

El adiós más difícil de decir: Pérdida gestacional

Evelyn Pasquali *

Universidad de Buenos Aires

Sandra Marañón **

Universidad Nacional de Mar del Plata

Recibido: 11/3/2021 – Aprobado: 18/5/2021

Resumen:

La muerte fetal es una de las instancias más complejas de atravesar para una persona gestante. Lo es también para los equipos de salud que intervienen en ese momento. Uno de los capítulos de la serie New Amsterdam aborda este tema, invisibilizado, no autorizado y silenciado que interpela a los/as profesionales de salud: la pérdida gestacional. Varios interrogantes se abren ¿Qué les sucede a esas mujeres que deben ser sometidas a procedimientos médicos luego de enterarse del fallecimiento de su hijo/a? ¿Cuál es el impacto en su subjetividad? ¿Cómo les afecta a los/as profesionales de salud estas pérdidas? ¿Cómo intervenir ante el duelo? ¿Cuál es el rol de los y las profesionales de la salud mental en estos casos? ¿Qué se puede decir cuando no hay palabras?

Palabras clave: Pérdida gestacional, profesionales de la salud, intervenciones, duelo.

Abstract:

The Hardest Goodbye to Say: Gestational Loss.

Fetal death is one of the most complex instances to go through for a pregnant person, it is also for the health teams involved at the time. One of the chapters of the New Amsterdam series addresses this issue, invisible, unauthorized and silenced that questions health professionals: gestational loss. Several questions arise: What happens to those women who must undergo medical procedures after learning of the death of their child? What is the impact on their subjectivity? How do these losses affect health professionals? How to intervene in the duel? What is the role of mental health professionals in these cases? What can you say when there are no words?

Keywords: Gestational loss, health professionals, interventions, grief.

La vivencia del duelo tras la muerte de un bebé durante el embarazo o poco después del parto no es solamente una cuestión de madres ante sus niños fallecidos, sino de madres y sus bebés ante la sociedad, y de mujeres y sus cuerpos ante el mundo.

Paul Cassidy

Introducción

El silencio se hace presente, estruendosamente, en el capítulo ocho de la segunda temporada de la serie en cuestión. El ingreso de la camilla transportando a Gabriela embarazada suspende el tiempo. Es urgente la intervención. El diálogo mantenido entre Max y su colega se detiene.

“Salven a mi bebé” pide llorando Gabriela, de 38 años y 28 semanas de embarazo. Ingresan a la sala de emergencias y el equipo de salud es interpelado por este pedido que resuena en

* pasqualievelyn@outlook.es

** sandramaranon@hotmail.com

cada uno de ellos. Todo va a estar bien, dice un médico residente y nos preguntamos ¿Todo va a estar bien?

La muerte fetal interpela lo más profundo de nuestra subjetividad. La vida y la muerte de la mano, aquello que estaba destinado a nacer y no a morir. Ese duelo inesperado, incomprensible, inadmisible y hasta injustificado.

La serie *New Amsterdam* presenta en el capítulo *What the heart wants* (Lo que quiere el corazón) el caso de Gabriela Álvarez, una mujer de 38 años con una gesta de 28 semanas que cursa una embolia pulmonar y es llevada de urgencia al hospital. En ese mismo instante el equipo médico comprueba que su bebé ha fallecido a causa de una anomalía genética en el corazón que hacía que el desarrollo de la pequeña Sophie sea incompatible con la vida.

¿Cómo despedirse sin dar la bienvenida?

Desarrollo

Gabriela Álvarez tiene 38 años y llega a la sala de emergencias del hospital *New Amsterdam* con 28 semanas de embarazo y una embolia pulmonar. Su pedido es urgente, “Salven a mi bebé”. El equipo médico tiene dos tareas por delante, tal vez más, compensar y salvar a Gabriela y determinar qué sucede con su bebé. Al verificar su muerte, solo quedaría salvar la vida de su madre.

El silencio reinante es interrumpido por los sonidos de los equipamientos médicos y los pasos apresurados del equipo de salud que intentan recuperar a Gabriela; pero a pesar de los ruidos, que se sobrepone al silencio, este se impone ante la pregunta de la madre por su bebé. Nadie se atreve a darle a la paciente la noticia hasta que el doctor Max Goodwin, director médico del hospital se sienta a su lado, le toma la mano y le dice lo que según él “es una noticia muy difícil de escuchar”. Todo se detiene, los cuerpos parecen congelarse, las miradas buscan el piso evitando encontrarse con el dolor de Gabriela y la noticia de que su bebé ha fallecido. El grito desgarrador contrasta con el silencio e interpela al equipo de salud. ¿Cómo abordar la muerte fetal? ¿Cómo dar lugar al duelo de la mano de la vida incipiente? ¿Cómo enfrentarse a la imposibilidad de salvar la vida de un bebé? “En el imaginario social, la vida y la muerte ya no se entienden tanto en términos religiosos sino biomédicos y tecnológicos, lo que dificulta el proceso de dar sentido a la muerte cuando la tecnología no tiene respuesta” (Cassidy, 2018, p IV)

El duelo perinatal impacta provocando gran sufrimiento y desorganización no solo en la familia sino en el personal de salud. Se hace necesario tomar en cuenta el contexto sociocultural de la persona que sufre la pérdida y también de quienes acompañarán este proceso: familiares y equipo de salud.

El duelo gestacional y perinatal es un proceso de elaboración emocional de una pérdida, la interrupción de una gestación en cualquier etapa del embarazo, parto y/o posparto que sufre la persona gestante y su familia. Más allá del tiempo gestacional: días, semanas, meses o posterior al nacimiento. (Cassidy, 2018, p I).

Reflexionar sobre la propia concepción de la muerte, las creencias y los rituales para poder dar lugar a los de quien pierde a su hijo, también es una tarea que nos debemos como profesionales de la salud. Conocer nuestros duelos y atravesarlos para comprender así también la limitación que nos impone la finitud de nuestros cuerpos y la limitación de la ciencia. Ciencia que en muchas ocasiones no puede dar respuesta. Hemos leído alguna vez que cuando perdemos a nuestros padres, quedamos huérfanos, cuando mueren nuestras parejas somos

viudos o viudas pero qué palabra puede definir la pérdida de un hijo. Aún no la hemos encontrado y esa falta podría darnos la magnitud del dolor que implica perder a un hijo. ¿Es el dolor imposible de nombrar?

El nombre como nacimiento

Acompañada por el médico, Gabriela poco a poco puede decir el nombre de su bebé, “Sophie”. El nombre se nos asigna al nacer y nos acompañará a lo largo de toda la vida; este constituye un título que dará identidad personal, independientemente de la que se construya a lo largo de los años. El nombre revela la historia, los elementos culturales y familiares de las personas. La elección del nombre es un acontecimiento que se encuentra en asociación a la vida en sí, y quien lo sugiere forma parte de una historia familiar y se mantiene el deseo de que quien lo lleve también tenga ciertas características y cualidades, por lo que en sí, el nombre que se nos asignó es una expectativa familiar (Stern, 1999 y Cassidy, 2018) Fue deseado, pensado, imaginado y nombrado antes de nacer y necesita ser nombrado para morir.

Cuando el nombre es dado se constituye en un modelo de identificación para la persona desde que es niño y favorece así la conformación de su identidad. Es una forma de designar a un nuevo ser y darle la bienvenida (Stern, 1999), es mostrar esa necesidad de hacerlo, y el deseo de elegirlo; ya que esta decisión lo acompañará el resto de su vida, aunque ese tiempo sea tan corto. Tiene que poder morir una persona que fue alojada, sostenida, querida, esperada, nombrada y que en el tiempo de gestación compartido se fue constituyendo como hijo/a (Cassidy, 2018)

Dar el nombre, es el primer regalo que se le ofrece y así la posibilidad de comenzar a construir su identidad. El bebé de Gabriela tiene su nombre, Sophie. Este hecho la subjetiva, le da identidad, no solo de persona, sino también de hija, de familia y como dice su madre “Es todo lo que tengo. Solo Sophie y yo”.

Una familia de dos.

Nacer para morir

Una vez que el procedimiento médico ha concluido y Gabriela se encuentra en una habitación, ella se pregunta si hizo algo mal, si algo que ella había hecho, había culminado en ese fatal desenlace que se llevó la vida de su bebé, ante lo que el doctor Goodwin le dice que no, que es una mala suerte genética ya que la bebé tenía un problema en el corazón. Su hija no era compatible con la vida, ese embarazo no era viable.

El duelo perinatal desencadena la fantasía de Gabriela de haber hecho algo que haya perjudicado a su hija. Proceso recurrente en muchas personas que pasan por este doloroso momento que es el duelo gestacional. Momento de tomar decisiones que van en una sintonía temporal distinta a la institucional, los tiempos subjetivos nuevamente en contradicción con los tiempos institucionales. No hay tiempo. Sophie tiene que nacer para no poner en riesgo la salud de su madre y para poder también, morir.

Hay que inducir el parto, a lo que ella responde: “¿Tengo que pasar por todo eso sin una bebé al final?”. Pregunta que sólo tiene una respuesta. Un final que no es el esperado, pero que a la vez, es el inicio del proceso de duelo.

Es necesario atravesar el parto, dar nacimiento a Sophie. Acompañar a Gabriela y su soledad, su dolor y el silencio cuando Sophie llega a este mundo y nada se oye. Solo el llanto

desgarrador de su madre. No se escucha el llanto esperado del bebé. Solo vacío. Tampoco parece haber tiempo y se precipita la posibilidad de iniciar el duelo en los tiempos que Gabriela pueda, nuevamente mostrando la contradicción entre los tiempos médicos y los de la paciente. A continuación, le ofrecen abrazar el pequeño cuerpo, a lo que Gabriela se niega, dice no poder. El doctor Goodwin se acerca empáticamente y le dice “Sigue siendo Sophie, la bebé que amaste durante meses”.

Acompañamiento del equipo de salud

Con respecto al abordaje de la situación observamos cómo cada uno de los integrantes reacciona como puede ante este hecho traumático. “Todo va a estar bien” dice...allí en esa certeza que protege del dolor, pero ¿a quién?; ¿a Gabriela, o al equipo médico?; ¿Se intenta tranquilizar a la paciente, o calmar la propia angustia de los profesionales? ¿Es tan desorganizadora la muerte fetal que necesitamos frases que calmen, silencien, obturen el proceso? No podemos decir que la naturaleza es sabia, no era el momento, mejor ahora que después, no iba a tener otro destino, todo sucede por un motivo, sos joven y podrás tener otros hijos, Dios así lo quiso, entre otras muchas más. Esas frases son imposibles de escuchar, los sentidos están presentes solo en el vacío inmenso de la muerte de un hijo o hija.

En la escena siguiente se puede ver al doctor Max acercándose a la habitación de Gabriela con una cuna “CudleCot”, una cuna especial que conserva a los bebés fallecidos para que los padres estén con ellos y dar lugar a un momento íntimo de encuentro con el dolor y su hijo fallecido. Encarnado en el personaje principal, el doctor Goodwin le dice a la mujer que algunos padres en su situación conservan mechones de cabello, o toman las huellas o sacan fotografías, porque el hecho de que haya muerto no implica que no puedan tener esos momentos y esos recuerdos. Los rituales que puedan realizarse ayudan a la elaboración del duelo. Este tipo de intervenciones suelen ser recomendadas en las guías orientativas de intervención y abordaje en duelo perinatal, por ejemplo en la Guía de actuación ante la pérdida perinatal de PSSJD (2017).

En la época de la Modernidad Líquida (Bauman, 2012) donde todo es fluido, pasajero y rápido, el duelo se suele presentar como un impasse, como un obstáculo a superar con el fin de alcanzar el ideal de productividad. Por ende, la muerte es vedada, negada, suprimida y destinada al silencio (Aries, 1975). Es por estos aspectos socioculturales, que los padres que pierden a sus hijos e hijas solo tienen breves momentos, tanto para saludarlos, como para despedirlos. Esos recuerdos se desdibujan con el correr del tiempo y esto genera mucha culpa, sienten que “olvidan a sus hijos e hijas”, por lo que las intervenciones como las propuestas por el personaje principal de la serie, pueden ayudar mucho en el proceso de duelo, ya que permiten mantener una conexión entre los niños y niñas y sus seres queridos (Grau, 2017)

Acompañar el duelo es necesario para prevenir el aislamiento que muchas mujeres sienten al perder a su hijo ya que no poder pasar tiempo con el bebé fallecido y el aislamiento social son correlativos con el aumento de la sintomatología ansiosa (Gonzalez Mota, C; Calleja N; Gómez López, M.G.; et al 2010)

Gabriela se queda allí, en su cama con la cuna a su lado. No la mira, ni la abraza, pero tampoco quiere que se la lleven, como si se encontrara en un duelo detenido (Freud, 1917). Sin embargo este hecho no le es ajeno a Gabriela, ella se pregunta si el hecho de tenerla cerca, aunque esté muerta es saludable. Sólo cuando el doctor Goodwin habilita su proceso, diciendo que está bien lo que siente con la frase “nunca le va a poder decir adiós si primero no le da la bienvenida”, es que se destraba ese duelo detenido y Gabriela puede alzar por primera vez a

su hija, para despedirse ¿o para recibirla? El trabajo del duelo perinatal finaliza en ese preciso momento en que se atraviesa la etapa de aceptación que comienza con la despedida.

Todas las personas tienen derecho a ser recibidas y despedidas de este mundo de una manera digna y respetuosa.

El duelo perinatal y gestacional y las políticas públicas

El caso de Gabriela es uno de los tantos casos que muy frecuentemente atravesamos los profesionales de salud en nuestro país. Al repasar las escenas del capítulo de la serie *New Amsterdam* observamos las desigualdades que hoy tenemos en Argentina en relación al abordaje de la muerte fetal en las instituciones y la posibilidad de tener el derecho a morir. Desde la ausencia de protocolos de actuación que informen a los profesionales como actuar en caso de muerte perinatal hasta la imposibilidad de contar con equipos interdisciplinarios en todas las instituciones de salud.

La Organización Mundial de la Salud definió en 1950 a la muerte fetal como “la muerte antes de la expulsión completa de su madre de un producto de la gestación, independientemente de la duración del embarazo; el feto no respira o muestra algún signo de vida.”

En 1975 se revisa la definición que continúa vigente hasta la actualidad. Como se refirió anteriormente el duelo por la muerte de un hijo es un gran momento de confusión y desorganización. La intervención profesional tendrá el objetivo de dar tiempo y lugar a las emociones propias de este proceso singular para reparar y reorganizar la vida cotidiana integrando a este hijo/a en la historia familiar.

Los y las profesionales que acompañen a las personas gestantes y sus familias en los procesos de duelo deberán interpelar su práctica para garantizar el acceso al derecho a la salud y así propiciar espacios de escucha respecto a sus experiencias y realidades en lo referente a la atención en salud y las posibilidades de acceso a la misma. Sensibilizando en una primera instancia a los usuarios sobre estos derechos que muchas veces son invisibilizados bajo formas hegemónicas propias del modelo médico, modelo que bajo la forma del paternalismo, el biologicismo y la asimetría niega la dimensión histórica de los sujetos posicionándose en un perfil reduccionista (Menendez, 1987), perfil que en estos momentos en que las realidades sociales y su abordaje es complejo, sólo propicia un posicionamiento dogmático y con falta de diálogo crítico.

Alicia Stolkiner (2010) explica cómo la medicina social latinoamericana, como praxis, establece una articulación profunda con las praxis de derechos humanos emancipadoras. Cada práctica en salud debe propender a la subjetivación. Esto va desde las acciones singulares cotidianas de relación de los profesionales y el equipo de salud con las personas, hasta la formulación e implementación de políticas.

Reflexiones finales

El caso de Gabriela conmueve al protagonista y director médico del hospital, ya que él está vivenciando su propio duelo: la pérdida de su mujer tras el parto de su hija Luna. Ante esto, se podrían problematizar ciertas intervenciones. Cuando él le dice a Gabriela que va a escuchar una noticia difícil: ¿Sabe si Gabriela está en condiciones de escuchar semejante noticia? ¿Intuye Gabriela qué está pasando? ¿Por qué el pedido de auxilio de “Salven a mi bebé”? ¿El médico interroga estas afirmaciones de la paciente? Asimismo, cuando le lleva la cuna a su habitación, no hay un trabajo de escucha previo. Encontrarse con el cuerpo sin vida de su bebé, puede ser

iatrogénico en vez de favorecedor. La autonomía de Gabriela puede ser arrasada al encontrarse con esta muerte fetal. ¿Cuánto puede decidir una madre en relación a las intervenciones durante el trauma? ¿Cómo acompañar los tiempos singulares con los tiempos institucionales? Cada familia atravesará el duelo perinatal según sus propias historias, creencias y rituales y es un tiempo necesario para evitar el desarrollo de padecimientos por estrés postraumático.

Casos como el de Gabriela evidencian la ausencia de protocolos y guías de buenas prácticas, la ausencia de formación específica para abordar estos casos y por ende, los profesionales operamos de la forma en que “mejor nos parece” no teniendo en cuenta las necesidades y posibilidades de quienes están padeciendo. Dar a conocer las posibilidades de vincularse con la muerte de un hijo o hija como pueden ser las fotos, los mechones de pelo, un abrazo al cuerpo sin vida, sin forzar, ni imponer, es la mejor forma de ayudar a los pacientes a que den la bienvenida y el adiós a ese hijo/a

Es necesario que los y las profesionales de salud mental tengamos en cuenta estas cuestiones. Conocer nuestros propios puntos ciegos y nuestras propias angustias ante los casos de muerte gestacional e intervenir con prudencia y siempre respetando la subjetividad y los momentos de duelo de los y las pacientes, es la mejor forma de garantizarles su derecho a la salud y su derecho al duelo.

Referencias

- Ariès, P. (1975). *La historia de la muerte en Occidente*. Acantilado. ISBN: 978-84- 95359-17-9.
- Bauman, Z. (2012). *Amor líquido, acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Cassidy, P. R (2018). *Introducción. La muerte y el duelo perinatal en contexto sociocultural*. En Informe Umamanita. Encuesta sobre la calidad de atención sanitaria en casos de muerte intrauterina. Umamanita. ISBN: 978-84-09-03812-1.
<https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/11/Cap.-0-Informe-Umamanita-Introduccio%CC%81n-La-Muerte-y-El-Duelo-Perinatal-en-Contexto.pdf>
- Freud, S, (1917). *Duelo y Melancolía*. Tomo XIV. Amorrortu Editores.
- García, C.; Pérez, I.; Maleiro, E.; Martín, R. *Guía de actuación ante la muerte perinatal del PSSJD* (2017)
- Gonzalez Mota, C.; Calleja N.; Gómez López, M.G.; et al (2010). *Factores asociados con el duelo perinatal en mujeres con pérdida gestacional*. Acta Psiquiat Psicol Am Latina 54(4); pp 235-242
https://www.academia.edu/23041786/Factores_asociados_con_el_duelo_perinatal_en_mujeres_con_p%C3%A9rdida_gestacional
- Grau, N. (2017). Fotografías para casos de muerte gestacional y neonatal. Umamanita. Muerte y Duelo Perinatal. *Revista cuatrimestral sobre la atención sanitaria, investigación, avances y actividad en la comunidad*. N 2. Mayo-Junio 2017.
<https://www.umamanita.es/fotografias-para-casos-de-muerte-gestacional-y-neonatal/>
- Menendez, E (1987) *Morir de alcohol Saber y hegemonía médica*. Cap. III El modelo médico hegemónico. Estructura, Función y crisis.
- Stern, D. N (1999). *El nacimiento de una madre*. Paidós
- Stolkiner, A (2007) Derechos humanos y derecho a la salud en América: la doble faz de una idea potente. *Medicina social* 5 (1) ,89-95,2010