado cómo se fortalecía el vínculo entre ambos.

Sirve también en este apartado la «Receta para ayudar a salir al dolor de su madriguera» expuesto en el anterior.

La pareja y la familia nuclear

Por generalizar, hablaremos de la pareja formada por hombre y mujer, aunque también tenemos en cuenta aquellas parejas formadas por dos mujeres o dos hombres que deciden vivir la maternidad-paternidad. Por familia nuclear entendemos la que forman el padre, la madre y los hijos. Desde la Terapia de Familia se acepta que una pareja no se convierte en familia hasta que no tiene descendencia.

Es importante dejar que la pareja viva estos momentos junta. Tradicionalmente son las mujeres quienes se apoyan entre sí en las diferentes fases del ciclo psicoemocional-sexual. Tal vez si la mamá está ingresada sea su propia madre quien la acompaña en el hospital, o una hermana, una amiga, etc. Puede darse también la situación de convalecencia en casa, con esas mujeres que acompañan mientras el marido está trabajando. Si la mujer no tiene pareja es muy aconsejable que se sumerja en el universo femenino de sus amigas o familiares, que la van a cuidar, arropar, acompañar en su proceso de sanación. Pero si tiene pareja es importante hilar muy fino para que las redes femeninas que la apoyan no alejen al hombre (o a la otra mujer, en su caso) en su afán por ayudar.

Se trata de cuidar la pareja. Tal vez al final del día, cuando las visitas se han ido, es el momento de reencontrarse, de convivir con el dolor, el llanto, la pena. Tradicionalmente los hom-

Cuna vacía.indb 123 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

bres tienen vetado el derecho a expresar sus emociones. Contrariamente al sentido común, muchas mujeres adoptan esta equívoca expresión de fortaleza, negándose el derecho a expresar el dolor. La pérdida de un hijo en el vientre puede ser una crisis tan profunda en el seno de la pareja que fuerce a romper los moldes previos que indican cómo ha de comportarse uno frente a los vaivenes de la vida. Será necesario que los componentes de la pareja encuentren juntos nuevos modos de expresión emocional que tal vez antes de la crisis no existían. Esto es crecer como pareja. Si no se da esta maduración en los dos miembros, como individuos y como pareja en sí, estarán en el comienzo del fin de la misma.

Más allá del hombre y la mujer aparece la «pareja». Es el término que designa certeramente la dualidad de dos que han elegido vivir como uno. Es como el tercero entre dos que se quieren, a quien se ha de cuidar, a quien se ha de tratar como uno más de la familia. Es el tercer miembro de la pareja, miembro intangible a primera vista, pero vital en el universo familiar.[12]

La pérdida gestacional, como crisis vital que es, sacude el microcosmos de la pareja, rompe en pedazos lo que era, obligando a cada uno a recolocarse en sus nuevas posiciones, respecto a sí mismos y al otro. No puede ser de otra manera. No se puede «esperar que esto pase y volvamos a ser los de antes», ya nunca jamás volverán a ser como antes.

Aunque en el plano civil no se tiene en cuenta, en Terapia de Familia se considera que ese bebé no nacido es de hecho un miembro más, con todo su peso y su realidad. Es como si las

[12] Philippe Caillé, *Uno más uno son tres*, Paidós, Barcelona, 2001.

Cuna vacía.indb 124 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

energías y dinámicas subyacentes de cada familia quedaran impregnadas con la esencia de ese pequeño ser. Aunque no llene un espacio físico, ocupará un lugar en el universo imaginario de la familia y de cada uno de sus miembros. Si no se hace consciente esta necesidad de conversar acerca del pequeño que no se llegó a conocer, de pensar en él, en cómo sería de mayor, a quién se parecería, de llorarle y recordarle, de guardar un espacio y un tiempo para él, la necesidad se hará tan grande en el subconsciente que ocupará espacios propios de la vida cotidiana, de los miembros vivos de la familia y de sus emociones y pensamientos. Véanse esos casos de madres que se niegan a desmontar la habitación del bebé, que viven por y para el hijo muerto, padres que ahogan en alcohol la falta de diálogo y la incapacidad de expresar el dolor guardado tantos años; hijos que acaban sufriendo la lacra de la enfermedad mental desde el sentimiento de un hermano muerto que parece más importante y familiarmente más deseado que los propios hijos vivos. Son casos muy extremos que abundan en los manuales de psiquiatría.

Según esto, una pareja que sufre una pérdida gestacional se convierte automáticamente en familia, ya que el hijo, aunque civilmente no exista, en el imaginario familiar es tan real como la vida misma.

Será responsabilidad de cada grupo familiar cómo quiere vivirlo, como un secreto, con naturalidad, desde la obsesión…

> Me gustaría comentaros, y así intercambiar experiencias, cómo ha sido mi progresiva toma de conciencia de la pérdida, cómo me la planteo ahora, cómo es necesario construir una memoria, una identidad al hijo para recordar y decirle adiós...

Cuna vacía.indb 125 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

Los hermanos

Los niños son inteligentes y sabios. Somos los adultos quienes en muchas ocasiones tenemos problemas para estar a la altura de las circunstancias. La pregunta que baila en boca de los adultos suele ser: «¿Y ahora cómo se lo decimos?».

Los hermanos, como partes integrantes del grupo familiar, tienen derecho a saber que tienen otro hermano, aunque no haya llegado a nacer. Tienen derecho a preguntar, a recibir respuestas, a despedirse del pequeño con el que ya no jugarán.

No tiene sentido ocultarles lo que ha ocurrido, porque en cierta manera ellos ya lo saben. Saben que algo está ocurriendo, que sus padres están tristes, tal vez la mamá fue ingresada en el hospital y ellos fueron a casa de la abuela unos días… Si se les anunció que iban a tener un hermanito, hay que explicarles que ya no lo tendrán; si no se les comunicó, hay que hacerlo todo a la vez. Hasta los más pequeños tienen ojos y oídos y saben cuándo mamá está triste. Si los perros lo captan en sus amos, cómo no lo van a saber los niños.

Hay que tener mucho cuidado, cuando se les hable, en dejarles claro que no ha sido culpa suya y que papá y mamá les quieren mucho. Que están muy tristes porque el hermanito ya no vendrá y que será normal que lloren de vez en cuando.

Disimular la tristeza no es adecuado. Un niño sabe que si alguien falta lo normal es estar triste. Puede pensar que si él un día se muere tampoco lo llorarán…

Es importante escuchar sus preguntas, aunque no tengamos respuesta para todas. Es fundamental leer entre líneas estas dudas, porque a lo mejor nos están dando más información

Cuna vacía.indb 126 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

sobre cómo se siente por el contexto de la pregunta que por ella en sí.

No hay que preocuparse más de lo necesario por cómo será su reacción; los pequeños hacen gala de una madurez impresionante en momentos en los que los adultos nos quedamos sin palabras.

> Acabábamos de darles la noticia a nuestros hijos de que iban a tener otro hermano. Nos habían oído comentar nuestra preocupación: ya sería el cuarto vástago y nos obligaría a realizar varios gastos serios para hacerle un sitio, como cambio de coche, de piso… y no andábamos muy boyantes económicamente. Por desgracia, mi mujer tuvo un aborto natural y lo perdió. Tenía miedo de cómo reaccionaría mi hijo de 7 años, pues me parecía pequeño para encajar una noticia así. Pedí incluso consejo a mi terapeuta, quien me tranquilizó y me dijo simplemente: «Los niños son más sabios de lo que suponemos». Cuando hablé con el niño y le expliqué que ya no iba a venir el hermanito… ¡fue él quien me tranquilizó a mí! «Es normal, si no íbamos a caber ni en el coche… Ya vendrá más adelante, cuando tengamos dinero para comprar uno más grande…».
>
> J. C. G. N.

> Mi madre siempre ha explicado que tuvo cinco embarazos y tres hijos. Yo soy la mayor de todos ellos. No recuerdo en qué momento me lo explicó ni cómo, sólo sé que sus dos abortos han estado presentes en mi memoria, en nuestra historia. Siempre me he preguntado qué sería haber sido cinco, o qué hubiera sido tener un último hermano en vez de hermana (siempre he creído que eran niños), o que se hubiese llevado menos años conmigo. Mi madre siempre ha hablado de lo mal que lo pasó.

Cuna vacía.indb 127 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

Pero no hacía falta que lo dijera, recuerdo perfectamente llegar a su habitación y verla tumbada en la cama, pálida, triste, casi gris. Aunque entonces yo no entendía muy bien qué pasaba, sólo sabía que mi madre estaba triste, enferma. Me dio la sensación, o siempre la he tenido, de que estuvimos mi hermano y yo fuera de casa unos días, pero ella afirma que no fue así. Quizá los niños, los hermanitos, estamos totalmente fuera de esta historia y se nos queda más el sentimiento de aislamiento o de que se nos echa fuera. El primero de sus abortos fue a raíz de empujar el coche, que quedó tirado en la carretera. Ella decía «voy a perder la barriga», al cabo de unos días empezó a sangrar y, finalmente, perdió su bebé de 3 meses. Yo debería de tener unos 3 o 4 años y mi hermano, 1 o 2. Luego tuvo otro más, ella siempre se quedó con la duda de qué pasó y de si en realidad seguía vivo, pues le practicaron un legrado antes de que ella pudiese ni siquiera reaccionar. Y, finalmente, nació mi esperada hermana, una hermana ansiada por todos.

A pesar de tener presente esta vivencia, no he sido realmente consciente de su significado hasta que he sido madre y he conocido y escuchado las historias de pérdida de otras mujeres desde esta perspectiva de madre. Pero haberla conocido de cerca supongo que te da una perspectiva también diferente.

Cristina

El entorno familiar y social

Hace una semana aproximadamente que salí del hospital. (…) Como éste es mi tercer aborto (no por eso menos doloroso), el saber lo que me iba a pasar con antelación ha hecho que ma-

Cuna vacía.indb 128 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

neje mejor la situación, esta vez ha sido definitivo el empeño de no recibir a NADIE, ni madre, ni suegra, ni amigos, ni NADIE. Porque me doy cuenta de que, estando tranquila conmigo misma, la situación de encontrarte con una persona, por muy querida que sea, es ponerte en el ojo del huracán. Ese momento de silencio que es tan denso que se podría cortar con un cuchillo, la pena en los ojos de una persona que quieres... ese «ambiente» es el que te precipita hacia el llanto, y una vez que empiezas no puedes parar...

Chicas, os lo recomiendo: soledad absoluta durante una semana, ni teléfono, ni visitas, ni nada de dramas exteriores. Hablad con vuestra pareja y que se ocupe él del mundo exterior. Es momento de pensar en vosotras mismas y de pasar vuestro duelo.

Yo, después de una semana así, me encuentro muuuuucho más fuerte. No he tenido que contener mi lloro porque esté alguien delante, ni dar explicación ninguna, ni aguantar palmaditas en la espalda de consuelo, MI DOLOR NO TIENE CONSUELO.

El otro día, cuando me estaba duchando, al ver que mi cuerpo volvía a ser el de antes, mi pecho ya no estaba preparando la lactancia... empecé a llorar como no lo había hecho hace mucho. Y me pasé llorando una hora entera, debajo del agua de la ducha, hasta que me di cuenta de que gran parte de mi tristeza se había ido por el desagüe. Salí del baño y empecé a hacer planes para el futuro. ¿Qué es lo que voy a hacer ahora? Creo (bueno, lo sé por experiencias anteriores) que si hubiera estado rodeada de gente, incluso de poca gente, no habría tenido tan claras las cosas como ahora.

En breve empezaré a buscar un médico que me dé soluciones, también estoy informándome sobre adopciones, y... ¡sí!, lo

Cuna vacía.indb 129 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

que necesito ahora es un viaje para relajarme, ¡mmmmhhhh!, tal vez mire alguna página de esas que salen fotos del Caribe. La vida es increíble, chicas, miremos hacia adelante, aún hay muchas olas que saltar...

Hemos hablado ya del papel de la familia extensa en cuanto a dos necesidades básicas: por un lado, la que tiene la parturienta de ser cuidada (el hombre como apoyo y puntal, que sería el principal responsable) y, por otro, la que tiene la propia pareja de vivir el tránsito sin interferencias externas.

En una situación ideal debería ser el padre quien hiciera de parapeto al exceso de atenciones que se quieran prodigar a la mujer en unos momentos en los que tal vez necesite estar sola o, sin más, con la compañía de su pareja.

Sin embargo, en muchos casos lo que ocurre es que la familia se desentiende, como una especie de negación de lo que ha ocurrido. Aquí no ha pasado nada, la vida sigue, tendrás otro… es una actitud que ni favorece la recuperación de la madre ni aporta nada positivo a la situación de duelo que están viviendo los padres.

Los doctores Lebrero y Olza hablan de la herida emocional en su libro *Nacer por cesárea*. Comentan que el obstáculo más dañino para la superación de la herida emocional es el secreto, «el silencio con el que se la rodea, la minimización o incluso la negación de su existencia».[13]

Ciertamente, no darse permiso para sentir el dolor por la pérdida puede acarrear que la herida cierre en falso, volviéndose a abrir más adelante, si es que la vida pone otro

[13] Ibone Olza y Enrique Lebrero, *op. cit.*

Cuna vacía.indb 130 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

obstáculo en el camino que lo propicie. Nuestra sociedad no deja espacio para asumir el dolor que supone una pérdida en el seno materno. Actualmente comienza a considerarse normal que una pareja que pierde un hijo en un embarazo a término se sienta «chocada» y entre en duelo. Sin embargo, no se da esta benevolencia en abortos de pocas semanas o meses.

Una manera especialmente cruel de minimizar la pérdida son los comentarios e intentos de consuelo por parte de conocidos y allegados. Es triste, pero nuestra sociedad no está preparada para afrontar la muerte en el seno materno. Siendo un hecho tan frecuente y cotidiano, constatamos con cada mujer que abre su corazón y comparte con nosotros su experiencia que no existen resortes sociales a través de los cuales poder relacionarse y expresarse.

En Terapia Familiar se habla muchas veces de «guiones sociales». Así, será diferente el tipo de conversación que se tiene según el «escenario» (en la consulta del médico, en la calle, en casa, en el gimnasio, en el autobús…) y según los «personajes» de la escena que se desarrolla. Cada tipo de situación en la vida tiene un guión predeterminado. En caso de pérdida perinatal hay un tipo de guión que se queda obsoleto, pobre y rayando en el insulto en cuanto se pone a la luz del amor, la empatía y la compasión.

Un ejemplo de guión que se utiliza en estos casos podría ser: «¡Ay, chica! Ya me dijo tu madre, bueno, hija, piensa que estas cosas ocurren, no tiene mayor importancia, a mí también me pasó. Ya verás cómo para el año que viene a estas alturas has conseguido uno». Muy típico, teniendo en cuenta que la mujer perdió un embarazo, pongamos, por ejemplo, en la semana 10. Pero ¿qué diríamos si a quien hubiera perdido fuese

Cuna vacía.indb 131 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

a su marido? Se vería de muy mal gusto el comentario de la bienintencionada vecina, ¿verdad?

Pues ése es el sentir de la madre que perdió a su preciado bebé, aunque no midiera más que unos pocos centímetros.

Lo cierto es que no hay fórmulas para afrontar este tipo de comentarios. Tampoco existen en el caso de la poca empatía que se suele mostrar cuando hay dos embarazadas en la misma familia y una de ellas pierde el bebé y la otra tiene la buena suerte de seguir adelante. Es típico el ninguneo hacia el bebé que ya no será (y, por extensión, a su madre). Tanto, que parece que nunca existió.

Todo esto es típico de una sociedad que tiene mucho trabajo pendiente con sus propios duelos y pérdidas. Tan sólo tres generaciones atrás se vivió una guerra cruenta. Era una sociedad en la que no había tiempo para llorar a los muertos, pues primaba la propia supervivencia. Si miramos hacia el pasado, encontramos siglos de guerras y de matanzas sin sentido. ¿Es que hemos acumulado tantas capas de insensibilidad en nuestra memoria filogenética?[14]

Curiosamente son aquellas personas que pasaron por una pérdida gestacional, aunque hayan pasado muchos años, quienes demuestran la empatía suficiente para permanecer en el silencio cómplice de quien no tiene qué decir, porque todo está dicho.

> Las lágrimas son un río que nos lleva a alguna parte. El llanto crea un río alrededor de la barca que transporta nuestra vida espiritual. Las lágrimas levantan la embarcación por encima de

[14] La memoria filogenética se refiere a aquella que llevamos a nivel celular acumulada como especie a través de miles de generaciones. Por el contrario, la memoria ontogenética sería la que, como individuos, acumulamos en la vida.

Cuna vacía.indb 132 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:26

las rocas, por encima del terreno seco y la transportan río abajo a un lugar nuevo y mejor.

El llanto de una mujer siempre se ha considerado muy peligroso porque abre las cerraduras y el pestillo de los secretos que lleva dentro. Pero, en realidad, por el bien del alma salvaje de la mujer, es mejor llorar. Para las mujeres las lágrimas son el comienzo de la iniciación en el Clan de la Cicatriz, esta tribu eterna de mujeres de todos los colores, naciones y lenguas que, a lo largo de los siglos, han sobrevivido a algo muy grande, lo hicieron con orgullo y lo siguen haciendo.

Hay veces en la vida de una mujer en que ésta llora sin cesar, y aunque no cuente con la ayuda y el apoyo de sus seres queridos, no puede dejar de llorar. Las lágrimas sirven para remendar los desgarros de la psique por los que se ha ido escapando la energía. La situación es muy grave, pero lo peor no llega a producirse —no nos roban la luz— porque las lágrimas nos otorgan la conciencia. No hay posibilidad de que nos quedemos «dormidas» mientras lloramos. Y el sueño que se produce es tan sólo para descanso del cuerpo.

A veces una mujer dice: «Estoy harta de tanto llorar, quiero detenerme». Pero es su alma la que derrama lágrimas y éstas son su protección. Por consiguiente, tiene que seguir haciéndolo hasta que termina su necesidad. Algunas mujeres se asombran de la cantidad de agua que puede producir su cuerpo cuando lloran. Eso no dura eternamente, sólo hasta que el alma termina de expresarse de esta sabia manera.[15]

---

[15] Clarissa Pinkola Estés, *Mujeres que corren con los lobos*, Círculo de Lectores, Barcelona, 2002.

Cuna vacía.indb 133 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

Muchas mujeres que han sufrido una pérdida gestacional utilizan la frase «cuando estaba embarazada» en lugar de «cuando estuve embarazada», usada más por mujeres cuyos partos llegaron felizmente a término. Esto que, aparentemente no tiene mayor importancia, que parece un giro lingüístico sin más, denota en el lenguaje profundo significados que merece la pena tener en cuenta.

Estaba: pretérito imperfecto. Tiempo verbal que se utiliza para expresar una unidad de tiempo que aún no ha acabado.

Estuve: pretérito indefinido. Refiere un tiempo pasado cuya acción ya terminó.

Para las mujeres que tuvieron un bebé sano (las que dicen «cuando estuve embarazada») es un tiempo que acabó y que se recuerda con cariño. Una vivencia que finalizó y dio paso a otra etapa.

Así, las mujeres que tuvieron embarazo, pero no un hijo vivo, expresándose de este modo denotan que en el fondo es como si sintieran que el embarazo no acabó, no se cumplió la expectativa; aún están embarazadas, aunque sea mentalmente, de un niño que ya no será. Todavía no han superado la pérdida, a nivel emocional están como en un limbo. Necesitan hacer el trabajo de elaborar el paso desde la estructura mental que evoca la expresión «estaba» a la que evoca «estuve». Cuando logren dar ese paso, estarán más cerca de haber superado la pérdida. O expresado de otro modo, decir «estuve» es un indicativo de que se está mejor.[16]

[16] *http://www.escuelai.com/gramatica/preterito-imper.html*

Cuna vacía.indb 134 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

Tenemos naturalmente asimilado que el embarazo es un periodo de tiempo con principio y fin. El inicio tiene lugar con la concepción y el término con el parto. Al final iría asociada, por supuesto, la imagen de una mujer agotada, pero feliz, con su bebé recién nacido en brazos. Curiosamente, a pesar de la alta cifra de abortos naturales y muertes perinatales que se producen en nuestra sociedad, no contemplamos esta posibilidad. Como veremos más adelante, fuertes y arraigados tabúes ayudan a ocultar la posibilidad de la muerte tras el telón de la sombra arquetípica. En el inconsciente colectivo, se asocia la tríada embarazo-parto-nacimiento como la única posibilidad. Por tanto, ¿qué ocurre en el caso de que dicha cadena de acontecimientos no sea culminada? Esto es, ¿cómo reaccionará la mente-cuerpo-espíritu en el caso de que el embarazo se malogre y no dé lugar al fruto deseado?

Pues ocurrirá que, si no se permite vivir el duelo y la pérdida, si no encuentra el momento y el espacio para sentir más allá de los convencionalismos sociales y lo que el propio dolor le permita, sucederá que la mujer quedará como en un limbo, con la sensación de que algo quedó a medias, sin acabar, sin cumplir. En el caso excepcional de las pérdidas gestacionales no sólo es el trabajo de duelo lo que hay que elaborar, sino también otro de carácter más profundo y sutil que queda imbricado en los telares del subconsciente, en los rincones más recónditos del alma. No se aprecia a simple vista, pero está ahí, agazapado, oculto en la sombra, esperando el momento más adecuado para salir.

Entramos en el universo simbólico de la persona, más allá de lo puramente físico, mental, emocional… Entramos en lo sagrado, en lo más hondo del alma. Ese lugar al que estamos acostumbrados a visitar tan poco. O nada.

Cuna vacía.indb 135 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

No hace falta pertenecer a ninguna religión para esto, ni siquiera ser creyente. Sólo se precisa dejarse llevar por la voz interior, ésa que tan relegada al olvido ha quedado en nuestra cultura, más acostumbrada a guiarse por un GPS mecánico, construido por la mano del hombre, cuadriculado y preciso.

Un ritual es un paseo por el mundo simbólico y sagrado de cada uno. Como decíamos, no es necesario pertenecer a ninguna religión; tan sólo permitirse dejar volar la imaginación, las sensaciones, lo más ancestral de nuestro instinto, de nuestra cultura. Todas las tradiciones han creado ritos de despedida para sus muertos. Las antiguas sociedades matriarcales del Neolítico ya enterraban a sus difuntos colocados en posiciones concretas, rodeados por sus utensilios cotidianos y por sus mascotas. Tradiciones ligadas a la Tierra, a una diosa madre que los acogía en su seno tras una vida de trabajos y satisfacciones.

Un ritual es un acto poético y creativo.[17] Es poético porque traduce nuestros actos desde una clave simbólica, incluso los más cotidianos. Es creativo porque, aunque realicemos varias veces el mismo ritual, nunca es el mismo, porque se recrea cada vez en cada persona. Como decía el filósofo, nunca atravesamos dos veces el mismo río.

El ritual se ancla en un espacio y un tiempo concretos.

Existen rituales preestablecidos, como los que proponen las distintas religiones oficiales. Ritos que han atravesado siglos de tradición, que han sido recreados y reorganizados, adaptándose a los tiempos.

---

[17] Evan Imber-Black, Janine Roberts, *et al., Rituales terapéuticos y ritos en la familia*, Gedisa, Barcelona, 1997.

Cuna vacía.indb 136 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

Existen rituales cotidianos. Cada vez que ponemos conciencia en un acto, cada vez que nos hacemos conscientes de nuestra actividad, creamos un ritual. Actos tan habituales como beber un simple vaso de agua pueden convertirse en un rito sagrado de limpieza y purificación si conscientemente nos damos cuenta del viaje que el agua ha realizado hasta llegar a nuestro vaso, cómo entra en nuestro cuerpo a través de nuestra boca, pasando a nuestro aparato digestivo, hidratando nuestro cuerpo y sus células, hasta el último rincón del organismo… No se tarda tanto tiempo en beber un vaso de agua; una simple inspiración profunda puede traer a nuestra mente-cuerpo-espíritu toda la secuencia. Lavarse las manos, despedirse del ser querido con un beso cuando nos vamos a trabajar, ponernos esa pulsera que nos regalaron en el último cumpleaños mientras baila en el corazón una plegaria silenciosa… son gestos cotidianos que podemos hacer sagrados sólo con ser conscientes del significado simbólico profundo que encierran.

Tipos de rituales[18]

1. Diarios: comidas, horas de ir a la cama, el cuento antes de dormir; rituales de entrada y salida de casa, el beso de despedida o de reencuentro, las zapatillas y el pijama, etcétera.

[18] Seminario impartido por Janine Roberts: «Rituales de nuestros tiempos: celebrando, sanando y cambiando nuestras vidas».

Cuna vacía.indb 137 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

2. Tradiciones familiares del calendario interno de la propia familia: se celebran nacimientos, cumpleaños, aniversarios, reuniones varias.
3. Celebraciones familiares del calendario externo: Navidad, Año Nuevo, Día de la Madre, etcétera.
4. Rituales del ciclo vital: bautizos, bodas, graduaciones, emancipación de los hijos, divorcios, jubilaciones, muerte…

¿Para qué se utilizan?

Los rituales marcan momentos de transición en la vida. Tradicionalmente, en nuestra cultura nos hemos reunido con nuestras familias, amigos, personas significativas en el culto cristiano para celebrar los momentos importantes de paso. Aunque hoy en día no son tan populares como antaño, siguen siendo referencia para otros ritos de paso adoptados de manera civil por nuestra sociedad. Así, celebramos la llegada de un nuevo ser al mundo a través de una comida familiar, el bautizo, momento además en que se le impondrá un nombre y pasará a tener una identidad propia dentro de la comunidad; las fiestas de puesta de largo, graduaciones, la confirmación, marcan en la vida del niño el paso de la infancia a la edad adulta; el matrimonio civil o religioso da paso a la pareja que hace pública su unión y compromiso, etc. También los ritos funerarios se traducen en una manera de despedir al difunto y dar paso a la vida que sigue para los familiares que quedan. Algún abuelo cuenta la anécdota de que tiene dos hermanos enterrados «por lo civil» en lo que fue el cementerio republicano de su pueblo, prueba de que cuando no se podía tener

Cuna vacía.indb 138 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

acceso a los ritos socialmente aceptados (en la posguerra los republicanos no tenían cabida en el cementerio cristiano) se buscaba la manera de cubrir ese hueco con otros que cumplieran una función semejante. Para quienes han perdido un ser querido se hace necesario tener un lugar donde acudir con unas flores, una oración… A veces es suficiente una flor en la iglesia del barrio, un árbol plantado en un monte, una urna con cenizas en la balda preferente del salón… Habitualmente se ven personas que van a limpiar las lápidas de sus seres queridos que ya no están, ponen flores y se ocupan, en general, de que el lugar esté limpio y dispuesto al recogimiento. Incluso hoy en día, cuando nuestra sociedad está ciertamente desacralizada en alto grado, los cementerios siguen siendo lugares donde muchas personas encuentran el consuelo de tener un trozo de tierra de la que ocuparse y a la que acudir para sentir más presente al ser que ya no está físicamente. Y desde que somos aldea global tenemos acceso a otros ritos diferentes de los cristianos que se adapten mejor a nuestro modo de vivir lo sagrado.

Marcamos con los ritos nuestros periodos vitales, ya sea en comunidad o de modo individual. Nos dan identidad y nos ponen en contacto con un grupo en el que nutrimos nuestro ser social y donde alimentamos nuestras redes, aquellas personas que en momentos de crisis vital nos brindarán su apoyo y cercanía, tan importantes para la supervivencia emocional y física.

Crisis del ciclo vital

Hablamos de crisis del ciclo vital cuando en un momento de transición de una etapa a otra se da un cúmulo de situaciones

Cuna vacía.indb 139 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

tal que todas juntas se hacen difíciles de «digerir». Un cambio de etapa siempre es una crisis, porque se deja atrás un tiempo en la vida para afrontar las posibilidades y los cambios que conlleva crecer y madurar. Pero hay unas crisis soportables y otras crisis duras de roer.

El embarazo es un momento de crisis muy especial en la vida de una pareja. Va a terminar el tiempo en que dos personas eran simplemente pareja para convertirse en familia. De cómo se adapten y reensamblen en sus papeles de «hombre», «mujer», «bebé», «esposo», «esposa», «padre», «madre», «hijo/a», con relación, primero, a ellos mismos como microsociedad y, segundo, a la macrosociedad que supone la familia extensa, los amigos, vecinos, compañeros de trabajo, conocidos, etc., depende que superen la crisis con mayor o menor acierto. En su ayuda vendrán, como decimos, los rituales más o menos preestablecidos que se realizan en nuestra sociedad: regalos varios para el bebé; las chaquetitas y patucos de lana que con tanto amor tejen las abuelas; los cuidados que la futura mamá recibe de parte de todo el mundo para que se encuentre cómoda, se alimente bien, se sienta cuidada y arropada; las comidas familiares en las que se planea el futuro del deseado nieto; las reuniones de comadres en la sala de espera del paritorio; el padre que ofrece puros o champán… Tras el nacimiento del bebé las comadres se reúnen de nuevo en torno a la parturienta para encargarse de lo que haya que hacer, cocinar, poner lavadoras, cambiar el pañal al niño, bañarlo, mirarlo, besuquearlo… Hacen un poco como de colchón para que la pareja tenga algo más de tiempo para hacerse a la idea de su nueva situación. Pasadas unas semanas, la suegra se vuelve a su casa, la madre visita y acompaña en los paseos matinales… la vida

Cuna vacía.indb 140 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

va volviendo a su ser o, más bien, creando nuevas rutinas y modos de vivir. La mamá paseará orgullosa a su retoño, parándose con vecinas y desconocidas que le dirán lo precioso y gordo que se cría. Con todas las fuerzas y atenciones volcadas en el pequeño ser, tal vez cansada, a medio comer y sin dormir, la mamá de vez en cuando recordará aquel tiempo en el que era el centro de los cuidados y los mimos, y recordará con nostalgia un periodo que acabó física, emocional y espiritualmente: «Cuando estuve embarazada…».

Los rituales son a la vida lo que la fibra es a la alimentación; nos ayudan a «digerir» los momentos de cambio, nos prestan la trama para tejer en ella el paño en el que reflejamos aquellos aspectos de los que debemos deshacernos, los que debemos adaptar a los tiempos actuales y los nuevos que hemos de adquirir e integrar en nuestro universo personal.

Como observará el lector en lo expuesto hasta ahora, no existen rituales preestablecidos que ayuden a los afligidos padres a digerir la pérdida del hijo que no han llegado a conocer. Ni para los padres, ni para los abuelos, ni para la familia, ni para la sociedad… Muere un bebé en el seno materno y, en el mejor de los casos, lo acoge un silencio tan pesado como una losa.

No existen guiones preestablecidos a los que acogerse, dejando a los desolados padres solos y desorientados. No hay un acto de escribir su nombre en el registro civil. No va a haber un funeral. Tal vez un responso por sus cenizas si era un bebé de gestación avanzada. Nada, en el caso de que sea un feto de varias semanas o meses. A nivel civil no ha existido. A nivel familiar muchas veces se prefiere olvidar el mal trago. ¿Cómo superar una pérdida si negamos que hubo un bebé en el vientre de su madre? ¿Qué cuentas pendientes tiene esta sociedad

Cuna vacía.indb 141 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

con sus muertos para estar anclada en la más tremenda negación de un hipotético duelo arquetípico?

¿Cómo ayudar a las madres y a los padres a continuar su camino en la vida?

Comentaremos, como excepción, la forma en que la sociedad japonesa soluciona esta necesidad de despedirse del bebé. Hablaremos de los O-Jizo-San, pequeñas estatuillas de buda de color gris, de entre diez y treinta centímetros de altura. La tradición dice que Jizo es el patrón de las mujeres embarazadas. Únicamente en Japón se le considera protector de los bebés nacidos muertos, los que murieron al nacer, los abortados de forma natural o inducida, y los niños que murieron prematuramente. Estas pequeñas imágenes se ponen en los cementerios y a lo largo de los caminos, adornadas con collares, flores, gorros, baberos con dibujos, molinillos de viento… Simbolizan lo que pudo ser y no fue, los nombres que ya no se pondrán, los sueños que ya no serán realizados…[19]

También encontramos en Chile, en Santiago, la capital, la siguiente iniciativa: el Programa Dignifica, cuyo objetivo es entregar un lugar de descanso eterno a los no nacidos. Como explica el artículo publicado por el Arzobispado de Santiago, «el programa busca dignificar la muerte de aquellos niños que no alcanzaron a nacer y que, hace pocos años atrás, eran tratados como desechos orgánicos». Dentro del cementerio habilitaron una zona (el columbario) en la que ofrecen un lugar donde los restos de estos bebés puedan descansar y al que sus

---

[19] *http://onamoto.blogspot.com; http://arualia.blogspot.com/2006/06/un-jizo-por-un-nio-perdido.html, http://entreterremotosytifones.blogspot.com/2008/07/el-templo-hasedera-en-kamakura.html*

Cuna vacía.indb 142 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

familias puedan acudir a despedir a su ser querido, rezar, llevarle unas flores. Saber dónde está enterrado ayuda a la familia a elaborar su duelo.[20]

Concepto de tránsito en el aborto natural

Cuentan la historia de un burro que quiso atravesar un río con sus alforjas llenas de esponjas. Cuando estaba justo a mitad de trayecto le sorprendió la rapidez y la fuerza del agua. Mientras dilucidaba si continuar o regresar al punto de partida, se le llenaron las esponjas y por el peso se vio arrastrado al fondo.

El pobre burro estaba tan aferrado a su carga que no vio que la solución estaba en soltar las alforjas, y ese error fue su perdición.

Toda mujer y todo hombre que se enfrentan a la crisis vital de perder un hijo en el seno materno y que transita por las sendas de su duelo, tarde o temprano tendrá que atravesar el río que le llevará a la otra orilla de su vida. No se puede permanecer en el mismo lugar después de haber sido tocado por la vida de una forma tan cruel y dolorosa. Hay que tomar decisiones. La vida, con su vaivén, nos pone en mitad del río y hay que ser rápido eligiendo, porque si no la corriente del desánimo, de la depresión, del miedo, de la ira soterrada nos arrastrará de un modo ineluctable. Cada persona, hombre o mujer, sabe de qué están llenas las alforjas que debe soltar. Y sabe cuándo hacerlo. ¿Somos lo suficientemente valientes para sol-

[20] *http://www.vicariaparalafamilia.cl/noticias/noticias182.html*

Cuna vacía.indb 143 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

tar aquello que, aunque doloroso y pesado, ya conocemos y nos es familiar?

Es tan necesario este paso, que de ello va a depender cómo vivamos en adelante nuestra sexualidad, fecundidad, embarazos, partos, crianza y otras pérdidas gestacionales que pudieran devenir.

Sería importante tener esta prueba superada antes de embarcarse en otro embarazo. Muchas mujeres preguntan a su ginecólogo: «Doctor, ¿cuándo podemos intentar un nuevo embarazo?». Yo les preguntaría, ¿te has despedido de este niño que concebiste?, ¿le pusiste un nombre, una ropa, le diste un lugar en tu familia, en tu casa, le dijiste que le querías y le diste permiso para irse?, ¿te has dado permiso a ti misma para dejarlo marchar? Pues si no lo has hecho, aún estás a tiempo. Busca un lugar, unas personas que quieras que te acompañen, un signo que conmemore este momento. Dile todo lo que quisieras decirle, como si estuviera delante de ti y lo pudieras tocar. Luego despídete. Haz esto tantas veces como sientas que necesitas despedirte de nuevo. Hasta que sientas que se marcha feliz y lo aceptes así. No tiene sentido buscar un nuevo niño si no has tratado al anterior con todo el respeto que se merece una persona.

Sólo una vez realizado este paso la madre sentirá que puede dar por terminado el embarazo y al hablar le saldrá naturalmente la expresión «estuve embarazada». Porque, ciertamente, si escucháis a una puérpera que atiende feliz a su bebé decir «cuando estaba embaraza», algo no fue del todo bien en ese parto; a un nivel muy profundo una parte de ella sigue «al otro lado del río», sin haber cruzado aún.

¿Cómo saber que una mujer ha transitado con éxito? Porque en ella no hay pensamientos obsesivos, ni angustia ya sea ante el embarazo que perdió, ya sea ante la posibilidad de uno nuevo.

Cuna vacía.indb 144 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

Esto, en una situación ideal. Habrá quien no tenga tiempo para realizar el tránsito antes de buscar otro bebé, o quien ya lo tuvo y siente que le falta «algo». La buena noticia es que el tránsito puede realizarse en cualquier momento de la vida. Todas las veces que se crean necesarias. Tal vez el río es muy largo y hay que dar pequeños saltos, de piedra en piedra, hasta llegar al otro lado. Como sea, cuando sea, pero el objetivo es llegar al otro lado.

Es la cuenta pendiente de cada uno y de cada una. Estar realmente equilibrados, como dirían los budistas «en todos los cuerpos y niveles». Hablamos de cuerpo físico, cuerpo emocional, cuerpo mental y otros cuerpos sutiles más espirituales. Estamos en la era de la información. Estamos a un «clic» de todo lo que necesitamos saber. Podemos leer, estudiar, acumular libros y apuntes. Pero si no tenemos integrada toda esa información, es como si no tuviéramos nada.[21] Nadie se emborrachó nunca hablando del vino.

Visto así, un aborto, una pérdida perinatal puede representar en la vida de unos padres conscientes la oportunidad de realizar un viaje iniciático a las profundidades de su propia alma. Crecer, madurar, salir fortalecidos, nacer de nuevo… El libre albedrío de cada uno decide si se debe aprovechar esta oportunidad o esperar a la siguiente.

Rituales

Una manera de realizar este tránsito simbólico es a través de los rituales. Con ellos ponemos en su sitio el pasado y las emociones

[21] Julia Martínez, curso de kinesiología aplicada «Tres conceptos en uno».

Cuna vacía.indb 145 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

y pensamientos que le acompañan. Las emociones producidas por un hecho pasado no tienen por qué influir en el presente.

Vivir en el pasado supone:

1. Boicotear la propia fertilidad.
2. Añadir un estrés innecesario en el nuevo embarazo, que podría terminar propiciando un nuevo aborto o cuanto menos llevar a no disfrutarlo.
3. Ir más allá del hecho de haber tenido una pérdida.
4. Poner nuestra atención y fuerza en situaciones, hechos de nuestra vida, lealtades invisibles, creencias erróneas inconscientes que desembocan en situaciones concretas del presente.

Y llegados a este punto el lector se preguntará, ¿cómo puedo sumergirme en este mundo de los rituales caseros? ¿Tengo que apuntarme a alguna secta esotérica que me guíe? Nada más lejos de la realidad. No hay nada más sencillo que crear un ritual. Cuanto más sencillo, mejor, y tiene la ventaja de que se realiza «al gusto del consumidor».

Hay a quien le gusta utilizar velas, incienso, aceites aromáticos, música para dar ambiente. Quien escoge un sitio al aire libre o la comodidad de su propia casa. Quien escribe una carta o pinta un dibujo, lo quema y elige un lugar donde esparcir las cenizas. También hay quien prepara una caja con recuerdos del bebé, para mostrárselo a futuros hermanitos que pueda tener, simplemente para conservarla en el armario y mirarla de vez en cuando, sabiendo que ese bebé que anidó en el vientre fue real. Esto suele estar bien cuando no hay un cuerpo, como en los casos de abortos muy tempranos o aquellos en los que el hospital se quedó con los restos. Por lo demás, si el parto se

Cuna vacía.indb 146 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

produjo en el centro sanitario o si la despedida se hizo desde la frialdad de un legrado, se hace aún más importante celebrar un ritual que dé sentido a lo que ha pasado y lo enmarque en el *continuum* de la vida.[22]

Un proceso de pérdida vivido desde el manejo expectante[23] es en sí un ritual potente y efectivo.

> Es completamente normal que al cabo del año te sientas de bajón de nuevo. Suele ocurrir en los aniversarios de fechas que señalan pérdidas. No eres ninguna extraterrestre por sentirte así. Posiblemente haya más personas a tu alrededor que «se noten» raras. ¿Y qué se puede hacer?: darse permisos. Permiso para estar triste, para llorar, para pedir abrazos, para darlos... y para dejar salir la ira también. Al cabo de un año suele ser una buena fecha para volver a despedirse de ese pequeño que no nació, de todas las ilusiones que pusisteis en él (cada uno las suyas), de un embarazo feliz que terminó en tragedia, del tiempo que habéis pasado recordando, de esa parte de ti que murió y nació de nuevo... Es buena fecha porque probablemente ya se habrá superado el *shock*, el estupor, la rabia, la depresión... quedará una tristeza suave y serena con quien, posiblemente, acabemos por aprender a convivir. Es tiempo de pasar revista al corazón y, desde la serenidad que da el tiempo, cerrar aquellas heridas que encontremos aún (las que se dejen; no forzar. Cada herida cierra a su tiempo). No sé cuántas ganas tendrás de remover y con cuánto apoyo cuentas en tu familia;

---

[22] Jean Liedloff, *El concepto de continuum: en busca del bienestar perdido*, Ob Stare, Santa Cruz de Tenerife, 2006.

[23] Se llama así al tratamiento del aborto que consiste en esperar a que el cuerpo elimine los restos de manera natural, sin intervención.

Cuna vacía.indb 147 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

a lo mejor prefieren el silencio. Sería bueno utilizar todo ese sentimiento para cerrar un tiempo y despedirse, soltar para volver a vivir. Se me ocurren algunas maneras de hacerlo a través de rituales.

(…)

Qué importante es poder despedirse. Igual que le damos la bienvenida, es bueno decir adiós. Es el primer paso hacia la sanación. Luego habrá que dar muchos más. Pero hay que comenzar de alguna manera.

(…)

Una idea: escribe en una hoja todo lo que has vivido en este tiempo (podéis hacerlo tu pareja y tú, los dos a la vez o cada uno la suya) y cuando terminéis, quemadla y llevad las cenizas a algún lugar bonito. Tomaos el día para vosotros, para estar juntos y renovar vuestro vínculo; para hablar o para, simplemente, daros la mano y miraros a los ojos. Y dejad que las cenizas vuelen. Puede ser un buen comienzo para un nuevo camino.

Mónica Álvarez

Quería comentaros una cosa que si se la cuento a la mayoría de personas que conozco, seguro que me tomarían por loca. Pero creo que quizás aquí a alguna le resulte interesante.

Ayer, leyendo otra historia, me di cuenta de que yo jamás me despedí de mi primer hijo. En cuanto me dijeron que el feto que llevaba dentro no tenía ninguna posibilidad de sobrevivir fuera de mí, me apresuré a buscar un modo de «deshacerme» de él. No pasaron ni doce horas entre el momento en que me dieron la noticia y mi salida de la clínica tras el legrado.

Hoy, después de acostar a mi hijo y aprovechando que mi marido pasa unos días fuera de casa, he decidido hacer un pe-

Cuna vacía.indb 148 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

queño ritual de despedida. He encendido una vela y me he sentado tranquilamente a oscuras en el cuarto de baño. Me he imaginado a aquel hijo que llevé dentro y le he dicho todo lo que sentía. Le he dado las gracias por haber pasado por nuestras vidas, por habernos hecho más fuertes, por habernos permitido crecer como personas. Si no hubiera sido por él, seguramente hoy no tendría a mi otro hijo, que es lo más grande que me ha pasado en la vida, ni estaría de nuevo embarazada.

Perder aquel hijo fue un palo enorme, pero, pensándolo bien, si volviera a nacer y me dieran la oportunidad de cambiar algo en mi vida, volvería a pasar por ello. Quizás os parezca un contrasentido, pero creo que el hecho de haber vivido una experiencia tan dura ha significado mucho para mí y me ha marcado, en cierto modo, de forma positiva.

Os escribo estas líneas mientras espero que se apague esta vela. No he querido apagarla porque esta vez quiero que se apague por sí sola. Cuando pasé por el aborto, apagué de forma abrupta aquella vida que llevaba dentro y que no tenía ninguna posibilidad de existencia fuera de mí. Hoy quiero que esta vela se consuma y se apague lentamente, a su tiempo, para despedirme de aquel ser que pasó por mi vida dejando una gran herida y, a la vez, una especie de fuerza extraña que siento que siempre me acompañará.

Estés donde estés, gracias por todo.

Aivilo

Pasos para elaborar un ritual

Podríamos escribir otro volumen para ilustrar este apartado. Se pueden decir tantas cosas… Seguro que al lector se le han

Cuna vacía.indb 149 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

ocurrido ya ideas al leer las historias de otras personas que hicieron el camino.

La primera regla es que no existen reglas. Bueno, la regla de oro sería no hacerse daño ni hacérselo a otro. Quitando esto, las posibilidades son infinitas, tantas como personas diferentes y momentos diferentes hay para hacer un ritual.

Hacer algo preparado no tiene por qué ser mejor ni más profundo que algo espontáneo. Todo vale. Todo en su momento y según lo que necesiten las personas participantes. Lo que es un ritual maravilloso y lleno de sentido para alguien puede no decirle nada a otro. Para gustos están los colores.

Si es posible dar una guía, podríamos decir que suele ser interesante dejarse llevar por los cinco sentidos: oído, vista, tacto, gusto y olfato.

Se puede poner una música adecuada, o si se está al aire libre pararse a escuchar el canto de los pájaros u otros sonidos propios de la naturaleza. También se puede cantar o leer un texto en voz alta.

Los colores que se empleen han de ser significativos para decorar el escenario elegido. También cabe buscar un lugar cuyo paisaje sea relevante.

La ropa que se lleve puesta es importante. Portar flores o algún otro objeto, como una caja de recuerdos u otro que se considere oportuno.

Se puede aprovechar la ocasión para comer y beber algo, festejar, compartir una merienda. Si se ha elegido hacer el ritual en grupo, es un buen momento para estrechar lazos. Igualmente se puede hacer en pareja o en solitario.

El olor de esencias naturales, incienso, velas aromáticas… puede añadir un detalle más al momento.

Cuna vacía.indb 150 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

También parece que son apropiados los rituales que llevan en sí alguno de los cuatro elementos: agua, fuego, tierra, aire. En la historia vemos ejemplos de cómo se daba sepultura a los muertos a través de alguno de estos elementos: En el mar, y en culturas muy ligadas al mismo, se embarca al difunto dejando que las olas se lo lleven. La cremación del cadáver es habitual en muchas culturas, y está tomando auge actualmente en la nuestra. Las tradiciones de las culturas matriarcales, ligadas a la tierra, han enterrado a sus muertos, como la judeocristiana de la que procedemos. Tirar las cenizas al viento es un ritual que completa en ocasiones al del fuego.

Y valen todos los ejemplos de rituales que están presentes en el libro.

Si el lector tuviera necesidad de consejo para elaborar su ritual, siempre puede encontrarnos en la comunidad Superando un Aborto.[24] Estaremos gustosas de acompañarle y compartir experiencias.

> Mi segundo aborto se inició en la peluquería. Todo el día había estado fatal, y después de comer me forcé un poco a ir para despejarme (estaba haciendo reposo desde hacía muchos días). La peluquería estaba a dos puertas de mi casa.
>
> Mientras me lavaban la cabeza, la peluquería daba vueltas y más vueltas. Me peinaron, y cuando me levanté y fui a pagar noté un pinchazo terrible en la parte baja del vientre, seguido de un calor intenso que me quemaba por dentro. Acto seguido noté que algo bajaba, caía. Llevaba un vestido y empezaron a caer gotas muy grandes de sangre en el suelo. Estaba desespera-

[24] *http://superandounaborto.foroactivo.com/*

Cuna vacía.indb 151 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

da, rodeada de personas desconocidas (las chicas habían abierto hacía poco el local) y estaban alarmadísimas, porque yo me retorcía de dolor, sangraba sin parar y no era capaz de articular palabra. Mi mente se bloqueaba cuando tenía que decir lo que estaba pasando, decirlo era que existiera, y yo no quería.

No podía pronunciar: ESTABA embarazada, porque unos segundos antes aún lo estaba, y este verbo en pasado me desquiciaba. Querían avisar a una ambulancia y pude pararlo, convenciéndolas de que llamasen a mi marido. Llegó volando, nos fuimos a la clínica, y yo, peinadísima para mi segundo legrado… Estuve mucho tiempo muy enfadada, no sabía bien con quién: conmigo, con Dios, con los médicos, con el mundo, con la criatura que no quería venir…

Esto pasó en agosto y no hice el ritual hasta junio del siguiente año. Una de las gotas de la peluquería cayó en mi zapatilla; junto con la foto de la primera ecografía era lo único que tenía. Mi marido y yo quemamos ambas cosas en la hoguera purificadora de San Juan. Me quedé tan a gusto, tan ligera, tan libre… Limpié mucho con ese fuego, llevé en la cabeza la intención de este ritual durante unos meses antes, lo iba elaborando…

J. S.

Hacía meses que había sufrido un aborto de mi embarazo de pocas semanas. Viví el proceso de manera expectante. Fue muy intenso y emotivo, un verdadero ritual de sangre. Se acercaba la fecha en la que hubiera tenido que parir. Comencé esos días a sentirme inquieta, como si necesitara parir a un nivel no físico. No tenía muy claro qué era lo que me pasaba, era extraño. Hubo alguien que me echó un cable en mi atasco emocional y me sugirió realizar un pequeño ritual de despedida. Era verdad,

Cuna vacía.indb 152 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

sentía que necesitaba despedirme otra vez. Me acerqué con un folio y un bolígrafo a la desembocadura del río, en mi ciudad. Es un lugar precioso, con un último puente y un muro desde el que asomarse. Es hipnótico ver cómo rompen las olas, mezclándose las aguas del mar con las del río. En ocasiones las gotitas saladas me salpicaban la cara. Llamé por teléfono a mi marido; trabajaba cerca y era la hora de salir. Quedamos en encontrarnos allí. Sentía que era una despedida de los dos. Mientras esperaba y disfrutaba del sol de primavera que calentaba fuerte mis huesos recién salidos del invierno, iba dibujando una especie de lágrima, como los tejidos de cachemira, con cara, ojos y una boca sonriente. Me saludaba desde algún lugar feliz. Le escribí unas letras. Llegó mi marido y también escribió su despedida. Y en aquel lugar en el que confluían los cuatro elementos (las aguas dulces y saladas, el fuego del sol de primavera, el viento marino que secaba nuestras lágrimas y la tierra que nos sostenía) partimos el papel en mil cachitos que lanzamos a volar en mil direcciones. Después nos fuimos a comer, a celebrar la primavera.

M. A.

EL REINICIO DEL CICLO

Es inevitable. Tarde o temprano regresa y lo hace como si volviera a una fiesta. Nuestra amiga de la cara roja. Cada mes nos hace su visita; queramos o no, está ahí. Nos enfadamos, lloramos, pataleamos porque, una vez más, el ansiado bebé no llega. Más que nunca vivimos nuestro ciclo menstrual como una maldición, como una prueba palpable de «lo mal que estamos hechas», de la mala suerte que nos persigue y de lo injusta que

Cuna vacía.indb 153 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

es la vida. Pareciera que todo lo malo que nos ocurre lo achacamos a la menstruación. Como una gran sombra en nuestra psique, depositamos en ella todo lo «malo», poniendo a la vez todo lo «bueno» en un embarazo que ya pasó o que aún está por llegar. La gran enfermedad femenina de nuestra época es precisamente vivir la menstruación como una enfermedad. Buscamos vivir nuestras pérdidas de manera normalizada y lo más sana posible, pero todavía tenemos la cuenta pendiente de reconciliarnos con nuestro útero, que nos envía puntualmente cada mes su mensaje.

Nunca como en el siglo xx han proliferado tanto las enfermedades femeninas. Nunca como en el siglo xx (y aun en el xxi) hemos estado tan desligadas de la tierra, de los instintos, de las comadres.[25] Pareciera que nuestro arquetipo más fuerte fuera la Atenea del panteón griego, diosa de la Razón y de la Ciencia, que nació de la cabeza de Zeus. También nosotras, mujeres modernas que queremos vivir al día con los tiempos que corren, hemos desestimado el rol femenino que experimentaron nuestras madres (mujeres abnegadas que se dedicaron a sus hijos, su casa, su marido). Vivimos en un mundo de energía *yang*. Buscamos para nosotras aquellos valores que en su día rechazaron en los hombres nuestras antepasadas, las primeras feministas, y tenemos como modelo mujeres que corren a trabajar al poco de parir, mujeres que eligen pasar por una operación de cirugía mayor antes que sentir la fuerza y el poderío de sus cuerpos pariendo a sus hijos, mujeres que creen realmente que sus hijos están mejor con una profesional de la

[25] Laura Gutman, *Violencias invisibles y adicciones*, RBA Integral, Barcelona, 2007.

Cuna vacía.indb 154 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

puericultura que pegados a su piel (o siendo alimentados con el biberón último modelo, o amaestrados para que duerman de un tirón toda la noche con el tratamiento conductista de moda).

¿Cómo han conseguido convencernos para robarnos nuestro poder más grande? ¿Es que damos tanto miedo?

¿Es que aprendimos a ocultar nuestro poder para no morir abrasadas en la hoguera de la incomprensión social? ¿Merece la pena pagar precio tan alto?

CONCLUSIONES

Encontré esta reflexión anónima navegando por Internet: «El aborto alberga en sí mismo los cuatro tabúes más profundos de la sociedad: sangre, muerte, dolor, sexo».

Desde mi punto de vista, con estas cuatro palabras y lo que simbolizan podemos resumir lo que supone aún hoy en día perder un hijo en el seno.

Sangre. La que pretendemos evitar a toda costa. Bajo el pensamiento patriarcal, la sangre es vivida como muerte, en lugar de como vida. El hombre, que lleva guerreando desde tiempos inmemoriales, sabe que una hemorragia es una muerte segura. El hombre primitivo no entiende que una mujer pueda sangrar durante cinco días seguidos sin morir. No digamos ya el sangrado que se produce en un aborto, ni la cantidad de fluidos que el cuerpo expulsa en un parto. Una mujer es en sí un misterio para el hombre, sólo por lo que sus ciclos femeninos representan. Ni se nombran los flujos habituales que se producen a lo largo del ciclo menstrual; ya se encargan los fabricantes de apósitos para la higiene femenina de recordarnos

Cuna vacía.indb 155 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

que una buena chica no debe «oler»; que lo contrario de «fresca» es «sucia», y que para sentirse segura no hay nada como una buena compresa.[26] En nuestra cultura creada por y para los hombres, el cuerpo perfecto es masculino. El femenino es imperfecto por cuanto es diferente. Todos los procesos ligados a la sexualidad femenina son tratados como una enfermedad. Hoy en día la mujer se somete al escrutinio del médico, que es quien «sabe» si está embarazada, de cuánto tiempo está, cuándo parirá, etc. Si la menstruación es vivida como una enfermedad, no digamos cómo será vivido un aborto, que viene a ser una menstruación fuerte, sobre todo si ocurre en las primeras semanas. Hay que raspar, legrar, devolver el cuerpo femenino a su estado más «limpio», aquel que tenía en el tiempo en el que todavía era una niña, sin ovulación, sin ciclos, sin tejido endometrial, sin capacidad de concebir.

Muerte. La que sacamos fuera de las ciudades y de nuestras vidas. Los ritos funerarios apenas quedan hoy reducidos a una misa, que la mayoría de los familiares jóvenes (y no tan jóvenes) pasan en el bar de enfrente (lo que no deja de ser en sí otro ritual). Atrás quedaron los velatorios de cuerpo presente en los que participaban todos los familiares, mayores y pequeños, los vecinos, amigos, conocidos del difunto… Quien ha tenido la oportunidad de vivir uno en sus vacaciones en el pueblo, cuando era niño, guarda el recuerdo de la muerte como algo benigno, natural, sin artificios. Hoy en día la muerte es lo que vemos en el telediario, en las películas y en los videojuegos. Tan cotidiana y tan desconocida a la vez.

---

[26] *http://www.eldedoenlallaga.com/*

Cuna vacía.indb 156 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:27

Dolor. En la era de los avances médicos, que son maravillosos y salvan muchas vidas humanas, cometemos el error, una vez más, de tratar procesos naturales del cuerpo (menstruación, embarazo, parto, puerperio, menopausia, todos ellos ligados al ciclo psicosexual emocional de la mujer) como enfermedades, y sus síntomas como molestias a erradicar. La gran mayoría de la población (incluidos los profesionales de la salud) desconoce la verdadera idiosincrasia de los procesos físicos femeninos. Asimismo, se ignoran los aspectos no físicos de los mismos: el mundo psicoemocional y el dolor que aparece cuando las incongruencias psicoemocionales campan a sus anchas. Como psicoterapeuta, he podido comprobar en consulta la gran fuerza que tiene el trabajo terapéutico para erradicar los síntomas dolorosos de la menstruación. Si esto se hiciera popular, la industria farmacéutica perdería mucho dinero del que nos dejamos cada mes en productos específicos para aliviar los dolores de regla. Otras veces el dolor no es más que una parte del proceso, dolor del que se nos enseña sistemáticamente a huir. Hemos olvidado que nuestro cuerpo es sabio, que tiene sus tiempos y sus modos de ayudarnos a conectar con nuestros estratos subconscientes más profundos. El dolor menstrual, de parto, es uno de ellos. Las mujeres primitivas sabían conectar con los estados de trance[27] en los que su cuerpo se sumía en los diferentes momentos del ciclo psicoemocional-sexual. El dolor libera endorfinas, que son opiáceos naturales que el cuerpo genera cuando se somete a un esfuerzo físico. Está bien visto experimentar con alucinó-

[27] Miranda Gray, *Luna roja: los dones del ciclo menstrual*, Gaia, Madrid, 2005 (5ª ed., 1ª ed. 1995).

Cuna vacía.indb 157 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

genos, fumar marihuana, correr extenuantes maratones o batir marcas imposibles en las diferentes modalidades deportivas; pero sigue estando mal vista una mujer que llora de dolor mientras su hijo deja sus entrañas entre lágrimas de sangre. Es «poco higiénico».

Sexo. Estamos en la era de la revolución sexual, si por revolución sexual se entiende el acceso fácil a la pornografía. En revistas para treceañeras se exhiben relatos eróticos que ya quisieran las revistas clasificadas X para adultos. No hay película que no incluya su escena de cama; cuerpos sudorosos y desinhibidos se muestran en las películas en cuyos intermedios la última campaña para prevenir embarazos no deseados grita su eslogan machacón, al que no hace caso casi nadie. Mientras, sigue aumentando el número de abortos voluntarios, como si de un «moderno» anticonceptivo se tratase. Mucho debe evolucionar una sociedad que obliga a una niña de 13 años que se quedó embarazada tras acostarse con su novio a abortar «para que no sufra un trauma», como si concebir, gestar, parir, amamantar, criar fuera una aberración. ¿Y abortar a un hijo en el seno no es en sí un hecho traumático? ¿Eliminar de cuajo la sexualidad de una niña en el apogeo de su expresión no es traumático? ¿O es que nadie le explicó a esa niña qué riesgos físicos, psíquicos y espirituales conlleva abortar a un hijo en el seno? Pues sí, ésta es la gran paradoja de nuestro tiempo. Se apuesta por la mujer desinhibida sexualmente, pero la «desinhibición sexual» se reduce a la relación íntima entre hombre y mujer. Una mujer que apuesta al cien por cien por vivir su sexualidad es, primero, temida y, luego, rechazada, como las brujas de siglos anteriores. Como la mujer que es invitada en un museo cualquiera a guardarse la teta que amamanta a su hijo.

Cuna vacía.indb 158 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

Los doctores Lebrero y Olza hablan en su libro *Nacer por cesárea* de la herida de la feminidad, y cito textualmente: «El parto es mucho más que la llegada al mundo de un hijo. Es también un momento crucial en la feminidad de muchas mujeres. Casi siempre se olvida algo fundamental respecto al parto: que es un momento singular, único de nuestra vida sexual. En realidad, buena parte del malestar de muchas madres con su cesárea viene de ahí, porque intuyen que ha faltado algo. En lo más profundo de su ser se sienten robadas, heridas».

Una cesárea es otro tipo de embarazo abortado (a mi personal y discutible modo de ver), esta vez con el resultado de que la operación se realiza para salvar la vida del bebé y en ocasiones también la de la madre. En la mayoría de los casos, el resultado es una mamá agotada y pendiente de superar una operación de cirugía mayor, con un bebé hermoso que la reclama. Sin embargo, debido al «corte» que se le da al embarazo (y no me refiero al corte físico del bisturí), la sensación que le queda a una madre consciente de su cuerpo, de sus procesos y de su sexualidad es que algo no ha sido acabado. Ha quedado pendiente un tránsito que realizar, un trabajo pendiente en la tarea de cruzar a la otra orilla del río de la vida. Pero éste sería otro tema a tratar en otro libro. Lo que quería hacer ver es otra cosa: igual que una mujer sana se enfrenta a una «innecesárea»[28] a la hora de parir, la misma mujer puede llegar a tener que enfrentarse a un «ilegrado»[29] en caso de que su embarazo no llegue a término y tenga que parir a

[28] *Innecesárea*: término que se acuñó en el foro Apoyo Cesáreas a las cesáreas realizadas sin ser realmente necesarias.

[29] *Ilegrado*: término acuñado en el foro Superando un Aborto para designar los legrados realizados por sistema sin necesidad real.

Cuna vacía.indb 159 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

su hijo muerto. La mujer que sufre un aborto se ve en la mayoría de los casos en los hospitales de este país privada de vivir «un momento singular, único en su vida sexual»: el parto, la despedida de su hijo muerto en su seno. Queda mucho para que las mujeres seamos conscientes del robo a nuestra integridad que supone «evitarnos» por las razones que sean, por muy buenas intenciones que se tengan, parir de forma natural a nuestros hijos, ya sean vivos o muertos. No reclamamos volver a las cavernas ni parir sin asistencia alguna. Pretendemos, en pleno siglo XXI en el que estamos, reclamar nuestro estatus de mujeres sabias, recuperar la sabiduría ancestral que corre por nuestra memoria celular. Igual que al bebé en el vientre nadie le dice cómo ha de crecer y formarse, sería maravilloso recuperar el instinto con el que a través de miles de años de historia de la humanidad nos hemos reproducido con total éxito. La era de la medicina moderna, con sus métodos paternalistas de salvarnos la vida, de los problemas iatrogénicos que ellos mismos crean, no es más que un pequeño lapso en la historia total de los seres vivos.

El parto de un hijo muerto en el seno es un momento singular y único en la vida sexual de una mujer.

Sé que es una afirmación atrevida, que va en contra de lo que comúnmente se piensa hoy en día. Pero me atrevo a afirmar también que mientras el pensamiento general de la sociedad (y el pensamiento de las mujeres, en particular) no cambie seguiremos siendo esclavas en nuestra propia casa, en nuestro propio cuerpo.

El día en que seamos capaces de integrar en la luz y de celebrar la parte más oscura de nuestra femineidad, como son las pérdidas gestacionales, seremos más grandes, más libres, más completas. Recuperaremos el poder perdido que, como muje-

Cuna vacía.indb 160 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

res, tuvimos un día, y nadie tendrá que llorar en silencio la pérdida de su hijo del alma.

Durante mucho tiempo no se pudo hablar de «ello». Todas las palabras estuvieron escondidas en un oscuro baúl bajo siete llaves. Un día, de puro viejo se hizo una pequeña brecha en un lateral. Por allí se coló una pequeña palabra (luz). Detrás salió otra y luego otra, y otra, y ya no se pudo parar. Salió un torrente de palabras cantarinas y pronto fueron un río y un mar. Un mar inmenso que llegó a todas las costas. Saltaron a tierra y se colaron en el corazón de tantas personas sedientas de hablar, de contar su tristeza, de conjurar su dolor. Poner palabras a lo que nos ocurre es una poderosa medicina. Ya nadie se sintió mal por no poder hablar de lo perdido.

Lo sagrado,
sangrar,
llorar,
soltar lo perdido,
festejar lo ganado.

Descubrir lo aprendido,
echar a volar los pájaros
que en el aire viven.
Abrir la jaula de la tristeza
al corazón enladrillado.
Lo sangrado,
lo sagrado,
llama a la Madre Tierra,
se acoge a su seno,
donde encuentran sustento amable
todos los seres.

Cuna vacía.indb 161 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

El sol despunta,
guarda tus lágrimas
para la próxima siembra.

Lo sangrado,
lo sagrado,
lo sanado,
lo llorado,
lo aprendido.

Cuna vacía.indb 162 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

III

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y APOYO EMOCIONAL EN FALLECIMIENTO DE BEBÉS INTRAUTERINOS Y EXTRAUTERINOS

Rosa Jové

Cuna vacía.indb 163 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

La ciencia moderna aún no ha producido
un medicamento tranquilizador tan eficaz
como son unas pocas palabras bondadosas.
SIGMUND FREUD

INTRODUCCIÓN:
UN HIJO ES UN HIJO

En una de las últimas intervenciones en emergencias que hice hubo diversos fallecidos, entre ellos un hombre de unos 40 años y un chico de 12. Cuando los grupos de intervención se planteaban dar la mala noticia, noté que había un sentimiento general de que iba a ser más fácil dársela a la madre del adulto que a la del menor. «¿Por qué?» —pregunté—. «Porque es un niño y lo sentirá más» —me respondieron—. Les expliqué que una madre es una madre y que, seguramente, lo sentirían las dos por igual. Tristemente, la respuesta de las dos mujeres ante la noticia me dio la razón.

Algo parecido nos pasa cuando hay que dar la noticia del fallecimiento de un pequeño a sus padres: si éste no ha nacido pensamos que el dolor será menor que si ya lo hemos tenido con nosotros, y la verdad es que no depende

Cuna vacía.indb 165 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

sólo de eso, sino de la vinculación, de lo que cada madre[1] (o pareja) establece con su hijo; y hay padres que esos lazos los establecen muy pronto y padres que, desgraciadamente, no los establecerán nunca.

Muchas madres reproducen en los foros frases duras «de consuelo» que les han dicho, del tipo «no te preocupes, si aún no estaba formado», ¡como si el dolor dependiera de eso!

Robert A. Neimeyer en su libro *Aprender de la pérdida* cita el siguiente testimonio:[2]

> Mi esposa y yo tuvimos un hijo que murió hace 40 años, cuando sólo tenía 3. La muerte de Mary, nuestra hija mayor, a los 52 años, el año pasado, está siendo igual de difícil para nosotros o incluso más. No importa la edad que tiene un hijo cuando muere… no deja de parecer un terrible error que tus hijos mueran antes que tú.
>
> Jack (71 años)

Para la mayoría de los padres, un hijo es un hijo, tenga la edad que tenga y sea como sea. ¡No perdamos de vista esta idea en nuestras actuaciones!

---

[1] Notarán que, aunque normalmente hablo de «padres» en este capítulo, sí que es cierto que me inclino más por usar la palabra madre, ya que un niño siempre nace de una madre, y es de los pocos casos en que puedo utilizar mayoritariamente esta palabra. La muerte prenatal, perinatal y posnatal (tema central de este libro) nos lleva a escribir básicamente sobre una mujer embarazada o que acaba de alumbrar, tenga pareja o no la tenga, tenga familia o no. Y aunque es importante acompañar el dolor en cada uno de los miembros de la familia, la madre siempre va a ser el eje central. ¿Discriminación positiva? Permítanmela, por favor.

[2] Robert A. Neimeyer, *Aprender de la pérdida, una guía para afrontar el duelo*, Paidós, Barcelona, 2002, p. 39.

Cuna vacía.indb 166 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

La muerte no nos roba a los seres amados. Al contrario, nos los guarda y nos los inmortaliza en el recuerdo.
F. MAURIAC

En principio, los pasos a seguir son:

1. *Que los padres estén informados cuanto antes de lo que sucede*
   Cuando algo no marcha bien, los padres tienen un sexto sentido que lo detecta. Retrasar esa información (que se va a producir tarde o temprano) es alargar una agonía de forma innecesaria. Muchos profesionales de la salud piensan que la ignorancia retrasa el sufrimiento, pero en estos casos tan sólo lo intensifica: los padres suelen explicar que ya notaban alguna cosa antes y que ese «estar sin saber» es el peor de los dolores. La incertidumbre incrementa el miedo, el estrés y la respuesta de alarma, precursores todos ellos del síndrome de estrés postraumático.
   Puede que a veces sean los padres los primeros en enterarse de la noticia, sobre todo si se trata de un aborto espontáneo, pero, aun en ese caso, las actuaciones de las personas cercanas y de los profesionales de la salud va ser la de procurar que en todo momento se encuentren informados. La incertidumbre, se dé en el momento que se dé, siempre es precursora de duelos complicados.
   Lo mismo rige para los familiares más próximos y personas cercanas, aunque son los padres quienes deben decidir quién se entera y cómo.

Cuna vacía.indb 167 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

2. *Buscar la persona ideal*

Me explicaban que en un área de urgencias las malas noticias las solía dar una auxiliar de clínica que se había preparado en estos temas y lo hacía muy bien. Pero se dieron cuenta de que los pacientes se sentían defraudados de que no fuera el médico que había llevado el caso el que les explicara lo que estaba sucediendo. La respuesta les llegó del área de cuidados intensivos: ellos ya se habían dado cuenta de que era mejor que el médico encargado del paciente les comunicara el estado de la situación.

Eso nos lleva a plantearnos quién es la persona ideal: si la que mejor lo hace o la que la persona espera. Y la respuesta es: las dos. Es decir, se debe buscar a la persona más adecuada (en el ámbito de la salud se espera que sea el facultativo al mando y en el ámbito familiar, la persona más próxima), y debe ser preparada para que la dé adecuadamente.

Vamos a ver los ejemplos más frecuentes para tener una idea más clara.

Si a un niño se le debe comunicar que ha perdido un hermanito, no vamos a buscar al profesional, ni al mejor psicólogo para que le dé la mala noticia: son sus padres, debidamente preparados, quienes se lo van a comunicar.

Si es un abuelo que ha perdido a un nieto, cualquiera de sus hijos (aunque no sean los propios padres del niño) puede darle la mala noticia, si sabe cómo hacerlo.

Si unos padres pierden a su bebé, será el médico que ha llevado el caso la persona más adecuada.

Cuna vacía.indb 168 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

3. *Buscar un lugar que en la medida de lo posible sea tranquilo, íntimo y cree confianza*

   Creo que a estas alturas a nadie se le ocurrirá dar una mala noticia en medio de un pasillo abarrotado de gente. Hay que mimar un poco este aspecto para que las personas que reciban la noticia puedan aceptarla lejos de miradas indiscretas y con la intimidad que un momento así requiere.

   No obstante, no vamos a retrasar la comunicación de una mala noticia porque el lugar elegido esté muy lejos. ¿Se acuerdan de cuando éramos pequeños y alguien era llamado al despacho del director del colegio? ¡Ese trayecto se hacía eterno! Imagínense cómo se sentirán unos padres a los que se les dice: «Acompáñenme al despacho del doctor tal, que tiene que hablarles». Si el despacho está a escasos metros del lugar y es un lugar mucho mejor que la habitación en donde se encontraban los padres, es correcto. Pero si se sitúa en el extremo opuesto del hospital, será preferible que el doctor se desplace a la habitación de los padres, porque la angustia de ese trayecto va a ser perjudicial.

4. *El discurso ha de ser breve, adaptado al nivel de quien lo recibe y explicando toda la verdad soportable para la ocasión*

   Una frase corta, sincera, que recoja lo sucedido sin entrar en valoraciones personales, ni depositando la culpa en nadie, suele ser la mejor manera. Así pues, un «lo sentimos, su bebé ha fallecido» siempre será mejor que «como estaba mal formado, no ha aguantado y se ha muerto». Esta segunda frase contiene una valoración

Cuna vacía.indb 169 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

personal (se ha muerto porque estaba mal formado), cuando aún no se sabe la realidad de la pérdida, y los padres perderán la confianza cuando les den otro diagnóstico (¡si se lo dan!). Tampoco es afortunada porque echa la culpa de la muerte al bebé (no ha aguantado y se ha muerto), como si el bebé pudiera decidir si aguantaba o no. Por lo tanto, recuerden: una frase corta, sin valoraciones ni culpas, que contenga la realidad de lo ocurrido.

Una mención especial merece el resto de familiares próximos, a quienes a veces les escondemos la verdad amparándonos en la edad («los niños no se enteran») o en la salud («la abuela no va a poder aguantar la noticia»), etcétera.

En primer lugar, si los padres ya habían comunicado la noticia del embarazo o del nacimiento, es cuestión de tiempo que la abuela o el hermanito se enteren de que allí no llega nadie. En el caso de los adultos (familiares, amigos) podemos imaginar lo que ha sucedido y muchos se sentirán defraudados por la falta de confianza. Pero es mucho más terrible en el caso de los niños, que, no sabiendo exactamente qué ha pasado (muchos no saben que un bebé puede fallecer), ponen a funcionar su imaginación. Esa imaginación infantil puede convertir el fallecimiento de un hermano en un «se han deshecho de él». El miedo que el niño puede desarrollar ante sus padres no tiene precio.

En segundo lugar, puede que la pareja no hubiera comunicado la noticia de un embarazo y por eso deciden no comunicar la de la pérdida. Están en su derecho y eso debe respetarse. Pero no estaría de más que se les

Cuna vacía.indb 170 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

pudiera hacer reflexionar sobre la conveniencia de hacerlo: puede que no sepan lo que ha pasado, pero el estado de ánimo de los padres no pasará desapercibido a los amigos, a los abuelos y a los niños de la casa. Lo que no se sabe se supone o se inventa, por eso es mejor desvelar lo sucedido antes de que el rumor sea peor.

¿Todo el mundo está preparado para oír la verdad? A veces se pueden separar la realidad y la verdad. La realidad es lo que realmente va a notar aquella persona (un niño va a echar en falta a su hermanito), aunque la verdad de todo lo que ha ocurrido (operación, insuficiencia cardiaca, etc.) no haga falta explicarla.

Las personas necesitamos enfrentarnos a la realidad sin tener que suponer nada, aunque cada persona decide hasta dónde quiere saber. Las personas que damos malas noticias debemos averiguar hasta qué punto el sujeto quiere conocer toda la verdad.

Creemos interesante exponer la reflexión del doctor Marc Antoni Broggi, cirujano del Hospital Trias i Pujol de Badalona. Éste ha hallado una fórmula magistral para reflexionar sobre el tema de la verdad que deben contener las malas noticias, se den en el ámbito en que se den: hay que sustituir las mentiras piadosas por las formas piadosas de comunicación de la verdad.

En este sentido, nos atrevemos a decir que nunca debemos callar o mentir, puesto que la realidad es la que es y debemos comunicarla. A partir de ahí, hay formas más piadosas de enfrentarse a esa realidad, y verdades que el sujeto no desea escuchar. La dificultad radica en discernir en la línea tan fina que separa el derecho que todo el mundo tiene a saber y el derecho que todo el

Cuna vacía.indb 171 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

mundo tiene a saber sólo lo que quiere. Ante la duda, mejor ser sinceros que mentir.

5. *Posibilitar las reacciones emocionales y acogerlas*
   Una vez comunicada la mala noticia, las personas que la han recibido van a tener reacciones emocionales negativas. Es normal, pues no deja de ser una mala noticia. ¿Qué pensaba? Por muy bien que se sepa dar una mala noticia, no deja de ser mala. El objetivo de dar una mala noticia no es que la persona se lo tome a risa, sino que no sufra innecesariamente, se sienta lo mejor posible en todo momento y elabore su duelo lo mejor que se pueda, desde los primeros instantes.
   En un primer momento consideramos todas las reacciones como normales, tanto si van desde el desbordamiento emocional más llamativo (llanto incontrolado, gritos, gran actividad física, etc.), como si la persona queda en un estado de ausencia emocional (lentitud de movimientos, mirada perdida, embotamiento emocional, etc.). Aunque parezcan alarmantes, son respuestas normales ante una situación anormal.
   El único problema es que el dolor de los demás nos afecta mucho y, por eso, ante una persona que sufre intentamos «hacerla callar» mediante fármacos o consejos del tipo «no llores». A menudo lo hacemos para sentirnos bien nosotros, puesto que nos molesta la impotencia que sentimos al no poder parar ese dolor: si los profesionales y familiares supieran la gran labor que hacen cuando permiten ese desahogo emocional y lo acompañan, no intentarían actuar de otro modo (a menudo más nocivo) y se sentirían útiles y valiosos.

Cuna vacía.indb 172 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

Hemos de posibilitar y saber responder a esas muestras de dolor: si no sabe cómo hacerlo, en el apartado «Las primeras reacciones» damos unas orientaciones.

6. *Responder a todas las dudas que puedan surgir*
   Después de la reacción emocional es posible que la persona que haya sufrido la pérdida quiera saber más de lo ocurrido, puesto que en el apartado 4, cómo dar una mala noticia (cómo ha de ser el discurso), aconsejábamos en un primer momento dar un discurso breve, y eso a veces no basta.
   La persona encargada de dar la mala noticia debe tener la mayor información posible, puesto que sus respuestas tranquilizarán a los padres y en cambio sus dudas y lagunas van a provocar malestar e inseguridad. Por eso, si algo no se sabe vale más confesarlo y prometer que se va a intentar subsanar o que se buscará la información y se transmitirá en breve, más que intentar dar falsas explicaciones.
   Si en el apartado 4, sobre cómo ha de ser el discurso, explicábamos que éste había de ser breve, sin culpabilizar a nadie y con toda la verdad soportable para la ocasión, ahora, ante la duda, rigen los mismos esquemas.
   La dos únicas salvedades son, en primer lugar, que ahora los que preguntan son los afectados que quieren respuestas, y, por lo tanto, no hemos de ser tan escuetos, sino sólo lo suficiente para que todo quede explicado con claridad. Y en segundo lugar, si ellos preguntan es porque desean saber más detalles. Por eso, aunque en apartados anteriores se hacía especial hincapié en dar toda la verdad soportable para la ocasión, ahora pode-

Cuna vacía.indb 173 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

mos explicar más detalles de esa realidad, puesto que así se nos pide.

Hay dos preguntas que no tienen respuesta o cuya respuesta suele ser difícil: «¿Por qué?» y «¿por qué a mí?». Como normalmente no suele haber negligencia médica (y si la hubiere, en los primeros momentos no se sabe), me inclino a explicar a los padres la constatación de que los accidentes ocurren. Que hay hechos fortuitos con consecuencias no deseadas que ocurren en la vida: desastres naturales, muertes prematuras, accidentes de circulación… Nadie los programa, nadie los desea, pero ocurren y nadie está exento de ello. Lo que les ha pasado es terrible, pero ocurre y hay niños que no llegan a sobrevivir a pesar de todo. El hecho de que les haya ocurrido a ellos tan sólo es la constatación palpable de que cualquiera puede ser víctima de un hecho así.

En el caso de que los padres hayan sido víctimas más de una vez de tales hechos (hay madres que han sufrido más de un aborto espontáneo), se puede variar el discurso anterior explicando que puede haber algún problema médico que influya en ello, pero que el hecho de existir no quiere decir que sepamos cuál es. Puede que la ciencia actual determine que una madre es perfectamente apta para gestar un hijo, pero, en cambio, se produzcan abortos de repetición porque todavía se desconozca el hecho que lo produce.[3]

[3] Es por ello por lo que en muchos foros y webs sobre estos temas los padres piden que se realicen autopsias y pruebas a los bebés intra y extrauterinos fallecidos, para que la medicina pueda avanzar y evitar a otros padres pasar por lo mismo.

Cuna vacía.indb 174 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

7. *Dar información de los hechos futuros para transmitir seguridad*

Hay una frase de Krishnamurti que dice así: «El movimiento de la certidumbre a la incertidumbre es lo que yo llamo miedo». Y eso es lo que sienten muchas madres y padres cuando les han notificado el fallecimiento de un bebé. «Y ahora… ¿qué?», es la pregunta que surge en muchas mentes, porque ha habido un cambio, un momento de crisis, y las personas tendemos a buscar la respuesta que nos devuelva el equilibrio. Si las respuestas no se encuentran, las personas entramos en un estado de inseguridad que, conjuntamente con la mala noticia, provoca un estado de *shock* y de miedo. Nos encontramos desvalidos, con las facultades para pensar y razonar alteradas. Las preguntas ¿qué voy a hacer? y ¿qué va a pasar? golpean la mente sin encontrar respuestas. Es por ello que si los profesionales y los familiares podemos dar respuesta a estas preguntas, los padres dolientes van a conseguir un poco de tranquilidad en sus corazones.

Si es el profesional el que ha dado la mala noticia, puede continuar con una explicación del tipo: «A partir de ahora usted está en las mejores manos, el doctor tal, que la llevará a partir de ahora, es un especialista en estos casos; pero hasta entonces continuará usted ingresada (o le daremos el alta y seguiremos en contacto). A partir de la semana que viene (o el día que se crea oportuno) la volveremos a visitar para comentar el resultado de las pruebas y planificar el futuro conjuntamente».

Si el que habla es un familiar o amigo, puede dar una explicación con dos ideas básicas: estamos para lo que

Cuna vacía.indb 175 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

haga falta y nos podemos ocupar de todo lo que queráis. Lo más importante es que las madres y padres que sufren la pérdida de un hijo sepan que tienen gente a su alrededor que va a cuidarles y en quienes pueden delegar. Mucha gente me cuenta cómo agradecen en estos momentos que los familiares se preocupen de la casa mientras no están, de otros hijos (si los hubiere) o de la burocracia que hay que hacer en estos casos (papeleo, esquelas, entierro, etcétera).

Se debe respetar en todo momento la decisión de los padres: hay padres que quieren ser ayudados y otros que prefieren tomar parte activa en el proceso. Nuestra labor es tranquilizar a los padres mediante la información de lo que va a suceder y el ofrecimiento de nuestra ayuda, no suplirlos.

8. *Posibilitar una adecuada toma de decisiones*

Cuando se da una mala noticia normalmente no llegamos hasta aquí: la comunicamos, esperamos la reacción emocional y, en el mejor de los casos, respondemos a sus preguntas. Pero los padres se encuentran inmersos en una tormenta en la que se presentan muchas posibilidades y deben tomar decisiones. Es importante, pues, acompañar también este momento.

Siempre que fallece alguien hay una serie de determinaciones que tomar, puesto que los entierros exigen diferentes elecciones y los abortos también, aunque no se haya planificado un entierro.

Estas decisiones, que en la mayor parte de los fallecimientos por muerte natural tienen que ser rápidas (los funerales se suelen realizar a los pocos días), en los

Cuna vacía.indb 176 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

casos de las pérdidas de bebés intra y extrauterinos pueden esperar un poco más, ya que suele haber autopsias y pruebas médicas de por medio que retrasan ese proceso.

Por eso vamos a pedir a los padres que tomen esas decisiones, una vez pasado el estupor y el *shock* inicial. No pasa nada por realizar la autopsia unas horas más tarde, no pasa nada por provocar el nacimiento unas horas más tarde (si el niño fallecido permanece en la barriga de su mamá), y lo mismo pasa con los legrados (siempre y cuando sean apropiados, porque en la mayoría de casos no son necesarios).

A veces los profesionales de la salud someten a los padres a una toma de decisiones para la que no están preparados y acaban diciendo que sí a todo aquello que se les propone, puesto que pensar les supone un esfuerzo que no son capaces de hacer. Seguramente acabarán teniendo el proceso que haya elegido la encargada de rellenar el formulario, en lugar del suyo propio.

Demos tiempo para que puedan tomar sus decisiones: informemos de todas las posibilidades y dejemos un tiempo prudencial para que decidan. Es muy difícil que haya que tomar una decisión rápida cuando hay un bebé ya fallecido. Esa calma serenará a los padres y posibilitará una toma de decisiones más acorde con sus ideas.

Cuna vacía.indb 177 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

RESUMEN

CÓMO DAR UNA MALA NOTICIA

- Que los padres estén informados cuanto antes de lo que sucede.
- Buscar la persona ideal.
- Buscar un lugar que en la medida de lo posible sea tranquilo, íntimo y cree confianza.
- El discurso ha de ser breve. Adaptado al nivel del que lo recibe y con toda la verdad soportable para la ocasión.
- Posibilitar las reacciones emocionales y acogerlas.
- Responder a todas las dudas que puedan surgir.
- Dar información de los hechos futuros para transmitir seguridad.
- Posibilitar una adecuada toma de decisiones.

CÓMO SE RECIBE UNA MALA NOTICIA

En ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es TOTAL: es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de otros) y espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida, en su conjunto, duele.

J. MONTOYA CARRASQUILLA

Cuando un fallecimiento cercano provoca un dolor tan total como el que se resume en la frase anterior, cualquier

Cuna vacía.indb 178 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

reacción va a ser considerada en principio normal, puesto que lo anormal es la situación que la produce. Los psicólogos solemos decir: son reacciones normales ante una situación anormal.

Pero la diferencia entre cualquier otro tipo de duelo y los duelos traumáticos es ese carácter inesperado e injusto, que deja afectada nuestra vida, destruyendo y desorganizando nuestro mundo personal. Por mucho amor que sintamos hacia nuestros abuelos, su muerte natural no tiene ese valor de traumática, por ser más o menos esperada y porque no destruye ni desorganiza nuestro mundo; en cambio, la muerte de un bebé posee estas connotaciones. En cuanto a la justicia de una muerte, tenemos una frase muy utilizada cuando muere una persona mayor: es ley de vida. En una muerte infantil nunca podremos entender que es «ley de vida».

Las primeras reacciones

El nivel de dolor que se puede expresar y que es considerado «normal» es una convención cultural. Hay culturas en donde lo normal son grandes muestras de emoción,[4] en cambio hay lugares en donde las muestras normales son muy sutiles. Eso debe tenerse en cuenta en cualquier proceso de duelo.

[4] En nuestro país antiguamente se contrataban lloronas y plañideras para llorar en un entierro, y hay culturas en donde el dolor se expresa físicamente, golpeándose el pecho u otras partes del cuerpo.

Cuna vacía.indb 179 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

Sea cual sea el nivel de dolor considerado normal en nuestra comunidad, si los padres lo presentan, simplemente lo acompañaremos en un primer momento, puesto que hemos de permitir ese desahogo emocional.

A partir de aquí puede haber dos reacciones que nos llamen la atención:

1. El embotamiento emocional: ausencia de emociones, incluso de actividad física. La persona queda sumida en un estado de aletargamiento.
2. El desbordamiento emocional: gran emotividad y activación física.

¿Qué hacer? Si la persona a la que acabamos de dar una mala noticia queda en estado de embotamiento emocional, podemos formularle algunas preguntas para saber que nos ha entendido y posibilitar que empiece a hablar de lo que ha ocurrido. Preguntas como «¿nos han entendido?», «¿necesitan alguna cosa?» o «¿quieren algo más?» pueden servir para que conecten con la realidad y empiecen a hablar. Sea lo que sea, lo importante es que puedan hablar del hecho, expresar las emociones y aceptar lo que ha sucedido: el hecho de no responder suele ser un precursor de la disociación, y deberíamos prevenir este factor que tantos problemas conlleva a posteriori en la superación del duelo. Por eso, una de las tareas de los profesionales es la de facilitar que los afectados expresen sus emociones.

Si la persona se desborda emocionalmente, podemos arroparla físicamente: el abrazo puede ser más fuerte y sostenido dependiendo del grado de confianza. También es bueno intentar que hable y verbalice lo que siente. Como esto último sue-

Cuna vacía.indb 180 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:28

le ser difícil en personas que están muy desbordadas, puede conseguirse a base de preguntas que les hagan pensar. ¿Cómo hacerlo? Pondré un ejemplo:

> Hace un par de años un bebé murió por síndrome de muerte súbita en mi ciudad y estuvimos dando apoyo a la familia. Uno de los familiares, en un momento dado, se desbordó emocionalmente, llorando y caminando confuso de un lado a otro de la sala. No atendía a nada ni a nadie. En un primer momento nos acercamos y, abrazándole, dejamos que se expresara libremente (a pesar de lo llamativo siempre es mejor alguien que exprese que alguien que calla). Puesto que el resto de familiares empezaban a alarmarse y el propio sujeto comenzaba a alterar su respiración, creímos adecuado intentar calmar aquel estado tan llamativo. Así que, manteniéndolo un poco apartado del grupo (el espacio no permitía otra cosa) le pedimos que nos explicara quién era quién en la sala, puesto que eso nos iba a dar una información valiosísima para dirigirnos a cada uno por su nombre y saber el grado de parentesco con el menor (datos que ya poseíamos). Tuvimos que repetir la petición un par de veces para que nos entendiera y se diera cuenta de su importancia, y haciendo un esfuerzo se contuvo y dijo: «Está bien, lo intentaré», y empezó a hablar, llorando, pero de una forma más controlada. Cuando ya llevaba un rato, le explicamos que era suficiente y continuamos con el apoyo emocional, puesto que era más fácil establecer comunicación con la persona en aquel estado.

¿Cómo se obró el milagro? La neurología ha demostrado que los sentimientos dependen del sistema límbico y el razo-

Cuna vacía.indb 181 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

namiento y la memoria a largo plazo del córtex cerebral. Ambas partes del cerebro tienen una curiosa propiedad: si se altera una, cuesta más que funcione la otra. Por eso, cuando tenemos una experiencia traumática (sistema límbico) nos cuesta pensar con claridad y razonar (córtex); de este modo cuando le pedimos a una persona en un estado emocional importante (sistema límbico) que piense en algo (que conecte con su córtex) le costará, pero si cree que eso es de vital importancia, se esforzará, para lo cual intentará calmarse, es decir, desconectar de ese sistema límbico para conectarse con su córtex.

También es sabido que después de un periodo de gran desbordamiento emocional se produce un periodo de calma. Nadie llora las veinticuatro horas del día, por muy dolorosa que sea la pérdida. La causa es que cuando estamos en estado de alarma hay una serie de neurotransmisores que suben hasta niveles tóxicos (como, por ejemplo, el cortisol), y como eso es dañino para nuestro cerebro, al cabo de un tiempo la mente da la orden de secretar otros neurotransmisores que contrarresten a los primeros (serotonina, entre otros) que ayudan a apaciguarnos. Por lo tanto, ante un caso con desbordamiento emocional, sólo es cuestión de tiempo que el sujeto baje a niveles menos expansivos, en donde sean posibles el dialogo y la intervención. Dar tiempo a la persona doliente suele ser un buen recurso.

Siempre que se observe que con estos consejos los padres no consiguen expresar sus emociones o se desbocan sin control, se debe valorar la necesidad de buscar ayuda especializada.

Cuna vacía.indb 182 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

Las etapas del duelo

> *La muerte termina con la vida de aquellos a quienes amamos, pero no le pone un punto final a nuestro amor por ellos (...). Mantenemos intacta nuestra capacidad de amar y de sentir el amor de aquellos que han muerto. Cuando nos damos cuenta de estas cosas, podemos empezar a dejar ir lo que hemos perdido (su presencia) y empezar a atesorar lo que aún tenemos de ellos.*
>
> THOMAS ATTIG,
> Anticipatory Mourning and the Transition to Loving in Absence.

Muchas son las clasificaciones para las etapas del duelo. Las hay que las dividen según las emociones expresadas, y van de 3 a 7 emociones, según autores. Nosotros citamos las 4 más representativas: negación o incredulidad, culpabilización, desolación y aceptación. Otros clasifican el duelo según el tiempo que tarda en resolverse (estado agudo, crónico…).

Para estos casos preferimos las que están basadas en Engel y Silverman, en las que se habla de fases, sin hablar en concreto de tiempo por el que hay que pasar en cada fase, ya que eso depende de cada persona y del tipo de pérdida. Tampoco hay una enumeración de emociones, porque no todo el mundo pasa por las mismas fases, ni en el mismo orden.

Estas etapas son:

1. *Etapa inmediata, de impacto o* shock: se produce tras el estrés inicial de la muerte, que dura de pocas horas a una semana después del deceso. Puede cursar tanto con embotamiento, no siendo consciente de lo sucedido y mostrando una conducta semiautomática, como con liberación emocional intensa, con llantos, suspiros,

Cuna vacía.indb 183 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

espasmos laríngeos por el llanto. Las emociones más evidentes son la sensación de irrealidad, negación o incredulidad, en un primer momento, pasando a una fase de expresión emocional (más o menos intensa), siendo también muy frecuentes los ataques de furia (contra los que pensamos que no hicieron lo posible) y de culpa (contra uno mismo por no haber hecho…).
Recordemos que todo puede ser normal en esos primeros momentos.
La forma en que se comunique la noticia, junto con la presencia y acompañamiento de personas queridas y los rituales de despedida (véase más adelante) reducen mucho las alteraciones en esta fase.

2. *Etapa intermedia, de «repliegue» o depresiva de anhelo*: aparece generalmente varias semanas después de la pérdida y se prolonga por semanas o meses. Los padres se encuentran solos frente a la pérdida, los rituales de despedida han terminado y la sociedad nos exige que volvamos al trabajo como si nada hubiera pasado. Caracterizada por sentimientos intensos de anhelo por lo que se ha perdido y de gran ansiedad. Se inician síntomas depresivos, anorexia, bajada de peso, disminución de la capacidad de concentración y memoria, tristeza y anhedonia (dificultades para experimentar placer, para divertirse, para tener relaciones sexuales), seguidos de episodios de protesta-irritación y aislamiento. Los síntomas son los propios de un trastorno adaptativo (depresión reactiva).
Es importante la presencia de personas que sepan escuchar a los padres, cuando estos quieran hablar, puesto

Cuna vacía.indb 184 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

que a veces el mensaje es el contrario («mejor no hablemos de este tema»).

3. *Etapa tardía, de «recuperación» o reorganización*: se aprende a aceptar la pérdida y el hecho de que la persona amada ya se fue. Se produce al cabo de un periodo que va de 6 meses a un año, como mínimo. Se retorna al nivel de funcionamiento previo. Disminuyen los síntomas mentales y somáticos. Frecuentemente, esta etapa coincide con el primer aniversario del deceso, produciéndose en este periodo una intensificación emocional en la línea de la nostalgia, tristeza, llanto, recuerdo doloroso, etc., que duran unos días y que finalmente marcan el final del duelo.

Establecer unas fases en el proceso del duelo está bien para observar su evolución, pero no para victimizar más a la madre o el padre que no sigue exactamente esos tiempos. Cada persona tiene unas circunstancias que hacen que ese duelo siga unos caminos diferentes. Veamos alguno de esos casos en el apartado siguiente.

Cronología del duelo (cuando el duelo no sigue las etapas)

Mucha gente cree que el duelo deberá estar resuelto al año de la muerte. Para unos puede ser normal, pero para otros la recuperación tras la pérdida tarda más tiempo, de tres a cuatro años o más. La cantidad de tiempo depende de muchas variables que interfieren y crean distintos patrones: aflicción anticipada, crisis concurrentes, múltiples obligaciones, disponibi-

Cuna vacía.indb 185 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

lidad de apoyo social, características del deceso, situación socioeconómica, estrategias de afrontamiento y religiosidad, entre otros. Los momentos más difíciles del proceso se registran durante el primer y segundo año.[5]

> Mis amigos esperaban que hubiera superado la pérdida de mi hijo en una semana, dos como mucho, y un mes ya era un poco excesivo. Muchos me preguntaban: «¿Aún no lo has superado?».
>
> Jim (32 años)[6]

Puede que, al principio, unos padres se encuentren elaborando un duelo normal, un duelo que a ojos de los demás pueda parecer modélico, pero llega un día en que los ánimos vuelven a verse decaídos. La idea que flota entonces es que «han vuelto atrás», es decir, que los que les rodean se imaginan el proceso como una carrera en donde se puntúa mal el hecho de no llevar la velocidad marcada o apartarse del camino establecido.

Hay múltiples factores que influyen en eso (y que intentaremos enunciar brevemente en el siguiente apartado), pero en este momento vamos a citar dos que suelen ocurrir casi siempre:

1. *El año de las primeras veces*
   El término «el año de las primeras veces» es un concepto que saqué de un ejemplo del libro de Neimeyer anteriormente citado: «Para mí, el primer año después de la muer-

---

[5] J. Montoya Carrasquilla, «Aspectos incipientes y apuntes de farmacología en el duelo», en Leila Nomen (coord.), *Tratando… el proceso de duelo y de morir*, Pírámide, Madrid, 2008, capítulo 4.

[6] Citado en Robert A. Neimeyer, *op. cit.*, p. 35.

Cuna vacía.indb 186 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

te de mi marido fue el año de "mis primeras veces": mis primeras vacaciones sin él, mis primeras navidades (…)».[7]
Al principio y, sobre todo, durante el primer año, se producen una serie de circunstancias (Navidades, aniversarios…) que son especiales y llaman al recuerdo de las personas que deberían estar pero no se encuentra entre nosotros. Es, por lo tanto, normal que al menos durante ese año las personas experimenten unos sentimientos de tristeza más agudos, y que la gente puede pensar que son más propios del pasado. Pero no es eso: simplemente notamos su falta más que en otros días, porque esos días son verdaderamente especiales.
Por lo tanto, eso se puede dar el primer año y a lo largo de nuestra vida, porque siempre hay un primer momento en que echamos en falta a un ser querido. Mi abuela perdió a su hijo pequeño (Pauet) de una pulmonía en los años cuarenta. Yo no nací hasta unos veinte años después de ese suceso, pero mi abuela seguía recordando el día de su aniversario y el día de su fallecimiento con especial cariño.

Enrique murió hace veinte años, con tan sólo 2 semanas de vida, pero ha estado presente en muchos de los pasos de la familia, como cuando nos cambiamos de casa, cuando nuestro hijo mayor tuvo a su primer hijo y me di cuenta de que ese niño nunca conocería a su tío. No creo que las lágrimas de esos momentos signifiquen que haya elaborado mal el duelo, sino que Enrique siempre formará parte de nuestra familia.

María A.

[7] Ibíd., p. 37.

Cuna vacía.indb 187 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

El duelo parece que es algo que con el tiempo debe perder la intensidad, como los colores, pero siempre quedará un hermoso y suave color que lo recuerde.

2. *El tiempo pasado no siempre es tiempo dedicado*
Como ya se ha dicho en muchas ocasiones, «no es el paso del tiempo lo que cura, sino lo que uno hace durante ese tiempo».
Hay un tiempo cronológico que puedo medir con relojes y calendarios y que va pasando, y hay un tiempo que me ayuda porque yo me dedico a expresar mi dolor y a trabajar mi duelo. El tiempo que pasa no siempre es un tiempo dedicado a elaborar el duelo, y por eso no se puede medir si una persona supera o no un trauma por el tiempo que ha transcurrido. En una conferencia dada en Monzón hace un año, explicaba que si entráramos en coma justo antes de saber la muerte de nuestra madre, al despertar al cabo de un año nos afectaría igual que un año antes: ha pasado el tiempo, pero no le hemos dedicado tiempo a esa pérdida.

> Para mí el verdadero duelo no empezó hasta 6 meses después de su muerte. Había estado aturdida hasta ese momento, pero entonces me di cuenta: es Navidad y Eric no está aquí.
> Sally[8]

Se produce así un duelo desfasado, porque puede que hayan pasado tres años desde el fallecimiento, pero apenas

[8] *Ibíd.*, p. 37.

Cuna vacía.indb 188 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

hemos dejado que los padres lo expresen: se les ha pedido que callen, que vayan a trabajar como si nada, les hemos evitado para que no nos puedan expresar sus emociones… y esperamos que el tiempo cure las heridas. Puede que el tiempo cronológico sea de tres años, pero el tiempo dedicado es muy inferior. El tiempo no cura las heridas, lo que cura es lo que podemos elaborar mientras el tiempo pasa. Por eso hay personas que siguen un calendario (como el que explicábamos en las etapas del duelo) y otras que no.

Factores que influyen en el proceso

Los factores que influyen en la elaboración del duelo son tan variados y numerosos que es imposible recopilarlos de forma extensa en estas páginas, pero intentaremos enunciar aquellos que sean más frecuentes o aquellos más específicos para los casos de muerte pre y posnatal.

IMPORTANTE

Hay que recordar que son factores a tener en cuenta para poder ayudar a las madres y padres en duelo, para entender su dolor y poder compartirlo. NO SON PARA VALORAR. Puede que una madre tenga muchos de esos factores y elabore su duelo de forma adecuada o con unas reacciones más comedidas, y, en cambio, otra, con tan sólo uno de estos factores en contra, puede presentar un duelo complicado o con gran desbordamiento emocional.

El dolor es subjetivo, no se mide por factores, pero pueden ayudar a los profesionales, familiares y amigos para entender mejor algunos procesos.

Cuna vacía.indb 189 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

1. *Experiencias de pérdidas anteriores menos traumáticas*
   Si la primera experiencia de muerte que tiene una persona es la de un hijo dejará una huella más profunda que si ha vivido otras muertes menos traumáticas en la familia y sabe lo que su familia puede hacer en estos casos y lo que supone que una persona esté de luto. La familiarización con el dolor de los otros nos ayuda a superar el nuestro.

2. *Experiencias de pérdidas anteriores similares*
   Si una madre ha sufrido varios abortos espontáneos o la muerte de más de un hijo, eso puede provocar que las primeras reacciones sean más duras. Por un lado, estaría el dolor esperado ante un hecho de este calibre, pero, por otro, se le suma la anticipación de saber lo que le viene encima, más la indefensión por haber sufrido al menos dos veces el mismo tipo de trauma.

3. *Edad gestacional*
   Las pérdidas tardías en el embarazo (o posparto inmediato) se asocian con reacciones de aflicción más intensas que las pérdidas prematuras. Lo mismo sucede comparando la muerte de bebés más mayorcitos con pérdidas prematuras. Pero, como repetíamos al principio, un hijo es un hijo y a cada madre le duele el suyo, digan lo que digan las estadísticas.

4. *Momento de la muerte*
   Las muertes perinatales más traumáticas son las que se producen de forma inesperada, durante el trabajo de parto o poco después del nacimiento. En los casos en

Cuna vacía.indb 190 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

que se pueda prever la pérdida, aunque la pena sea la misma, la pareja tiene la posibilidad de prepararse emocionalmente para asumir la pérdida final. Es el caso de bebés con graves enfermedades, en los que se puede preparar su muerte con tiempo.

5. *Trato médico-sanitario dispensado a la madre*
   En nuestro país hay varios movimientos para pedir una humanización en el parto.[9] Lo mismo sucede en estos casos. Un parto es un acto muy frío y deshumanizado en algunas maternidades españolas. ¿Será el parto de un bebé muerto más acogedor? Debería serlo. Actitudes como ingresar a la madre que ha sufrido un aborto en la planta de recién nacidos pueden dejar secuelas en la madre.

6. *Sensibilidad del entorno*
   Si la familia, los amigos y el centro médico (si interviene) son sensibles a las necesidades emocionales de los padres, es el mejor predictor de un duelo no complicado. Lo que hacemos, lo que les decimos y cómo se lo decimos es muy importante.

7. *Nacidos con malformaciones graves*
   Las madres de neonatos malformados tienen con frecuencia una reacción de angustia prolongada y síntomas de trastornos psiquiátricos. A la pena de saber que su bebé morirá debido a las malformaciones (anencefalia,

[9] Asociación El Parto Es Nuestro, *www.elpartoesnuestro.es*

Cuna vacía.indb 191 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

por ejemplo) se puede unir la dificultad de establecer un vínculo con aquel bebé debido a la malformación. La muerte se presenta como una liberación, pues era inevitable y pone punto final al sufrimiento contenido. La evolución suele ser más favorable.

8. *Nacimiento múltiple*
   A veces, en un parto gemelar muere uno de los bebés. Incluso puede suceder durante la gestación. Los padres pueden sentirse ambivalentes: alegría ante el nacimiento y tristeza ante el fallecimiento. Ambos sentimientos son normales y debe explicarse a los padres que es bueno que dejen que fluyan los dos.

9. *Las circunstancias que acompañan la muerte*
   Puede que los padres pasen por un momento de crisis económica, crisis entre la pareja, crisis laboral, familiar. Todo ello complicará el duelo.

Recuerde: el dolor no se mide por la convergencia de más factores en una misma madre. El dolor es subjetivo y cada madre y cada padre van a sufrir de diferente forma. Estos factores sirven para entender algunas reacciones y para poder ayudar mejor.

CÓMO ACOMPAÑAR A LA FAMILIA EN EL TRANCE

Nos duele el dolor de los otros y por eso intentamos que no lo expresen, pero ocultándolo no vamos a hacer que esa persona tenga menos dolor.

Cuna vacía.indb 192 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

Cuántas veces, en emergencias, ante una persona que expresaba su dolor he oído, por parte de los profesionales de la salud, «¿quiere que le pinche algo?». Ese algo (normalmente, un tranquilizante) provoca más problemas, puesto que el dolor no cede y cuando la persona vuelve a su estado natural siente el mismo dolor con el sentimiento de culpa de no haber podido estar al cien por cien. Imaginen por un momento el ejemplo que explicaba anteriormente, que justo antes de saber la muerte de su madre entraran en coma; al despertar al cabo de una año, ¿no llorarían igual la muerte de su madre? Cuántas personas, al volver de un viaje, se han enterado de la muerte de un conocido sucedida ya hace tiempo, y lo sienten igual que si lo hubieran sabido el primer día: el hecho de ignorar o retrasar el dolor no va a hacer que no se dé. Lo único que sucede es que no se da cuando estamos nosotros y eso nos va bien, porque nos causa menos problemas.

Hemos de saber estar y acompañar en esos momentos.

Actuación profesional

Las actitudes y conductas del personal asistencial tienen consecuencias directas sobre la familia y sobre el estado emocional de la madre en el momento y a largo plazo.

Las quejas más frecuentes en madres sobre la actuación profesional es que notaban que los miembros del personal médico «no estaban», es decir, que se las dejaba solas mientras tenían a su hijo o que las evitaban. Entre los profesionales de la salud que atienden a las madres (enfermería y auxiliares) que han sido alguna vez estudiados u objeto de análisis, también reconocían adoptar conductas de evitación: ver alumbrar a una mujer un bebé fallecido les generaba ansiedad.

Cuna vacía.indb 193 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

Puedo entender a esos profesionales, porque sólo ven en aquel acto una intervención de muerte, sin futuro, y cargada de dolor emocional, que les angustia porque les hace sentirse impotentes y sin utilidad en aquel trance. Si pudieran ver el amor de esa madre y lo mucho que los necesita, seguramente se animarían más a participar y a estar presentes, pues verdaderamente son necesarios.

Las actuaciones pueden variar según el momento de la muerte o la edad gestacional de la madre.

En el caso de FALLECIMIENTO DE BEBÉS INTRAUTERINOS:

a. *Sucedidos fuera del entorno hospitalario*

Suelen ser gestaciones de pocas semanas, en las que las madres explican la finalización de su embarazo con frases como «empecé a sangrar y lo perdí» o «fui al baño y noté que salía, que se caía». Generalmente, sucede de modo rápido e inexplicado, por lo que se vive como un momento de gran incertidumbre y con incredulidad por parte de la madre, a quien conviene darle seguridad.

Los pasos a seguir son:

1. No hay que dar una mala noticia, puesto que la madre ya lo sabe, pero, como más pronto o más tarde acudirá a un centro médico, deberíamos continuar con los mismos pasos que ya explicamos una vez que ya se sabe la noticia: posibilitar las reacciones emocionales y acogerlas, posibilitar y responder a todas las dudas que puedan surgir, dar información de los hechos futuros para transmitir seguridad y posibilitar una adecuada

Cuna vacía.indb 194 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

toma de decisiones. (Pueden consultarse estos apartados en páginas anteriores).

2. En caso de que conserven los restos y los muestren al facultativo, debe tenerse en cuenta que han de ser tratados con el máximo respeto: serán recogidos y acogidos con cuidado y observados con interés y respeto.
3. Se debe considerar la posibilidad de realizar una autopsia o algún tipo de prueba para buscar la posible causa. Eso puede ayudar a la madre para otra ocasión o a otras madres en una misma situación. Es importante que los profesionales que son reticentes a hacer este tipo de pruebas por considerar que no aportan mucho sepan reconocer que, aunque es cierto que muchas veces no se sabe por qué se producen estos casos, el hecho de que no se sepa no quiere decir que no puedan llegar a saberse si se estudian más.
4. Se preguntará a los padres qué desean hacer con los restos y se respetará su decisión.

b. *Sucedidos en el entorno hospitalario*

A veces, en una visita al ginecólogo se detecta que el embarazo no continúa. Las madres relatan casos como «fui a hacerme la ecografía de las 16 semanas y el corazón no latía», «tenía pérdidas y sangrado, y cuando fui al doctor me dijo que había muerto», «hacía días que no notaba al bebé y ya supe que algo iba mal».

En estos casos el protocolo a seguir puede ser:

1. Comunicar la mala noticia de forma adecuada.
2. Esperar y respetar la decisión de la madre sobre cómo y cuándo desea que se provoque el periodo expulsivo

Cuna vacía.indb 195 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

(si no se ha producido). Una vez que sabemos que el embarazo no prosigue, no hay prisa para acabar con el proceso. Podemos esperar a que llegue el padre, podemos esperar a que el ginecólogo de referencia de la madre esté presente, podemos permitir que se vaya a casa si tiene hijos que atender y luego regrese... Introducir prisa es innecesario y puede bloquear las decisiones de la madre. Una decisión mal tomada puede hacerla sentirse culpable durante mucho tiempo.

3. No ingresar a la madre en la planta de neonatos. En otros capítulos de este libro ya se habla de cuán amarga es la experiencia de una madre que acaba de perder a su hijo ingresada en la misma planta de mujeres que acaban de tener al suyo.
4. En la medida de lo posible, pedir una habitación individual o más íntima, no sólo para que esté ingresada, si procede, sino para el alumbramiento. Aunque por tradición se suele llevar a la madre a una sala de dilatación y/o de partos para atenderla, es un acto que bien podría tener lugar en una habitación íntima.
5. Que el personal a cargo (médico, enfermeras, etc.) sea siempre el mismo durante esos momentos, para que la madre tenga unos referentes fijos y así darle confianza y seguridad.
6. Aunque no sea necesario, estar presente en el periodo de dilatación y expulsivo para dar apoyo anímico en esos momentos.
7. Permitir la presencia de la pareja, familiar cercano o aquella persona que la madre quiera.
8. Tener paciencia y repetir tantas veces como se nos requiera la información sobre cualquier parte del pro-

Cuna vacía.indb 196 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

ceso. El momento del *shock* hace que sea muy habitual el no entender las cosas a la primera. Hay que mantener informado también al acompañante, como pieza clave en este proceso.

9. No utilizar tecnicismos excesivos, porque resultan fríos y distantes, ni actitudes paternalistas exageradas, puesto que parecen ficticias.
10. Favorecer, siempre y cuando los padres quieran, la posibilidad de ver al que iba a ser su futuro hijo. En casos de bebés intrauterinos de larga gestación y cercanos al término es casi indispensable para la correcta elaboración del duelo. En embriones de pocas semanas no es tan importante la visualización si los padres no quieren, pero siempre deben decidir qué hacer con los restos.
11. Si los padres quieren verlo, trataremos al que iba a ser su futuro hijo con mucho cuidado: le retiraremos con delicadeza restos de sangre, meconio… lo envolveremos en un arrullo o toalla y lo depositaremos con amor en los brazos de sus padres para que puedan despedirse de él. Es importante darle un valor humano añadido a ese bebé que ha fallecido, por ejemplo, diciendo a los padres: «Ha sido un niño» o preguntando «¿le habías puesto un nombre?» (y si lo tiene, llamarle así en adelante), porque eso le da más entidad.

En el caso de FALLECIMIENTO PERINATAL, NEONATOS Y BEBÉS:

Los psicólogos encargados de dar malas noticias y ayudar a las madres y padres en duelo sabemos que hay una gran diferencia cuando la muerte es repentina (por ejemplo, en acci-

Cuna vacía.indb 197 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

dentes) o cuando se ha podido trabajar con más tiempo (por ejemplo, ante enfermedades).

a. *Sucedidos de forma repentina*

La mayoría suceden en el momento del parto o inmediatamente después, porque algo inesperado ha ido mal. En el caso de bebés mayores suele deberse a accidentes (de tráfico, en el hogar), muerte súbita, después de alguna intervención quirúrgica, etc. Son muertes instantáneas o acaecidas a las pocas horas del desencadenante (máximo 24-48 horas).

Nunca podemos decir que una muerte de un hijo es peor que otra: para un madre todas son terribles; pero estas muertes repentinas en momentos que nadie espera y cuando las «leyes» de la naturaleza nos indican que no deberían pasar son las más difíciles de asumir a largo plazo, aunque el dolor de los primeros momentos pueda ser igual que en otros casos.

Los pasos a seguir son parecidos a los apartados anteriores, pero con diferencias significativas:

1. Comunicar la mala noticia de forma adecuada si los padres no saben que el niño está muerto. En caso de que ya lo sepan (accidente automovilístico, etc.) se continúa con los últimos apartados: posibilitar las reacciones emocionales y acogerlas, posibilitar y responder a todas las dudas que puedan surgir, dar información de los hechos futuros para transmitir seguridad, posibilitar una adecuada toma de decisiones (pueden consultarse estos apartados en páginas anteriores).

Cuna vacía.indb 198 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

2. No ingresar a la madre en la planta de neonatos si acaba de dar a luz.
3. En la medida de lo posible, que sea una habitación individual o más íntima. En casos de accidentes, los niños suelen estar en urgencias, pero las habitaciones (o boxes) de urgencias no poseen esas características y, por lo tanto, si fallecen, intentaremos adaptar el entorno en la medida de lo posible para despedirlo. (En las Navidades de 2006 falleció un pequeño de 4 meses en mi ciudad por muerte súbita. Estaba en el hospital y los padres y familiares desearon despedirse de él antes de que se lo llevara la funeraria. El personal de urgencias habilitó un consultorio, más cerrado e íntimo, en donde se pudo realizar el acto).
4. Permitir la presencia de la pareja, familiar cercano, hermanos y todas aquellas personas que los padres quieran en esos momentos.
5. Que el personal al cargo (médico, enfermeras, etc.) sea siempre el mismo durante esos momentos, para que los padres tengan unos referentes fijos y así darles confianza y seguridad.
6. Tener paciencia y repetir tantas veces como se nos requiera la información sobre cualquier parte del proceso.
7. No utilizar tecnicismos excesivos, porque resultan fríos y distantes, ni actitudes paternalistas exageradas, puesto que parecen ficticias.
8. Evitaremos hablar del futuro: «El tiempo lo cura todo», «ya tendrás otro hijo». Como este tipo de discurso suele ser más típico de los familiares, en el apartado siguiente, dedicado a ellos, comentamos los errores más frecuentes y lo que no se debería decir.

Cuna vacía.indb 199 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

9. Hemos de favorecer, siempre y cuando los padres quieran, que puedan ver a su hijo y despedirse de él. Hay casos especiales (accidentes de tráfico, atentados) en que los bebés puede que estén muy desfigurados o tremendamente malheridos. A veces son irreconocibles. En esos casos, si los padres quieren ver a sus hijos, debemos realizar tres pasos:

   Se les pide un ejercicio de imaginación para que, sabiendo cómo ha sido el accidente, puedan imaginar cómo está el niño: «Ya sabéis que vuestro hijo/a ha sufrido una caída desde la azotea. ¿Cómo pensáis encontrarlo cuando lo veáis?». Si la respuesta es acorde a cómo está el niño, se les dice: «¿Y aun así deseáis verlo?». Si la respuesta no es adecuada, les damos pistas hasta que, más o menos, se hagan una idea.

   Si aun así quieren verlo, se les dice que primero van a ver alguna fotografía. Es adecuado enseñarles alguna fotografía del cuerpo en donde se pueda intuir la desfiguración, pero no excesivamente en detalle, aunque debe verse lo que verán después, si quieren.

   Si a pesar de todo quieren ver el cadáver, están en su derecho y pueden hacerlo. Los profesionales de los hospitales deberían velar para que la parte más cruenta quedara oculta por alguna sabanita, vendaje, etc. En las funerarias es todo un arte lo que consiguen. Por eso, a veces vale la pena esperar a que el cuerpo ya haya pasado por la funeraria.
10. Si los padres quieres verlo, trataremos al niño con mucho cuidado, tal y como exponíamos en páginas anteriores: lo envolveremos y lo depositaremos con amor en los brazos de sus padres para que puedan des-

Cuna vacía.indb 200 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

pedirse de él. Puesto que es un bebé ya nacido, debe ponérsele un nombre (la burocracia nos lo pedirá), y así tanto padres como profesionales, deberíamos llamarle.

11. Hay que hacer mención especial a los hermanos en este apartado, que también deberían despedir al bebé, pues es un miembro de la familia con el que han convivido durante un tiempo y, por lo tanto, parte de su vida para siempre. Se debe valorar la edad del niño, el tiempo que ha convivido con el hermano, del aspecto físico que presenta el fallecido y las circunstancias del momento. Para ayudarles a discriminar mejor lean el apartado dedicado a los niños.
12. La burocracia que hay detrás de estos fallecimientos de bebés (mucho menor cuando es un bebé no nacido) es una carga que a los padres les es difícil de entender y asumir. Se debería poner al servicio de los padres un trabajador del centro que entienda de estos temas y les pueda ayudar y guiar en el proceso.
13. A veces, la situación puede desbordar a los profesionales. En esos casos la intervención de los psicólogos especializados en emergencias[10] es de gran ayuda a los profesionales en el ámbito hospitalario. En casi todas las comunidades suele haber un equipo de psicólogos formados; si se necesitan, se puede hacer la petición de intervención.

[10] Desde estas páginas quiero mostrar mi admiración por tantos compañeros con los que he trabajado en emergencias: por su labor y por lo mucho que he aprendido y compartido con ellos.

Cuna vacía.indb 201 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

b. *Sucedidos de forma anunciada*

Son bebés que mueren después de una enfermedad, o un gemelo que fallece a los 7 meses de gestación, pero esperamos al nacimiento de su hermano para que salga. Son muertes anunciadas, que sabemos que van a pasar, aunque no sepamos exactamente cuándo.

1. Hay que saber comunicar la mala noticia con todos sus puntos (sobre lo que puede suceder en el futuro). Es clave en este caso.
2. Informar a los padres sobre la posibilidad de contactar con ayuda psicológica especializada, porque estos procesos largos desgastan mucho a nivel emocional. Este punto es de vital importancia en el proceso.
3. Tanto si aceptan la ayuda psicológica como si no, desde el ámbito hospitalario hay que llevar un seguimiento del caso y del estado de los padres, así como prestar apoyo emocional.
4. Si los últimos momentos del bebé se dan en el ámbito hospitalario, pueden regir los mismos puntos que explicábamos para el fallecimiento de bebés de forma repentina: buscar un lugar íntimo, permitir que se puedan despedir del bebé y acompañarlo mientras fallece…
5. Hay bebés que mientras se espera su fallecimiento están conectados a diversos aparatos para controlarlos (respiradores, vías, electros, etc.). Si son necesarios se dejan, pero en el momento en que ya sean inútiles deben ser retirados con prontitud, para que los padres puedan tener a su hijo en brazos para despedirlo.

Cuna vacía.indb 202 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

El papel de las personas cercanas: familia, amigos…

No quería que nadie me dijera nada ni me diera ningún consejo. Sólo quería que me escucharan. Quería hablar y sacarlo todo afuera.[11]
HERB (52 años)

Es muy importante el papel de las personas cercanas a los dolientes. De su actitud y de cómo fomenten o censuren las actitudes de dolor dependerá que las personas que han sufrido una pérdida elaboren mejor su duelo o no.

a. *Cosas que podemos hacer*

En 2007 me pidieron colaboración para un libro[12] sobre el duelo, en el que interveníamos varios autores. Uno de ellos (Jorge Montoya) estableció un decálogo para ayudar en los momentos de duelo, una vez comunicada la mala noticia. En estos casos hemos creído conveniente añadir algunas pautas más, pero nuestras recomendaciones van a basarse en el decálogo antes citado.

1. Comunicar la mala noticia adecuadamente, si somos nosotros las personas ideales. En casos de muerte pre y posnatal suelen ser los profesionales de la salud las personas más recomendables, pero no olvidemos que igual somos nosotros los más adecuados para comunicarlo a

[11] Ejemplo extraído de Robert A. Neimeyer, *op. cit.*, p. 85.
[12] Leila Nomen (coord.), *op. cit.*

Cuna vacía.indb 203 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

los hermanitos (si los hubiere) o a los abuelos y resto de familiares.

2. Leer e informarse de todo lo relacionado con el duelo, la aflicción y el luto. De esta forma la ayuda será más efectiva. Hay fallos fácilmente solucionables si estamos debidamente informados.
3. Si estamos informados, ayudar y sugerir al personal hospitalario la mejor actuación. Puede que los profesionales de la salud con los que se vaya tropezando no sepan qué hacer en estos casos, ni cómo dar una mala noticia; pero que no sepan cómo hacerlo no quiere decir que no quieran hacerlo bien. Siempre que pueda, sugiérales la mejor actuación, que tiene recopilada en las páginas anteriores.
4. Lo mismo podemos hacer respecto al resto de familiares y amigos, incluso a los propios dolientes: informarles de la mejor manera de ayudar y ayudarse. Ofrézcales bibliografía e ideas generales. Sugiera, pero nunca imponga. Contribuya a que el apoyo y la comunicación efectiva de la familia sean los instrumentos más efectivos que faciliten la recuperación de la pérdida del ser amado.
5. Mantener los oídos atentos para escuchar el dolor, la tristeza, la rabia, la frustración, la soledad y todos los otros sentimientos que acompañan a la aflicción. Intente escuchar un 80 por ciento del tiempo y hablar sólo un 20. Hay muy pocas personas que se tomen el tiempo necesario para escuchar las preocupaciones más profundas de otros.
6. Permitir y animar la expresión de los sentimientos de dolor y tristeza por la pérdida del ser amado, y no huir ante la expresión de los mismos.

Cuna vacía.indb 204 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:29

7. Prestar, indefinidamente y mientras sea necesario, sus hombros, brazos, manos y pecho como consuelo.
8. Aprender a sentirse cómodo con el silencio compartido en lugar de intentar hablar para animar a la persona. Muchas veces no hace falta hablar, sino tan sólo estar. Dé la mano a esa persona y permanezca a su lado.
9. Ser paciente con la historia de la persona que ha sufrido la pérdida y permitirle compartir sus recuerdos del ser querido. Necesitan hablar y explicar. Muchas veces, cuando la persona afectada nos empieza a hablar de sus emociones o de sus recuerdos del bebé intentamos que cambie de tema o le comentamos que eso no le hace bien. Nada más falso: permítale que le hable de lo que siente.
10. No esperar a que el deudo busque ayuda, sino tomar siempre la iniciativa visitándolo o llamándolo. También puede ofrecer ayuda concreta con las tareas de la vida cotidiana. Lo importante sigue siendo estar ahí. Deberán mantenerse abiertas las puertas de la comunicación. Si no sabe qué decir, pregunte: «¿Cómo ha estado hoy?», «¿cómo va el día?». Haga preguntas neutrales lo suficientemente abiertas como para que el doliente pueda hablar del tema o pueda eludirlo.
11. Adelantarse a los acontecimientos dolorosos (aniversarios del fallecimiento, etc.), ponerse en contacto con los padres y participar en la organización de alguna actividad para ese día.
12. Respetar las diferencias individuales en la expresión del dolor y en la recuperación del mismo. La cronología del duelo es diferente en cada uno, como ya hemos visto, y la manera de expresar el dolor puede ser distinta a la nuestra.

Cuna vacía.indb 205 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

13. Estar atento a la presencia de reacciones anormales o distorsionadas del duelo. Puede ver los indicadores en el último apartado de este capítulo.
14. Durante el proceso y una vez alcanzada la recuperación, animar a que se ponga en contacto y colabore en grupos de autoayuda, tanto presenciales como virtuales. Eso les da la tranquilidad de sentir que no son diferentes y que no están solos.

b. *Cosas que deberíamos evitar*

> Cuando Ralph falleció, muchos de mis amigos no me entendían. Era como si esperaran que ya estuviera bien una semana después del funeral. Después de un tiempo comprendí que necesitaban que yo estuviera «bien» porque no sabían relacionarse conmigo si no lo estaba.
>
> RUTH[13]

Si recordamos parte de los consejos anteriores, el listado de lo que hay que evitar estaría formado por los opuestos: no escuche, no se informe, intente que el doliente no hable, etc. Así que, obviaremos eso y vamos a citar aquello que suele hacerse más o aquello que no se ha comentado:

1. Intentar que no exprese su dolor o acallarle con frases como «no pienses más en eso», «piensa en los demás (en tus hijos, en tu marido)», «no te preocupes», «tienes que ser fuerte», «no llores, mujer». Si a usted se le

[13] Extraído de Robert A. Neimeyer, *op. cit.*

Cuna vacía.indb 206 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

muriera alguien querido, ¿podría dejar de pensar en él? Lo único que conseguiremos es acallar esas expresiones que tanto bien le podrían hacer, y que sienta que nos está defraudando porque no puede hacer lo que nosotros le pedimos.

2. Decirle que usted sabe lo que siente. Aunque haya pasado por lo mismo, no puede saberlo. El doliente no confiará en usted porque sabe que usted no siente como él, y, por lo tanto, la ayuda que usted le brinde no será escuchada. Si ha tenido una experiencia similar (es lo que sucede en los grupos de autoayuda), puede sugerir que usted pasó por algo parecido y el doliente le entenderá, pero nunca debe decir que sabe lo que siente.
3. Minimizar su dolor: «No pasa nada, puedes tener más hijos», «tranquila, el tiempo lo cura todo», «aún no estaba formado». Cada hijo es único, aunque tengas una docena, estén formados o no, y el amor y dolor por ellos no se puede medir por eso. A mi padre, una vez que estábamos todos los hermanos juntos, le preguntaron «¿tiene usted familia numerosa?», y mi padre contestó: «¡No!, tengo cuatro hijos únicos». Cada uno de nosotros era importante por sí mismo a los ojos de mi padre.
4. Explicar a la persona que ha sufrido la pérdida lo que tiene que hacer. «Llora, que te hará bien», «sal y diviértete un poco»… La persona en duelo sabe lo que necesita, y ya lo hará, si le dejamos.
5. Desaparecer. A veces nos enteramos de que un compañero de oficina ha perdido un hijo y no sabemos cómo empezar una conversación con él, y le evitamos, estamos una temporada sin llamarle, no vamos a desa-

Cuna vacía.indb 207 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

yunar a los mismos sitios, etc. En la familia hay conversaciones como «no la llamo porque no sé qué decirle» o «no la llamo porque siempre me acaba hablando de lo mismo».

6. Delegar en otros la ayuda. Una cosa es sugerir que se implique más gente y otra que usted se escape. Todos somos importantes.
7. Aislar a la persona de su familia. «En este estado no puedes ir a ver a tu hermana», «mejor pasas unos días fuera para que no te vean así». Una cosa es que el padre o la madre quieran tomarse un periodo se intimidad tras el trance y otra que intentemos apartarlos de la familia. Una mención especial merece la frase «no te invitamos a la fiesta porque pensamos que no ibas a venir». El doliente ya nos informará sobre si quiere venir o no. Lo mejor es decirle: «Vamos a hacer una fiesta y estáis invitados; nos gustaría mucho que asistierais, pero podemos entender que no os apetezca. La decisión es vuestra».
8. Esperar que el doliente rehaga su vida cuando usted decida que ya ha pasado un tiempo prudencial. El tiempo en cada uno es diferente. Y ya hemos explicado en apartados anteriores que no es lo mismo el tiempo transcurrido que el tiempo dedicado o «las recaídas» que nos parece observar durante el año de las primeras veces.
9. Aguardar que los padres en duelo den el primer paso: «Cuando me necesitéis me llamáis», «estaré en el pueblo, pero si queréis algo me lo pedís». En esos momentos cuenta mucho la capacidad de tomar la iniciativa, y una ayuda tan valiosa como usted se puede perder.

Cuna vacía.indb 208 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

Mejor dé el primer paso: llámeles y ofrézcase para algo concreto («¿queréis que os traiga la compra?, ¿os venís a tomar un café?»), o vaya a verles de cuando en cuando.

El papel de los propios padres

Si usted es un padre o madre que ha perdido a un hijo, usted es la única persona que sabe cómo se siente y, por lo tanto, la que mejor va a valorar lo que le sirve o no le sirve. Usted es la persona que seguirá ese camino que se llama duelo y, por lo tanto, es la más importante en todo este proceso.

Tome en la medida de lo posible las riendas de ese proceso y elija a las personas que quiere que le acompañen. Si su círculo de amigos y familiares no responden como usted desearía, dígaselo. A veces, lo que les mantiene distantes es más el error de pensar que no sabrán ayudar, que no querer hacerlo. Si les indica el camino, igual le siguen.

Este capítulo no tiene por objeto hablar de lo que usted puede hacer por sí mismo (mejor consulte los capítulos de M. Àngels Claramunt y de Mónica Álvarez), sino dar ideas a las personas cercanas a usted en todo el proceso para que puedan ayudarle. No obstante, permita que ellas también aporten su granito de arena y no se cierre a la ayuda.

La muerte de un hijo es algo que uno no escogería nunca, pero lo que hacemos después con nuestra vida está lleno de posibilidades. No se limite: valore cada una y elija las que le permitan avanzar sin sentirse culpable por ello.

Cuna vacía.indb 209 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

NO OLVIDEMOS A LOS NIÑOS

Imagine por un momento que es un niño. Sus padres le acaban de explicar que están esperando un hermanito e incluso ha visto cómo mamá presumía de incipiente barriguita con papá.

Un buen día le llevan a dormir a casa de su tía, nadie le explica el porqué. Cuando regresa a casa, la barriguita ha desaparecido, sus padres hablan bajito o dejan de hacerlo cuando usted se acerca.

¿Qué piensa? Como mínimo, que han hecho desaparecer al bebé (y usted tiene miedo, porque, hecho una vez, pueden repetirlo con usted). También puede pasar que usted haya pedido explicaciones y que no se las hayan dado, con lo que es posible pensar que lo que ha pasado es tan atroz que no se lo quieren contar, o que han perdido la confianza en usted para explicarle cosas. Sea como sea, nada bueno va a pensar.

Debemos aprender a enfrentarnos al tema de la muerte y el duelo en niños para evitar errores como los ya explicados. En general, deberíamos evitar las siguientes conductas y pensamientos:

1. No hablar con los niños o darles explicaciones, porque «total, son pequeños y no se enteran de lo que pasa».
2. Hablar con metáforas e historias increíbles que en muchos casos no aguantan el mínimo análisis infantil («tu hermanito ahora es un ángel», «tu hermanito se ha ido al cielo y está mejor»). Los niños tienden a la fantasía muchas veces, pero no son tontos.

Cuna vacía.indb 210 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

3. Excluirle de la situación. En muchos casos se lleva al niño a vivir a otro sitio mientras dura el proceso, y cuando vuelven queremos que, a pesar de tener una situación diferente de la que dejaron al marchar, no pregunten y se adapten como si nada ocurriera.

Los niños, como los adultos, en caso de muerte tienen el derecho de estar informados de lo que les sucede a sus seres queridos, a tomar parte activa del proceso y a que se fomenten todas las actuaciones pertinentes para que su duelo sea elaborado de forma adecuada. Nadie puede quitarles ese derecho, aunque según la edad podamos abordarlo de una forma o de otra.[14]

Cómo dar una mala noticia a un niño

Básicamente los pasos a seguir son los mismos que los explicados en los adultos:

Que el menor esté informado cuanto antes de todo lo que sucede. La mayoría de menores son grandes observadores y «saben» que algo pasa aunque no sepan el qué. Esa inseguridad suele complicar el duelo y provocar el trauma. Es mejor desvelar la intriga que mantenerla.

La persona que debe dar la mala noticia ha de ser alguien cercano al menor (un padre, un tío, un maestro, etc.), con quien tenga una vinculación importante. El papel de los pro-

[14] Rosa Jové, «Niños y adolescentes en duelo», en varios autores, *Tratando… el proceso de duelo y de morir*, Pirámide, Madrid, 2008, cap. XV.

Cuna vacía.indb 211 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

fesionales será preparar a esa persona para que lo haga adecuadamente siguiendo los puntos que vienen a continuación:

1. Buscar un lugar que, en la medida de lo posible, sea tranquilo, íntimo y que cree confianza.
2. El discurso debe ser breve y adaptado al nivel del menor. Frases sencillas como «tu hermanito ha muerto» son mejores que largas explicaciones. Lo único que podemos hacer después es averiguar si ha entendido bien el alcance del mensaje y resolver sus dudas o explicar el concepto de «muerte» si no lo tiene claro. En general, para dar una noticia de muerte hay unos conceptos que deberían quedar claros para todos los menores, aunque la forma de explicarlos dependerá de la edad del niño, como veremos después. Estos conceptos son:

    a. *Irreversibilidad*: cuando nos morimos no volvemos. A veces los niños creen que la muerte es reversible, porque en los cuentos siempre hay un hada que devuelve la vida o un beso que despierta a la Bella Durmiente. Eso hace que esperen el regreso de la persona muerta y que pregunten por ella. En los casos en que las familias sean religiosas y crean en otra vida, pueden explicar esa idea, pero dejando bien claro que en este mundo la muerte es irreversible.
    b. *Involuntariedad*: la persona que se ha muerto no quería abandonarle. Si su hermanito hubiera podido elegir se hubiera quedado con él. Muchos niños, ante frases como «se ha ido a un lugar mejor», viven

Cuna vacía.indb 212 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

la pérdida de un ser querido como un abandono («me ha dejado para estar mejor»).

c. *No funcionalidad*: el cuerpo cuando muere deja de respirar, de comer, ni va al baño, ni siente frío o dolor. Los niños suelen hacer preguntas como «mamá, ¿quién le da de comer al hermanito?», y debemos decirles que ellos no sienten hambre ni necesitan comer.
d. *Universalidad*: los niños han de saber que todos los seres vivos se mueren, que todas las personas nos morimos un día u otro.
e. *Excepcionalidad*: no nos morimos con facilidad; lo normal es vivir muchos años. Para inculcar esa idea en los niños pequeños hemos de resaltar el carácter excepcional del hecho (aunque faltemos un poco a la verdad). Si el hermanito se ha muerto era porque estaba muy, muy, muy malito. En los adolescentes, mejor no exagerar, porque conocen la realidad, aunque debe quedar claro ese concepto de que la muerte es algo que no nos ocurre con facilidad a la mayoría.

3. Dar respuesta a las expresiones emocionales o cognitivas del menor (tristeza y preguntas sobre el suceso). Después de la comunicación de la mala noticia, el menor o bien hará preguntas para entender lo que ha sucedido, o bien estallará emocionalmente (puede que las dos cosas). La persona que está con él debe ir respondiendo a sus preguntas con la máxima sinceridad, teniendo en cuenta el vocabulario del menor, y también debe consolar sus manifestaciones emocionales, pero sin interrumpirlas o evitarlas (no deberíamos decirle «no llores», sino permitir la libre expresión de tristeza en el menor).

Cuna vacía.indb 213 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

4. Anticiparse y explicar lo que puede suceder tranquiliza al menor y siempre da seguridad en momentos de crisis. Contarle cómo serán los próximos días, su visita al hospital, cómo va a desarrollarse el funeral o decirle los pasos que va a seguir toda la familia puede infundir tranquilidad en momentos de inseguridad.

Reacciones que pueden presentar los menores

En principio, las reacciones son muy variadas y podemos clasificarlas tanto a nivel fisiológico como psicológico (físico y emocional). Las que vamos a enumerar aquí son normales, a pesar de lo llamativas que puedan ser algunas.

a. *Emocionales*: retraimiento social. Rechazo. Tristeza y llanto. Apatía hacia los amigos y hacia actividades. Ansiedad. Hiperactividad. Culpa. Ira, rabia y rabietas frecuentes. Agresividad. Inestabilidad emocional. Falta de atención y concentración. Fallos de memoria y olvidos. Problemas escolares. Miedo generalizado y alerta constante. Desorden del comportamiento o conducta. Se vuelven protectores con sus seres queridos, como si tuvieran que sustituir la pérdida.

b. *Físicas*:
   - ❒ Trastornos del sueño: insomnio de conciliación, pesadillas, miedo a dormir solo o a la oscuridad y enuresis nocturna.
   - ❒ Trastornos de la alimentación: falta de apetito, alimentación compulsiva y rechazo de algunos alimentos.

Cuna vacía.indb 214 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

- ❒ Enuresis (incluso diurna) en los más pequeños.
- ❒ Abuso de sustancias en los adolescentes.
- ❒ Jaquecas, dolores de tripa o musculares.
- ❒ Tics.
- ❒ Accidentes frecuentes: caídas, fracturas…

Los profesionales se muestran unánimes en afirmar que lo que es anormal son las circunstancias que vive el niño, ya que las alteraciones que presenta sólo son un ajuste momentáneo a un momento de crisis: son reacciones normales ante una situación anormal.

No culpe ni censure en el niño esas conductas, tan sólo obsérvelas y, a través de las técnicas que damos, ayúdele en la superación y elaboración de su duelo. Si eso se da, la conducta desadaptativa desaparecerá.[15]

Si estas alteraciones no superan las 4 semanas (o van disminuyendo en ese tiempo), debemos pensar que todo sigue su curso de una forma normal. Si no es así, debemos buscar ayuda profesional.

Cómo ayudar al menor

Sabemos que el duelo se elabora y se soluciona mejor si el niño…

[15] Rosa Jové, *op. cit.*

Cuna vacía.indb 215 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

- ❒ Ha mantenido una relación segura y afectuosa con los padres.
- ❒ Ha recibido información precisa y puntual sobre el hecho.
- ❒ Ha podido hacer todas las preguntas que ha querido y se le han contestado.
- ❒ Ha participado de la aflicción, incluidos los ritos funerarios.
- ❒ Cuenta con la presencia de un adulto de confianza que le da seguridad y estabilidad afectiva.

Por lo tanto, deberíamos procurar que estos puntos se cumplieran. Para lograrlo damos unas ideas sobre nuestra actuación con ellos:

- ❒ Dedíquele tiempo al niño y permanezca a su lado el mayor tiempo posible.
- ❒ Fomente el contacto siempre que pueda.
- ❒ Abandone las ideas preconcebidas sobre muerte e infancia.
- ❒ Dele la oportunidad de expresarse siempre que lo necesite.
- ❒ Responda de forma sincera.
- ❒ Deje que el niño sea parte activa (que asista al funeral, que elija flores, que reorganice la casa).
- ❒ Anímelo a hacer alguna actividad conjunta con los padres para superar el trance (una cajita de recuerdos del hermanito, guardar objetos comprados para el bebé).
- ❒ Sea consciente de cuándo hay que buscar ayuda profesional.

Cuna vacía.indb 216 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

Si quiere más ideas sobre cómo actuar con niños, lea el apartado «Intervención psicológica en niños», porque se detallan técnicas psicológicas de muy fácil aplicación por personas no expertas.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Cuándo y cómo

Cuándo se debe pedir

Aunque cada caso requiere un estudio por separado, podemos marcar el momento de empezar la intervención psicológica en estos tres puntos:[16]

- Cuando las reacciones psicológicas (pensamientos, sentimientos o conductas) perturbadoras duran más de 6 semanas. Recordemos que han de ser muy perturbadoras: el hecho de que a las 6 semanas todavía se llore la muerte de un hijo es normal, lo que no es tan frecuente es que solamente se haga eso en todo el día.
- Cuando hay una interferencia negativa grave en el funcionamiento cotidiano (familia, trabajo o escuela).
- Cuando una persona se siente incómoda con sus pensamientos, sentimientos o conductas o se siente desbordada por ellos.

[16] Enrique Echeburúa y Arantxa Herrán, «¿Cuándo el duelo es patológico y cómo tratarlo?», en *Análisis y Modificación de Conducta*, 33, 2007, pp. 31-50.

Cuna vacía.indb 217 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

Apuntes sobre cómo hacerlo

El duelo no es ninguna enfermedad y no hay nada que curar. Aunque se complique, aunque la persona caiga en una profunda depresión, el doliente no es un enfermo mental. Esos padres son personas que han vivido unas circunstancias excepcionales y que responden a eso como pueden. No hay nada que curar, sino un problema que reconducir.

Actualmente, la psicología y la psiquiatría ya admiten estos casos como trastornos adaptativos (las personas pasan por unas circunstancias tan difíciles que les cuesta adaptarse a ellas, de ahí el nombre). Si la circunstancia no se hubiera dado, ellos no estarían así.

Cada terapeuta tiene su estilo de trabajo y una teoría psicológica desde donde trabaja. Todas diferentes, todas válidas. Aunque son especialmente recomendables los psicólogos especializados en duelo y en psicología postraumática. De la misma forma que el EMDR[17] suele ser una de las técnicas más eficaces en este tipo de traumas y, por lo tanto, los psicólogos con formación y experiencia en EMDR suelen tratar bien estos temas.

Las tareas psicológicas que hay que abordar en los duelos, según Rando, son:[18]

---

[17] EMDR es una técnica de desensibilización y reprocesamiento del trauma muy efectiva, que ayuda no sólo a superar el duelo complicado, sino a avanzar en el duelo normal.

[18] T. A. Rando, *Treatment of Complicated Mourning,* Reseach Press, Champaign, 1993.

Cuna vacía.indb 218 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

- Aceptar la realidad de la pérdida.
- Sentir la pérdida y expresarla emocionalmente.
- Readaptarse al entorno en que el bebé no va a estar.
- Reubicar al bebé, es decir, colocar a ese ser querido en la vida de uno, mediante el recuerdo no traumático y las conmemoraciones.

Cualquier tipo de abordaje terapéutico que facilite la consecución de esas tareas resulta válido. Por lo tanto, no es nuestra idea decirle al terapeuta cómo debe afrontar el duelo. Pero en estos casos especiales es preciso recordarles técnicas específicas que suelen funcionar, como indican Landa y García:[19]

1. Anticipación de fechas y situaciones. Son previsibles situaciones dolorosas con las consiguientes recaídas. La anticipación y el ensayo a través de la visualización ayudan a rebajar la angustia y dan más sensación de control.
2. Toma de decisiones, solución de problemas y adquisición de habilidades. A veces los padres se bloquean por el dolor. Les podemos ayudar mediante el reaprendizaje de estos apartados.
3. Narración repetitiva de la muerte y «contar» historias parecidas.
4. Prescripción de tareas y rituales. La prescripción es un contrato negociado con el doliente, que le compromete a su cumplimiento. «Recetamos» una conducta, una tarea, un rito (ejercicio físico diario, pasear al perro,

[19] V. Landa y J. A. García, en Leila Nomen (coord.), *op. cit.*, pp. 103-106.

Cuna vacía.indb 219 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

visitas al cementerio, hablar con el difunto), tratando de reestructurar la cotidianidad con hábitos sanos, evitando otros modos de vida más nocivos como el sedentarismo, el aislamiento social, el tabaco, horas de televisión, etcétera.

5. Conversar acerca de los sueños y de las presencias: visuales, auditivas, táctiles. Durante el proceso del duelo, a la vez que se apaga el pensamiento lógico se activa el pensamiento mágico, y hay que enseñar al doliente a ser crítico con ese modo mágico de explicar sus vivencias, para —poco a poco— volver a un pensamiento más racional. Muchas veces las madres sueñan con el bebé y hay que hablar de ello sin miedo.
6. «Sondas emocionales» y preguntas terapéuticas. Suele ser útil, a veces, utilizar preguntas cerradas, que nos sirven para rastrear emociones y, a modo de sacacorchos, ayudan a que puedan salir: «¿Habías pensado hablar hoy de algo a lo que has estado dándole vueltas?», «¿ha habido alguna fecha anterior o se acerca alguna fecha significativa para el recuerdo?», «¿te ha parecido ver u oír a tu hijo en alguna ocasión?», «¿a veces crees estar volviéndote loca?». Conviene rastrear ideas suicidas y también saber qué y quién le afianza y le da apego a la vida.
7. Huida de los tópicos sociales al uso. Las frases hechas, los tópicos, suelen ser normalmente molestos para el doliente, porque transmiten lejanía emocional. Por eso, en la medida de lo posible, se deben evitar. La comunicación no verbal es más honesta, sincera y se capta fácilmente (mirada, apretón, guiño, sonrisa) y transmite entendimiento y tranquilidad.

Cuna vacía.indb 220 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

8. Utilización de fármacos. Los fármacos deben usarse sólo en caso necesario. Medicalizar el duelo es darle categoría de enfermedad y esto tiene repercusiones en el doliente y la familia. Es recomendable controlar el uso de hipnóticos y ansiolíticos. Se puede aconsejar el uso de ansiolíticos puntualmente en actos públicos, y posteriormente de forma discontinua si es necesario, pero debemos evitar la anestesia emocional que ocasiona su uso continuado.
9. Pruebas complementarias: análisis, radiografías, electrocardiograma. Con frecuencia aparece el miedo a la muerte al verla tan cerca y, a pesar del deseo de morir, se tiene miedo de que ese dolor que se experimenta sea un infarto o un cáncer, y conviene hacer una radiografía, un electrocardiograma, una analítica... En el caso de los abortos se puede llegar a pedir un exceso de pruebas médicas.
10. Detección de complicaciones y filtro del sistema. Debemos estar alerta ante evoluciones de duelo perjudiciales, como estilos de afrontamiento autolesivos (alcohol, tabaco), morbilidad asociada (fobias, estrés postraumático), sospecha de duelo patológico (ausencia de duelo, cronificación) y —si es preciso— derivarlos a salud mental.

Intervención psicológica en niños

En los siguientes supuestos buscaremos ayuda especializada:

1. Cuando en el entorno familiar y social del menor no hay nadie que quiera asumir la tarea de darle la mala noticia.

Cuna vacía.indb 221 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

2. A partir del primer mes ya debería haber superado las tres primeras tareas del duelo (aceptar la pérdida, poder expresar emocionalmente la misma y empezar a readaptarse al entorno en el que la persona no está). El resto puede conllevar varios meses más. Si todavía no ha aceptado la pérdida se ha de intervenir.
3. En el supuesto de que los trastornos y alteraciones, tanto físicos como psicológicos, persistan de forma evidente durante más de 6 semanas, y si van remitiendo esperar hasta 8 meses (puede consultarse el listado del apartado sobre el papel de los padres).
4. Si presentan algunos de estos nuevos síntomas:

   - ❒ Ideas de suicidio o de querer reunirse con la persona fallecida.
   - ❒ Ideas delirantes.
   - ❒ Amnesia disociativa (incapacidad para recordar una parte o la totalidad de lo que pasó).
   - ❒ Grandes regresiones (pérdida del habla, enuresis en edades muy avanzadas).
   - ❒ En adolescentes, grandes conductas de riesgo (consumo de drogas, delitos) y arriesgar la propia vida.
   - ❒ Embotamiento emocional importante (comparable a un estado de *shock*), del cual es difícil hacerle salir y que conecte con la realidad.
   - ❒ Revivir y reexperimentar el hecho traumático con frecuencia (en sueños, mediante imágenes y recuerdos).
   - ❒ Evitar actividades relacionadas con el suceso (no querer entrar en casa después de la muerte de alguien, tener pánico a subir a un coche después de un accidente).

Cuna vacía.indb 222 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

- Deseos de venganza, más allá del pensamiento. A veces pueden inducir a que el menor realice algún comportamiento delictivo. Como prevención debería trabajarse ese deseo con un profesional para evitar males mayores.
  Afecciones depresivas de gravedad que llegan incluso a calificarse como psicóticas.

¿Cómo se abordan estos problemas?

Cada profesional lleva a cabo el abordaje desde su escuela psicológica. Nosotros tan sólo pretendemos ofrecer una serie de técnicas y consejos para algunos de los puntos anteriores. Las tareas psicológicas que se deben realizar son parecidas a las de los adultos:

1. Aceptar la realidad de la pérdida. Tienen que entender de la forma más real posible el alcance de lo que ha pasado, quién ha fallecido o qué se ha perdido.
2. Sentir la pérdida y expresarla emocionalmente. Hemos de dejar que se den cuenta de lo que ha pasado y expresen sus emociones de dolor.
3. Rectificar el concepto de muerte, si es necesario. Si vemos que no tiene claro el concepto de muerte (irreversibilidad, involuntariedad, no funcionalidad, excepcionalidad).
4. Readaptarse al entorno en el que el bebé ya no está. El niño debe aprender a vivir a pesar de la pérdida; eso no quiere decir que el niño vaya a adaptarse con facilidad.

Cuna vacía.indb 223 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

5. Colocar de nuevo a ese ser querido en la vida de uno mediante el recuerdo no traumático y las conmemoraciones. En el momento en que el niño pueda hablar de la persona fallecida por medio de recuerdos agradables o pueda conmemorar el día de su deceso, es síntoma de que el duelo se ha elaborado de forma correcta.

¿Qué podemos hacer?

Cada niño es diferente, y cada edad requiere un abordaje distinto. A continuación vamos a dar una serie de técnicas que pueden ser utilizadas en casi todas las edades, tanto por familiares como por profesionales. En general, el objetivo es que el niño exprese tanto sus dudas como sus emociones, y nuestra labor es facilitar esa expresión y resolver sus dudas.

Vamos a ir abordando objetivo por objetivo y explicando técnicas sencillas que todo el mundo puede utilizar:

1. *Para aceptar la realidad de la pérdida*: si se sabe de antemano (como sucede en los casos de enfermedades terminales), se pueden avanzar al niño algunos hechos para que vaya haciéndose a la idea con tiempo.

   - ❒ Explicar lo que ha sucedido cuanto antes.
   - ❒ Intentar que participe activamente en los ritos funerarios o que simplemente asista.
   - ❒ Animarle a contar una y otra vez la historia de lo que él sabe.

Cuna vacía.indb 224 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

- ❒ Estar preparados para escuchar una y otra vez las mismas preguntas, como si jamás las hubiéramos respondido o él no las hubiera escuchado, y respondamos con sinceridad y comprensión.
- ❒ Abrazarle y mantener el contacto lo máximo posible: si se siente seguro puede asumir mejor la pérdida, si se siente inseguro se aferrará a ella.
- ❒ Hablar con el niño del ser que falleció.
- ❒ Visitar el cementerio si él lo pide.

2. *Para sentir la pérdida y expresarla emocionalmente*:

- ❒ Permitir que exprese lo que siente y nunca menospreciar su dolor («ya pasó todo, ahora ya no llores más»).
- ❒ Animarle a que no se esconda para llorar.
- ❒ Poner nombre a sus sentimientos (sobre todo en niños pequeños) cada vez que los exprese: «¿Ves cariño?, ahora estás triste», «creo que tienes miedo por lo que pasa», «te noto algo nervioso».
- ❒ Animarle a expresar siempre y libremente (mediante dibujo, modelado, música, etc.) sus estados de ánimo y su visión del suceso.
- ❒ Fomentar el juego simbólico y la expresión artística en niños muy pequeños.
- ❒ Apuntarle a alguna actividad física (gimnasia, natación…) o creativa (dibujo, pintura, música…).
- ❒ Darle algún masaje o enseñarle a controlar su respiración si el menor se desborda emocionalmente y usted ve que eso le deja muy agotado.
- ❒ Facilitarle los teléfonos de sus seres más queridos para que pueda estar en contacto con ellos siempre

Cuna vacía.indb 225 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

que lo necesite. El niño debe sentir que está atendido en todo momento.

- ❒ Ayudar a los adolescentes, que al sentir vergüenza por sus emociones pueden expresarlas en forma de comportamientos violentos o actividades de riesgo, a entender el problema y canalizarlo de forma adecuada. Busque actividades menos peligrosas que pueda hacer con usted (o con otro familiar o profesional), pero que también le desahoguen, pues ése es el fin: que se exprese, pero que no corra peligro su vida. Si observa que le gusta jugarse la vida en moto, apúntele a bajar ríos en canoa o a practicar escalada con gente profesional. Si realizan esas actividades conjuntamente se ganará su confianza y podrá expresar sus emociones con usted.

3. *Para rectificar el concepto de muerte, si es necesario*:

- ❒ No permitir las ideas fantasiosas sobre la muerte que pueda presentar el menor.
- ❒ No fomentar esas ideas y menos inculcarlas. Hay que ir con cuidado con las ideas religiosas, puesto que a los mayores nos pueden servir de consuelo, pero no así a un niño con una forma de pensar diferente. El hecho de saber que Dios se ha llevado a su padre no va a hacer que sienta amor por el Creador.
- ❒ Dejar una grabadora para que el niño pueda ir grabando sus dudas y escucharlas. A veces las responden ellos mismos o pueden preguntarlas cuando tengan la persona oportuna.

Cuna vacía.indb 226 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

- ❒ Hablarle sobre la muerte utilizando elementos de la naturaleza, si son pequeños. Si son mayores, conversar abiertamente sobre ella, dejándonos guiar por sus dudas.
- ❒ Leerles cuentos sobre el duelo y los niños.
- ❒ Hablar de sus temores frente a la muerte.
- ❒ En adolescentes, las ideas acerca de la muerte ya deberían ser correctas. Si no lo son, es que algo ha fallado en su educación. En tal caso, podemos probar los puntos anteriores, pero adaptándolos al lenguaje y nivel del adolescente. Ante la duda, háblele como a un adulto, se lo agradecerán más.

4. *Para ajustarse al ambiente en que la pérdida ya no está*:

- ❒ Dejar que el menor tome parte activa en la organización de su nueva vida: dónde quiere dormir, si quiere cambiar su habitación…
- ❒ Comentar con él los cambios que se van a producir en la familia o en su entorno.
- ❒ Respetar sus espacios y su tiempo de actuación.
- ❒ Hablar con los profesores para que sean tolerantes con la vuelta a las aulas, y explicarles las alteraciones que pueden presentar los menores.

5. *Para colocar de nuevo a ese ser querido en la vida de uno, mediante el recuerdo no traumático y las conmemoraciones*:

- ❒ Usar fotos, vídeos caseros y libros de recuerdos para comentar con el niño.

Cuna vacía.indb 227 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:30

- ❒ Repetir el visionado de películas que había visto con el fallecido en el cine o en la tele.
- ❒ Conmemorar el primer aniversario de la ausencia.
- ❒ Hacer algo creativo a raíz de la pérdida (un *collage* de fotos, escribir un relato, un poema, hacer un dibujo).
- ❒ Recoger en una cajita recuerdos de esa persona.
- ❒ Animarle a organizar un homenaje personal.
- ❒ Dejar una foto del bebé (si ya había nacido) al lado de la cama.

Si dudamos de cómo abordar el duelo y la muerte con los niños y no tiene a mano ningún manual, piense por un momento que los niños son personas, igual que usted, así que, ante la duda, trátelo como lo haría con un adulto. Siéntese a su lado sin prisas, cójale de la mano o abrácele, y explíquele de la forma más real que pueda (según la edad del niño) lo que ha sucedido, dejando que el niño exprese libremente sus sentimientos y dudas.

Usted permanezca ahí, consolando y resolviendo lo que el niño vaya demandando.[20]

Algunas consideraciones por edades

De 0 a 3 años. Estos menores, que no hablan o que tienen un lenguaje muy limitado, presentan un problema añadido. Lograr conectar con ellos y que se expresen (mediante dibu-

[20] Rosa Jové, *op. cit.*, p. 273.

Cuna vacía.indb 228 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

jos, el habla, la escritura, etc.) es muy difícil, por cuanto no hacen casi nada de ello. En este sentido, técnicas como el EMDR también facilitan el acceso al sujeto, aunque éste no hable ni garabatee. Para la ansiedad también pueden usarse masajes (con los bebés funciona muy bien) y técnicas de control de la respiración de 2 años en adelante (hinchar globos imaginarios, etc.).

De 3 a 8 años. Se trabaja muy bien con estos niños utilizando técnicas proyectivas, dibujos, explicar historias relacionadas con el suceso, cantar, etc. También es beneficioso enseñarles técnicas de relajación (respiración, visualización, yoga) para aprender a controlar su ansiedad y mal comportamiento. Evidentemente, el EMDR funciona muy bien.

De 9 a 12 años. Podríamos recomendar lo mismo que en los de 3 a 8 años, con la salvedad de que son muy reacios a hablar del tema directamente. El uso de cualquier técnica que les permita expresarse es adecuado.

De 13 a 18 años. No deberíamos considerarlos menores, aunque lo sean, ya que no les gusta que se les trate como tales. Por eso, habremos de eliminar de nuestro repertorio el dibujo u otras técnicas que ellos puedan asociar a niños pequeños (aunque sean igual de válidas para ellos).

Cuidando a los que cuidan: intervención en profesionales de la salud y familiares que lo necesiten

No podemos finalizar este apartado de intervención psicológica sin avisar a las personas que ayudan a los padres en duelo de que ellos mismos pueden sufrir alteraciones.

Cuna vacía.indb 229 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

Es inevitable que sintamos pena, tristeza por ellos, y eso nos desborde tanto a nivel profesional como particular. ¿Qué hacer?

1. *Como profesionales de la salud*: no nos importe demostrar nuestros sentimientos delante de los padres; entenderán que somos más humanos. Una actuación demasiado fría, impersonal y técnica no les ayuda.
   Si nos desbordamos mucho, mejor salir de su alcance visual de una forma discreta. Incluso si tardamos en recuperarnos, pedir que se nos libere temporalmente de esa tarea.
   Si estamos formados en duelo y sabemos cómo actuar, estaremos más cubiertos para cualquier eventualidad.
   Entre los profesionales que atienden a la madre es bueno realizarse preguntas del tipo «¿cómo lo llevas?» o «¿necesitas hablar?», para ir canalizando las situaciones y dudas a medida que vayan saliendo.
   Al terminar una intervención de este tipo, debería fomentarse desde los mismos centros que los profesionales pudieran tener acceso a alguna sesión de *debrieffing*.[21]
   En cada comunidad suele haber grupos de psicólogos especializados en emergencias y situaciones de crisis, que pueden ayudar en esos casos. Informe de esta posibilidad a la directiva del centro, para que tenga locali-

[21] Son sesiones grupales dirigidas por un psicólogo, en donde los participantes expresan lo que han sentido y se buscan estrategias para solucionar problemas emocionales en situaciones iguales que se puedan dar en el futuro.

Cuna vacía.indb 230 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

zado al grupo más cercano y les pueda pedir ayuda si la situación lo requiere.

2. *Como persona cercana (familiar, amigo)*: no nos importe demostrar nuestros sentimientos. Somos sus familiares y amigos más allegados, y es lo que esperan. Su dolor no va a ser más grande porque lloremos con ellos.
   Si nos desbordamos mucho, mejor salir de su alcance visual de una forma discreta. Pero que no nos importe si nos ven: sabrán lo mucho que nos importan.
   Tómese tiempo de descanso si la situación le sobrepasa. O distánciese temporalmente del caso, pero avise a los padres del porqué, puesto que ellos no entenderán el motivo.
   Busque ayuda profesional si piensa que la necesita.

Cuna vacía.indb 231 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

Cuna vacía.indb 232 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

IV

INTERVENCIÓN MÉDICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO

Emilio Santos

Cuna vacía.indb 233 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

Cuna vacía.indb 234 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

INTRODUCCIÓN

Uno de los eventos más devastadores en la vida de una pareja es la pérdida de un bebé en la gestación, y la mayoría de la gente no es consciente del número tan elevado de embarazos que terminan en un aborto. De todas las concepciones que se producen, el 43 por ciento no llega a alcanzar las 20 semanas de gestación. De éstos, el 75 por ciento de las pérdidas se producen antes de la implantación, tan temprano que ni las mujeres sabían que estaban embarazadas. Sólo el restante 25 por ciento se reconoce clínicamente. Pero incluso de estos abortos posteriores a la implantación, una proporción significativa está constituida por huevos aberrantes o huevos que no han dado lugar a un embrión: se denominan «huevos hueros». Huevo huero quiere decir huevo vacío. Se llama «huero» porque la vesícula gestacional aparenta estar vacía, debido a que el embrión ha detenido su crecimiento en una fase en la que aún es de tamaño microscópico,

Cuna vacía.indb 235 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

habitualmente en la fase de mórula. Los estudios científicos dicen que, aproximadamente, el 20 por ciento de todos los embarazos terminan en aborto con síntomas, y otro tanto o más son «silenciosos» y no causan ningún síntoma significativo.

Además, entre los nacidos vivos en España se producen 5,6 muertes perinatales (en los primeros 7 días tras nacer) por cada 1.000, según el Instituto Nacional de Estadística.

Siendo todo esto un problema tan extendido y serio, es muy importante entender las posibles causas de la muerte de embriones, fetos y neonatos; y es clave el asesoramiento adecuado de aquellas mujeres que han tenido abortos recurrentes.

La muerte de un embarazo es un proceso que causa sufrimiento y es normal querer evitar dicho dolor. Por ello, muchas mujeres cuando han perdido a un bebé dentro de su útero quieren evitar vivir el proceso.

Buscan un ginecólogo que «se lo saque» cuanto antes. Buscan un centro donde el proceso lo pasen de la forma más rápida y menos dolorosa posible. Por eso, muchos profesionales creen ayudar cuando tratan de medicalizar el proceso para hacerlo más rápido y pasajero. De hecho, es un error muy extendido entre las personas cercanas a quien ha perdido un embarazo decir frases como: «No es nada, olvídalo; vendrá otro embarazo».

A nuestro juicio son errores inmersos en nuestra cultura. Perder un embarazo es como perder a un familiar. La mujer que lo pierde amaba a ese ser. Para ella es un ser irrepetible. No es sustituible por otro.

Por otro lado, la medicalización de las pérdidas de bebés anteparto lleva como consecuencia, a menudo, una agresión

Cuna vacía.indb 236 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

al útero de la mujer, ya sea ésta en forma de legrado, fórceps, episiotomías o cesáreas.

Pensamos que hay otras fórmulas, otras formas de atender la muerte fetal o embrionaria. Por eso hemos escrito este libro, donde tratamos de persentarlas.

¿A QUÉ EDAD GESTACIONAL UN FETO HABRÍA SIDO VIABLE?

Esta cuestión se considera muy relevante desde el punto de vista moral y legal, pero no es fácil de responder; está sujeta a diversas consideraciones.

La primera consideración a tener en cuenta es el concepto de «viabilidad». En principio, significa simplemente que el feto es capaz de nacer vivo, independientemente de cuánto tiempo esté vivo tras nacer o del tipo y gravedad de los problemas médicos y discapacidades que padecerá.

La palabra viabilidad viene de la palabra francesa *vie*, que significa «capaz de vivir», y en algunos casos se ha sugerido que no sólo se debe considerar la posibilidad de que el feto sea capaz de nacer vivo, sino que, además de sobrevivir, tenga una vida satisfactoria. Este concepto, entre otras cosas, probablemente implica que el bebé tenga posibilidades de sobrevivir como mínimo por un periodo de tiempo razonable.

Aunque es muy útil señalar una edad gestacional específica como límite de viabilidad, es importante también tener en cuenta que la edad gestacional no es el único factor que afecta las posibilidades de que un feto sea considerado como viable. Ejemplos de estos otros factores son el peso al nacer, si se trataba de un embarazo múltiple y el sexo del feto. Por tanto, la definición de viabilidad fetal es muy compleja.

Cuna vacía.indb 237 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

La segunda consideración es que, en la actualidad, la supervivencia de bebés prematuros ha mejorado gracias a los avances en la tecnología médica y la evolución en los cuidados en unidades de neonatología especializadas; ejemplos son el uso de corticosteroides para forzar la maduración pulmonar de un feto próximo a nacer prematuro, la ventilación mecánica y el uso de surfactantes exógenos.

El concepto de viabilidad del feto es de gran importancia, ya que es el marcador usado por la ley para decidir el límite legal del aborto; este límite varía dependiendo de las leyes de cada país. La ley española ha fijado el límite en las 22 semanas de gestación, basándose en la existencia de algunos casos de bebés «supervivientes» nacidos a esta edad gestacional; pero este número es realmente escaso, hasta el punto de que tales supervivientes podrían considerarse anecdóticos, muchos de ellos con secuelas físicas y neuropsicológicas graves. En Inglaterra la ley aumenta este límite hasta las 24 semanas, basándose en que los bebés nacidos entre las 22 y las 24 semanas tienen muy pocas posibilidades de sobrevivir y si lo hacen, tienen un riesgo muy alto de sufrir graves secuelas. En países donde el límite legal es 24 semanas, la ecografía del segundo trimestre se hace a las 22-23 semanas, para que dé tiempo a realizar un aborto legal en casos de malformaciones. En países, como España, donde el límite legal es a las 22, la ecografía del segundo trimestre se realiza a las 20-21 semanas. Algunos ginecólogos ecografistas en España defienden el límite legal de 24 semanas, basándose en el hecho de que la ecografía del segundo trimestre a las 22-23 semanas arroja mucha mayor precisión anatómica que a las 20-21 semanas.

Cuna vacía.indb 238 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

CLASIFICACIÓN DE PÉRDIDAS DE EMBARAZO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL

Aborto es la pérdida del embarazo antes de que sea viable. Se considera que con certeza es no viable cuando no alcanza las 20 semanas de embarazo. Entre las 20 y las 24 es «probablemente inviable». Para que se llame aborto, cuando ha nacido ha de pesar menos de 500 gramos. Se llama aborto precoz el del primer trimestre (muerte de un embrión) y tardío, el del segundo trimestre (muerte de un feto, desde las 13 semanas).

Muerte fetal es la denominación que se suele utilizar para pérdidas de embarazos de más de 20 semanas. En sentido amplio, muerte fetal es la muerte de un feto, es decir, a partir de las 13 semanas, ya que, al cumplir 13 semanas el embrión pasa a llamarse feto. Por ello, muerte fetal temprana y aborto tardío son sinónimos (pérdidas entre 13 y 20 semanas). Muerte fetal tardía es la que ocurre en el tercer trimestre (después de cumplir 28 semanas) o, más exactamente, cuando el feto muerto pesa más de 1.000 gramos.

Muerte perinatal incluye la muerte fetal tardía, la muerte durante el parto y la muerte neonatal precoz. La muerte neonatal precoz es la muerte en los primeros 7 días desde el nacimiento (en contraposición a muerte neonatal tardía, que es la que ocurre entre los 7 y los 28 días tras el nacimiento).

Cuna vacía.indb 239 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

LENGUAJE DEL ABORTO								
1er mes	**2o mes**	**3er mes**	**4o mes**	**5o mes**	**6o mes**	**7o mes**	**8o mes**	**9o mes**
aborto subclínico	aborto	aborto	aborto tardío	aborto tardío / muerte fetal	muerte fetal	muerte fetal tardía	muerte fetal tardía	muerte fetal tardía

INCIDENCIA DE MUERTE FETAL DEPENDIENDO DE LA EDAD GESTACIONAL	
Gestación (semanas)	**Media de la incidencia de muerte fetal (%)**
5-7	17,5
8-11	50,6
12-15	47,0
16-19	32,8
20-27	10,7
Total 5-27	33,0

FORMAS DE PRESENTARSE UN ABORTO ESPONTÁNEO

Según sea la presentación clínica del aborto espontáneo se clasifica en:

Cuna vacía.indb 240 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

1. *Amenaza de aborto*

Definición: es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo. Por tanto, se denomina amenaza de aborto a todo sangrado vaginal antes de la semana 20 del embarazo.

Síntomas: sangrado vaginal antes de cumplir 20 semanas de embarazo. Dolor abdominal (contracciones de leve intensidad). El orificio cervical interno está cerrado, el cérvix blando y el tamaño uterino acorde con la edad gestacional. Con el aborto espontáneo verdadero, típicamente se presenta dolor lumbar o dolor abdominal (sordo o agudo, constante o intermitente) y se puede dar expulsión de tejido o material con apariencia de coágulos a través de la vagina.

Tratamiento: la mayoría de estos embarazos llega a término con o sin tratamiento. El aborto espontáneo ocurre en sólo un pequeño porcentaje de mujeres que tiene este tipo de sangrado vaginal durante el embarazo.

Muchos ginecólogos recomiendan el reposo en cama o el reposo pélvico (abstenerse de relaciones sexuales, duchas vaginales, uso de tampones), aunque no hay evidencia que muestre que esto realmente reduzca la tasa de abortos espontáneos. Es conveniente el reposo emocional (evitar el estrés).

Algunos ginecólogos recomiendan el uso de progesterona, aunque es controvertido. La progesterona podría ayudar a relajar los músculos lisos, incluyendo el del útero, pero también podría aumentar el riesgo de un aborto incompleto o de un embarazo anormal. A menos que haya una insuficiencia luteínica, no se debe usar la progesterona.

Cuna vacía.indb 241 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

Pronóstico: bueno cuando el embarazo continúa normalmente y desaparecen todos los síntomas.
Complicaciones posibles: anemia, infección, pérdida de sangre moderada o severa, aborto espontáneo.

2. *Aborto inevitable*
Definición: es un aborto espontáneo que ya no se puede detener.
Síntomas: dolores cólicos en la parte baja del abdomen (contracciones uterinas) y sangrado uterino. El tamaño uterino es acorde con la edad gestacional, el cuello uterino está ya dilatado (el orificio cervical interno es mayor de 8 milímetros) y el material fetal o placentario ya puede haber salido del cuerpo.

3. *Aborto incompleto*
Definición: en un aborto incompleto, partes del feto o del material placentario permanecen dentro del útero.
Síntomas: entre otros, sangrado vaginal, dolores de tipo cólico en la parte baja del abdomen (contracciones) y eliminación de tejido trofoblástico o embrionario. El orificio cervical interno está abierto y el tamaño uterino es más pequeño de lo esperado para la edad gestacional. Mediante ecografía abdominal o vaginal se puede confirmar el contenido uterino.
Tratamiento: si no se soluciona en pocos días o si persiste el sangrado vaginal debe realizarse un legrado para vaciar el útero.

Cuna vacía.indb 242 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

4. *Aborto completo*

   Definición: es un aborto en el cual todo el feto y la placenta han salido del útero por completo. No necesita ayuda médica.

   Síntomas: ha habido sangrado, contracciones uterinas y eliminación de tejido embrionario, que han disminuido o cesado. El orificio cervical, mediante la exploración, se palpa ya cerrado, y el tamaño uterino es menor del esperado para la edad gestacional. Mediante ecografía vaginal o abdominal se puede confirmar que el útero está vacío.

5. *Aborto retenido*

   Definición: embrión o feto muerto y retenido en cavidad uterina.

   Síntomas: hay síntomas de embarazo, con un tamaño uterino más pequeño de lo esperado para la edad gestacional. En la exploración vaginal, el cuello del útero se palpa cerrado. El método diagnóstico es la ecografía. Si el desarrollo del embrión es demasiado pequeño para que la ausencia de latido cardiaco sea significativa, una solución es esperar unas 2 semanas y repetir la ecografía.

6. *Aborto séptico (infectado)*

   Definición: ocurre cuando se desarrolla una infección en el material fetal o placentario, o en el revestimiento del útero (endometrio). Esto puede ocurrir si partes del tejido fetal o placentario permanecen en el útero después de un aborto incompleto. En el pasado fue una causa significativa de mortalidad materna. Hoy día exis-

Cuna vacía.indb 243 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

ten medios diagnósticos (ecografía) y terapéuticos (legrado y antibióticos) que evitan estas situaciones. *Síntomas*: fiebre, sangrado vaginal y cólicos (contracciones).

FACTORES DE RIESGO DE PÉRDIDA DE EMBARAZO

Hay toda una serie de factores que aumentan la probabilidad de un aborto. Por ejemplo, pierden más embarazos las portadoras de embarazo gemelar que las de embarazo simple; pierden más embarazos las mujeres mayores de 35 años que las menores; pierden más embarazos las mujeres con condiciones médicas específicas, especialmente diabetes, hipertensión y trombofilia; pierden más embarazos las mujeres que tienen antecedentes de complicaciones en un parto, las fumadoras, las obesas, las que viven en zonas de privación social, y las madres procedentes de grupos de minorías étnicas.

El momento de las pérdidas varía, y está relacionado con la causa de la muerte. Por ejemplo, los huevos hueros suelen tener una causa genética. Sin embargo, el 70 por ciento de las causas de muertes fetales se clasifican como inexplicables.

PROBABILIDAD DE QUE ABORTOS CONSECUTIVOS SEAN DE LA MISMA CAUSA

Se han realizado estudios sobre la probabilidad de que abortos consecutivos sean del mismo origen y el resultado es de un 70-85 por ciento. La probabilidad de repetición de causas es:

Cuna vacía.indb 244 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

PROBABILIDAD DE REPETICIÓN DE CAUSA DE PÉRDIDA DE EMBARAZO	PORCENTAJE (%)
• Anomalías genéticas	50-60
• Anomalías endocrinas	10-15
• Cérvix incompetente	8-15
• Implantación anormal de la placenta	5-15
• Separaciones corioamnióticas	5-10
• Infecciones	3-5
• Anomalías inmunológicas	3-5
• Anomalías anatómicas uterinas	1-3
• Causas desconocidas	3-5

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE

Según los trimestres, las principales causas de pérdida de embarazo son:

- ❒ 1er trimestre: causas genéticas.
- ❒ 2º trimestre: causas infecciosas.
- ❒ 3er trimestre: causas umbilicales (accidentes con el cordón umbilical).

Causas de abortos en el primer trimestre

Definido como el periodo desde la fertilización hasta las 13 semanas de gestación. Éste es el periodo más sensible de la evo-

Cuna vacía.indb 245 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

lución del embrión y existe una alta incidencia de abortos espontáneos (Harvey J. Kliman *et al.*, 2000).

1. *Anomalías genéticas*
   - ❒ Trisomías autosómicas (60 por ciento)
   - ❒ Monosomía X (25 por ciento)
   - ❒ Triploidías (15-20 por ciento)
   - ❒ Tetraploidías (3-6 por ciento)
   - ❒ Translocaciones (3-5 por ciento)
   - ❒ Inversiones

   Las anomalías cromosómicas se encuentran en un 80 por ciento de huevos aberrantes y en un 5-10 por ciento de los abortos con muerte fetal precoz. En estos últimos casos predominan las trisomías autosómicas y con menor frecuencia se ven también las tripoidías y monosomías del cromosoma X.
   Esto se produce cuando el material genético del espermatozoide y del huevo no se fusiona bien. Una variación de este problema es cuando se desarrollan todas las estructuras pero no hay bebé. Afortunadamente, en 9 de cada 10 casos el siguiente embarazo se desarrolla con normalidad. Por esta razón, la mayoría de los médicos no aconseja hacer una investigación muy exhaustiva después de un aborto espontáneo en el primer trimestre.
   Muy raramente (aproximadamente, un 3 por ciento de los casos), un problema a nivel cromosómico de parte de uno o de los dos padres puede ser la causa de los abortos. Para diagnosticar estos casos se hace una prueba de sangre a los padres para estudiar sus cromosomas,

Cuna vacía.indb 246 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

que se suele reservar para casos de repetición de abortos. Una vez diagnosticado, los padres reciben el asesoramiento de un consejero genético que les ayudará a decidir si deberían intentar otro embarazo en el futuro u optar por la adopción.

2. *Anomalías endocrinas*
   a. *Deficiencia de progesterona*

      La única forma de objetivar insuficiencia lútea es valorando niveles plasmáticos de sus hormonas. Sin embargo, la producción de progesterona por el cuerpo lúteo es pulsátil y tiene marcadas fluctuaciones de niveles séricos. Consecuentemente, diversos estudios han mostrado pobre correlación entre nivel plasmático de progesterona y hallazgos de biopsia endometrial (M. Filicori *et al.*, *J Clin Invest*, 1984, 73: 1638). Además, un factor de confusión es el hecho de que los huevos aberrantes cursan con niveles bajos de progesterona. En estos casos la baja concentración de progesterona es el resultado de un aborto y no su causa. Se ha sugerido que la medición de 17 OH progesterona podría ser un mejor marcador que la progesterona. Ésta permitió diferenciar las pacientes que abortaron de las que no lo hicieron en embarazos obtenidos con agentes inductores de la ovulación (J. H. Check *et al.*, *Int J. Fertil*, 1990, 35: 112-115).

      La deficiencia de fase luteínica (segunda fase del ciclo menstrual, en la que predomina la producción de progesterona) ha mostrado ser más frecuente en pacientes con abortos recurrentes (J. Balasch *et al.*,

Cuna vacía.indb 247 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

1986). Además, la progesterona prácticamente no provoca efectos adversos en la madre, y diversos estudios han demostrado ausencia de efectos teratogénicos. Por estas razones se utiliza con frecuencia sin intentar demostrar niveles séricos disminuidos. Sería de utilidad el uso de progesterona en el primer trimestre en casos de nivel sérico de progesterona menor de 30 µg (nanogramos) /dl en tres tomas. Se suele prescribir también en casos de embarazos conseguidos mediante inducción de ovulación, y sería de dudosa utilidad en casos de recurrencia de abortos. La realidad es que se sobreutiliza la suplementación de progesterona y se sobrediagnostica la deficiencia de progesterona.

b. *Hiperandrogenismo*
Caracterizado por hirsurismo (aumento de vello) y niveles elevados de testosterona y dehidroepiandrosterona. El exceso de andrógenos causa disfunción del cuerpo lúteo.

c. *Síndrome del ovario poliquístico*
Parece ser que los niveles elevados de LH tienen efecto nocivo sobre el cuerpo lúteo. La supresión hipofisaria con agonistas liberadores de gonadotropinas seguida de administración de gonadotropina coriónica humana (HCG) ha demostrado ser útil.

3. *Separaciones corioamnioníticas*
Separación entre amnios y corion o entre corion y decidua (hematoma subcoriónico). Generalmente, ocurre en

Cuna vacía.indb 248 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

el lado opuesto a la placenta. La causa subyacente es desconocida. El tamaño del hematoma en la ecografía es el principal factor pronóstico. El 50-60 por ciento continúan una gestación normal.

4. *Anomalías inmunológicas*
   Cuando hay ciertos componentes químicos en la sangre que atacan a las células y tejidos del cuerpo, puede ser la causa de la pérdida del embarazo. Estos componentes químicos llamados «anticuerpos» normalmente van por la circulación sanguínea sin causar problemas, o puede que causen algunos, como diabetes, lupus, síndrome antifosfolípido o hipotiroidismo. Pueden causar coágulos de sangre en la placenta, que cerrarían el flujo de sangre al bebé, causando el aborto. Un análisis de sangre especial puede diagnosticar este problema, y con un tratamiento de pequeñas dosis de aspirina y a veces inyección de heparina (hace la sangre menos coagulable), normalmente ayuda a tener éxito en el embarazo. Éstos serían embarazos de riesgo, porque hay un riesgo más elevado de bebés pequeños, estrés fetal, preeclampsia y otros problemas, por lo que a menudo requiere un seguimiento especial del embarazo.

   a. *Síndrome de anticuerpos antifosfolítico*
      Es el grupo mejor definido de abortos inmunológicos. Los anticuerpos antifosfolípidos están presentes en el 3-5 por ciento de mujeres con pérdidas gestacionales repetidas. La frecuencia de aborto repetido o muerte fetal en pacientes no tratadas supera el 90 por ciento. La presencia de Ac antifosfolítico se asocia con:

Cuna vacía.indb 249 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

- ❒ Pérdidas recurrentes del embarazo.
- ❒ Preeclampsia (aparición precoz).
- ❒ Retraso del crecimiento intrauterino.
- ❒ Corea gravítico.
- ❒ Trombosis arterial y venosa.
- ❒ Accidentes cerebrovasculares transitorios.
- ❒ Migrañas.

La muerte fetal ocurre habitualmente entre las 14 y 18 semanas, causada por trombosis masiva de vasos placentarios. La placenta es pequeña e hipoplásica. Un 28 por ciento tiene trombosis de otros territorios. Existe riesgo de insuficiencia respiratoria y colapso cardiovascular posparto.

El mecanismo de estas trombosis (de placenta y de otros órganos) no está dilucidado claramente. Los investigadores creen que estas trombosis se producen cuando unos anticuerpos llamados antifosfolípidos interactúan con la membrana interna (endotelio) de los vasos capilares, inhibiendo la síntesis de las sustancias vasodilatadoras y antiagregantes, como la prostaciclina, y facilitando así vasoconstricción y agregación plaquetaria.

b. *Síndrome de anticuerpos antinucleares: lupus*

La prueba para la detección de los anticuerpos antinucleares se utiliza como ayuda para el diagnóstico del lupus sistémico eritematoso y el lupus inducido por fármacos. Sin embargo, también puede ser positivo en casos de escleroderma, enfermedad de Raynaud, síndrome de Sjögren, artritis reumatoide, síndrome

Cuna vacía.indb 250 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

de los anticuerpos antifosfolípidos y otras enfermedades autoinmunes. Por este motivo, el lupus sistémico eritematoso es difícil de diagnosticar y la prueba de los anticuerpos antinucleares se debe completar con otras pruebas con objeto de descartar otras enfermedades autoinmunes del mesénquima. El mesénquima son los vasos sanguíneos y órganos cardiovasculares, el músculo liso, el mesotelio, el sistema linfático y el tejido conectivo propiamente dicho. Son los órganos que se ven afectados por estos síndromes.

c. *Aloanticuerpos*
Son los anticuerpos que reaccionan con un aloantígeno. Durante el embarazo, se puede producir el rechazo inmunológico del feto por existencia de anticuerpos alotípicos en las membranas ovulares.

5. *Anomalías anatómicas uterinas*
Pueden causar, aproximadamente, un 15 por ciento de los abortos recurrentes. En estas situaciones el músculo del útero está malformado y el bebé no puede crecer de forma apropiada. Este problema se diagnostica con una radiografía o ecografía especial del útero, y la manera más efectiva de solucionarlo es mediante la corrección quirúrgica del defecto.
Estas anomalías se pueden dividir en:

a. *Sinequias uterinas*
Su asociación con aborto precoz es bien conocida desde el trabajo original de Asherman en 1947. Generalmente, son causadas por infección intrauterina

Cuna vacía.indb 251 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

combinada con traumatismo quirúrgico. El diagnóstico se hace usando histeroscopia. Su tratamiento disminuye sustancialmente la tasa de abortos.

b. *Anomalías mullerianas (útero tabicado, bicorne, doble, unicorne)*
Causan aborto por mecanismo isquémico cuando la implantación ocurre en el tabique, el cual es hipovascular. Además, se asocian a cérvix incompetente, por lo que se ha sugerido hacer cerclaje cervical profiláctico a todas las embarazadas con anomalías uterinas congénitas.

c. *Exposición intrauterina a Dietilestilbestrol (DES)*
Se usó durante años como medicación para disminuir el riesgo de aborto; décadas después se observó que en el 70 por ciento de las mujeres hijas de estos embarazos había un útero hipoplásico en forma de T y trombocitopenia, entre otras alteraciones graves; además de elevada frecuencia de abortos tardíos y parto prematuro (precisamente lo que se había querido evitar en sus madres). Esto se debía a la frecuencia de cérvix incompetente, por lo que se recomienda en estas mujeres cerclaje cervical profiláctico.

Causas de abortos en el segundo trimestre

1. *Infección*
La corioamnionitis aguda es la responsable de la mayoría de las muertes entre las semanas 14 y 20 de gesta-

Cuna vacía.indb 252 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:31

ción. Bacterias y virus pueden ascender desde la vagina, a través del cérvix y colonizar la cavidad amniótica, esto desemboca en una cascada de citoquinas que provoca daño fetal, parto pretérmino y, en casos muy graves, muerte fetal intrauterina. Suelen ser infecciones por vía ascendente y están facilitadas por defectos en la oclusión cervical. Por ello está asociado a mecanismos del parto prematuro y RPM. Las bacterias aisladas son aerobios y anaerobios con predominio de E. Coli y estreptococo del grupo B. También se ha demostrado el rol etiológico de Mycoplasma Hominis, Ureaplasma Urealiticum y Clamidia Trachomatis. Infecciones hematógenas por varicela, rubeola, parvovirus, listeria, toxoplasma, citomegalovirus y treponema tienen también un rol etiológico estudiado.

2. *Insuficiencia cervical*
   Esto significa que el cuello del útero de la mujer (cérvix) es muy débil y comienza a dilatar y abrirse demasiado pronto durante el embarazo. Puede causar el aborto espontáneo o el nacimiento de un infante prematuro. Esta condición puede haber resultado de un daño cervical previo o ser debida a malformaciones uterinas congénitas. En la mayoría de los casos la mujer no siente ningún síntoma, el cuello del útero se va dilatando sin que la afectada lo note. A veces se produce un poco de sangrado, pero cuando esto pasa, normalmente, es demasiado tarde para parar el parto pretérmino. Una mujer que ha sufrido un aborto espontáneo en el segundo trimestre debido a una insuficiencia cervical tiene un riesgo muy elevado de que le vuelva a ocurrir en su siguiente embarazo, por

Cuna vacía.indb 253 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

eso debería asegurarse de consultar a un especialista en embarazos de alto riesgo lo antes posible en su próximo embarazo, idealmente antes de la concepción. El médico le aconsejará tener frecuentes revisiones antenatales para monitorizar el cuello del útero a través de ecografía vaginal. También le recomendará que evite hacer ejercicio físico intenso o mantener relaciones sexuales.

Síntomas y signos

- ❒ Pérdidas recurrentes en el segundo trimestre.
- ❒ Dilatación cervical indolora y aumento del volumen del flujo vaginal.
- ❒ Invaginación de membranas a canal cervical visible mediante ecografía.
- ❒ Diámetro del orificio cervical interno mayor de 23 mm visible mediante ecografía.
- ❒ Cérvix elástico en mujer no gestante que permite paso de tallo de Hegar nº 8.

Tratamiento

- ❒ El cerclaje cervical entre las 12 y 16 semanas es una intervención que se realiza en gestaciones con riesgo a aborto o parto prematuro debido a «incompetencia cervical». Consiste en colocar una cinta o hilo alrededor del orificio cervical y mediante su anudación se produce una reducción de la amplitud del mismo. La técnica actual más utilizada es la de McDonald.
- ❒ Tratar las complicaciones: corioamnionitis (infección grave de las membranas placentarias) y RPM (ruptura prematura de membranas).
- ❒ Antibioticoterapia (tratamiento con antibióticos).

Cuna vacía.indb 254 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

3. *Preeclampsia: implantación anormal de la placenta*
   La placenta es defectuosa por la insuficiente invasión trofoblástica de arterias uterinas o mala evolución. Los efectos son el retraso de crecimiento intrauterino, el parto prematuro y la muerte fetal precoz, a veces incluso sin los signos típicos de la preeclampsia. El mecanismo es la disminución de la circulación de sangre de la madre a la placenta, posiblemente por ataque del sistema inmunológico de la madre a la placenta.

Causas de muertes fetales en el tercer trimestre (muerte fetal tardía)

1. *Complicaciones del cordón umbilical*
   Un accidente con el cordón umbilical es la causa más frecuente de muerte fetal intrauterina en el tercer trimestre (ejemplo: nudos apretados, inserción anormal). Los avances en la tecnología ecográfica pueden ayudar a identificar estos problemas y habilitar al obstetra para que intervenga cuando sea posible.

2. *Diabetes severa*
   La proporción de muertes fetales entre las semanas 20 y 28 se ve multiplicada por 2,5 en mujeres con diabetes tipo 2, en comparación con la población no diabética. Las diabéticas con niveles elevados de glucemia y de hemoglobina glicosilada en periodo periconcepcional tienen un riesgo entre 3 y 4 veces mayor de aborto espontáneo en el primer trimestre. En tanto las diabéticas con un buen control metabólico tienen riesgo

Cuna vacía.indb 255 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

similar a controles (J. I. Mills *et al.*, *N Engl J Med*, 1988. 319: 1617-1623).

3. *Obesidad: índice de masa corporal superior a 25 antes del embarazo*
   Tienen una mayor incidencia de trastornos hipertensivos y poseen el cuádruple de riesgo de una muerte fetal hacia el final del embarazo, en comparación con mujeres con índices de masa corporal previos menores.

4. *Síndrome de transfusión feto-fetal en gemelos que comparten placenta*
   En los embarazos gemelares es importante haber distinguido en una ecografía si ambos gemelos comparten una misma placenta (monocoriales) o si cada gemelo tiene su propia placenta (bicoriales). Esto ha de diagnosticarse en una ecografía de primer trimestre, pues después no hay diferencias ecográficas fáciles de reconocer. Los embarazos monocoriales son sólo una pequeña proporción de los embarazos gemelares, pero marcan una diferencia muy grande en el control del embarazo. Los bicoriales deben seguir pocos controles más que los embarazos de bebé único, mientras que los monocoriales requieren una ecografía cada 2 semanas en el segundo y tercer trimestre. El motivo es descartar cada 2 semanas la posibilidad de que se haya desarrollado el síndrome de transfusión feto-fetal. En este síndrome, uno de los dos gemelos se lleva el oxígeno y alimento del otro, de modo que crece en exceso y tiene líquido amniótico en exceso a costa de que el otro se quede más pequeño y casi sin líquido. Cuan-

Cuna vacía.indb 256 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

do esto es grave, ambos gemelos mueren dentro del útero. Si se detecta a tiempo, este síndrome tiene tratamiento.

5. *Otras causas*
   - ❒ Restricción del crecimiento fetal.
   - ❒ Abuso de alcohol, drogas o tabaco.
   - ❒ Desprendimiento de placenta.
   - ❒ Traumatismo (accidente de tráfico).
   - ❒ Ruptura del útero.
   - ❒ Hemorragia anteparto.
   - ❒ Condiciones médicas maternas preexistentes (por ejemplo, lupus).
   - ❒ Colestasis gravídica.
   - ❒ Complicaciones del parto.

ABORTOS RECURRENTES

Ante una primera pérdida de embarazo habitualmente no es necesario ni recomendable buscar la causa, ya que ésta sólo se va a encontrar en un 30-70 por ciento de los casos, sobre todo si son del primer trimestre. Sin embargo, si una mujer ha sufrido varios abortos espontáneos consecutivos que han ocurrido más tarde en el embarazo, a menudo se necesita hacer una investigación rigurosa. Las parejas afectadas necesitan saber que ellos no hicieron nada malo que podría haber causado el aborto. Ésta es una situación devastadora que sólo se puede empeorar con sentimientos de culpa innecesarios. Relaciones sexuales, ejercicio, una dieta normal, bañarse, nadar y hacer un trabajo razonable nunca han tenido una rela-

Cuna vacía.indb 257 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

ción significativa con pérdidas del embarazo en los estudios científicos.

RIESGO DE RECURRENCIA DE ABORTO	
Número de abortos ocurridos sin otros hijos vivos	**Riesgo de un aborto (%)**
0 abortos previos	12,3
1 aborto previo	19,0
2 abortos previos	35,0
3 abortos previos	47,0
Al menos un hijo vivo	
0 abortos previos	12,3
1 aborto previo	23,7
2 abortos previos	26,2
3 abortos previos	32,2

(Warburton *et al.*, *Am J Hum Genet*, 1964, 16: 1)

Dada la importancia de la muerte fetal en nuestra sociedad y el impacto que ello supone, parece razonable realizar un estudio lo más detallado posible, orientado prioritariamente al análisis de las causas más frecuentes, así como de las causas evitables. En la medida de lo posible, debemos intentar dilucidar el origen de la muerte, catalogando la causa como cierta, probable o posible. Igualmente debemos valorar hasta qué punto puede evitarse la misma para mejorar la asistencia en

Cuna vacía.indb 258 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

casos similares y poder asesorar a la gestante ante futuras gestaciones.

Al ingreso de la gestante se realizará:

Una anamnesis sobre antecedentes familiares, personales y obstétricos. Esta anamnesis tiene que ser detallada y orientada a detectar posibles causas de muerte o factores de riesgo para la misma. Los datos deben quedar claramente reflejados en la historia clínica. Aunque no existe unanimidad en cuanto a las condiciones a tener en cuenta, sí parece haber acuerdo en los puntos que se exponen a continuación.

1. *Antecedentes familiares*: se debe preguntar por enfermedades heredo-familiares, abortos recurrentes, defectos congénitos, cromosomopatías, enfermedad tromboembólica, familiares con algún tipo de retraso mental y casos de consanguinidad.

2. *Antecedentes personales*: se deben recoger toxicomanías, tabaquismo, diabetes, hipertensión, anemia grave, trombofilia, epilepsia, enfermedad tromboembólica, neuropatías, enfermedades autoinmunes, enfermedades tiroideas o cardiopatías congénitas.

3. *Historia obstétrica*: se tendrá en cuenta la pérdida gestacional o retraso de crecimiento intraútero en gestación previa, el mal control gestacional, gestación múltiple, diabetes, estados hipertensivos del embarazo, retraso de crecimiento intraútero, feto macrosómico, infección, colestasis gravídica, defectos congénitos, cromosomopatías, traumatismo abdominal, parto pretérmino, rotura prematura de membranas, desprendimiento de

Cuna vacía.indb 259 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

placenta o hemorragia feto-materna durante la gestación actual.

4. *Factores de riesgo a considerar*: edad materna avanzada, nuliparidad, paridad mayor o igual a tres, obesidad antes de la gestación definida como un IMC >25, clase socioeconómica baja o las infecciones del tracto genital (9,13).

Si no se reconoce una causa responsable de la muerte fetal, se aconseja realizar las siguientes pruebas complementarias durante el ingreso o recoger los resultados si se han realizado recientemente en el control gestacional:

- ❒ Ecografía, para valorar la presentación fetal, la presencia de anomalías anatómicas mayores, el volumen de líquido amniótico y las características de la placenta.
- ❒ Hemograma y estudio de coagulación.
- ❒ Serologías de toxoplasma, rubeola, citomegalovirus, herpes virus, parvovirus, VIH, cribado de sífilis y cultivo de listeria. Un 5 por ciento de las gestantes pueden tener IgM positivas frente a alguna infección. Sin embargo, la confirmación de que una infección es la responsable de la muerte fetal tras el estudio de la placenta o necropsia parece menos probable.
- ❒ Anticuerpos antigrupo sanguíneo.
- ❒ Sobrecarga oral de glucosa para descartar posible diabetes. Por ser ésta de relevancia para el manejo de futuras gestaciones.
- ❒ Estudio de la función tiroidea. Por motivos similares.
- ❒ Estudio toxicológico para descartar consumo de cocaína, heroína o tranquilizantes, si la historia clínica o el

Cuna vacía.indb 260 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

examen físico así lo aconseja. Se suele realizar con orina materna, pero es posible la determinación de metabolitos estables en meconio o pelo fetal.

- Prueba de Kleihauer-Betke. El diagnóstico de hemorragia feto-materna puede darse como seguro si la prueba confirma una tasa de hematíes fetales superiores al 0,2 por ciento en sangre materna, habiéndose producido la muerte fetal como máximo durante las 24-48 horas previas y existen además signos clínicos o placentarios de anemia fetal. Puede resultar positiva en un 5-15 por ciento de las muertes fetales sin causa aparente y en un 3-5 por ciento de todas las muertes fetales. Se debe realizar lo más precozmente posible tras el diagnóstico, pero no se modifica de forma significativa si se realiza en el puerperio inmediato, salvo que el parto haya sido por cesárea.
- Estudio de trombofilias. El estudio incluye anticuerpos anticoagulante lúpico, anticardiolipina, antitrombina, proteína C y S, factor V de Leiden, mutación del factor II e investigación de hiperhomocisteinemia. Este estudio es complejo y se puede valorar la idoneidad de ser realizado por un hematólogo. Los anticuerpos anticoagulante lúpico y anticardiolipina llegan a ser positivos en un 10-15 por ciento de las gestantes con feto muerto de causa desconocida. La importancia de su determinación radica en que los anticuerpos antifosfolípido originan un estado de hipercoagulabilidad en la circulación uteroplacentaria, que puede ser prevenido en futuras gestaciones.
- Investigación de trombopenia aloinmune. Se trata de una disminución del número de plaquetas por causa relacionada con el sistema inmunológico.

Cuna vacía.indb 261 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

- Cariotipo a ambos progenitores. Es el estudio de los cromosomas. Sólo se realizará en caso de abortos de repetición o cuando fetos o recién nacidos previos o el actual tengan algún defecto congénito.
- Electroforesis de hemoglobina. Sólo en caso de feto hidrópico, madre anémica o sospecha de talasemia alfa.

En el momento del parto:

- Resulta imprescindible la inspección cuidadosa del feto (sexo, peso, maceración, color, anomalías visibles), placenta (peso, color, coágulos, anomalías estructurales, edema, infartos), membranas (color, grosor), cordón umbilical (número de vasos, longitud, prolapso, gelatina de Wharton, procidencia, circulares, hematomas, estenosis) y líquido amniótico (color, consistencia y volumen). Todo ello debe quedar claramente reflejado en la historia clínica. El 25 por ciento de los recién nacidos muertos tienen alguna anomalía detectable por la inspección y el no realizarla conlleva una pérdida del 4 por ciento de los diagnósticos.
- Siempre se debe realizar un estudio anatomopatológico de la placenta. Un estudio sobre coste-efectividad revela que la prueba aislada más importante para detectar la causa de la muerte es la necropsia fetal, seguida del estudio de la placenta.[1] En un análisis retrospectivo de 745 mortinatos, el examen placentario encuentra anomalías significa-

[1] Necropsia o autopsia es el estudio anatómico. Se realizan cortes y se observan en directo y al microscopio.

Cuna vacía.indb 262 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

tivas en el 30 por ciento de los casos. Y cuando se realiza necropsia fetal en casos de fetos muertos sin causa, la necropsia revela la misma en un 30 por ciento. El estudio placentario se considera, pues, complementario de la autopsia fetal. Del análisis de dos estudios prospectivos se deduce que los hallazgos placentarios confirman los datos clínicos y/o de la necropsia hasta en un 95 por ciento y son diagnósticos en un 23-46 por ciento de los casos.

- Se ofrecerá realizar la necropsia del feto, para lo cual se requiere el consentimiento de los padres. El valor de la necropsia fetal es indiscutible y, como hemos visto, es la mejor prueba diagnóstica aislada. Con los cinco estudios retrospectivos disponibles, los hallazgos de la necropsia confirman la clínica entre el 29-89 por ciento de los casos, ocasionan un cambio diagnóstico en el 11-38 por ciento y aportan información adicional útil en el 3-24 por ciento. Con el fin de aumentar la rentabilidad del estudio anatomopatológico, en el Reino Unido, el Royal College of Obstetricians and Gynecologists y el Royal College of Pathologists redactaron unas recomendaciones en el año 2001 relativas al protocolo de estudio y criterios de calidad. En el supuesto de que los padres no consientan la realización de la necropsia, puede ser especialmente importante tomar fotografías del feto o realizarle radiografías. En este caso también se ha sugerido la realización de una resonancia magnética nuclear.
- Se valorará la idoneidad de realizar un estudio cromosómico o genético al feto ante la presencia de malformaciones congénitas, retraso de crecimiento intrauterino, hidrops, genitales ambiguos o rasgos dismórficos. El riesgo de cromosomopatías en fetos muertos sin ras-

Cuna vacía.indb 263 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

gos dismórficos probablemente es de alrededor del 5 por ciento. Aunque las tasas más altas de éxito se obtienen recogiendo líquido amniótico mediante una amniocentesis realizada en el momento del diagnóstico de la muerte fetal (éxito del 82-92 por ciento), otras posibles muestras son 3 ml de sangre fetal obtenida del cordón o por cardiocentesis y conservadas en un tubo estéril con heparina o un fragmento de placenta de 1 cm^2 recogido de debajo de la inserción del cordón (éxito del 60 por ciento) y conservada en medio estéril específico o en suero salino. Las muestras se deben recoger tan pronto como sea posible, de forma estéril y se han de conservar a temperatura ambiente.

A pesar de que los mejores resultados se obtienen cuando la investigación es completa, este protocolo de estudio puede considerarse secuencial, de modo que cuando se encuentre la causa de la muerte fetal no se realicen más pruebas. Casi todos los protocolos coinciden en señalar la utilidad de la necropsia, del estudio placentario, del cariotipo, del estudio de grupo, de algunas serologías, del test de Kleihauer-Betke, de la historia clínica detallada y de la inspección cuidadosa del feto y anejos ovulares, pero la relación coste-efectividad de las demás pruebas es controvertida. La aproximación secuencial tiene la ventaja de ser más barata y de evitar ansiedad por resultados que salgan positivos sin ser causantes de la muerte fetal, pero tienen el inconveniente de no detectar nada más que una causa, que puede no ser la única, o de no detectar la posible interacción de varias causas o factores de riesgo.

El proceso final en el estudio de la muerte fetal es el ofrecimiento a la pareja de toda la información disponible que

Cuna vacía.indb 264 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

permita entender, hasta donde sea posible, las causas que han provocado el fallecimiento, informar sobre la probabilidad de repetición de la muerte fetal en futuras gestaciones y ofrecer las diversas alternativas posibles. Para finalizar, debemos insistir, una vez más, en el carácter interdisciplinario de esta investigación. Sólo una buena coordinación entre todos los especialistas implicados permitirá obtener unos buenos resultados.

Prevención

Consejos para madres con el fin de evitar en lo posible la muerte fetal anteparto:

1. *No fumar*
   Fumar durante el embarazo está asociado con un mayor porcentaje de muerte fetal, ya que su crecimiento y desarrollo se ven afectados, y hay una mayor incidencia de problemas de salud y bienestar. Nunca es tarde para dejar de fumar. Hay tratamientos psicológicos eficaces, como la hipnosis. Los que viven a tu alrededor también deberían dejarlo.

2. *Evitar el estrés*
   El organismo tiene mecanismos por los cuales prioriza sus actividades. Estrés en la naturaleza es sinónimo de riesgo de muerte. Ante situaciones ambientales estresantes el sistema neurohormonal del cuerpo de la mujer favorece otras actividades frente a las actividades reproductivas y es más fácil que se produzca una pérdida de embarazo.

Cuna vacía.indb 265 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

3. *Llevar una vida normal*
   El embarazo no es el momento para comenzar una dieta de adelgazamiento, ni para comenzar una actividad deportiva diferente. Tampoco es bueno disminuir la actividad y pasar a una vida sedentaria. Es mucho mejor continuar con el mismo grado de actividad que se estaba teniendo anteriormente. En cuanto a las relaciones sexuales, en el embarazo, en general, son sanas y recomendables.

4. *Informar si no se notan movimientos fetales*
   Son un buen indicador del bienestar del bebé. Cada bebé es diferente y deberías dedicar algunos minutos al día a observar la frecuencia con la que se mueve. Lo más importante es notar los cambios en esta frecuencia, en particular cuando le encuentras menos activo de lo normal. En ese caso debes llamar inmediatamente a tu matrona o ginecólogo.

5. *Informar de cualquier dolor abdominal o sangrado*
   Si es un dolor abdominal leve, a menudo está dentro de la normalidad, pero si es agudo o muy intenso, o si hay sangrado vaginal u otros síntomas, se debe confirmar que la orina no tiene proteínas y que la tensión arterial es normal.

6. *Evitar infecciones*
   Bacterias como la listeria, salmonela y toxoplasmosis incrementan el riesgo de muerte fetal anteparto. Para evitar la posibilidad de tener estas infecciones se deben seguir de forma más estricta que en otros periodos las normas higiénicas con la alimentación.

Cuna vacía.indb 266 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

7. *Atender todos los controles antenatales*
   En ellos se monitoriza el progreso del embarazo (análisis de orina y sangre, tensión arterial, ecografías, medidas del peso estimado del bebé) y si se presenta algún problema garantizarán que recibas el cuidado que necesitas. Algunos estudios muestran que las mujeres que reciben atención prenatal tienen mejores resultados en sus embarazos, para ellas mismas y para sus bebés.

8. *Cuidar las condiciones ambientales*
   De igual manera, el hecho de evitar los peligros del medio ambiente, como los rayos X y las enfermedades infecciosas, también disminuye el riesgo de aborto espontáneo a comienzos del embarazo.

ABORDAJE DE LAS PÉRDIDAS EN EL PRIMER TRIMESTRE[2]

Toda mujer que en el primer trimestre tenga síntomas como sangrado o dolor abdominal o que haya presentado salida de coágulos de sangre o tejido por la vagina debe notificárselo a su doctor porque tiene posibilidades de perder el embarazo. Lo triste es que no hay nada que la mujer o el doctor puedan hacer para prevenir el aborto una vez que se dan los síntomas, y aunque algunos médicos y matronas recomiendan reposo en cama, no está comprobado que esto ayude a prevenir el aborto. Hay quien aconseja comenzar a tomar suplementos

[2] Basado en las recomendaciones del Royal College of Obstetricians and Gynecologists del Reino Unido.

Cuna vacía.indb 267 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

de progesterona en cuanto comienzan los síntomas, lo cual, sin embargo, tampoco ha demostrado científicamente su utilidad. La mayoría de los profesionales aconsejan limitar la actividad física y abstenerse de mantener relaciones sexuales o de hacer ejercicio extenuante, si bien no hay demostración científica de que estas limitaciones tengan efecto. Posiblemente, más que limitaciones al estrés físico, lo que pueda tener algún efecto positivo son las limitaciones al estrés emocional. Es probable que sea, incluso, dañino en la amenaza de aborto un reposo en cama si este reposo va a conllevar un estado emocional alterado.

El médico debe valorar si hay sospecha de posibilidad de gestación ectópica, en cuyo caso es preciso, para el diagnóstico, realizar ecografía transvaginal y, si en ésta no se detecta el embrión, análisis de los niveles de la hormona HCG en sangre.

Para las mujeres con Rh negativo se recomienda que reciban inmunoglobulina anti-D en circunstancias de embarazo ectópico, aborto con o sin legrado e incluso en situación de amenaza de aborto.

Hasta hace poco, la mayoría de las mujeres eran sometidas a una evacuación uterina quirúrgica. En la actualidad, con los avances tecnológicos en las técnicas de diagnóstico y tratamiento, y teniendo en cuenta las secuelas psicológicas asociadas con estas intervenciones, el tratamiento está cambiando. Lo ideal es que estas mujeres sean tratadas por profesionales especializados en embarazo, pero evitando el ingreso en hospital (lo cual se podría conseguir en un 40 por ciento de los casos).

Las mujeres que han sufrido una pérdida del embarazo en las primeras 12 semanas tienen a su disposición tres opciones terapéuticas: expectante, médica y quirúrgica. La mujer debe ser informada de en qué consiste cada una de estas opciones y

Cuna vacía.indb 268 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

siempre que no existan contraindicaciones específicas en su historia clínica, debe ser capaz de elegir el tratamiento que ella prefiera. Está demostrado que las mujeres que eligen su tipo de tratamiento tienen, en general, una mayor calidad de vida relacionada con la salud.

Opción de abordaje quirúrgico (legrado)

Consiste en la retirada de los elementos del embarazo bajo anestesia general, usando raspado de la pared del útero con un instrumento en forma de cuchara, la legra, y succión, tras haber provocado la dilatación de la abertura del útero (cérvix). En los casos en los que la mujer lo prefiera, también se puede hacer con anestesia local o sedación. Los estudios han demostrado que en los casos en los que el saco donde se encuentran los productos del embarazo está intacto, es preferible usar sólo succión, ya que este método está asociado con una menor pérdida de sangre, menos dolor y menor duración del procedimiento. También se ha demostrado que el uso de prostaglandinas antes de la evacuación reduce la hemorragia y el trauma uterino/cervical.

Éste es el tratamiento más indicado en el caso de abortos incompletos o retenidos, y cuando se presentan complicaciones del aborto (10 por ciento), como en caso de sangrado excesivo persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de infección de los tejidos retenidos y sospecha de enfermedad tropoblástica gestacional.

Si la mujer va a ser sometida a una evacuación quirúrgica del útero, se recomienda investigar síntomas y factores de riesgo de infección y, ante la mínima sospecha, realizar un exudado para descartar vaginosis bacteriana, especialmente por cla-

Cuna vacía.indb 269 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

midia, ya que si no es tratada conlleva un elevado riesgo de sufrir enfermedad pélvica inflamatoria después de la cirugía.

El uso de profilaxis antibiótica se debería dar sólo en casos individuales donde esté indicado clínicamente. Si se sospecha una infección, se recomienda retrasar la cirugía 12 horas, para dar tiempo a la administración de antibióticos.

Es una intervención quirúrgica cuyo objetivo es la prevención del sangrado prolongado o la infección, pero como tal conlleva ciertos riesgos:

- ❒ Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis…).
- ❒ Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria).
- ❒ Formación de una cicatriz intrauterina que podría complicar embarazos futuros.
- ❒ Perforación del útero.
- ❒ Laceración (desgarro) del cuello uterino.
- ❒ Persistencia de los restos.
- ❒ Problemas respiratorios.

Ningún procedimiento invasivo está carente de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Opción de abordaje médico

El objetivo de este abordaje es provocar la expulsión del embrión muerto con sus anejos. Es el equivalente a una inducción del parto.

Cuna vacía.indb 270 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

Consiste en la administración de análogos de la prostaglandina (misoprostol) con o sin el uso de una antiprogesterona (mifepristone) preparatoria. Este método tiene una eficacia de alrededor del 90 por ciento, pero depende de muchas variables de la historia clínica y de las dosis de los medicamentos que se den. Por tanto, el tratamiento se diseña específicamente para cada caso individual, para asegurar una mayor efectividad.

Ésta es una técnica alternativa que complementa pero no reemplaza la evacuación quirúrgica. Según la opinión de las mujeres que han optado por esta técnica, la prefieren porque así evitan la anestesia general y sienten que tienen más control de su tratamiento. Las desventajas son que está asociado con un incremento del dolor y con un mayor sangrado, que suele durar unas horas pero que puede llegar hasta 3 semanas.

Un estudio concluye que la inducción inmediata del parto en los casos de muerte fetal intrauterina favorece el duelo de la gestante y evita complicaciones obstétricas (endometritis).

Opción de abordaje expectante

Éste es considerado como un método efectivo y aceptable para ofrecer a aquellas mujeres que han sufrido un aborto durante el primer trimestre, especialmente si el saco está intacto (abortos completos), ya que se ha demostrado una eficacia del 94 por ciento. Con la ciencia en la mano, las pacientes podrían actualmente ser alentadas a intentar un manejo expectante, dada la alta tasa de abortos que se com-

Cuna vacía.indb 271 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

pletan hacia el día 14 del seguimiento. Este manejo reduciría, sin duda, el número de mujeres sometidas a cirugía (Luise *et al.*, 2002).

Si la mujer elige este tratamiento, para empezar se debe confirmar que se trata de un embarazo intrauterino por examen físico y ecografía, y así descartar que se trate de un embarazo ectópico. La completa resolución puede llegar a tomar varias semanas, durante las que la mujer debe llevar un seguimiento médico regular y vigilar por si aparecen signos de infección.

Es normal que pasen hasta 40 días desde la muerte fetal hasta la aparición de sangrado, ya que el cuerpo tarda un poco en darse cuenta de que el embarazo ha terminado. Antiguamente, cuando no se hacían ecografías, no se sabía que el embrión había muerto hasta que aparecía el sangrado y el cuerpo procedía a la expulsión poco después. Hoy, dado que la ecografía informa inmediatamente de la muerte, es habitual no esperar el tiempo suficiente para completar el proceso; se hacen muchos legrados innecesarios por temor a infecciones y por motivos psicológicos (la mujer no desea tener dentro un bebé muerto). Sin embargo, una mujer informada puede preferir el tratamiento expectante argumentando, con razón, que, igual que en el parto normal de un feto vivo, se liberan endorfinas y esto ayuda a superar el sufrimiento de la madre por la pérdida.

Cuando se produce un aborto espontáneo, con el consiguiente legrado, el médico puede no preguntarse nada más. Tras vaciar artificialmente el útero, está bloqueando el «cóctel» de hormonas que se ha puesto en marcha de forma natural. Se está anticipando a un hecho que ya vendría o ya estaba ahí; con su consecuente secreción de oxitocina. La oxitocina pro-

Cuna vacía.indb 272 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

ducida de forma natural tiene efectos beneficiosos en el comportamiento. Cuando se inhibe, se puede estar acentuando el riesgo de una enfermedad importante para la madre: la depresión. La oxitocina que se segrega de forma natural es, en ese sentido, un antidepresivo. Uno de los problemas es la ausencia de estudios en la actualidad correlativos interdisciplinares. El psiquiatra o el psicólogo desconocen el punto de vista del obstetra y el obstetra desconoce el punto de vista de los primeros. No se establecen relaciones científicas porque la medicina que nos trata aborda el cuerpo por especialidades aisladas. Es importante, pues, hacerse preguntas. Cuando ha habido un embarazo que no ha prosperado y se impide el «miniparto», se está modificando el duelo.

ABORDAJE DE LAS PÉRDIDAS EN EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRES

Al igual que en las pérdidas del primer trimestre, existen tres opciones de tratamiento: el tratamiento quirúrgico (en este caso, la cesárea, que debe quedar relegada para casos excepcionales), el tratamiento médico (inducción del parto) y el tratamiento expectante. Se describen a continuación las indicaciones y las ventajas e inconvenientes de cada opción.

Una vez que se ha diagnosticado la muerte fetal, la madre tiene la opción de esperar a ponerse de parto de forma natural o decidir que el parto sea inducido. Cuando se decide inducir el parto, se hace para evitar las complicaciones. La principal complicación que puede llegar a aparecer como consecuencia de la retención de un feto muerto es la alteración de la coagulación sanguínea, que se detecta, mediante analíticas, en forma

Cuna vacía.indb 273 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

de trombocitopenia, hipofibrinogenemia o aumento de los productos de la degradación del fibrinógeno. La probabilidad de que se produzca una alteración de la coagulación se relaciona con la duración de la retención del feto muerto en el útero. Para dar cifras, pueden presentar alteración de la coagulación una de cada cuatro mujeres con retención de feto muerto de más de 4 semanas. Las complicaciones de otro tipo son poco frecuentes.

El American College of Obstetricians and Gynecologists considera que la actitud expectante es la ideal en un principio, si es lo que la mujer prefiere. En los primeros 14 días se habrán puesto de parto un 75 por ciento, y en los primeros 20 días se habrán puesto de parto el 9 por ciento.

Cuando se decide abordaje expectante, se debe realizar una analítica para controlar pruebas de coagulación (fibrinógeno, tiempo de protrombina, productos de degradación de fibrinógeno) y signos de infección (hemograma y PCR). Este control se ha de repetir, como mínimo, semanalmente. La temperatura se debe controlar diariamente.

Pasados estos 14-20 días (como máximo 4 semanas), es conveniente inducir el parto si el feto está en situación longitudinal (con presentación de cabeza o de nalgas). En casos de situación transversa, antes de la inducción se debe valorar la posibilidad de una versión externa, teniendo en cuenta que en este caso no existen los riesgos fetales de los casos de feto vivo.

Se debe realizar una inducción si la mujer lo desea, si su estado emocional lo requiere o si aparecen signos de infección o de alteración de coagulación. Se debe realizar una extracción inmediata si hay un descenso marcado del fibrinógeno, por debajo de 100 mg/100 ml.

Cuna vacía.indb 274 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

En la inducción del parto, cuando el índice de Bishop es favorable se debe optar por la oxitocina intravenosa (ver protocolo de inducción del parto). Cuando el cuello no está maduro, el fármaco de elección son las prostaglandinas. Tradicionalmente se ha utilizado la E_2. El misoprostol presenta una eficacia superior y se puede administrar por vía oral o vaginal. Esta última forma tiene menos efectos secundarios y acorta el tiempo hasta el parto. Aunque existen diferentes pautas, todas ellas con una efectividad similar, en general suelen tener en cuenta el tamaño uterino o la edad de gestación:

- Entre las 13 y 17 semanas: 200 µg / 6h (dosis máxima diaria: 1.600 µg).
- Entre las 18 y 26 semanas: 100 µg / 6h (dosis máxima diaria: 800 µg).
- 27 semanas o más: 25-50 µg / 4h (hasta 6 dosis).

El empleo de prostaglandinas aumenta el riesgo de rotura uterina, especialmente en el caso de cicatriz previa. En casos de cesárea anterior u otras cicatrices uterinas, es recomendable el control de la dinámica (monitor tocográfico) y el uso de dosis menores tanto de prostaglandinas como de oxitocina.

En la gestación con feto muerto la vía vaginal debe ser de elección para finalizar la gestación, tanto para fetos en presentación cefálica como en podálica. La situación transversa en gestaciones avanzadas se debe intentar convertir en longitudinal tras evaluar los riesgos de la versión. La cesárea se debe reservar para excepcionales indicaciones maternas. Una cesárea sólo se recomienda en estas situaciones si hay una causa que lo aconseje por bien de la madre; ya que no existe un ries-

Cuna vacía.indb 275 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:32

go fetal, está reservada para casos muy concretos. En este tipo de partos, al igual que en los partos de nacidos vivos, se liberan endorfinas que ayudan a superar el dolor del parto y, en el caso de fetos muertos, a superar el dolor emocional de la pérdida.

Durante el parto se solicitará un estudio de coagulación inicial. Se favorecerá la atención en una sala de partos individual y la presencia de una persona de confianza de la parturienta. La analgesia de elección es la epidural si la mujer la desea. Se realizará un uso lo más restrictivo posible de la episiotomía.

Es extremadamente raro que en el parto de un feto muerto se necesite utilizar el fórceps o las espátulas. Aquí no hay riesgo para un feto vivo y, por tanto, el único motivo que lo justificaría sería que para la mujer sea realmente ventajoso acelerar el proceso de expulsión. Si esto fuera así, la ventosa suele ser una opción menos lesiva. Pero en la mayoría de los casos lo más ventajoso para la mujer que pare un feto muerto es hacer la mínima intervención posible y tratar por todos los medios de evitar la episiotomía.

Abordaje psicológico (cómo deben actuar los profesionales en la asistencia al parto para ayudar a sobrellevar mejor el duelo)

La mujer que ha sido diagnosticada con una muerte fetal *in útero*, en estos momentos, sentirá una mezcla de emociones: rabia, conmoción, confusión, desengaño. La pregunta más importante es por qué ha muerto el bebé, y a veces no puede ser respondida inmediatamente. En los casos en los que hay tiem-

Cuna vacía.indb 276 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

po hasta que el parto comience, aunque es duro, puede darse la posibilidad de que piense sobre los próximos días, que serán tan importantes para su vida.

El personal del hospital debería explicar con claridad exactamente todo lo relacionado con la medicación y cuáles son las opciones de analgesia a su disposición. La mujer debe saber que en todo momento ella tiene el control sobre su parto y puede desarrollar el plan de parto que ella prefiera. Éstos son algunos de los asuntos sobre los que la mujer se puede plantear decidir:

- ❒ Quién le gustaría que estuviera presente en el parto.
- ❒ Si le gustaría bañar al bebé.
- ❒ Si le gustaría que otras personas allegadas vieran y sujetaran al bebé cuando nazca.
- ❒ Si le gustaría llevarse una cámara de fotos para sacar fotos del bebé.
- ❒ A quién le gustaría informar de la tragedia.
- ❒ Si desea y cómo la organización de algún ritual o funeral.

Los padres que han sido afectados por la muerte de su bebé durante el embarazo, o poco después, se ven enfrentados a un montón de decisiones en los instantes o días siguientes a la muerte. En estos momentos es comprensible que ellos encuentren muy duro asumir la realidad de lo que está pasando y que no sepan lo que hacer. Pero la memoria del corto tiempo que van a tener con su bebé para despedirse es muy importante para el resto de la vida. Todas las decisiones que deberán afrontar son muy personales; no hay nada correcto ni incorrecto y nadie puede decirles lo que es mejor para ellos.

Cuna vacía.indb 277 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

Es conveniente tomarse su tiempo y recordar que los profesionales que les atienden están ahí para hablar en detalle de todas estas decisiones.

Ver y sujetar al bebé

Muchos padres han percibido que el hecho de sujetar a su bebé les ha servido para confortarles en unos momentos de intenso *shock*. Pero cada persona es diferente y tiene que encontrar lo que es mejor para sí misma. Esto también es válido para otros miembros de la familia, como sus hermanos/as o abuelos. Al dejarles sujetar al bebé se les puede ayudar a que sea más fácil superar la pérdida.

Vestir y bañar al bebé

Los padres pueden elegir vestir y bañar al bebé ellos mismos, e incluso dejar un muñeco o foto junto al pequeño.

Dar nombre al bebé

De esta manera su existencia se hace más real, tanto para los padres como para el resto de sus familiares y amigos. Incluso pueden hacer que el bebé sea bendecido si es lo que desean. Si ya tenía elegido un nombre para el bebé, probablemente es mejor que usen ese nombre y que no lo guarden para otro hijo en el futuro. Es recomendable que, en la mente de todos, este bebé tenga su propia identidad. Lo contrario puede llevar a un deseo de sustituirlo. Un error habitual de los padres es tratar de

Cuna vacía.indb 278 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

reemplazarlo y poner al siguiente el nombre que deseaban para éste. Es un error, porque, de alguna forma, está predisponiendo al nuevo a tener que llenar un hueco o suplir unas expectativas. Esto no quiere decir que, por el contrario, no se deba respetar el deseo de muchos padres de no poner nombre a este bebé.

Otros hijos y familia

Si existen otros hijos, se debería considerar la posibilidad de dejarles ver y tener a su hermano/a. Aunque puede parecer duro, puede que se sientan mejor al ver que su hermano/a era real y no asustaba. A veces, la imaginación de un niño sobre algo que no ha visto puede ser peor que la realidad. Ver y tener en brazos al bebé podría hacer que la muerte fuera más fácil de aceptar a largo plazo. Presentar el bebé al resto de la familia más allegada puede ayudar a sentir al bebé como parte de la familia y ayudar a que se apoyen unos a otros durante el duelo.

Crear memorias

Si los padres no son partidarios de tomar fotos en esos momentos, muchos hospitales pueden hacerlas y guardarlas, por si cambiaran de opinión en el futuro.

Recuerdos

Muchos padres perciben que guardar recuerdos del bebé que puedan ver y tocar les ayuda en su duelo. Ejemplos de recuer-

Cuna vacía.indb 279 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

dos que se pueden guardar son: pulsera de identificación, un mechón de pelo, huellas de las manos y pies, la manta en la que estuvo envuelto, las medidas de peso y longitud, una foto de ecografía, las tarjetas de las flores que recibió. Algunos hospitales tienen libros de memorias diseñados especialmente para guardar este tipo de cosas.

Tener una copia de la historia clínica del embarazo/parto

Algunos padres pueden encontrar beneficioso tener un registro de la vida del bebé.

Hablar con alguien

Con amigos y familiares, profesionales dedicados a esto y organizaciones de afectados. Conocer a otros padres que han pasado por una situación similar puede ayudar a que sientan menos soledad. El duelo no tiene un comienzo ni un final, es un viaje por un paisaje siempre cambiante. Cuando los padres dejan el hospital pueden sentir que están saliendo como personas diferentes de las que entraron unas horas o días antes. Dejar el hospital sin un bebé que llevarse a casa es el primer paso difícil en el viaje del duelo. Hombres y mujeres tienden a tener formas diferentes de sufrir su pérdida y situaciones tan trágicas pueden tener un impacto en su relación. Después de haber perdido un bebé, el momento y el seguimiento de futuros embarazos será un asunto muy sensible para los padres.

Cuna vacía.indb 280 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

PRINCIPIOS PARA EL CUIDADO DE PERSONAS AFECTADAS POR MUERTE FETAL[3]

1. El cuidado debería ser dirigido por los padres. La identificación y cubrimiento de sus necesidades se debería tomar como una inversión en salud y bienestar futuros.
2. Un buen cuidado conlleva dedicación de tiempo extra a los padres. Esto debería ser reconocido por la organización y los profesionales involucrados en el cuidado.
3. Los padres deben ser tratados siempre con respeto y dignidad y han de ser ayudados con una sensibilidad y empatía genuinas.
4. Las preferencias personales de los padres y sus necesidades culturales y religiosas se deberían tomar en consideración.
5. La comunicación con los padres debería ser clara, sensible y honesta, y tiene que ser diseñada para cubrir sus necesidades individuales. Traductores profesionales y expertos en lenguaje de signos deberían estar al alcance de aquellos padres que los necesiten.
6. Es imposible predecir la significación que tiene la pérdida de un bebé para cada caso individual de los padres. No se deben hacer suposiciones sobre la intensidad y duración del duelo que esos padres vivirán. Es muy importante que los profesionales que los atienden acepten, reconozcan y validen los sentimientos individuales que los padres están experimentando.

[3] Basado en las recomendaciones de las guías SANDS del Reino Unido.

Cuna vacía.indb 281 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

7. El duelo de un padre puede ser tan profundo como el de una madre: sus necesidades de apoyo deberían ser reconocidas y cubiertas. Las necesidades de la pareja en una relación de dos personas del mismo sexo deberían considerarse igualmente.
8. Muchas de las pérdidas de bebés incluyen periodos de incertidumbre. Los profesionales han de evitar dar esperanzas que puede que al final sean falsas. Ellos deberían reconocer la dificultad de vivir con incertidumbre.
9. En aquellas situaciones en las que se tienen que tomar decisiones, se debería dar a los padres toda la información que necesiten, y que sean apoyados y animados a tomar sus propias decisiones acerca de lo que les va a ocurrir a ellos y a su bebé.
10. Además de un buen apoyo emocional, las mujeres deberían recibir un cuidado físico excelente, durante y después de la pérdida.
11. La mujer debería ser cuidada en el lugar que sea más apropiado, dependiendo de a qué altura del embarazo se encuentra y el tipo de pérdida que está experimentando.
12. La mujer y su pareja deberían ser cuidadas siempre por profesionales que han sido especialmente formados para afrontar no sólo su cuidado clínico y sus necesidades físicas, sino también sus necesidades emocionales.
13. Los padres de aquellos bebés que han muerto en el segundo o tercer trimestre deberían tener la oportunidad de crear memorias. Sus puntos de vista y deseos deben ser respetados.
14. Los cuerpos de los bebés y restos fetales han de ser tratados con respeto en todo momento: deberían existir medios para que se pueda celebrar un funeral respetuo-

Cuna vacía.indb 282 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

so o cualquier tipo de ritual que los padres deseen. Los rituales son procesos de despedida que en muchos casos ayudan a vivir un duelo.

15. La transferencia del cuidado del hospital a cuidados primarios debería asegurar una continuidad de la atención y el apoyo.
16. El apoyo continuado es una parte esencial del cuidado, y debería estar al alcance de todos aquellos que lo deseen, sin tomar en cuenta el tiempo transcurrido desde la muerte o el tipo de pérdida que se experimentó. El apoyo debería continuar estando al alcance de todas las mujeres y sus parejas durante su siguiente embarazo y después del nacimiento de otro bebé.
17. Todos los profesionales que se encargan del cuidado de los padres durante o después de la pérdida deberían tener la oportunidad de mejorar su conocimiento y habilidad, y tendrían que tener acceso a un buen apoyo para sí mismos.

Consolando a alguien que ha sufrido un aborto espontáneo

Si un amigo o familiar ha sufrido un aborto, hay mucho que se puede hacer para ayudar tanto a la mujer como a su pareja. En primer lugar, hacerles saber lo mucho que sientes su pérdida es lo más amable que puedes hacer. Otra buena sugerencia es hacerles saber que estás disponible para ayudarles y escucharles es otra buena sugerencia. La mayoría de las mujeres que han sufrido un aborto encuentran una o las dos sugerencias adecuadas y de ayuda. Desafortunadamente, la mayoría de nosotros nos sentimos incómodos cuando nos enfrentamos a un amigo que está sufriendo emocionalmente y nos vemos

Cuna vacía.indb 283 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

obligados a decir algo más. La pena es que lo que intentamos decir en situaciones tan sensibles puede que no sea bien recibido y que estemos diciendo algo hiriente e insensible como «el bebé habría salido deformado de todas formas», «debe ser un castigo por algo malo que has hecho», «puedes tener otro pronto», o «¿cómo puedes estar tan triste si estabas tan poco embarazada?». Da igual cuánto llevaran de embarazo, muchas mujeres sufren tanto por la pérdida de un bebé en el primer trimestre como por un bebé nacido muerto o que hubiera muerto meses o años después de nacer. El duelo es muy personal, y amigos, familiares y allegados deberían tratar de ser amables y ayudar durante este proceso tan difícil.

EN CASO DE ABORTO, ¿CUÁNTO ESPERAR PARA UN NUEVO EMBARAZO?

La recomendación habitual es esperar 2 reglas normales o bien tres ciclos menstruales tras un legrado. En caso de que no haya existido legrado, en un aborto de primer trimestre de embarazo, basta esperar a tener una regla normal. Cuando el organismo de la mujer está suficientemente recuperado como para reanudar el deseo y la excitación sexual, entonces está también suficientemente recuperado para reanudar la actividad gestante.

CÓMO OPTIMIZAR LA PROBABILIDAD DE QUEDAR EMBARAZADA DE NUEVO

Quedar embarazada de nuevo nunca debe ser una terapia para superar un duelo tras la pérdida de un bebé. El bebé perdido

Cuna vacía.indb 284 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

debe tener su sitio independiente en el «corazón» de las personas que lo querían. Sólo se debe buscar un nuevo embarazo cuando de verdad se desee un nuevo ser, nunca para sustituir a otro ser aunque éste tuviera una vida sólo intrauterina.

Toda mujer debería conocer su ciclo, ya que es la clave para entender su ritmo y su fertilidad. Es importante comprender lo que está sucediendo en cada etapa del mes: reconocer los cambios físicos, hormonales y emocionales para familiarizarse con el ciclo y, así, reconocer y aprovechar al máximo su periodo fértil.

EL CICLO MENSTRUAL: UN EQUILIBRIO PERFECTO

El ciclo es el resultado de una compleja interacción de hormonas, producidas por el hipotálamo, la hipófisis y los ovarios, que trabajan como una unidad, enviándose mensajes a través de hormonas. Esta interacción hormonal determina el estado emocional de la mujer, hasta qué punto se encuentra sexualmente atractiva y cúales son las energías disponibles para sus procesos mentales.

El cuerpo de la mujer atraviesa cada mes un ciclo de cambios diseñados para la fertilidad. La regla es el signo más evidente de estos cambios internos periódicos, pero ocurren otros muchos acontecimientos.

El ciclo menstrual dura unos 28 días. Por convenio, se considera que comienza con el primer día del sangrado y finaliza el día anterior a la regla siguiente. Para conocer la duración de tu ciclo, marca en un calendario estos dos momentos. El ciclo se divide en dos fases: la folicular, desde el primer día de la regla a la ovulación, y la luteínica, desde la ovulación al día anterior a la siguiente regla.

Cuna vacía.indb 285 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

Fase folicular

El primer día de la regla inicia esta fase folicular. En este momento, a la vez de la regla, comienza la maduración de un ovocito para la próxima ovulación.

1. *La maduración del óvulo*
   Las mujeres cuentan al nacer con cerca de 400.000 óvulos inmaduros u ovocitos, que están guardados en los ovarios desde antes del nacimiento. De estos ovocitos, entre la menarquia o primera menstruación y la menopausia, sólo 200 o 300 alcanzarán la madurez. Cuando un óvulo esté maduro, será liberado desde el ovario, produciéndose la ovulación.
   El ovocito inmaduro está recubierto por el folículo, un saco diminuto relleno de un líquido nutritivo. Durante cada ciclo maduran un folículo y un ovocito, por eso se llama fase folicular. Una vez desarrollado, llega a la superficie del ovario y se abre para dejar salir al óvulo en la cavidad abdominal: es la ovulación.
   Cada 4 semanas, aproximadamente, se desarrolla un óvulo maduro en los ovarios en respuesta al mensaje hormonal enviado por la hipófisis. Todo el ciclo está controlado por la hipófisis, que es una glándula situada en el cerebro y que rige la mayoría de los procesos hormonales del cuerpo. Por ello esta fase varía por factores emocionales como el estrés, la tristeza y los viajes.
   La ovulación es la salida de un óvulo del ovario a la cavidad abdominal, de donde es recogido por las trompas. La ovulación ocurre una sola vez durante el ciclo, una vez al mes.

Cuna vacía.indb 286 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

La ovulación ocurre entre 12 y 16 días antes de la regla. El desprendimiento del óvulo dura 15 segundos. La ovulación de dos óvulos es poco frecuente y suele producirse en el transcurso de 24 horas. El óvulo es atraído y recibido por la fimbria de la trompa de Falopio y llevado al oviducto. Es conducido por las paredes del oviducto, gracias al movimiento de unos pequeños filamentos de la fimbria llamados cilios, en dirección al útero.
El óvulo viaja, desciende a través de las trompas de Falopio hasta el útero, ayudado por los cilios que tapizan la trompa. En este camino por la trompa de Falopio, si el óvulo se encuentra con un espermatozoide se produce la fecundación. Cada óvulo sólo es fértil 24 horas: el día de la ovulación, pero el esperma vive unos 5 días en la vagina.
El ovario vía hormonas ha hecho que el endometrio del útero se engrose preparándose para la posible anidación del óvulo fecundado. Si no se produce fecundación, el endometrio se desprenderá conformando la regla.
La fecha más importante del mes para la fertilidad es la segunda semana, del día 8 al 14 del ciclo, ya que el día 14 del ciclo, contando desde el primer día que vino la regla, es el posible día fértil.

2. *Signos y síntomas indicadores de la ovulación*
   - ❒ *Abundancia de secreción del moco cervical*
     El mejor signo de proximidad del periodo fértil es el moco cervical acuoso, transparente y elástico.
   - ❒ *Aumento del deseo sexual*
   - ❒ *Temperatura corporal*
     Desde ahora hasta la próxima regla, si la hay, se produce una ligera subida de la temperatura corporal.

Cuna vacía.indb 287 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

- *Dolor ovulatorio*
  A un lado del bajo vientre, con duración desde unos minutos a unas horas.

Fase luteínica

El tiempo entre ovulación y menstruación conforma la fase luteínica. Si durante el viaje del óvulo por la trompa de Falopio, éste es fecundado por el esperma masculino, se alojará en el endometrio del útero.

Cada mes, bajo el influjo hormonal de estrógenos y progesterona, segregados por el folículo, el endometrio (la capa más interna del útero) se engrosa y se prepara así para acoger un posible óvulo fecundado y ante un posible embarazo. El óvulo fecundado o cigoto, tras unas horas, se desplaza en dirección al útero por la trompa de Falopio, a donde llega al cabo de entre 5 y 7 días. Durante este tiempo se producen las primeras divisiones celulares. Al llegar al útero se adhiere a la mucosa del útero, produciéndose la anidación. Se forma una membrana sobre el embrión y comienza la nutrición a través de la circulación sanguínea materna. Así, el óvulo fecundado se prende de la pared del útero para nutrirse y desarrollarse hasta llegar a ser un bebé. En la cavidad uterina es donde se producirá el crecimiento, desarrollo y maduración del nuevo ser hasta el momento del parto.

Si el óvulo no es fecundado, al cabo de aproximadamente 2 semanas, cesa la producción de hormonas, y esta parte del endometrio engrosado se desprende dando lugar a la menstruación o regla. El óvulo no fecundado junto con el revestimiento del endometrio abandonan el cuerpo de la mujer a través de la menstruación. Y vuelve a comenzar otro ciclo.

Cuna vacía.indb 288 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

Según las estadísticas, la duración media del ciclo menstrual es de 28 días; sin embargo, el ciclo de ciertas mujeres puede ser más corto o más largo (a veces, puede durar incluso, meses). El contexto emocional puede, en efecto, perturbar la duración habitual del ciclo de una mujer. Así, una mujer que suele tener las reglas cada 28 días, puede tener un ciclo mucho más largo después de un acontecimiento emocional intenso (como un contexto amoroso). Esa variabilidad de la duración del ciclo se produce a costa del periodo preovulatorio (fase folicular) y no del postovulatorio (fase luteínica). El ciclo menstrual se divide en dos periodos: primero, el periodo preovulatorio, cuya duración puede ser muy variable y luego el periodo postovulatorio que, al contrario, no suele superar 14 días (excepto en caso de embarazo). Así, en un ciclo de 25 días, lo más probable es que la ovulación sea el día 11 del ciclo, y en un ciclo de 31 días, lo más probable es que la ovulación sea en el día 17, a contar desde el primer día de la regla.

La duración de vida de los espermatozoides no excede de 5 o 6 días tras la eyaculación, y la del óvulo alcanza hasta 48 horas tras la ovulación. Así pues, el periodo más fértil de la mujer es desde 5 o 6 días antes de la ovulación (por la duración de los espermatozoides), hasta 2 días después de la ovulación (por la duración de los óvulos). Es importante saber que los espermatozoides en un medio hostil no suelen durar más de unos minutos. Es extremadamente raro, por tanto, que una mujer pueda quedar embarazada a través de una «contaminación», como sería el caso de sentarse en un retrete o de darse un baño en piscina o mar.

El problema es que una mujer habitualmente no conoce su periodo de ovulación, ya que como hemos visto anteriormente un contexto emocional puede retrasar la fecha de ovulación.

Cuna vacía.indb 289 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

¿Cuáles son los métodos naturales para conocer el momento de la ovulación?

Todos estos métodos pueden utilizarse tanto para aumentar las probabilidades de concebir como para disminuirlas.

1. *Método de Ogino-Knauss*
   El método natural más antiguo que se conoce es el Ogino-Knauss, método del ritmo o calendario, que permite obtener, mediante cálculos matemáticos, los días de fertilidad de la pareja, teniendo en cuenta que la mujer ovula sólo una vez al mes a los 14 días antes de la próxima menstruación, que el óvulo vive 48 horas después de la ovulación y el espermatozoide 72 horas después de la eyaculación.
   Cuando los ciclos son regulares el método es útil, pero, dadas las frecuentes irregularidades, el método tiene numerosos fallos que generalmente se producen porque el tiempo entre la menstruación anterior y la ovulación depende de la hipófisis, y ella a su vez del hipotálamo, y éste de la corteza cerebral, de manera que cualquier estrés es capaz de hacer que la ovulación se atrase o adelante, no así la segunda fase del ciclo, que casi siempre es regular para cada mujer en aproximadamente 2 semanas entre la ovulación y la siguiente menstruación.
   Los cálculos se hacen tomando en cuenta los 12 ciclos anteriores, se restan 19 días al ciclo más corto y 11 al más largo. Sería la fórmula C – 19 y L – 11. Por ejemplo, supongamos que los 12 ciclos anteriores fueron de 28, 27, 31, 32, 28, 30, 29, 32, 30, 28, 32 y 28 días. El más corto es de 27 días y el más largo de 32. Entonces

Cuna vacía.indb 290 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

tenemos 27 – 19 = 8 y 32 – 11 = 21; de forma que por este método la pareja podría ser fértil del día 8 al 21 y si desea posponer el embarazo puede tener relaciones desde el primer día de la menstruación hasta el 8º; a partir del 8º debe guardar abstinencia sexual hasta el día 21, a partir del cual puede reanudar las relaciones.

2. *Método de la temperatura basal*
   El método de la temperatura basal tiene como fundamento el aumento de la temperatura que la progesterona provoca en la mujer. Esta hormona comienza a circular en la segunda fase del ciclo menstrual o sea, una vez que el folículo se ha convertido en el cuerpo lúteo, después de producirse la ovulación. Cuando a una mujer le sube la temperatura es señal de que ha ovulado. Habitualmente la temperatura sube 2° C o 4° Fahrenheit. Por lo general, la temperatura se incrementa un grado el día de la ovulación y permanece así durante varios días. Para llevar el registro hay que tomar todos los días la temperatura basal con el mismo termómetro en las mismas condiciones y a la misma hora, después de al menos dos horas de reposo. Para posponer el embarazo por el método de la temperatura basal debe guardarse abstinencia sexual desde la menstruación hasta tres días después de que se produce el aumento de la temperatura (2° C o 4° F) con respecto a los seis días anteriores. Es la llamada regla de 3/6.

3. *Método de la ovulación* o *método Billings*
   El método de la ovulación o método Billings es un sistema natural y gratuito de regulación de la fertilidad

Cuna vacía.indb 291 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

basado en la observación diaria del moco cervical recogido a la entrada de la vagina. Este método consiste en que cada día la mujer lleva un gráfico donde anota los cambios que observa en el moco cervical. Con este método la mujer debe pasar papel sanitario por el introito vaginal antes y después de realizar sus necesidades, y observar si encuentra o no moco, así como sus características. El moco cervical transparente, húmedo y viscoso o elástico indica fertilidad.

4. *Método de la autopalpación cervical*
   El método de la autopalpación cervical se basa en que el cuello uterino sufre variaciones en sus características según el momento del ciclo menstrual, por las influencias hormonales. Cuando la mujer es fértil el cuello está alto, blando y con el orificio central entreabierto, mientras que en la fase infértil el cuello está bajo, encontrándosele muy fácilmente al introducir los dedos en la vagina, y es duro, con el orificio externo cerrado.

5. *Método sintotérmico*
   El método sintotérmico es la combinación de varios métodos para la determinación fisiológica de la ovulación; combina el cálculo pre-ovular del Ogino, los cambios del moco cervical del método Billings, el registro de la temperatura basal, la autopalpación del cuello y el dolor intermenstrual de la ovulación. Se puede utilizar la combinación de todos estos métodos o sólo algunos de ellos. Cuando se desea posponer el embarazo, se toma para comenzar la abstinencia el primero de los signos o cálculos de fertilidad que aparez-

Cuna vacía.indb 292 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

ca, y se termina la abstinencia el último día del último método.

Requiere un aprendizaje previo para reconocer bien las características de las señales, interpretarlas y utilizarlas.

El método sintotérmico permite a la pareja conocer el cuerpo y biorritmo de la mujer y mejora extraordinariamente la sexualidad. Es un buen método para optimizar la fertilidad, y su uso permite también descubrir alteraciones que influyen en la capacidad reproductiva. Es, además, un buen método anticonceptivo, altamente eficaz cuando se aprende y sigue bien. Para ello es necesario un mínimo de un año de gráficas y debe ser seguido por un profesional familiarizado, que enseñará a valorar cada señal.

Cuando se aprende en el primer mes de observación, se recomienda no tener relaciones sexuales, especialmente para la observación del moco, ya que puede haber cambios en su aspecto al estar presente el semen.

LA GRÁFICA

En la gráfica cada columna representa un día donde se anotarán las señales fisiológicas observadas. Se debe adaptar a la duración de cada ciclo. Está prevista para ser realizada en temporadas largas. Cuando la mujer, tras el aprendizaje, descubre la duración media de sus ciclos, las puede utilizar más cortas.

La primera columna corresponde al primer día de la regla. Tiene apartados diarios para anotar la temperatura, la

Cuna vacía.indb 293 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

hora de la toma, el día del mes, el día del ciclo, datos sobre el moco y sobre el cuello, y las fechas en que se mantienen relaciones coitales. Hay un apartado de sensaciones, síntomas, malestares…

La temperatura basal

Se toma y se anota en la gráfica todos los días, aunque los 4-5 primeros días puede evitarse. La temperatura debe tomarse antes de levantarse de la cama y en reposo, más o menos a la misma hora cada día. En el ano o en la vagina durante 3 minutos, o en la boca 5 minutos con termómetro rectal ordinario. Si hay pocas oscilaciones es mejor uno de temperatura basal. Cuando se trabaja de noche se tomará después del mayor descanso y se diferenciará con una señal de los días que se duerme normalmente. En general, las temperaturas tras la regla son bajas y las temperaturas tras la ovulación son altas.

Interpretación de la gráfica de temperatura basal

a. *Línea basal*
   Separa las temperaturas observadas tras la regla, que forman el nivel bajo, de las observadas tras la ovulación, que constituyen el nivel alto.

b. *Trazado de la línea básica*
   Se realiza media décima por encima de la temperatura más alta del nivel más bajo de temperaturas a partir del

Cuna vacía.indb 294 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

5º día de la regla, hasta que muestran una tendencia a elevarse. Se necesita un mínimo de 6 temperaturas correspondientes al nivel bajo. En caso de alguna temperatura anormalmente alta del nivel bajo por alguna alteración ya anotada, no se tendrá en cuenta al trazar la línea básica.

c. *Determinación del nivel alto de temperatura*
El nivel alto empieza cuando 3 temperaturas consecutivas superan la línea básica. El desnivel entre el nivel bajo y el alto raramente es inferior a 2 décimas.

d. *Qué puede influir en la temperatura basal*
- ❒ Cambio de termómetro: se debe anotar.
- ❒ Cambio de horario: anotar siempre que sea superior a una hora de más o de menos.
- ❒ Tener vómitos o diarrea, pasar mala noche, trasnochar, beber alcohol: suele subir la temperatura.
- ❒ Acostarse sin cenar (baja la temperatura).
- ❒ Medicación: se debe anotar.

e. *Anotar otros signos de ovulación*
Moco cervical, cuello uterino, sensaciones de hinchazón, dolor asociados, malestar…

Observación y registro del moco cervical

Unas secreciones cervicales sanas son vitales para la fertilidad. Son el mejor indicador corporal de que estás a punto de ovular. Las hormonas, las fluctuaciones de estrógeno producen cam-

Cuna vacía.indb 295 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

bios sutiles en su apariencia: textura, color, cantidad, viscosidad y tacto a lo largo del ciclo.

Fisiología

El cuello del útero está formado por una mucosa que segrega moco cervical. La fluctuación del nivel hormonal produce cambios en el moco cervical. El cérvix responde al incremento de estrógeno abriendo las glándulas del canal cervical para liberar el moco.

Identificación del moco fértil

La primera semana del ciclo se corresponde con la regla, del día 1 al 6. Tras acabar la regla le siguen 3 días, del 7 al 9, de sequedad: no se sienten ni se ven secreciones, es una fase relativamente infértil. La vagina es un entorno menos amigable para los espermatozoides, en la que la acidez los inmoviliza y destruye.

Durante los días siguientes, según aumenta el nivel de estrógeno al avanzar el ciclo, hay una sensación de humedad y aparecen unas secreciones blancas, cremosas, turbias y pegajosas. Si compruebas su elasticidad se desune con facilidad. Aquí puede comenzar la fase fértil: desde el día 10 del ciclo al 19.

A medida que el estrógeno sigue aumentando, se incrementa el moco, más diluido, turbio y elástico. Cuando se aproxima la ovulación, aumentará la sensación de humedad. Del día 13 al 15 del ciclo. El día pico para el moco fértil, el previo a la ovulación, el flujo exhibe sus características más fértiles. Surge un moco líquido, diluido, acuoso, resbaladizo, transparente y elás-

Cuna vacía.indb 296 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

tico, que recuerda a la clara de huevo y que puede verse en la ropa interior: es el moco más fértil. El moco es muy elástico: se puede comprobar con el test de la yema de los dedos entre el pulgar y el índice. Se estirará varios centímetros antes de desunirse. La vagina estará húmeda, pegajosa, mojada o escurridiza y con abundante moco, preparada para la ovulación. Se ha creado un entorno muy amigable para el esperma, el moco fértil, en el que puede vivir hasta 72 horas, 3 días o más y se puede mover libremente a través del cuello del útero.

Al día siguiente del pico fértil, volverá a sentirse un flujo más pegajoso o seco, el moco volverá a ser denso como consecuencia de un aumento de la progesterona, forma un tapón en el cuello del útero que actúa como barrera impenetrable. A partir del día 19 y hasta el 28 se entra en una fase infértil.

El moco cervical se secreta por el cuello uterino durante los días previos a la ovulación y los inmediatamente posteriores a ella. Se recoge en la vulva o en la entrada de la vagina antes de orinar, con el papel higiénico o directamente con los dedos. A veces una hebra de moco cuelga de la vulva, en este caso es suficiente con esta observación. Cuando se observa el cérvix diariamente, el moco se detecta un día antes en el fondo vaginal que en la vulva.

Los cambios de aspecto y sensación se anotarán en la gráfica. Es muy útil hacer un diario de las secreciones, describiéndolas a la misma hora todos los días. Las anotaciones del moco se hacen por la noche. Se pueden necesitar 3 ciclos de observaciones antes de estar seguras de reconocer los cambios. Hay que tener en cuenta si ha habido eyaculación para su valoración, ya que el fluido seminal en la vagina puede dificultar la evaluación del moco. No tener sexo con penetración durante el primer mes puede ayudar a obtener un registro más preciso.

Cuna vacía.indb 297 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

Descripción y anotación del moco cervical

Es conveniente utilizar siglas como las que se proponen a continuación:

S (Seca). En ausencia de moco, la mujer se siente seca. Al pasar el papel higiénico o los dedos sobre la vulva antes de orinar prácticamente rasca y no se recoge nada de moco.

f (fértil). Sensación de humedad, se recoge un moco espeso, denso, opaco, cremoso, grumoso, amarillento, pegajoso, que se rompe al estirarlo entre los dedos.

F (muy fértil) Sensación de humedad en la vagina. El papel o los dedos resbalan en la vulva. La mujer se siente lubricada. El moco es blanco y transparente, parecido a la clara de huevo crudo, puede tener hilillos rojizos o blancos. Es elástico: al estirarlo entre los dedos no se rompe. Es líquido, a veces no se puede recoger por ser demasiado líquido.

X (día pico) Es el último día en que el moco presenta las características de fertilidad. Se determina este día pico en la gráfica con una X sobre la última F.

Observación y registro de la palpación del cuello uterino

- *Autopalpación cervical*
  El cuello uterino se palpa por las noches, los días que no hay menstruación. Es importante la higiene: hay que hacerlo después de haberse lavado bien las manos y las uñas. Se realiza en posición de pie, con un pie sobre un taburete, introduciendo los dedos índice y medio en la vagina.

Cuna vacía.indb 298 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

- *Cambios en la naturaleza del cérvix*

  - *Consistencia*
    De ser duro como la nariz, pasa progresivamente a ser blando como los labios o el lóbulo de la oreja, para después volver a ser duro.

  - *Altura*
    Es fácilmente accesible tras la menstruación, se eleva en la fase preovulatoria en unos 6 días, hasta 2-3 cm más arriba. Por ello, la mujer debe introducir más los dedos para tocarlo. Pasada la ovulación desciende nuevamente en unos 2 días.

  - *Ángulo*
    Al finalizar la menstruación el cérvix se inclina sobre la pared vaginal, en fase ovulatoria tiende a ponerse alineado con la vagina y tras la ovulación se inclina de nuevo.

  - *Apertura*
    El cuello se abre en la fase ovulatoria y se vuelve a cerrar después. El día anterior a la ovulación ya se encuentra moco antes de que éste aparezca en la vagina al día siguiente.

- *Código para anotar las observaciones del cérvix*

  - *Resistencia*
    Negro: cuello duro como la nariz. Con rayas: cuello blando.

Cuna vacía.indb 299 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:33

- *Altura*
  Guión bajo: cuello bajo fácil de tocar. Guión medio: cuello elevándose. Guión alto: cuello alto, difícil de tocar.

- *Ángulo o dirección*
  Diagonal: inclinado. Vertical: recto, en eje con la vagina.

- *Apertura*
  Punto: cuello cerrado. Círculo pequeño: entreabierto. Círculo grande: abierto.

Determinación de la fertilidad de las fases en un ciclo

1. *Fase de infertilidad relativa preovulatoria*
   - ❒ La temperatura se mantiene por debajo de la línea básica.
   - ❒ El moco está ausente y va aumentando progresivamente: pasa de espeso a más líquido.
   - ❒ Sequedad relativa.
   - ❒ El cuello está duro y se irá ablandando.
   - ❒ El cuello está inclinado y bajo; con el paso de los días se endereza y sube.

2. *Fase fértil del ciclo ovulatoria*
   - ❒ Se inicia con un ligero descenso de temperatura.
   - ❒ El cuello se ablanda, sube y abre.
   - ❒ El moco se puede separar entre los dedos.

Cuna vacía.indb 300 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

3. *Fase infértil del ciclo postovulatoria*
   - ❒ Empieza el tercer día después del pico.
   - ❒ La temperatura lleva 3 días por encima de la línea básica.
   - ❒ El cuello vuelve a endurecerse, bajar y cerrarse.
   - ❒ El moco va disminuyendo.

4. *Ciclos anaovulatorios*
   - ❒ Son aquellos en los que sólo hay un nivel bajo de temperatura: la temperatura basal no sube.
   - ❒ Son el 1 por ciento de la mujer sana.
   - ❒ Tras un ciclo anaovulatorio suele aparecer una ovulación temprana por ello. Tras un ciclo anaovulatorio no se debe confiar en la misma duración de la fase preovulatoria habitual.

¿Hay más métodos naturales?

Existen métodos que también son naturales, pues se basan en la determinación de los momentos fértiles o infértiles, pero que no son gratuitos; utilizan accesorios o equipos.

El único comercializado en España es el método monoclonal en orina. Son muy sencillos en su utilización. Este método consiste en hacer una prueba en orina buscando la presencia de la hormona luteinizante (LH) que, aunque siempre está presente, tiene un aumento brusco de 24 a 36 horas antes de la ovulación. El fundamento es un test de Elisa basado en la detección de anticuerpos monoclonales en la orina (a través de su impregnación en unas tiras reactivas). Cuando la hormona luteinizante está baja, la tira se mantiene blanca al ponerse en

Cuna vacía.indb 301 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

contacto con la orina, pero cuando la luteinizante está alta, lo que ocurre cuando la mujer es fértil, la tira se pone azul, por lo que lleva el nombre de Bluetest®. En España se comercializan bajo distintos nombres registrados, con más o menos amplia posibilidad de diferentes días de prueba.

Cuna vacía.indb 302 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

Glosario

Aborto: interrupción de un embarazo de forma espontánea o intencional.

espontáneo: cese de la progresión de una gestación que no ha sido mediada por una acción voluntaria, en una fase en la que el recién nacido no habría sobrevivido.

retenido: el cuerpo puede tardar hasta cuatro y cinco semanas en expulsar los restos, de una manera fisiológica, tras la muerte del feto. A partir de aquí *sí* sería un aborto retenido y habría que intervenir quirúrgicamente.

subclínico: pérdida que se produce antes de la implantación, tan temprano que la mujer no sabía que estaba embarazada y, por tanto, confunde la expulsión con una menstruación normal.

Agregación plaquetaria: unión de las plaquetas para formar trombos. Es la fórmula habitual que tiene el organismo de los vertebrados para luchar contra la pérdida de sangre cuando se ha producido una herida.

Altura uterina: medida realizada durante el embarazo dirigida a estimar el tamaño conjunto del feto con su líquido amniótico; se mide desde

Cuna vacía.indb 303 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

el extremo superior del útero gestante hasta la prominencia del hueso de la sínfisis púbica. Esta medida en centímetros corresponde aproximadamente a la edad gestacional.

Ambivalencia: (RAE) f. Psicol. Estado de ánimo, transitorio o permanente, en el que coexisten dos emociones o sentimientos opuestos, como el amor y el odio.

Amnios: también llamada bolsa de las aguas. Es una fina membrana que forma una bolsa llena de líquido salino en cuyo seno el embrión o el feto está protegido. Además de protegerlo contra golpes, el líquido amniótico permite al feto moverse. Asimismo, el amnios permite que las sustancias de desecho ingresen a la circulación materna para su excreción.

Anatomía: ciencia médica que estudia las estructuras en cuanto a su disposición espacial, ubicación, composición, relación con otras y clasificación propia del cuerpo humano (o del cuerpo animal).

Anejos ovulares: la placenta y la bolsa de las aguas (el amnios).

Anemia: nivel de hemoglobina más bajo de lo normal. Los principales síntomas de la anemia son: cansancio, palidez de la piel y de las mucosas, y fatiga, taquicardia o palpitaciones cuando se hace un mínimo ejercicio físico.

Anestesia: ausencia de sensaciones. En este texto, producida por un acto médico controlado en el que se usan fármacos para bloquear la sensibilidad táctil y dolorosa de un paciente. Puede ser general (en todo el cuerpo), regional (en una porción grande del cuerpo) o local (en una zona aislada del cuerpo). También puede ser con o sin pérdida de la conciencia (con o sin dormir a la persona mediante fármacos), o alcanzando un estado de adormilamiento (sedación). Se usan cuatro grandes tipos de anestesia en obstetricia:

general: se intuba a la paciente y se administran fármacos que bloquean la acción muscular, incluida la respiración espontánea y se sustituye ésta por ventilación asistida; fármacos que produ-

Cuna vacía.indb 304 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

cen sedación y fármacos que eliminan las sensaciones dolorosas. Hoy día en obstetricia sólo se reserva para casos aislados en que la analgesia de otro tipo no resulta eficaz o no es suficiente.

local: se administra mediante una aguja en una zona de piel o mucosa. Es la preferida cuando se trata de suturar y no se ha administrado alguna de las anteriores, por ejemplo, en el caso de un desgarro tras el parto.

locorregional: se administra en el líquido cefalorraquídeo, ya sea en el espacio intradural o en el espacio epidural y produce analgesia (eliminación del dolor, que es el efecto buscado), anestesia (eliminación de sensaciones en el parto, lo cual, en realidad, es un efecto secundario) y paresia (eliminación de la movilidad, es también un efecto secundario). La analgesia locorregional puede ser de dos tipos:

analgesia epidural, administrada en el espacio epidural, por encima de la duramadre, más difícil de administrar, y de efecto más duradero. Es la preferida en los partos.

analgesia espinal, administrada en el espacio intradural, más rápida de administrar y de efecto. Se usa para cesárea o cuando se prevé que queda poco tiempo de parto.

sedación: se administran fármacos que producen somnolencia o hipnosis. Es la preferida en legrados.

Anomalías

inmunológicas: anomalías en el sistema inmunitario.

mullerianas: anomalías en los esbozos embriológicos del aparato genital femenino. Las más características son: útero tabicado (presencia de un tabique que divide parcialmente la cavidad uterina en dos), útero doble (presencia de un tabique que divide totalmente la cavidad) y útero bicorne (útero cuya cavidad tiene forma de Y).

Cuna vacía.indb 305 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

Anticuerpos (inmunoglobulinas): proteínas del tipo gamma globulina. Pueden encontrarse de forma soluble en la sangre o en otros fluidos corporales de los vertebrados, disponiendo de una forma idéntica que actúa como receptor de los linfocitos B. Son empleados por el sistema inmunitario para identificar y neutralizar elementos extraños tales como bacterias, virus o parásitos.

anticardiolipina: anticuerpos que se buscan en sangre cuando ha habido varios abortos para determinar la causa. Cuando estos anticuerpos están presentes, se sospecha una formación inadecuada del coágulo sanguíneo, que forma parte del «síndrome antifosfolípidos».

antinucleares: anticuerpos que se buscan en sangre cuando ya ha habido varios abortos. Esta prueba se utiliza como ayuda para el diagnóstico del lupus sistémico eritematoso y el lupus inducido por fármacos; también puede ser positivo en casos de escleroderma, enfermedad de Raynaud, síndrome de Sjögren, artritis reumatoide, síndrome de los anticuerpos antifosfolípidos y otras enfermedades autoinmunes. Por este motivo, el lupus sistémico eritematoso es difícil de diagnosticar y la prueba de los anticuerpos antinucleares se debe completar con otras pruebas para descartar otras enfermedades autoinmunes del mesénquima. El mesénquima son los vasos sanguíneos, los órganos cardiovasculares, el músculo liso, el mesotelio, el sistema linfático y el tejido conectivo. Son los órganos que se ven afectados por estos síndromes.

Autosoma: cualquier cromosoma que no sea sexual. En el ser humano, los cromosomas del par 1 al 22 son autosomas, y el par 23 corresponde a los cromosomas sexuales X e Y, también llamados heterocromosomas o gonosomas. Los rasgos o caracteres ligados a los autosomas se dice que presentan una herencia autosómica, y los rasgos o caracteres asociados a los cromosomas sexuales o heterocromoso-

Cuna vacía.indb 306 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

mas se denominan caracteres ligados al sexo (éstos a veces son independientes de X o de Y).

Bacteria: organismo vivo compuesto por una sola célula de pequeño tamaño.

aerobia: en su metabolismo obtiene energía a partir de sustancias químicas que son oxidadas principalmente a expensas de respiración de oxígeno (respiración aerobia).

anaerobia: en su metabolismo obtiene energía a partir de sustancias químicas que son oxidadas principalmente a expensas de otros receptores de electrones alternativos (respiración anaerobia).

Biorretroalimentación: a menudo se utiliza el término en inglés, *biofeedback*. Es un sistema que se informa a sí mismo y que informa a otros sistemas de los cuales, a su vez, recibe información.

Cardiocentesis: técnica que consiste en la punción quirúrgica en el espacio pericárdico y la aspiración de líquido para fines terapéuticos o de diagnóstico. Otras situaciones clínicas en las que puede ser empleada la cardiocentesis son derrame pericárdico, perforación traumática o ruptura del miocardio, derrame y secundaria a tumor o una lesión torácica. Terapéuticamente, el procedimiento se utiliza como medida de emergencia para aliviar el riesgo por taponamiento cardiaco.

Cavidad amniótica: *véase* saco amniótico.

Cérvix: también llamado cuello del útero. Es la parte inferior del mismo, en concreto los 3-4 cm inferiores. Mide unos 3 cm de diámetro y tiene un orificio por donde fluye la menstruación y por donde penetran los espermatozoides. Dicho orificio, habitualmente cerrado, se dilata hasta 10 cm para que salga el bebé en el parto.

incompetente: cuando la entrada al útero empieza a dilatarse antes de que el embarazo haya llegado a término, lo cual puede desembocar en un aborto.

Cuna vacía.indb 307 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

Ciclo menstrual: proceso a lo largo del cual se reducen las variaciones hormonales que permiten los cambios en el útero y en los ovarios que hacen que toda la sexualidad femenina tenga un patrón repetitivo cada 28 días aproximadamente. El inicio del ciclo se define como el primer día de la menstruación y el fin del ciclo es el día anterior al inicio de la siguiente menstruación.

Circulación úteroplacentaria: circulación a través de los vasos sanguíneos que comunican el útero y la placenta durante la gestación.

Colestasis gravídica: síndrome que habitualmente se produce en el tercer trimestre del embarazo y que se resuelve en el puerperio. Se caracteriza clínicamente por la presencia de prurito, con o sin ictericia y alteraciones en los parámetros de función hepática. En este trabajo se presenta, con un enfoque práctico, una revisión sobre la etiología, el enfoque diagnóstico y las principales consideraciones para su tratamiento.

Congénito: cualquier rasgo o entidad presente en el nacimiento, es decir, adquirido durante la vida intrauterina, ya sea resultado de un factor genético o ambiental. Las causas ambientales pueden ser infecciosas, como la rubeola congénita, fármacos, tóxicos o radiaciones, entre otras.

Continuum: serie de hechos sucesivos en el tiempo que hacen posible la manifestación y el desarrollo de la vida. Si éste es alterado (ya sea natural o artificialmente) dará como resultado que cualquier especie pueda llegar a desaparecer (póngase como ejemplo los animales en cautividad, que pierden su capacidad reproductiva o que, en caso de poder reproducirse satisfactoriamente, han perdido la capacidad de amamantamiento y cría).

Controles (en estudios de investigación): grupo de sujetos bajo observación en un estudio científico, quienes no reciben el producto bajo estudio y son comparados con el grupo que sí recibió el producto.

Cuna vacía.indb 308 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

Cordón umbilical: en mamíferos, es un tubo que une al embrión en vías de desarrollo o feto con su placenta. En la especie humana, contiene dos arterias y una vena a través de las cuales se produce el intercambio de sustancias nutritivas y sangre rica en oxígeno entre el embrión y la placenta. A las pocas horas de nacer el animal, la madre lo corta y en la cría deja sólo una pequeña cicatriz (el ombligo).

Corea gravítico (*chorea gravidarum*): término médico que se refiere a un trastorno del embarazo. Corea es la aparición de movimientos relativamente rápidos y fluidos, pero no rítmicos, de las extremidades y el tronco. Gravídico significa que ocurre en el embarazo. En algunos casos pueden ser movimientos asimétricos y de gran fuerza, simulando una convulsión. Por lo general, se asocia a la eclampsia y sus efectos sobre los ganglios basales del cerebro. Este tipo de movimientos puede aparecer también con el uso de estrógenos, aunque el trastorno fundamental es un cambio dramático en la influencia hormonal sobre el cerebro. Al final del embarazo o con la eliminación de la hormona causante, los movimientos desaparecen.

Corion: es la membrana externa que recubre al embrión humano y que colabora en la formación de la placenta. Es una membrana concéntrica al amnios, que lo envuelve, así como a las demás membranas fetales. Existen unas raíces llamadas vellosidades que emergen del corion, invaden al endometrio y permiten el intercambio de nutrientes entre la madre y el feto. Cuando el embrión se hace más grande, el corion pasa a llamarse placenta.

Corticosteroides (corticoides): familia de hormonas producidas por la corteza de las glándulas suprarrenales y sus derivados. Los corticosteroides están implicados en una variedad de mecanismos fisiológicos. Entre otros efectos, disminuyen la inflamación, disminuyen la acción del sistema inmunitario, aumentan el nivel de glucosa en sangre, aumentan el catabolismo de proteínas. Su función básica está dirigida a afrontar el estrés. Pueden sintetizarse artificialmente y tie-

Cuna vacía.indb 309 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

nen aplicaciones terapéuticas, utilizándose principalmente por sus propiedades antiinflamatorias e inmunosupresoras y por sus efectos sobre el metabolismo.

Creencia errónea: crédito que se le da a un hecho cuando el mismo no tiene ni base científica ni está avalado por el sentido común. Puede haber un componente cultural que le dé la categoría de «verdad» aunque no se sustente.

Cuerpo lúteo (cuerpo amarillo): pequeña masa de color amarillo formada a partir del folículo de De Graaf. Aparece en el ovario después de la ovulación, durante la cual se genera una serie de hormonas, en concreto estrógenos y progesterona. En caso de embarazo, el cuerpo lúteo crece hasta el comienzo del tercer mes de gestación, mantiene su función de producción hormonal y posteriormente va desapareciendo lentamente. Si el óvulo no es fecundado, el cuerpo lúteo desaparece y la consiguiente disminución de la producción hormonal desencadena la menstruación.

Decidua: es el nombre que recibe el endometrio cuando la mujer está embarazada. Da origen a la parte materna de la placenta.

Diabetes: incluye varias enfermedades diferentes. Algunos de dichos trastornos no poseen relación, pues sus causas y procesos son distintos, pero comparten ciertas manifestaciones clínicas (la excreción copiosa de orina, llamada poliuria, y la intensa sed, llamada polidipsia).

gestacional: proceso similar a la diabetes tipo II, que se produce solamente de forma transitoria durante el embarazo.

insípida: aumento de nivel de sodio en sangre debido a la escasez de la hormona antidiurética.

mellitus: caracterizada por aumento de niveles de glucosa en sangre.

tipo I: aumento de nivel de glucosa en sangre debido a carencia de suficiente insulina, generalmente por daño de origen inmuno-

Cuna vacía.indb 310 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

lógico en el páncreas. No se soluciona con dieta y precisa tratamiento con insulina.

tipo II: aumento de nivel de glucosa en sangre debido a insensibilidad de las células a la acción de la insulina. En muchos casos mejora o se soluciona con dieta.

Dolor

agudo: es el dolor que dura poco tiempo, generalmente menos de dos semanas, como un dolor de muelas o el que se da tras un golpe. Lo opuesto es un dolor crónico.

sordo: es el dolor difícil de localizar con precisión por el paciente. Se contrapone al dolor localizado, que también se conoce como dolor «a punta de dedo».

Ecografía transvaginal: método para examinar mediante ultrasonidos los órganos reproductores de una mujer, incluyendo el útero, los ovarios, el cuello uterino y la vagina. Transvaginal significa por o a través de la vagina.

Edad gestacional: se refiere al número de semanas de gestación, contando desde el primer día de la última regla. El parto se produce habitualmente a la edad gestacional de 40 semanas, que corresponde con una edad desde la concepción de 38 semanas.

Edema: acumulación de líquido en los tejidos, fuera de las células y fuera de las cavidades del organismo.

Efectos teratogénicos: malformaciones o defectos en los nacidos causados por medicación recibida durante la gestación. En los embarazos, los fármacos pueden atravesar la placenta y penetrar en la sangre del feto. Aunque los medicamentos teratógenos están claramente reconocidos, siempre hay que tener precaución con la ingesta de fármacos en los primeros meses de embarazo.

Endocrinología: especialidad médica encargada del estudio de las hormonas. Las hormonas son las sustancias en la sangre que regulan acciones en todos los sitios del organismo simultáneamente.

Cuna vacía.indb 311 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

Endometrio: mucosa que cubre el interior del útero y consiste en un epitelio simple formado por células en forma de prisma con o sin cilios, por glándulas y por un estroma rico en tejido conjuntivo y altamente vascularizado. Su función es la de alojar al cigoto o blastocito después de la fecundación, permitiendo su implantación. Es el lugar donde se desarrolla la placenta y presenta alteraciones cíclicas en sus glándulas y vasos sanguíneos durante el ciclo menstrual en preparación para la implantación del embrión humano.

Endotelio vascular: tipo de epitelio de una sola capa de células, formado por células endoteliales, que recubre el interior de todos los vasos sanguíneos, incluido el corazón, donde se llama endocardio. El endotelio permite el intercambio de nutrientes y desechos. El endotelio total del organismo humano pesa casi 3,5 kilogramos. Sus células consumen gran cantidad de energía debido a su activo metabolismo. La superficie de las células endoteliales está recubierta de receptores que permiten al endotelio realizar múltiples funciones. Por ello, la disfunción del endotelio es la responsable de numerosas enfermedades como la arteriosclerosis, la hipertensión arterial, la sepsis, la trombosis, la vasculitis, y algunos tipos de hemorragias.

Estenosis: término utilizado para denotar la estrechez patológica de la luz de un orificio o conducto.

Familia

extensa: los padres de ambos miembros de la pareja junto con sus hermanos, cónyuges e hijos de los mismos.

nuclear: la que está formada por padre, madre e hijos.

reconstituida: la que consta de los miembros de la pareja más los hijos que puedan tener de otras parejas anteriores.

Feto

hidrópico: feto afecto de hidrops. Hidrops es el edema generalizado. El mecanismo es el siguiente. Debido a la hemólisis severa, se

Cuna vacía.indb 312 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

produce una eritropoyesis extramedular extensa, asumiendo este papel el hígado, bazo, riñón y glándulas suprarrenales. Los cordones hepáticos y la circulación hepática están afectados por los islotes de eritropoyesis, y como consecuencia de esto ocurre una obstrucción de la vena porta y de la vena umbilical que originan hipertensión portal. Todo provoca interferencias en la función del hepatocito. La producción de albúmina disminuye, lo cual repercute sobre la presión coloidosmótica plasmática, que desciende y da lugar al desarrollo de edema generalizado, ascitis, derrame pericárdico y pleural (anasarca).

macrosómico: bebé con un peso superior al percentil 95 del peso ideal para su edad gestacional. En España, en bebés nacidos a término de unos 4.000 g.

Gelatina de Wharton: se encuentra principalmente en el cordón umbilical, es decir, es el mismo tejido conectivo laxo mucoso, y está conformado por células mesenquimatosas, que luego se convertirán en fibroblastos inmaduros.

Genética: campo de las ciencias biológicas que trata de comprender cómo la herencia biológica es transmitida de una generación a la siguiente, y cómo se efectúa el desarrollo de las características que controlan estos procesos.

Gestación ectópica: embarazo que se desarrolla fuera del útero, ya sea en la trompa de Falopio (el más frecuente), en el ovario, en el canal cervical o en la cavidad pélvica o abdominal.

Gonadotropina coriónica humana (**GCH-β**): hormona sintetizada en el cerebro y en la placenta en las mujeres embarazadas con diferentes funciones en hombres y mujeres. En la mujer estimula la maduración del óvulo y en el hombre, la producción de testosterona en los testículos.

HCG: siglas del nombre en inglés de la hormona gonadotropina coriónica humana: Human Chorionic Gonadotropin.

Cuna vacía.indb 313 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

Heparina: anticoagulante usado en varios campos de la medicina. Se encuentra de forma natural en pulmones, hígado, piel y células cebadas.

Hemograma o **biometría hemática** o **fórmula sanguínea**: es uno de los elementos diagnósticos básicos. Expresa el número, proporción y variaciones de los elementos sanguíneos. Recoge el número de hematíes con sus valores globulares, el recuento de leucocitos de diferentes tipos y su proporción, así como el número de plaquetas.

Hemorragia feto-materna: cuando ha existido un intercambio de sangre entre la madre y el feto durante la gestación.

Hiperandrogenismo: exceso de hormonas masculinas, como testosterona y otros andrógenos.

Hipercoagulabilidad: tendencia a la formación de trombos debida a la pérdida de plasma o aumento del fibrinógeno en respuesta a la fase aguda.

Hipertensión arterial: condición médica caracterizada por un incremento de las cifras de presión arterial por encima de 140/90 mmHg.

Hipofibrinogenemia: baja concentración de fibrinógeno en sangre. El fibrinógeno es una proteína disuelta en el suero sanguíneo que tiene un papel importante en la coagulación.

Hipófisis o **glándula pituitaria**: glándula que controla al resto, entre ellas el tiroides. Es una glándula compleja que se aloja en un espacio óseo llamado silla turca del hueso esfenoides, situada en la base del cráneo, en la fosa cerebral media, que conecta con el hipotálamo a través del tallo pituitario o tallo hipofisario.

Hipotálamo: zona del cerebro que forma parte del diencéfalo y se sitúa por debajo del tálamo. Libera al menos nueve hormonas que actúan como inhibidoras o estimulantes en la secreción de otras hormonas en la hipófisis anterior, por lo que se puede decir que trabaja en conjunto con ésta. Suele considerarse el centro integrador del sistema nervioso vegetativo o autónomo. Regula la homeostasis del organis-

Cuna vacía.indb 314 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

mo en conjunto con la hipófisis, por medio de un sistema de retroalimentación negativo.

Hipotiroidismo: disminución de los niveles de hormonas tiroideas en plasma sanguíneo y consecuentemente en tejidos, que puede ser asintomática u ocasionar múltiples síntomas y signos en todo el organismo.

Hirsutismo: crecimiento excesivo de vello terminal en mujeres siguiendo un patrón masculino de distribución: predominio en zona de patillas, barbilla, cuello, areolas mamarias, tórax, en área inmediatamente superior o inferior al ombligo, así como en muslos o espalda. Frecuentemente se asocia a acné, calvicie con patrón masculino (alopecia androgénica) e irregularidades menstruales. Es un trastorno que afecta aproximadamente al 10 por ciento de las mujeres en edad fértil. Puede ser leve, lo que representa una variación del patrón de crecimiento normal, y en raras ocasiones es signo de un trastorno subyacente grave. Puede estar relacionado con el exceso de andrógenos, como el síndrome de ovario poliquístico o la hiperplasia suprarrenal congénita.

Huevo huero (vacío, aberrante): término que se utiliza en medicina para designar el embarazo interrumpido tan temprano que el embrión aún estaba en fase de mórula y tenía forma de huevo (como se suele ver perfectamente en la ecografía).

Iatrogenia: aquello que, en lugar de favorecer la resolución de un «conflicto», acaba contribuyendo a que se cree otro «conflicto» mayor. En el ámbito médico, cualquier daño causado por alguna intervención médica. Incluye los efectos secundarios, los efectos accidentales, los errores médicos, etcétera.

IgM (Inmunoglobulina M): uno de los cinco tipos de inmunoglobulina (IgG, IgA, IgM, IgE, IgD) presentes en el organismo; la IgM constituye un 6 por ciento de la población de Ig presente en sangre. Provoca la

Cuna vacía.indb 315 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

lisis de bacterias, envueltas víricas y otros agentes patógenos. Es el primer tipo de inmunoglobulina sintetizada en respuesta a una infección.

I-legrado: término acuñado en el foro Superando un Aborto para designar los legrados realizados por sistema sin necesidad real.

Implantación (en embriología): proceso consistente en la fijación, penetración y anidación del blastocisto en la capa que tapiza la pared uterina, durante las primeras fases del desarrollo prenatal.

Incompatibilidad feto-materna por el grupo sanguíneo ABO: reacción inmunológica que ocurre en el cuerpo cuando dos muestras de sangre de tipos ABO diferentes e incompatibles se mezclan. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad hemolítica del recién nacido (ictericia y anemia) son el resultado del grado de hemólisis y de producción compensatoria de eritrocitos del feto. En general, cuanto más intensa es la reacción, más graves son las manifestaciones clínicas y mayor el riesgo de daño del SNC causado por la hiperbilirrubinemia.

Inestabilidad hemodinámica: cursa con hipotensión, sudoración, mareo, malestar...

Infección: término clínico para la colonización de un organismo huésped por especies exteriores. En la utilización clínica del término infección, el organismo colonizador es perjudicial para el funcionamiento normal y supervivencia del huésped, por lo que se califica al microorganismo como patógeno.

Inmunología: rama de la biología y de las ciencias médicas que se ocupa del estudio del sistema inmunitario en todos los organismos, entendiendo como tal al conjunto de órganos, tejidos y células que en los vertebrados tienen como función biológica el reconocer elementos extraños o ajenos dando una respuesta (respuesta inmunológica).

Insuficiencia de cuerpo lúteo: patología que provoca un descenso de la concentración de progesterona en el plasma sanguíneo. Es una de las principales causas de la esterilidad femenina. Se forma cuando el óvulo sale del folículo y éste se transforma en el cuerpo amarillo.

Cuna vacía.indb 316 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

Invaginar: plegar los bordes de una bolsa o tubo hacia dentro.

Invasión trofoblástica de arterias uterinas: cambios vasculares que ocurren en la circulación uterina provocados por el embarazo. Se deben a la pérdida de los componentes elásticos y musculares de las arterias espirales, merced a la invasión trofoblástica y su reemplazo por tejido fibrinoide.

Inversión: defecto cromosómico en el que dos o más segmentos del cromosoma se rompen y se separan, para reintegrarse después al cromosoma en posición errónea.

Involución del embarazo: tiempo desde que el embrión/feto muere hasta que se inicia el parto fisiológico en el que van desapareciendo ciertas características físicas del embarazo y sus molestias asociadas.

Lupus eritematoso sistémico (**LES** o **lupus**): enfermedad autoinmune crónica. En ésta, el sistema inmunológico ataca a las células del organismo y los tejidos, produciendo inflamación y daño debido a la unión de autoanticuerpos a las células del organismo y al depósito de complejos antígeno-anticuerpo.

Maceración fetal: digestión del producto de una gestación por la acción de encimas o bacterias después de la muerte fetal.

Meconio: sustancia viscosa y espesa de color verde oscuro tirando a negro compuesta por células muertas y secreciones del estómago e hígado que reviste el intestino del recién nacido y se va formando en el periodo fetal. Son las primeras heces. El meconio puede tardar hasta 48 horas en ser expulsado por el bebé. Después las deposiciones serán más sólidas y de color amarillo.

Memoria

celular: la constituida por el código genético de las células. Esta memoria proporciona el programa según el cual las células actúan en cada momento y según su categoría.

Cuna vacía.indb 317 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

filogenética: la constituida por el código genético de la especie. Esta memoria consta del programa común a todos los individuos de una especie, según el cual los mismos actúan en cada momento según sus circunstancias.

ontogenética: la constituida por el código genético sumado al bagaje cultural del individuo. Cada individuo recibe de la generación anterior el bagaje genético más el bagaje cultural, que va acumulando a lo largo de toda su vida.

Mesénquima: tejido del embrion, de tipo conjuntivo laxo, con una abundante matriz extracelular, y relativamente pocas células. Dará lugar a vasos sanguíneos y órganos cardiovasculares, músculo liso, mesotelio, sistema linfático y tejido conectivo. El mesénquima procede del mesodermo (la lámina intermedia en el disco embrionario trilaminar) durante el desarrollo embrionario.

Metabolitos estables: metabolitos son los productos resultantes de reacciones químicas en organismos vivos (por ejemplo, metabolismo). Son estables cuando no se modifican en un tiempo largo.

Monosomía: en genética, es la eliminación de un cromosoma de una pareja de homólogos (el individuo tiene 2n-1 cromosomas, en lugar de 2n). En la especie humana, la monosomía es casi siempre letal, produciendo la muerte intraútero, aunque una importante excepción es la monosomía del cromosoma X, que produce el síndrome de Turner; es una monosomía de cromosomas sexuales en la cual existe un único cromosoma X, pero ninguno Y.

Mortinato: nacido muerto.

Mórula: segundo estadio presente en la génesis del embrión animal o humano. El nombre procede de que la disposición de las células podría recordar a la de la mora (fruta). Es la etapa que consiste en una serie de mitosis del cigoto, que lo convierten en una sólida bola de 8, 16, 32 y hasta 64 células, llamadas blastómeros; tras la fase de 64, empieza a evolucionar hacia un balón hueco, la blástula. En el caso

Cuna vacía.indb 318 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

de los humanos, los primeros días desde la fecundación del óvulo, las células se duplican cada 24 horas aproximadamente, por lo que se alcanzan unas 64 células en una semana.

Muerte antenatal: muerte del bebé durante la gestación.

Necropsia fetal: procedimiento técnico y científico de disección anatómica sistemática del feto después de su muerte para dilucidar la causa de la misma.

Neuropsicología: disciplina fundamentalmente clínica que converge entre la psicología y la neurología y que estudia los efectos que una lesión, daño o funcionamiento anómalo en las estructuras del sistema nervioso central causa sobre los procesos cognitivos, psicológicos, emocionales y del comportamiento individual. Estos efectos o déficits pueden estar provocados por traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares o ictus, tumores cerebrales, enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, esclerosis múltiple, Parkinson, etcétera) o enfermedades del desarrollo (epilepsia, parálisis cerebral, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, etcétera).

Niveles séricos: se refiere al nivel de concentración de algo disuelto en el suero de la sangre (medicamento, hormona o cualquier sustancia).

Nulípara: mujer que nunca ha parido.

Nuliparidad: el hecho de nunca haber parido.

Ovulación: proceso de emisión de un óvulo tras la formación de un folículo ovárico.

Patrón mental: manera establecida de forjar estructuras mentales.

Preeclampsia: complicación médica del embarazo también llamada toxemia del embarazo. Se reconoce por tres signos básicos: hipertensión arterial mayor de 140/90, elevados niveles de proteína en la orina y edemas. Puede presentar otros signos y síntomas, como alteración de

Cuna vacía.indb 319 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

la función hepática y visual. Cuando es severa puede presentar oliguria (orina menor de 400 ml/24 h), trastornos mentales, dolores epigástricos (en puñalada, intensos), edema pulmonar o cianosis, aumento de peso de más de 2 kg en una semana, alteraciones en la visión: visión borrosa, doble, ver estrellitas luminosas, intolerancia a la luz, cefaleas intensas y persistentes.

Profilaxis: prevención de enfermedades basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos.

Progesterona: la progesterona es una de las hormonas sexuales que se desarrollan a partir de la pubertad en la mujer; aumenta en la segunda fase del ciclo menstrual, engrosando el endometrio para que pueda anidar el óvulo si hubiera sido fecundado; aumenta más aún si prosigue el embarazo, evitando los ciclos menstruales; disminuye su nivel en sangre durante la primera fase del ciclo menstrual, estimulando los cambios madurativos, preparando así al endometrio para la implantación del embrión. Al bajar sus niveles, el endometrio se cae, produciendo la menstruación. Es la hormona responsable del desarrollo de caracteres sexuales secundarios en una mujer y sirve para mantener el embarazo. Es la responsable del aumento del tamaño de los pechos en el embarazo y, en algunos casos, durante los últimos días del ciclo menstrual. Hay otras hormonas de la misma familia que en conjunto se denominan progestágenos. Sus principales fuentes son: el cuerpo lúteo formado en el ovario y la placenta; si bien también pueden sintetizarse en las glándulas adrenales y el hígado.

Prolapso de cordón: se produce cuando el cordón umbilical aparece por el cuello uterino antes que el feto. Se trata de una complicación extremadamente rara en un parto en evolución espontánea, pero menos rara cuando se realizan intervenciones en el parto, como la rotura artificial de bolsa. El prolapso pone en peligro la vida del feto, ya que la compresión del cordón limita el aporte de sangre y oxígeno del

Cuna vacía.indb 320 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

mismo. Se soluciona mediante una cesárea urgente, pero en un porcentaje muere el feto.

Prostaciclina: sustancia de la sangre generada por el organismo en ciertas situaciones como la inflamación, que actúa principalmente evitando la formación y agregación plaquetarias en relación con la coagulación de la sangre. Es también un vasodilatador eficaz.

Prostaglandinas: sustancias de la sangre generadas por el organismo en ciertas situaciones como la inflamación o en el parto; tienen forma de ácidos grasos. Algunas prostaglandinas, como la E2, actúan provocando contracciones del útero. En general, todas producen dilatación de vasos y bronquios, aumento del moco protector del estómago y disminución de los ácidos del estómago.

Proteína C reactiva (PCR; CRP en inglés): miembro de una clase de reactivos de fase aguda producidos por el hígado y por las células del tejido adiposo; su nivel aumenta mucho durante los procesos inflamatorios. Desempeña un papel importante en la inmunidad innata, como un sistema de defensa temprano contra infecciones.

Pulsátil: relativo a una actividad caracterizada por una pulsación rítmica.

Rasgos dismórficos: las dismorfias son alteraciones estructurales del desarrollo producidas antes de la décima semana de gestación. En todas ellas se produce un error en el desarrollo del embrión, bien por causas genéticas, por lesiones durante la vida fetal o por agresiones en la época neonatal.

Resonancia magnética nuclear (RMN) o Nuclear Magnetic Resonance (NMR en inglés): imagen del organismo conseguida sin emitir radiación ionizante y en cualquier plano del espacio mediante tecnología basada en el campo magnético. Diferencia mejor que ninguna otra prueba de radiología las distintas estructuras anatómicas. Pueden añadirse contrastes como el gadolinio para delimitar aún más las estructuras y partes del cuerpo.

Cuna vacía.indb 321 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

Ritual: acto poético y creativo, un paseo por el mundo simbólico y sagrado de cada uno.

RPM: rotura prematura de membranas. Prematura en este contexto significa antes de comenzar el parto, por lo que muchos expertos consideran que debería decirse **rotura preparto de membranas**. Puede ser a término o pretérmino, según la edad gestacional.

Saco

amniótico: cubierta de dos membranas que cubre al embrión y que se forma entre el octavo y noveno día de la fecundación. La membrana interna, llamada *amnios,* contiene el líquido amniótico y el feto en su interior. La membrana exterior, llamado *corion*, alberga el amnios y es parte de la placenta.

gestacional: bolsa total que contiene la gestación.

Separaciones corioamnióticas: separación de las membranas amnios y corion, a menudo rellena de sangre o coágulo. Si cursa con sangrado supone una amenaza de aborto.

Síndrome

antifosfolípido (o síndrome de anticuerpos antifosfolípido): desorden de coagulación que produce trombosis tanto en arterias y venas. En el embarazo esto provoca un aborto, parto prematuro o preeclampsia. En algunas ocasiones se hace referencia a este síndrome como el síndrome Hughes, en honor al reumatólogo Graham R. V. Hughes (St. Thomas' Hospital, Londres, Reino Unido). Este síndrome coexiste comúnmente con otras enfermedades autoinmunes, como el lupus.

de ovarios poliquísticos: desorden endocrinológico que causa uno de los desequilibrios hormonales más frecuentes en mujeres de edad reproductiva. Se define por tres criterios: 1. Disminución de la frecuencia de ovulación, que puede llegar a la ausencia de la misma (anovulación); 2. Exceso de actividad androgénica: caracterizada por aumento del vello, o aumento en sangre de

Cuna vacía.indb 322 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

testosterona; 3. Ovarios multiquísticos visualizados por ecografía o por otra técnica de imagen.

de transfusión feto-fetal en gemelos que comparten placenta: ocurre cuando un feto bombea sangre a la placenta del otro. El otro, llamado el feto receptor, recibe demasiada sangre y el feto donante no recibe suficiente. Es una situación grave para ambos bebés. El feto donante no crece lo suficiente, apenas orina y tiene muy poco líquido amniótico; puede morir por falta de sangre que conlleva falta de oxígeno. El feto receptor recibe demasiada sangre y crece mucho; intenta regular la situación orinando mucho, por lo que dispone de mucho líquido amniótico; puede morir a causa del corazón por la sobrecarga de sangre. Tratamiento: una operación prenatal en la cual, mediante técnicas con láser, se cauteriza las conexiones entre los vasos sanguíneos de los bebés.

Sinequias uterinas: cicatrices en la cavidad del útero, en que se adhieren las paredes una con la otra. Suele haber algún antecedente de infección o de un legrado. Generalmente cubren una pequeña extensión de la cavidad y, en ocasiones, pueden ser muy extensas ocluyendo la cavidad casi completamente. A veces afectan a a la fertilidad, dependiendo de su extensión. Lo mejor es evaluarla por medio de una histeroscopia, técnica que, al mismo tiempo que evalúa, corrige quirúrgicamente.

Streptococcus Agalactiae: anaerobio facultativo, Gram positivo, caracterizado por presentar el grupo B de antígenos Lancefield. Se puede encontrar en el aparato digestivo, urinario y genital de los adultos. La colonización en la vagina por *Streptococcus Agalactiae* normalmente no ocasiona problemas a las mujeres. Si durante el parto pasa a las vías respiratorias y a la sangre del recién nacido, éste puede quedar afectado por una infección grave llamada sepsis, que puede ser mortal. Esto ocurre con más frecuencia en bebés inmunodeprimidos, o bien que no han podido conformar adecuadamente su flora bacteriana de piel y tracto gastrointestinal mediante el contacto precoz piel con piel con

Cuna vacía.indb 323 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

la madre, o que no han recibido la protección de los anticuerpos de la madre transmitidos mediante la lactancia materna, sobre todo cuando el parto ha tenido intervenciones que favorecen el paso de gérmenes a su sangre (como la colocación de un captor interno).

Subcoriónico: dícese cuando algo está situado debajo del corion. Suele referirse a imágenes ecográficas. Por ejemplo, un hematoma subcoriónico es una pequeña cantidad de sangre debajo de la membrana corion.

Surfactante: sustancia que reduce la tensión superficial de un líquido. Por ejemplo, en los alveolos pulmonares existe una capa de surfactante que evita que los alveolos se cierren. Son exógenos cuando se administran a un paciente (por ejemplo, bebés prematuros).

Talasemia: grupo de enfermedades hereditarias en las que se produce un defecto en la síntesis de la hemoglobina. Esta enfermedad fue primeramente descrita en poblaciones costeras del Mediterráneo, pero también es prevalente en África, Oriente Medio y Asia.

alfa (α-talasemia): hay una deficiencia de síntesis de cadenas α. El resultado es un exceso de cadenas β trasportando deficientemente el oxígeno, lo que conduce a bajas concentraciones de O_2 (hipoxemia).

Tejido trofoblástico: tejido que provee de nutrientes al embrión en sus primeras semanas de gestación.

Tetraploidial: estado o alteración que consiste en tener cuatro grupos completos de cromosomas.

Tránsito: acto de recorrer el trayecto entre dos puntos. En la presente obra se trataría fundamentalmente de un camino emocional, psíquico o espiritual.

Translocación (en genética): reordenación del material genético dentro del mismo cromosoma o transferencia de un segmento de un cromosoma a otro no homólogo.

Cuna vacía.indb 324 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

Triploidía: presencia de una dotación cromosómica de 3 cromosomas homólogos en lugar de dos de cada uno de los cromosomas. Uno de los gametos de los padres pone carga doble en el gameto que aporta.

Trisomía: presencia de una dotación cromosómica de 3 cromosomas homólogos en lugar de dos en uno de los cromosomas, es un triplete. En la especie humana, la única trisomía que es capaz de sobrevivir es la trisomía del par 21, que se expresa mediante un síndrome llamado síndrome de Down, con discapacidades intelectual y motriz, entre otras.

Trombocitopenia: recuento plaquetario inferior a 100.000/mm³, es decir, la disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo por debajo de los niveles normales. En términos generales, los valores normales se ubican entre 150.000 y 400.000 plaquetas por cada milímetro cúbico.

Trombofilia: propensión a desarrollar trombosis (coágulos sanguíneos) debido a anormalidades en el sistema de la coagulación. Los defectos hereditarios en uno o más de los factores de la coagulación pueden provocar la formación de coágulos potencialmente peligrosos (trombosis).

Trombopenia neonatal aloinmune: paso de anticuerpos maternos dirigidos contra los antígenos plaquetarios fetales heredados del padre. Se produce hemorragia cerebromeníngea que puede conducir a secuelas neurológicas importantes.

Vasoconstricción: estrechamiento de un vaso sanguíneo que conlleva una disminución del volumen de sangre que puede pasar.

Vasoconstrictor: es una sustancia o estímulo ambiental que provoca vasoconstricción directa o indirectamente. Los vasoconstrictores son también utilizados clínicamente para incrementar la presión sanguínea o para reducir el flujo sanguíneo localmente.

Cuna vacía.indb 325 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:34

Ventilación mecánica: procedimiento de respiración artificial que sustituye o ayuda temporalmente a la función de entrada y salida de aire de los pulmones. No es una terapia, es una intervención de apoyo mientras se corrige el problema que provocó su instauración.

Vesícula gestacional: bolsa que contiene la gestación.

Vida aérea: la que tienen los seres tras su nacimiento.

Cuna vacía.indb 326 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:35

Bibliografía

Argente, Joaquín, *Me doy permiso para…*, Obelisco, Barcelona, 2009.

Arias, F., «Early Pregnancy Loss», en F. Arias, *Practical Guide to High Risk Pregnancy and Delivery*, Mosby Year Book, San Luis, 1993, pp. 55-70.

Balasch, J., *et al.*, «The significance of luteal phase deficiency on fertility: a diagnostic and therapeutic approach», *Human Reproduction*, 1986, 1, p. 145.

Bandler, Richard y Grinder, John, *La estructura de la magia. Lenguaje y Terapia*, Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 1998.

Brizandine, Lovann, *El cerebro femenino*, Círculo de Lectores, Barcelona, 2007.

Bucay, Jorge, *El camino de las lágrimas,* Grijalbo, Barcelona, 2003.

Caillé, Philippe, *Uno más uno son tres*, Paidós, Barcelona, 2001.

Carvajal A., Claudia, «Educando en la cultura de la vida desde la muerte intrauterina», *http://www.provida.es/pensamiento/publicaciones/Claudia_Carvajal.htm*

Cyrulnik, Boris, *Los patitos feos*, Gedisa, Barcelona, 2002.

Cuna vacía.indb 327 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:35

Dethlefsen, Thorwald, *La enfermedad como camino, un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades*, Nuevas Ediciones de Bolsillo, Barcelona, 2005.

Echeburúa, Enrique y Herrán, Arantxa, «¿Cuándo el duelo es patológico y cómo tratarlo?», en *Análisis y Modificación de Conducta*, 33, 2007, pp. 31-50.

Eiben, Bernd, *et al.*, «Cytogenetic analysis of 750 spontaneous abortions with the direct-preparation method of chorionic villi and its implications for studying genetic causes of pregnancy wastage», *The American Journal of Human Genetics*, 1990, 47, pp. 656-663.

Faldet, Rachel y Fitton, Karen, *Our Stories of Miscarriage* (*Cuando el embarazo termina en pérdida*), Fairview Press, Minneapolis, 2003.

Fernández, Francisca, «Atención al parto, todos tus derechos», *El Mundo de tu Bebé*, nº 189, diciembre de 2008.

Fernández del Castillo, Isabel, *La revolución del nacimiento: partos respetados, nacimientos más seguros*, Granica, Barcelona, 2006.

Gray, Miranda, *Luna roja: los dones del ciclo menstrual*, Gaia, Madrid, 2005.

Gutman, Laura, *La maternidad y el encuentro con la propia sombra. Crisis vital y revolución emocional*, RBA Integral, Barcelona, 2006.

—, *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina*, RBA Integral, Barcelona, 2006.

—, *Violencias invisibles y adicciones*, RBA Integral, Barcelona, 2007.

Haas, Elson M., *La salud y las estaciones*, Edaf, Madrid, 1983.

Hughes, Patricia y Riordan, Daniel, *Dynamic Psychotherapy Explained*, Radcliffe Medical Press Ltd., Oxford, 1999.

Ilse, Sheroke, *Brazos vacíos. Sobrellevando el aborto espontáneo, el nacimiento de un bebé muerto y la muerte infantil,* Arlene Appelbaum, Maple Plain, 2005 (5ª ed., 1ª ed. 1982).

Imber-Black, Evan, Roberts, Janine, Mizraji, Margarita y Whiting, Richard A., *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*, Gedisa, Barcelona, 1997.

Cuna vacía.indb 328 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:35

Jiménez Vargas, Juan y López García, Guillermo, *¿A qué se llama aborto?*, Magisterio Español, Prensa Española, Madrid, 1975.

Johnson, Joy, *Ese momentito: para los padres que sufren la experiencia de perder un hijo o de que su bebé nazca muerto,* Centering Corporation, Omaha, 2002.

Jové, Rosa, «Niños y adolescentes en duelo», en VV.AA., *Tratando… el proceso de duelo y de morir*, Pirámide, Madrid, 2008.

Kliman, Harvey J., McSweet, Juliet y Levin, Yifat A., *Fetal Death: Etiology and Pathology Findings*, Reproductive and Placental Research Unit, Yale University, 2000.

Kübler-Ross, Elisabeth, *Los niños y la muerte*, Luciérnaga, Barcelona, 2003.

—, *Una mirada de amor: testimonio de una vida y una enseñanza*, Sirpus, Barcelona 2005.

—, *La rueda de la vida,* Zeta, Barcelona 2007.

Lambert, Joan Dahr, *Los círculos de piedra*, Ediciones B, Barcelona, 1997.

Liedloff, Jean, *El concepto de continuum: en busca del bienestar perdido*, Ob Stare, Santa Cruz de Tenerife, 2006.

Lorente Gironella, Ferrán y Vilamitjana, Jordi, *Propostes per a una litúrgia funerària laica*, Curbet CCG Edicions, Barcelona, 2001.

Luise, C., Jermy. K., Costello, G. *et al.*, «Outcome of Expectant Management of Spontaneous First Trimester Miscarriage: Observational Study», *British Medical Journal*, 2002, 324, pp. 873-875.

Marina, José Antonio, *Anatomía del miedo: un tratado sobre la valentía*, Anagrama, Barcelona, 2007.

Miller, J. F., *et al.*, «Fetal Loss After Implantation: a Prospective Study», *Lancet*, 1980, 2, p. 554.

Montoya Carrasquilla, J., «Aspectos incipientes y apuntes de farmacología en el duelo», en Leila Nomen (coord.), *Tratando el proceso del duelo y del morir*, Pirámide, Madrid, 2008, capítulo 4.

Neilson, J. P., Hickey, M. y Vázquez, J., «Medical Treatment for Early Fetal Death (Less than 24 Weeks)», *Cochrane Database of Systematic*

Cuna vacía.indb 329 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:35

Reviews, 2006, Issue 3. Art. No. CD002253. DOI: 10.1002/14651858. CD002253. pub. 3.

Neimeyer, Robert A., *Aprender de la pérdida, una guía para afrontar el duelo*, Paidós, Barcelona, 2002, p. 39.

Nielsen, S., Hahlin, M. y Platz-Christiansen, J., «Randomised Study Comparing Expectant Management with Medical Management for First Trimester Miscarriages», *British Journal Obstet. Gynaecol.*, 106, pp. 804-807.

Nomen, Leila (coord.), *Tratando… el proceso de duelo y de morir*, Pirámide, Madrid, 2008.

Northrup, Christiane, *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer. Una guía para la salud física y emocional*, Urano, Barcelona, 2003 (1ª ed. 1994).

Núñez, Antonio, *¡Será mejor que lo cuentes!*, Empresa Activa, Barcelona, 2007.

Odent, Michel, *El bebé es un mamífero*, Mandala, Madrid, 1990.

—, *La cesárea*, La Liebre de Marzo, Barcelona, 2006.

—, *La cientificación del amor*, Fundación Creavida, Buenos Aires, 2007.

—, *Ecología Prenatal*, Fundación Creavida, Buenos Aires, 2008.

Olza, Ibone y Lebrero, Enrique, *Nacer por cesárea: evitar cesáreas innecesarias, vivir cesáreas respetuosas*, Granica, Barcelona, 2005.

O'Yeray, Joann, «El embarazo después de perder un bebé», *Ob Stare. El Mundo de la Maternidad,* nº 9, 2003.

Pallàs, Carme, *Antes de tiempo, nacer muy pequeño*, Ex-Libris, Madrid, 2006.

Palus, Jacqueline, *Un saludo de los niños del más allá*, Vesica Piscis, Granada, 2001.

Pinkola Estés, Clarissa, *Mujeres que corren con los lobos*, Círculo de Lectores, Barcelona, 2002.

Punset, Eduardo, *El viaje del amor. Las nuevas claves científicas*, Círculo de Lectores, Barcelona, 2007.

Rando, T. A., *Treatment of Complicated Mourning*, Research Press, Champaign, 1993.

Cuna vacía.indb 330 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:35

Rosen, Sidney (comp.), *Mi voz irá contigo: los cuentos didácticos de Milton H. Erickson*, Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona, 1994.

Royal College of Obstetricians and Gynecologists, «Abordaje de la pérdida temprana del embarazo», *RCOG-Green top guideline*, 2006, 25.

Ruiz Vélez-Frías, Consuelo, *Parir sin miedo*, Ob Stare, Santa Cruz de Tenerife, 2009.

Savage, Judith A., *Duelo por las vidas no vividas. Estudio psicológico de los problemas neonatales*, Luciérnaga, Barcelona, 2000 (2ª ed., 1ª ed. 1992).

Schwiebert, Pat, *Una memoria demasiado temprana: una guía para padres sufriendo un aborto*, Perinatal Loss, Portland, Oregón, 2001.

— y Kirk, Paul, *Cuando hola significa adiós. Una guía para padres del niño que fallece antes, durante el o poco después del parto*. Perinatal Loss, Portland, Oregón, 2001 (3ª ed., 1ª ed., 1981).

Shinoda Bolen, Jean, *Las diosas de cada mujer. Una nueva psicología femenina*, Kairós, Barcelona, 2002.

Silver, R. M., Varner, M. W., Reddy, U., Goldenberg, R., Pinar, H., Conway, D., *et al.*, «Work-up of Stillbirth: a Review of Evidence», *Am. J. Obstet Gynecol*, 2007, 196, pp. 433-444.

Smulders, Beatrijs y Croon, Mariël, *Embarazo seguro*, Medici, Barcelona, 2001.

Stossel, Pius, *Myriam, ¿por qué lloras? Experiencias de mujeres tras el aborto*, Combel, Barcelona, 2004.

Uvnäs-Moberg, Kerstin, *Oxitocina, la hormona de la calma, el amor y la sanación*, Obelisco, Barcelona, 2009.

West, Zita, *La guía definitiva de la fertilidad y la concepción*, Pearson Alhambra, Madrid, 2005.

Wilcox, A.J., *et al.*, «Incidence of Early Loss of Pregnancy», *The New England Journal of Medicine*, 1988, 319, pp. 189-194.

Cuna vacía.indb 331 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:35

Direcciones de interés

http://www.alfinlibros.com Librería on line, especializada en libros sobre muerte y duelo.

http://www.eldedoenlallaga.com Página web con diferentes temas de actualidad, entre ellos el de la mujer y sus ciclos.

http://www.elpartoesnuestro.es En su apartado «Siempre en el corazón» aborda las pérdidas perinatales.

http://petitsambllum.org Página web hecha por padres que han sufrido una pérdida.

http://superandounaborto.foroactivo.com Comunidad virtual de apoyo entre iguales.

http://www.umamanita.es Página web hecha por padres que han sufrido alguna pérdida.

http://www.uk-sands.org Página web de la asociación Sands (Still Birth and Neonatal Birth Society, Reino Unido).

CEAPP – Servicio de Soporte al Duelo de Girona.

Cuna vacía.indb 333 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:35

Cuna vacía.indb 334 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:35

Cuna vacía.indb 335 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:35

Cuna vacía.indb 336 www.FreeLibros.me 5/5/09 18:19:35